



unicef 
for every child

DEPTHS

Un guide de terrain pour les sciences
comportementales appliquées

Outils pratiques pour des programmes plus efficaces

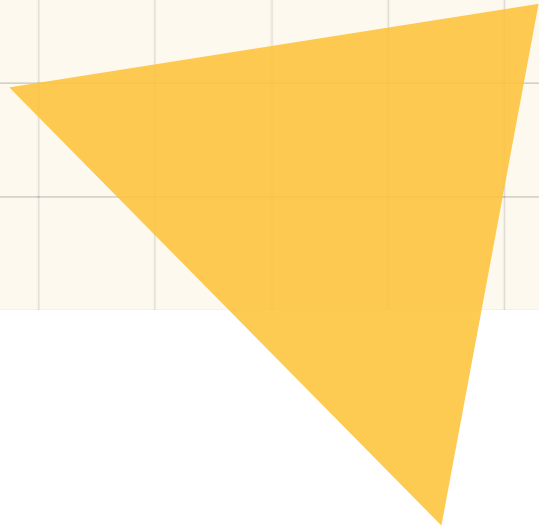


TABLE DES MATIÈRES

1. **Introduction**
2. **Definir**
3. **Explorer**
4. **Prototyper**
5. **Tester les hypothèses**
6. **Mettre à l'échelle**
7. **Conclusion**





Introduction

Bienvenue !

Les sciences comportementales appliquées sont devenues un outil essentiel pour l'UNICEF et, plus largement, pour les secteurs du développement et de l'action humanitaire. Elles renforcent les programmes et les politiques en permettant de mieux prendre en compte les facteurs comportementaux et sociaux qui influencent le bien-être des familles et des enfants.

Ce guide présente les données probantes et les méthodes qui décrivent le processus et les outils de l'UNICEF pour appliquer les sciences comportementales, et illustre leur utilisation à travers des exemples concrets.

En bref

1. Présentation du guide de terrain

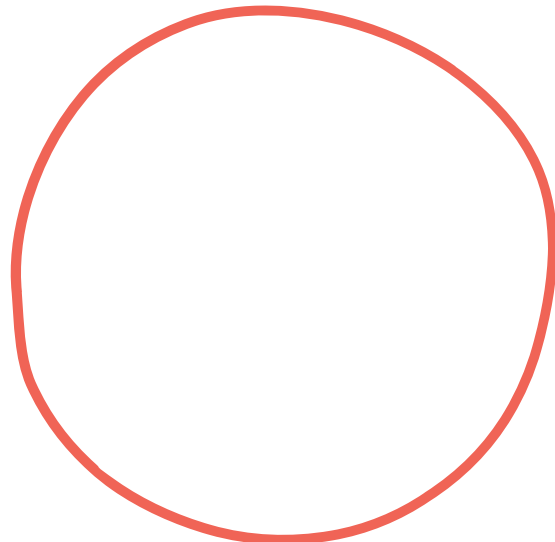
Cette section explique l'objectif du guide de terrain, son public cible et la structure des chapitres, afin d'aider les lecteurs à trouver rapidement ce dont ils ont besoin.

2. Sciences comportementales appliquées

Cette section présente le domaine des sciences comportementales appliquées et les enseignements qu'il apporte sur la manière dont les individus pensent et agissent dans leur contexte.

3. L'approche de l'UNICEF : DEPTHS

Cette section donne un aperçu de DEPTHS, un processus pour aider les praticiens à appliquer, gérer et promouvoir les sciences comportementales dans leur travail.



Présentation du guide de terrain

Les sciences comportementales étudient comment les personnes prennent des décisions et agissent dans leur vie quotidienne. À l'UNICEF, elles sont de plus en plus utilisées pour concevoir des interventions fondés sur des données probantes, qui soutiennent les enfants et les familles dans l'amélioration de leur bien-être.

Surtout, les sciences comportementales permettent de révéler les barrières qui empêchent certaines personnes – même lorsqu'elles sont informées et motivées – de transformer leurs intentions en actions. Plutôt qu'une seule discipline, les sciences comportementales constituent une pratique multidisciplinaire qui rassemble des données et des perspectives issues de domaines tels que la psychologie sociale, l'économie et les neurosciences cognitives pour mieux comprendre et influencer les comportements.

Au cours de la dernière décennie, les organisations de développement et humanitaires ont adopté les approches issues des sciences comportementales à un rythme remarquable. Aujourd'hui, la quasi-totalité des grandes organisations internationales mobilisent des enseignements comportementaux dans au moins une partie de leurs activités. Au sein du système des Nations Unies, les sciences comportementales sont reconnues comme l'une des cinq capacités clés nécessaires pour concrétiser la vision UN 2.0 du Secrétaire général. Le UN Behavioural Science Group fédère désormais plus de 1 000 membres issus de

plus de 60 entités, dont l'UNICEF, l'OMS et le PNUD. Cette dynamique mondiale a été documentée par l'unité eMBed de la World Bank, qui a mis en lumière l'essor rapide des approches comportementales au sein d'organisations telles que Save the Children et l'International Rescue Committee.

Ces approches transforment déjà les pratiques sur le terrain. Les enseignements issus des sciences comportementales ont contribué à améliorer la conformité fiscale, à renforcer le signalement des violences en Indonésie et à élargir l'accès à la planification familiale.^{1 2 3} Ils soutiennent également des actions visant à promouvoir le lavage des mains chez les enfants scolarisés aux Philippines et à renforcer le dépistage de la malnutrition infantile au Mali.^{4 5} Dans les contextes humanitaires, les sciences comportementales commencent elles aussi à démontrer leur valeur : elles contribuent notamment à mieux mobiliser les parents réfugiés autour du développement de la petite enfance et à améliorer le signalement des incidents médicaux dans des camps au Bangladesh et au Rwanda.^{6 7}

Pourtant, l'adoption de ces approches reste inégale à l'échelle du secteur. Certaines organisations expérimentent avec prudence, tandis que d'autres, dont le Behavioural Insights Research and Design (BIRD) Lab de l'UNICEF, ont mis en place des équipes dédiées et développé des portefeuilles de projets en expansion. Même au sein de l'UNICEF, l'adoption varie fortement : certaines équipes mobilisent les méthodes des sciences comportementales de manière systématique, tandis que d'autres en sont encore aux premières étapes.

1 World Bank. (2025). Behavioral insights for tax compliance: A whole-house approach to improving taxpayer and tax official beliefs, attitudes, and behaviors. <https://hdl.handle.net/10986/43635>

2 UN Women – Asia-Pacific. (2025, September 10). Indonesia helps shape new South-East Asian plan to end violence against women. <https://asiapacific.unwomen.org/en/stories/news/2025/09/indonesia-helps-shape-new-south-east-asian-plan-to-end-violence-against-women>

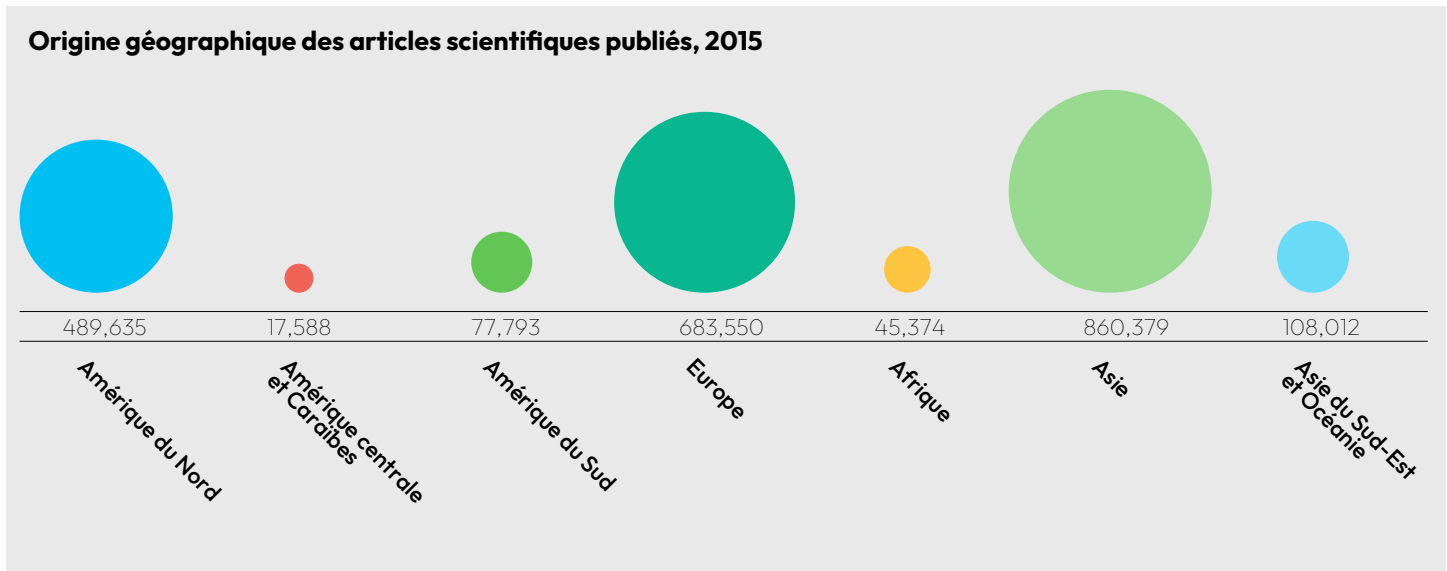
3 USAID (2018, April) High-impact practices in family planning (HIPs). Social and behavior change: A critical part of effective family planning programs. Washington, DC: Available from: https://www.fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2018/12/SBC_Overview.pdf

4 UNICEF (2025). Handwashing can protect children and the nation's future. <https://www.unicef.org/philippines/stories/washing-away-worries>

5 López-Ejeda, N., Charle-Cuéllar, P., Samake, S., Dougnon, A. O., Sánchez-Martínez, L. J., Samake, M. N., Bagayoko, A., Bunkembo, M., Touré, F., Vargas, A., & Guerrero, S. (2024). Effectiveness of decentralizing outpatient acute malnutrition treatment with community health workers and a simplified combined protocol: a cluster randomized controlled trial in emergency settings of Mali. *Frontiers in public health*, 12, 1283148. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1283148>

6 Papadopoulos, I., Lazzarino, R., Sakellarakis, O., Dadāu, V., Apostolara, P., Kuckert-Wöstheinrich, A., Mauceri, M., & Kouta, C. (2022). Empowering refugee families in transit: the development of a culturally competent and compassionate training and support package. *Journal of research in nursing : JRN*, 27(3), 200–214. <https://doi.org/10.1177/17449871211018736>

7 CUBIC Save the Children's Resource Centre. (2023). Medical Incident Reporting in DATIX: Using behavioral science and insights. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/medical-incident-reporting-in-datix-using-behavioral-science-and-insights>



Data via worldmapper.org CC BY-NC-SA 4.0

Ces disparités reflètent un défi plus large dans la production mondiale de données probantes. La majorité des recherches en sciences comportementales s'appuient sur des participant(e)s issus de sociétés occidentales, instruites, industrialisées, riches et démocratiques (dites WEIRD), qui représentent une part disproportionnée des échantillons d'étude, bien qu'ils ne constituent qu'une fraction limitée de la population mondiale. Cet écart réduit la pertinence des données existantes pour de nombreuses communautés que l'UNICEF accompagne.⁸

Dans la mesure où l'UNICEF travaille avec des populations diverses, ce guide vise à promouvoir une utilisation plus cohérente et plus efficace des sciences comportementales, à mettre en avant leur valeur ajoutée et à contribuer à la construction d'une base de connaissances plus inclusive et représentative. Les exemples, études de cas et fiches pratiques qui suivent ont pour objectif d'inspirer et d'orienter les équipes, mais ils doivent toujours être adaptés avec discernement, éclairés par les perspectives locales et testés dans leur contexte d'application.

⁸ <https://www.apa.org/monitor/2010/05/weird>

À qui s'adresse ce guide ?

Cette ressource est destinée à l'UNICEF, à ses partenaires et aux homologues gouvernementaux intéressés par l'application des données et des méthodes issues des sciences comportementales afin de faire progresser les ODD et de garantir des résultats et des droits pour les enfants. Elle est conçue pour répondre aux besoins de trois audiences principales :

- **Les responsables d'équipes et de projets** qui souhaitent mobiliser les sciences comportementales appliquées afin d'améliorer les résultats des programmes ou des politiques.
- **Les praticiens** qui appliquent directement les sciences comportementales, souvent après avoir suivi une formation préalable dans des domaines connexes du Changement Social et Comportemental (CSC ou SBC en anglais).
- **Les décideurs et leaders institutionnels** qui plaident pour des approches plus systématiques et fondées sur des données probantes en matière de changement de comportement.

À quoi s'attendre

Le chapitre introductif présente un résumé des sciences comportementales appliquées. Chacun des chapitres suivants du processus DEPTHS commence par une vue d'ensemble précisant l'objectif du chapitre (par exemple, les outils et les processus), ce que les équipes réaliseront à chaque étape, ainsi que les erreurs fréquentes à éviter.

Chaque chapitre propose des orientations pratiques sur les moments opportuns et les modalités d'utilisation d'outils spécifiques issus des sciences comportementales. Ces outils peuvent être mobilisés de manière autonome ou intégrés à des processus existants de la SBC afin de les renforcer. Chaque section met également à disposition une sélection de liens vers des ressources complémentaires pour approfondir les apprentissages.

Ressources associées

Le guide de terrain fait partie d'un ensemble complet de ressources destiné à répondre à différents publics et à divers cas d'utilisation. Les lecteurs et les équipes utilisant ce guide pourront explorer les concepts clés et observer comment les sciences comportementales appliquées fonctionnent en pratique, tandis que les praticiens expérimentés pourront approfondir les outils et les méthodes afin de renforcer leurs compétences. L'ensemble complet comprend :

- **Guide de terrain** : La ressource centrale, ou le « manuel ». Dans ce package, le guide de terrain rassemble des outils, des études de cas, des modèles et des techniques pour appuyer l'application des sciences comportementales du début à la fin.
- **Boîte à outils** : Les fiches de travail et des outils pour chaque phase du processus DEPTHS, illustrés par des cas d'usage et des exemples pour faciliter la compréhension.
- **Supports de formation** : Des modules de formation participatifs avec des exercices pratiques qui aident les praticiens et les partenaires à développer leurs compétences.
- **Microsite** : Hébergé sur [le site du BIRD Lab](#), le microsite propose les ressources les plus récentes et est mis à jour régulièrement au fur et à mesure de l'évolution du package.

Les ressources seront disponibles en anglais, en français et en espagnol, et d'autres traductions pourront être développées en fonction de la demande.

Sciences comportementales appliquées

Les sciences comportementales sont l'étude empirique de la manière dont les individus pensent, décident et agissent, avec un accent particulier sur l'observation et l'expérimentation.⁹ Bien qu'elles soient nées de l'intersection entre l'économie et la psychologie cognitive (connue sous le nom d'économie comportementale), elles se sont ensuite élargies pour inclure des méthodes de recherche, des données probantes et des connaissances issues de nombreuses autres disciplines.

Ce guide de terrain s'appuie sur trois approches - les sciences comportementales, le design centré sur l'humain et la pensée systémique — qui, ensemble, nourrissent le processus DEPTHS en expliquant comment les individus prennent des décisions, en mettant en évidence les systèmes qui façonnent les comportements et en ancrant les solutions dans l'expérience vécue. Ce qui distingue les sciences comportementales en tant que sous-discipline des sciences sociales plus largement est leur focalisation sur deux éléments. Premièrement, elles s'intéressent particulièrement à l'interaction entre la cognition et le contexte — c'est-à-dire la manière dont les détails locaux, souvent changeants, de l'environnement influencent les décisions des individus. Deuxièmement, elles accordent une importance centrale à des données rigoureuses, en construisant des connaissances sur le comportement humain à travers une expérimentation et une évaluation systématiques.

Les sciences comportementales trouvent leur origine dans la recherche académique, mais leur plein potentiel se réalise lorsqu'elles sont appliquées. Les sciences comportementales appliquées mobilisent les connaissances et les données issues des sciences comportementales afin d'influencer intentionnellement les comportements, les habitudes et les décisions des individus dans des contextes réels. À l'UNICEF, ce travail vise particulièrement à améliorer les opportunités offertes aux enfants, ainsi que leur santé, leur bien-être et leur sécurité.

Comme décrit dans la Figure 2 ci-dessus, les sciences comportementales appliquées offrent aux praticiens de l'UNICEF les éléments suivants :

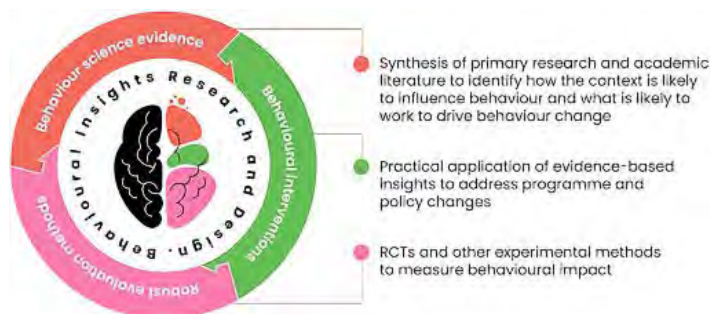


Figure 2 : Recherche et conception comportementales (Busara, 2025, d'après BIT)

- Une base de données probantes, comprenant un modèle conceptuel du fonctionnement de l'esprit, un cadre d'analyse des situations et des orientations pratiques sur les approches potentiellement efficaces dans un contexte donné.
- Un processus fondé sur ces données probantes, qui permet de diagnostiquer les facteurs déterminants des décisions et comportements spécifiques, et d'agir sur ceux-ci à travers des interventions ciblées.
- Des méthodes d'évaluation robustes, qui mesurent l'impact des interventions et produisent de nouveaux enseignements afin d'alimenter la base de données probantes.

Les sciences comportementales reconnaissent que la prise de décision humaine est souvent influencée par des raccourcis mentaux qui aident les individus à prendre des décisions rapidement, mais qui peuvent également conduire à des erreurs prévisibles. Par exemple, le biais de disponibilité conduit à surestimer la probabilité d'événements faciles à se remémorer, tels que les accidents d'avion ou les attaques de requins, parce qu'ils paraissent plus marquants que d'autres risques moins mémorables. Bien que ces biais et heuristiques soient importants, ils sont déjà largement traités dans des ressources comme [Modèle des déterminants comportementaux](#) de l'UNICEF et dans des synthèses produites par des groupes tels que The Decision Lab. Des informations complémentaires sur les biais sont également disponibles dans ces ressources de formation : [Leçon 1](#), [Leçon 2](#) et [Leçon 3](#).

9 Laboratoire BIRD de l'UNICEF

Plutôt que de revenir sur les mécanismes psychologiques sous-jacents, l'accent est mis ici sur l'opérationnalisation des connaissances que les chercheurs ont produites sur les facteurs déterminants des comportements et de la prise de décision. Ce guide de terrain vise à aider les lecteurs à appliquer les méthodes des sciences comportementales afin de mieux comprendre et influencer les contextes et les communautés avec lesquels ils travaillent.

L'approche comportementale

Approche permettant d'examiner les enjeux à travers des données portant sur la manière dont les individus pensent et agissent réellement, la lentille comportementale contribue à identifier les barrières, les facteurs déterminants ainsi que les opportunités de changement. Au cœur de cette perspective se trouve la compréhension des différents processus mentaux qui interagissent avec notre environnement qui nous entourent pour façonner nos comportements.

Théorie du double processus

L'une des métaphores les plus utiles pour comprendre la prise de décision est la théorie des deux systèmes (Dual Process Theory), popularisée par le psychologue Daniel Kahneman, lauréat du prix Nobel. Cette théorie explique que notre esprit s'appuie sur deux systèmes : un système rapide, automatique et impulsif (« Système 1 »), et un système plus lent, réfléchi et délibéré (« Système 2 »).

Le Système 1, appelé système réactif, est essentiel à notre survie. En réalité, de nombreuses fonctions cognitives reposent sur des processus mentaux « rapides, sans effort et automatiques » — comme la reconnaissance des visages ou l'activation de la réaction de lutte ou de fuite (fight-or-flight). Imaginez que l'on doive ralentir et analyser consciemment les traits du visage de chaque personne rencontrée, puis les comparer volontairement à des souvenirs de visages déjà perçus. L'effort serait écrasant et laisserait très peu de capacité mentale pour les multiples tâches qui sollicitent quotidiennement notre esprit conscient.

Le Système 1 nous est utile la plupart du temps, mais sa rapidité et son efficacité impliquent des compromis. Son fonctionnement automatique et sa sensibilité aux signaux de l'environnement le rendent plus sujet à l'erreur, en

particulier dans les situations qui exigent un jugement attentif. En résumé, le Système 1 s'appuie sur des raccourcis mentaux pour produire des réponses rapides, mais celles-ci peuvent souvent être incomplètes, trompeuses ou biaisées.

En revanche, le Système 2 est associé à la pensée consciente et délibérée. Il est lent, réfléchi et orienté vers des objectifs et intentions explicites.¹⁰ En prenant du recul, en contrôlant et en corrigeant les jugements, le Système 2 peut compenser les erreurs issues des intuitions rapides du Système 1. Toutefois, il ne les corrige pas automatiquement : activer le Système 2 demande un effort intentionnel consistant à ralentir, prêter attention et réfléchir.

Cependant, le Système 2 n'est pas parfait. La pensée logique ne fonctionne pas comme une calculatrice. Les individus éprouvent souvent des difficultés avec des équations complexes ou des probabilités, même lorsqu'ils réfléchissent attentivement. Le Système 2 a aussi un coût : la concentration soutenue réduit notre capacité à planifier ou à traiter d'autres informations, et son utilisation prolongée peut conduire à la fatigue ou à l'épuisement. Lorsqu'il est surchargé, son efficacité diminue.

Une métaphore utile est celle du cavalier et de l'éléphant. Le Système 2 est le cavalier — conscient, délibéré et capable de diriger — tandis que le Système 1 est l'éléphant — puissant, rapide et accomplissant la majeure partie du travail.¹¹ Le cavalier peut parfois orienter l'éléphant, mais ce dernier est souvent aux commandes. En réalité, notre esprit conscient invente fréquemment des justifications pour des actions initialement produites par le Système 1.¹²



Figure 3 : Le cavalier (Système 2) et l'éléphant (Système 1).

Une lecture du fonctionnement de l'esprit et une opportunité de changement

En s'appuyant sur la théorie du double processus, quatre enseignements fondamentaux issus des

¹⁰ Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.

¹¹ Voir The Happiness Hypothesis de Haidt, qui a popularisé cette métaphore à l'époque moderne. La métaphore originale est attribuée à Bouddha.

¹² Voir par exemple Wilson (2002) et son ouvrage judicieusement intitulé *Strangers to Ourselves*.

sciences comportementales peuvent être organisés sous forme d'un récit permettant d'interpréter les décisions et comportements des individus :

- **Limites mentales :** Les individus disposent d'un temps et d'une énergie limités, et la majeure partie de leur effort mental est consacrée chaque jour à un petit nombre de décisions complexes.
- **Raccourcis :** Pour toutes les autres décisions, les individus s'appuient sur des raccourcis mentaux : regarder ce que font les autres, suivre ce qui procure une sensation positive, ou se reposer sur des routines familières. L'un des raccourcis les plus puissants est l'habitude — des actions répétitives effectuées avec peu de réflexion consciente, comme faire du vélo, manger ou consulter son téléphone.
- **Résultats imparfaits :** Ces raccourcis fonctionnent la plupart du temps, mais pas toujours ; ils peuvent conduire les individus à agir d'une manière qui va à l'encontre de leurs propres objectifs ou intentions.
- **Opportunité de changement :** En comprenant comment ces raccourcis façonnent les comportements, les praticiens peuvent ajuster le contexte environnant afin d'encourager des choix plus sains, plus sûrs ou plus bénéfiques.

Considérons comment ces quatre enseignements s'appliquent dans une situation concrète : une aidante (ou parent/caregiver) décide s'il doit vacciner son enfant. Quelles étapes est-il/elle susceptible de suivre ?

- Les individus lisent-ils l'ensemble de la littérature scientifique avant de décider de vacciner ? Bien sûr que non, nos limites cognitives rendent cela impossible. À la place, les personnes s'appuient sur des raccourcis mentaux : ce qu'elles savent déjà, des histoires qu'elles ont entendues, la facilité d'accès à la clinique, ou encore le fait qu'une personne de leur communauté ait été malade

après une injection. Elles utilisent ces signaux — le contexte, les réseaux sociaux de proximité et leurs perceptions des autres — pour orienter leurs choix.

- Cependant, les raccourcis ne conduisent pas toujours aux meilleurs résultats et peuvent souvent induire en erreur. Certaines histoires de maladie peuvent être des mythes ou sans lien avec la vaccination ; un long temps d'attente à la clinique un jour donné peut ne pas refléter l'expérience habituelle.
- L'esprit ne peut pas éviter de recourir à des raccourcis, mais les praticiens peuvent concevoir des interventions en tenant compte de ce fonctionnement. En réduisant les barrières et en mettant en avant des normes positives, ces mêmes raccourcis peuvent être mobilisés pour aider les individus à concrétiser leurs intentions.

Il existe de nombreuses recherches sur les raccourcis mentaux, leur fonctionnement et les moyens de les utiliser ou d'y répondre. Des références sont fournies à la fin du chapitre pour les lecteurs souhaitant approfondir ces notions. Il est maintenant temps d'examiner des exemples pratiques illustrant ces raccourcis mentaux à l'œuvre.

Exemples de biais ou de raccourcis

Les spécialistes des sciences comportementales ont étudié plus d'une centaine de raccourcis auxquels l'esprit humain a recours.^{13,14} Il n'est pas nécessaire de tous les connaître pour appliquer efficacement les sciences comportementales : le processus de recherche permet lui-même d'identifier les enjeux spécifiques d'une situation donnée. Néanmoins, il peut être utile de comprendre certains raccourcis courants. Ci-dessous figurent quelques exemples particulièrement pertinents pour le travail de l'UNICEF.

- **Le Biais du présent** est la tendance à accorder davantage d'importance aux coûts et aux avantages immédiats qu'à ceux qui se produiront dans le futur. Il est particulièrement fort lorsque les bénéfices sont à long terme ou abstraits, tandis que les coûts sont immédiats et concrets — et inversement.¹⁵

13 Blumenthal-Barby J. S. (2016). Biases and Heuristics in Decision Making and Their Impact on Autonomy. *The American journal of bioethics*, 16(5), 5–15. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1159750>

14 Bojke, L., Soares, M., Claxton, K., Colson, A., Fox, A., Jackson, C., Jankovic, D., Morton, A., Sharples, L., & Taylor, A. (1er juin 2021). *Examen des preuves : heuristiques et biais*. Élaboration d'un protocole de référence pour l'obtention structurée d'avis d'experts dans la prise de décision en matière de soins de santé : une étude à méthodes mixtes — NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571047/>

15 Deng, N., Hodroj, B., Latham, A. J., Lee-Tory, J., & Miller, K. (2024). Le Biais du présent est-il un type psychologique distinctif ? *Inquiry*, 1–27. <https://doi.org/10.1080/0020174x.2024.2321614>

Prenons l'exemple d'un programme de communication pour le CSC/SBC visant à encourager la vaccination. Les bénéfices pour la santé sont différés (protection future contre une maladie), tandis que les coûts sont immédiats : déplacement jusqu'à la clinique, ou gêne liée à l'attente. Un programme mettant uniquement l'accent sur ces bénéfices médicaux différés risque donc d'échouer. Une stratégie plus efficace peut consister à souligner un avantage social immédiat, par exemple le nombre de pairs ou de voisins qui font déjà vacciner leurs enfants, afin de rendre la décision plus tangible et gratifiante.

- **Effet du choix par défaut et biais du statu quo.**

Lorsque des options sont proposées, le choix par défaut exerce une influence majeure. Cela est en partie lié au biais du statu quo : la tendance à maintenir les conditions existantes même lorsqu'il existe de bonnes raisons d'en changer.

Par exemple, en Afghanistan, un programme d'épargne destiné aux employés d'une grande entreprise a testé plusieurs stratégies d'inscription : offre sans incitations, contribution équivalente à 50 %, et inscription automatique par défaut (avec possibilité de se désinscrire).¹⁶ Sans incitation ni option par défaut, le taux d'adhésion était quasi nul. La contribution de 50 % a augmenté la participation de 47 %, tandis que l'inscription par défaut l'a augmentée de 40 %. Toutefois, la contribution était coûteuse et difficile à maintenir, alors que l'inscription par défaut était peu coûteuse tout en préservant la liberté de se désinscrire. Combinées, ces deux approches ont été encore plus efficaces. Cet exemple illustre l'importance de l'architecture du choix : de simples modifications dans la présentation des options peuvent favoriser un changement de comportement.¹⁷

- **Écarts d'empathie** surviennent lorsque les individus ont du mal à prévoir comment eux-mêmes ou d'autres penseront, ressentiront ou se comporteront dans un contexte émotionnel ou situationnel différent.¹⁸

L'un des moyens de réduire ces écarts consiste à guider les personnes dans un processus délibéré d'imagination de l'expérience d'autrui, ou à les amener à réfléchir à la façon dont elles pourraient elles-mêmes réagir dans un autre contexte.

Par exemple, en Turquie, un programme scolaire d'un an a introduit des activités de prise de perspective dans des écoles primaires où 18 % des élèves étaient réfugiés. Ces activités invitaient les enfants à adopter le point de vue de camarades provenant d'autres groupes (outgroup)¹⁹, favorisant ainsi l'empathie émotionnelle et cognitive. Les résultats ont montré une diminution significative de la violence entre pairs, de l'exclusion sociale et de la ségrégation ethnique, ainsi qu'une augmentation de la confiance, de l'altruisme et d'autres comportements prosociaux. Cet exemple illustre comment des interventions précoces peuvent réduire les écarts d'empathie et promouvoir la cohésion sociale à long terme dans des communautés diversifiées.²⁰

- **Erreur fondamentale** d'attribution désigne la tendance à surestimer les traits personnels (comme le caractère ou les intentions) et à sous-estimer les facteurs situationnels (comme le contexte, l'environnement ou les contraintes) lorsqu'on explique le comportement d'autrui. À l'inverse, les individus attribuent plus souvent leur propre comportement à la situation plutôt qu'à leurs dispositions personnelles. Cette asymétrie — juger les autres selon qui ils sont, et nous-mêmes selon les circonstances — influence une grande partie des interactions sociales.

Considérons un exemple hypothétique dans le domaine de la santé : une mère amène son enfant malade tardivement à la clinique. Le personnel pourrait penser : « Les parents attendent trop longtemps avant de consulter, ils doivent être réprimandés ! » Bien que cette réaction soit compréhensible, elle ignore les barrières telles que le coût du transport, la distance, l'organisation

16 Voir <https://poverty-action.org/blog/mobile-izing-savings-with-defaults-afghanistan>

17 Thaler, R. H., & Sunstein, C. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven, CT: Yale University Press.

18 Pour l'un des articles fondateurs sur ce sujet, voir Loewenstein, G. (2005). Hot-cold empathy gaps and medical decision making. *Health Psychology, 24*(4, Suppl), S49–S56.

19 Selon l'American Psychological Association's Dictionary of Psychology, Le terme outgroup désigne « tout groupe auquel une personne n'appartient pas ou auquel elle ne s'identifie pas ».

20 Chatterjee, Shreya; Gassier, Marine; Myint, Nikolas. *Leveraging Social Cohesion for Development Outcomes (English)*. Document de travail sur la recherche politique ; no. WPS 10417 Washington, D.C. : Groupe de la Banque mondiale.

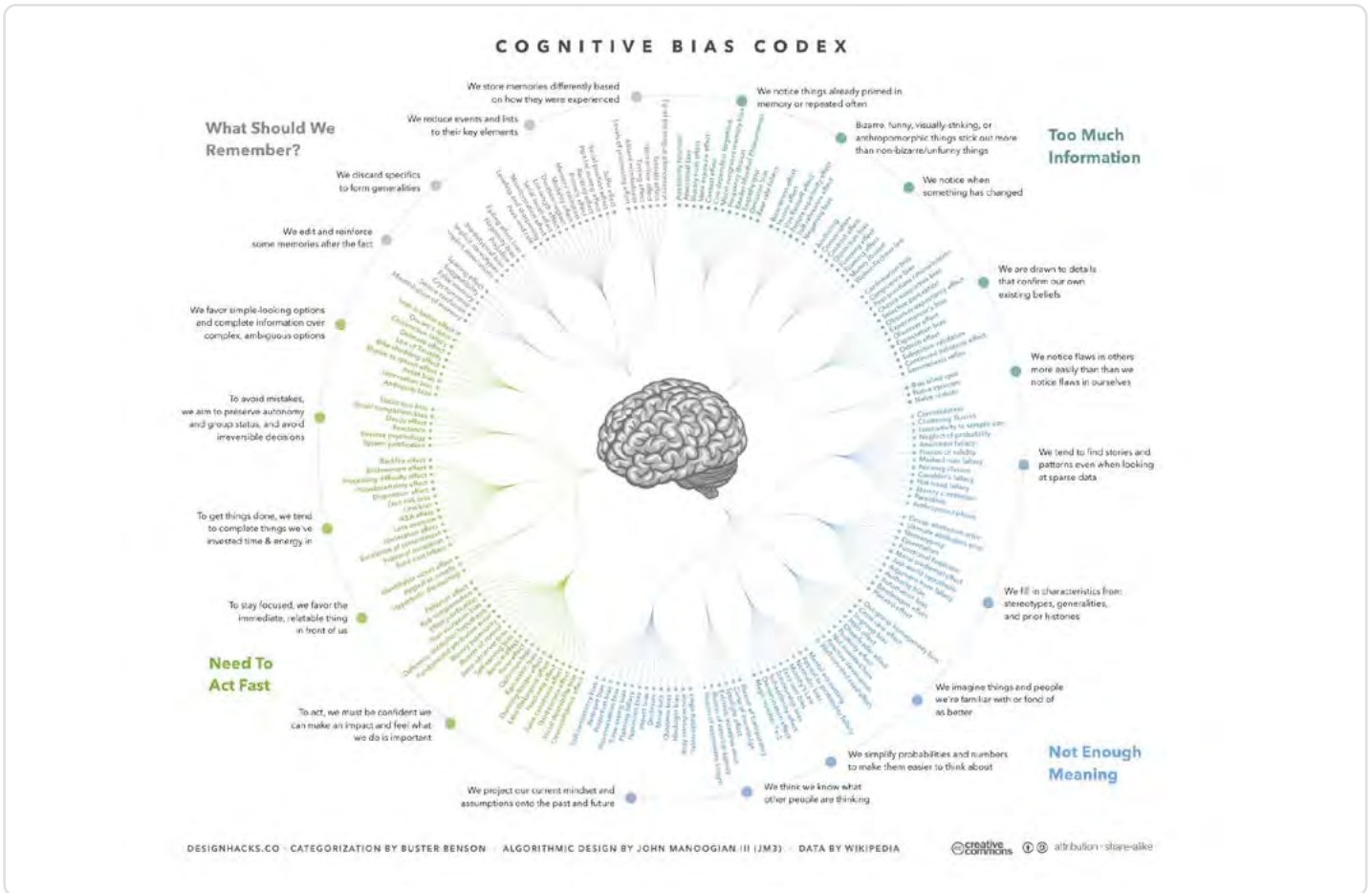


Figure 4 : Codex des biais cognitifs (Source : School of Government, UNC)

familiale ou la disponibilité de la personne responsable de l'enfant. Ici, l'erreur fondamentale d'attribution conduit à blâmer la personne plutôt que de comprendre son contexte.

- **Biais de confirmation** est la tendance à rechercher, remarquer ou croire de manière sélective les informations qui confirment nos croyances préexistantes. Ce filtrage peut nous aider à traiter ce qui semble pertinent, mais il peut également renforcer des idées inexactes ou des comportements nuisibles.

Depuis plusieurs décennies, les chercheurs étudient, par exemple, un biais de confirmation fréquent chez les enseignants : la manière dont les attentes initiales concernant les performances d'un élève influencent la manière dont ils le perçoivent et l'accompagnent par la suite. Cela peut créer une prophétie auto-réalisatrice de faibles (ou de fortes) performances. Bien que de nombreuses études aient été menées aux États-Unis,²¹ des recherches récentes examinent ce phénomène dans une diversité de contextes à travers le monde.²²

21 Voir Jussim and Harber (2005) pour un résumé. Jussim, L., & Harber, K. D. (2005). Teacher Expectations and Self-Fulfilling Prophecies: Knowns and Unknowns, Resolved and Unresolved Controversies. *Personality and Social Psychology Review*, 9(2), 131-155.

22 Par exemple, Zadjia (2021). Zadjia, J. (2021). Discrimination et prophétie auto-réalisatrice dans les écoles à travers le monde. Dans J. Zadjia (Ed.), *Globalisation and Education Reforms: Creating Effective Learning Environments* (pp. 51-70). Springer International Publishing.

Les exemples présentés dans [la leçon 2](#) du matériel de formation fournissent d'autres exemples et explications des biais courants, en s'appuyant sur des études montrant comment ils influencent la prise de décision.^{23,24}

Bien que les heuristiques et les biais puissent ressembler à des habitudes, ils sont différents. Les biais sont des raccourcis systématiques dans le jugement, tandis que les habitudes sont des comportements déclenchés automatiquement par des signaux de l'environnement, souvent en dehors du contrôle conscient. Même si les habitudes ne sont généralement pas répertoriées comme des biais ou des heuristiques, elles peuvent être considérées comme l'un des raccourcis les plus puissants, car elles nous aident à économiser l'effort mental.

Les habitudes façonnent la vie quotidienne, y compris celle des familles et des enfants. Dans le domaine de la nutrition infantile, par exemple, les aliments achetés et préparés à la maison suivent fréquemment des routines profondément ancrées — les programmes qui ignorent ces schémas ont peu de chances de réussir.²⁵ De même, des recherches menées au Kenya montrent que le lavage des mains, lorsqu'il est intégré comme habitude inconsciente, constitue un facteur clé dans la transmission (ou la prévention) des maladies infectieuses chez l'enfant.²⁶

Quand les gens utilisent-ils des raccourcis mentaux ?

Les raccourcis mentaux sont au cœur du fonctionnement de l'esprit : ils réduisent l'effort nécessaire pour faire face à la multitude de décisions quotidiennes. Les individus y ont particulièrement recours dans des situations difficiles, comme les suivantes :

- **Décisions complexes** comportant trop d'informations à traiter, de nombreuses options à comparer ou une forte incertitude quant aux résultats futurs.
- **Distractions et barrières** qui perturbent la prise de décision et l'action rapide, notamment lorsqu'il y a trop d'étapes à suivre, un long délai entre la décision et l'action.
- **Une forte pression sociale**, incitant à adopter une action ou une décision particulière.
- **La répétition d'une situation**, lorsque le même choix a été rencontré de nombreuses fois auparavant sans conséquences négatives.
- **Une faible importance perçue**, lorsque la décision n'est pas prioritaire ou est beaucoup moins importante que d'autres préoccupations plus urgentes.

Les raccourcis ne sont pas intrinsèquement nocifs — ce sont des stratégies ingénieuses qui nous sont souvent utiles. Cependant, ils peuvent induire en erreur lorsque les individus font face à des décisions plus complexes, moins familières ou perçoivent qu'ils ne sont pas soutenus par les autres membres de la communauté ou de leur groupe social. Ce sont précisément ces situations où les sciences comportementales peuvent apporter le plus de valeur.

23 Casigliani, V., Menicagli, D., Fornili, M., Lippi, V., Chinelli, A., Stacchini, L., Arzilli, G., Scardina, G., Baglietto, L., Lopalco, P., & Tavošchi, L. (2022). Vaccine hesitancy and cognitive biases: Evidence for tailored communication with parents. *Vaccine X*, 11, 100191. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2022.100191>

24 Azarpanah, H., Farhadloo, M., Vahidov, R., & Pilote, L. (2021). Vaccine hesitancy: evidence from an adverse events following immunization database, and the role of cognitive biases. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11745-1>

25 Voir par exemple Ji and Wood (2007). Ji, M. F., & Wood, W. (2007). Purchase and Consumption Habits: Not Necessarily What You Intend. *Journal of Consumer Psychology*, 17(4), 261–276. [https://doi.org/10.1016/S1057-7408\(07\)70037-2](https://doi.org/10.1016/S1057-7408(07)70037-2)

26 Voir Aunger et al. (2010). Aunger, R., Schmidt, W.-P., Ranpura, A., Coombes, Y., Maina, P. M., Matiko, C. N., & Curtis, V. (2010). Three kinds of psychological determinants for hand-washing behaviour in Kenya. *Social Science & Medicine*, 70(3), 383–391. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.038>

Quelles implications cela a-t-il pour le changement de comportement ?



Figure 5 : Écart entre l'intention et l'action. Busara 2025.

La première implication concerne l'écart entre les intentions et les actions. Les individus peuvent souhaiter accomplir quelque chose d'important, mais ne pas aller au bout de leur intention. Par exemple, un·e aidant·e peut connaître l'importance des tests cliniques pour une maladie chronique, mais le biais du présent détourne son attention vers des tâches immédiates, comme préparer les repas ou accompagner un enfant à l'école.

Deuxièmement, les sciences comportementales affirment que l'esprit humain n'est pas défectueux, et que les personnes qui semblent agir de façon « irrationnelle » ne sont pas insensées. En tant que chercheur·euses et praticien·nes, nous tombons parfois dans le piège de blâmer les autres lorsqu'ils ne font pas le « meilleur » choix, en partie à cause de notre propre erreur fondamentale d'attribution. Nous négligeons que les limites cognitives sont universelles, y compris les nôtres, et que les raccourcis que nous utilisons sont en général ingénieux et utiles, même s'ils sont imparfaits.

Troisièmement, les sciences comportementales montrent qu'il est souvent plus efficace de modifier le contexte que de chercher à changer les mentalités. En analysant le système entourant un problème, il devient possible de restructurer l'environnement pour que les meilleurs choix soient plus faciles à adopter. L'analyse du contexte et la conception de solutions pratiques constituent l'essence des sciences comportementales appliquées, et l'objet central de ce guide.

Pris ensemble, ces enseignements permettent de concevoir des interventions qui s'attaquent aux causes profondes des comportements.

3. L'approche de l'UNICEF : DEPTHS

À propos de DEPTHS

L'UNICEF a développé DEPTHS, un processus systématique destiné à guider les praticiens dans l'application des sciences comportementales en pratique. DEPTHS correspond aux étapes suivantes : Définir, Explorer, Prototyper des solutions, Tester les hypothèses et Mettre à l'échelle. À un niveau général, ce processus reflète la structure commune utilisée par de nombreuses organisations et chercheurs de premier plan, en apportant une rigueur scientifique aux défis du monde réel.²⁷

La plupart des approches couramment utilisées en sciences comportementales appliquées ont été développées il y a plusieurs années, avant le niveau actuel d'intégration entre les disciplines. Aujourd'hui, les meilleures pratiques en sciences comportementales s'inspirent d'approches multidisciplinaires, telles que la psychologie sociale, les sciences cognitives, l'économie expérimentale, l'anthropologie, le design, l'analyse des systèmes, entre autres.

Ce guide s'appuie sur des ressources existantes issues de plusieurs disciplines, tout en mettant en avant les aspects des sciences comportementales appliquées les plus pertinents pour travailler avec et pour les enfants. Il souligne en particulier ce que les sciences comportementales appliquées apportent de spécifique, comme l'analyse des micro-comportements ou l'identification des biais susceptibles d'influencer les réponses aux enquêtes. Ce faisant, il s'inscrit dans la continuité des approches établies en CSC/SBC, ou conception centrée sur l'humain (HCD), et dans d'autres domaines connexes, tout en ajoutant de nouveaux outils, états d'esprit et données probantes à la boîte à outils partagée pour un impact comportemental éthique.

²⁷ Wendel, Khan et Artavia-Mora (2023). Par exemple, BIT utilise un processus appelé TESTS, Busara uses AUDAS, and Ideas42 uses IDEAS. Chacun comporte cinq étapes, et chaque étape a des objectifs similaires à ceux de DEPTHS.

Aperçu de chaque étape

Les chapitres restants de ce guide de terrain présentent en détail chacune des étapes du processus DEPTHS, en couvrant leurs objectifs respectifs, les outils pratiques et modèles disponibles, des études de cas illustratives, ainsi que des suggestions de lectures complémentaires. Les prochains chapitres décrivent l'ensemble du processus DEPTHS, comme suit :

Définir : Veiller à ce que les chercheurs identifient clairement le problème spécifique et les comportements particuliers qu'ils souhaitent cibler par une intervention.

Explorer : Utiliser la recherche et les données pour comprendre les facteurs socioculturels, environnementaux et psychologiques en jeu.

Prototypes : Utiliser la conception centrée sur l'humain, le prototypage et des méthodes participatives pour co-créeer et prétester des solutions provisoires directement avec les personnes qui les utiliseront.

Tester les hypothèses : Expérimenter les interventions dans des conditions réelles afin de voir ce qui fonctionne, d'adapter les solutions et de produire des données probantes avant de passer à la mise à l'échelle.

Mettre à l'échelle : Déployer les interventions efficaces dans de nouveaux contextes et auprès de nouvelles populations et les intégrer dans les politiques et les systèmes pour un impact durable.

Pour donner vie à ce processus, ce guide s'appuie sur une étude de cas issue du Liban, utilisée comme aperçu synthétique de la manière dont DEPTHS fonctionne en pratique. Après la crise syrienne, de nombreux aidants ont commencé, mais n'ont pas achevé, le calendrier de vaccination de leurs enfants. Pour y remédier, des parents ont reçu des dépliants les invitant à s'engager à compléter les vaccinations, tout en fournissant des informations pratiques sur le lieu et le moment où les services étaient disponibles. Cette intervention peu coûteuse, fondée sur les sciences comportementales, a été associée à une augmentation de 6,8 % de l'achèvement du calendrier vaccinal.

Cette étude de cas est reprise tout au long des chapitres consacrés à DEPTHS afin d'illustrer comment un même défi peut être abordé étape par étape : de la définition du problème, à l'exploration des facteurs déterminants, jusqu'au prototypage, au test et au passage à la mise à l'échelle des solutions.

Définir

Bienvenue dans le chapitre consacré à la phase “Définir” !

Le parcours des sciences comportementales appliquées commence ici. Avant d’entamer la recherche ou la conception de solutions, il est essentiel de prendre du recul et de définir ce que signifie la réussite.

Cela implique de répondre à plusieurs questions :

- Quel est le problème que nous cherchons à résoudre ?
- Quel résultat voulons-nous atteindre ?
- Quel comportement spécifique souhaitons-nous voir évoluer ?
- Dans quel système intervenons-nous ?
- Et enfin, où sommes-nous le mieux placés pour générer un impact ?

Pourquoi Définir ?

Trop souvent, les équipes passent directement à la conception ou à la mise en œuvre de solutions sans partager une compréhension commune du problème sous-jacent. Cela peut s'expliquer par des contraintes de ressources, des délais serrés ou un manque de capacités, entre autres. Toutefois, sans une définition claire et partagée du problème, les efforts risquent d'être inefficaces.

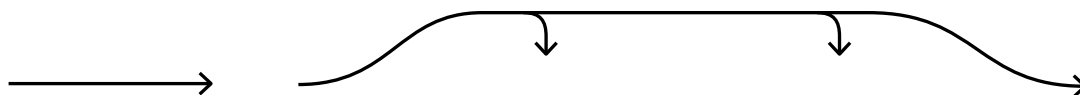
Face à des défis complexes dans l'action humanitaire et le développement, il peut être tentant de privilégier exclusivement des réformes larges et systémiques. Pourtant, le changement peut aussi commencer par l'identification et l'influence de comportements spécifiques. Décomposer des problèmes vastes en questions comportementales concrètes permet souvent de révéler des solutions actionnables et d'approfondir la compréhension des leviers de changement.

Comment définir le défi à relever ?

Dans cette première phase de la méthodologie DEPTHS, cinq étapes permettent de construire une compréhension commune du problème, d'identifier un comportement cible à changer et de repérer les points d'influence sur lesquels agir. La plupart de ces étapes sont essentielles pour garantir la qualité d'un projet en sciences comportementales, tandis que d'autres sont facultatives. Celles-ci seront indiquées comme telles.

Chaque étape s'accompagne d'outils spécifiques, d'explications sur leur utilité, ainsi que d'instructions sur la manière de les mettre en œuvre. **Une étude de cas portant sur l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants au Liban** illustre concrètement comment utiliser ces outils en pratique.

Tableau 1. Résumé de la phase « Définir »



Cette étape consiste à préciser clairement le problème, les résultats recherchés, ainsi que les parties prenantes et les groupes de population à mobiliser.

Une fois le problème et les résultats clarifiés, déterminer les comportements qui y contribuent. Sélectionner celui qui présente à la fois le plus fort impact potentiel et la plus grande faisabilité de changement.

Représenter de manière visuelle les relations entre les différents facteurs du système, y compris les facteurs déterminants et les barrières à la résolution du problème et à l'atteinte du résultat souhaité.

Utiliser la carte systémique pour repérer les points d'influence, c'est-à-dire les éléments du système qui, s'ils changent, pourraient générer un impact important sur les résultats recherchés.

L'ensemble des résultats de la phase "Définir" est synthétisé sous la forme d'un document d'une page : le canevas du projet. Celui-ci présente l'objectif visé, les points d'influence identifiés, les acteurs clés, les actions nécessaires au changement, ainsi que les rôles et responsabilités.

OUTILS:

[Définition du problème et énoncé du résultat](#)

[Carte des parties prenantes et des audiences](#)

OUTILS:

[Arbre comportemental](#)

[Matrice de priorisation impact-faisabilité](#)

OUTILS:

[Carte systémique](#)

OUTILS:

[Analyse des points d'influence](#)

OUTILS:

[Canevas du projet](#)

La phase “Définir” nécessite une équipe engagée et des ressources suffisantes. Selon les objectifs du projet, il peut également être utile de faire appel à des spécialistes — qu’il s’agisse d’experts du programme, de

spécialistes du changement social et comportemental, de praticiens de la conception centrée sur l’humain ou encore de professionnels de l’analyse systémique.

Pièges fréquents

Plusieurs écueils peuvent fragiliser un travail fondé sur les sciences comportementales.

Tout au long de la phase Définir, gardez à l’esprit les risques suivants :

- **Se précipiter vers des solutions.** Concevoir une intervention sans tenir compte du rapport coût-efficacité ou du contexte systémique peut conduire à des programmes inefficaces. Par exemple, développer une application pour aider les parents à suivre le calendrier vaccinal peut sembler pertinent, mais sans comprendre d’abord comment ces parents accèdent à l’information, ce qui motive leur assiduité, ou s’ils ont confiance dans les outils numériques, la solution risque d’échouer. Les meilleures réponses émergent une fois le problème clarifié et le contexte compris.
- **Ne pas impliquer les communautés.** Définir le problème et les priorités sans participation locale peut créer un décalage entre les objectifs du projet et les besoins réels. Un programme de vaccination pourrait, par exemple, décider de construire davantage de centres fixes en supposant que l’accès géographique est le principal obstacle. Sans consultation communautaire, il risque d’ignorer que les parents craignent parfois les mauvais traitements, ou que les horaires des cliniques sont incompatibles avec les contraintes familiales. L’engagement communautaire ancre la science comportementale appliquée dans la réalité.
- **Blâmer les individus.** Ne formulez pas les problèmes comme si les personnes « faisaient mal les choses ». Concentrez-vous plutôt sur les forces qui façonnent les comportements : les barrières structurelles, culturelles ou environnementales. Par exemple, une campagne visant à encourager les parents à vacciner leurs enfants à temps pourrait partir du principe de « négligence ». Pourtant, ces mêmes parents peuvent faire face à de longs trajets, à des pertes de revenus, ou à des heures d’attente au centre de santé. Des facteurs environnementaux comme le transport, des facteurs socioculturels liés à la famille et à la communauté, ainsi que des facteurs psychologiques tels que la confiance envers le système de santé influencent ce que les personnes font — ou ne font pas.
- **S’attaquer aux symptômes plutôt qu’au comportement précis.** Des objectifs comme « augmenter l’utilisation des contraceptifs » sont trop généraux. Il vaut mieux cibler : « augmenter l’utilisation régulière de contraceptifs chez les adolescentes des zones péri-urbaines ». Ce niveau de précision facilite l’identification des causes, la conception d’interventions adaptées, et la mesure des progrès.
- **Traiter les hypothèses comme des certitudes.** Considérez vos hypothèses comme des éléments à tester, et non comme des conclusions. Par exemple, instaurer une pénalité financière pour les parents en retard à l’école peut sembler dissuasif, mais cela peut produire l’effet inverse si les parents perçoivent l’amende comme un simple coût pour bénéficier d’un service supplémentaire.
- **Ignorer les dynamiques de pouvoir.** Il existe toujours un risque de renforcer des hiérarchies existantes ou d’ignorer les personnes réellement influentes. Si les décideurs formels ou informels sont exclus, les solutions risquent d’être inefficaces. Dans les programmes de nutrition, se focaliser uniquement sur les mères peut passer à côté de l’influence majeure des pères, des grands-mères ou des leaders communautaires sur les choix alimentaires.
- **Négliger la documentation et l’alignement.** Sans consigner clairement le comportement ciblé, la population concernée, le périmètre et les questions ouvertes, les équipes s’exposent à des incompréhensions, des doublons ou un manque de cohérence. Documentez vos décisions clés afin de maintenir l’alignement du groupe et fournir un repère commun tout au long de l’évolution du projet.

ÉTUDE DE CAS:

Le cas de l'augmentation de la vaccination des enfants au Liban

La vaccination des enfants est l'une des interventions de santé publique les plus rentables, pourtant de nombreux enfants, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), restent non vaccinés ou insuffisamment vaccinés. Au Liban, pays accueillant la plus forte population de réfugiés par habitant au monde, les difficultés liées à la couverture vaccinale sont aggravées par la pauvreté, le déplacement et la pression exercée sur le système de santé. Bien que la couverture nationale ait autrefois approché 90 %, les épidémies de rougeole et d'oreillons en 2013 et 2015 ont révélé l'existence de poches croissantes de sous-vaccination. En réponse, le ministère de la Santé publique (MoPH) et l'UNICEF ont lancé le programme des Activités Accélérées de Vaccination (AIA) afin d'atteindre les enfants vulnérables à travers les centres de santé et les activités communautaires. Pourtant, malgré des services gratuits et des campagnes d'information, la sous-vaccination persistait.

Une équipe pluridisciplinaire composée de l'UNICEF, de Nudge Lebanon et du ministère de la Santé publique a donc entrepris d'examiner ces défis à travers le prisme

des sciences comportementales. Plutôt que de se concentrer uniquement sur les barrières structurelles ou d'accès, l'équipe s'est focalisée sur la prise de décision des personnes responsables (caregivers) et a identifié des barrières tels que la longueur des temps d'attente, les contraintes socio-culturelles et la confiance limitée accordée au système de santé.

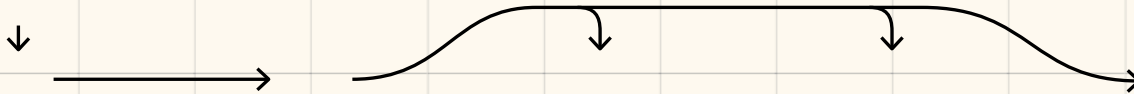
En s'appuyant sur des informations issues du terrain, l'équipe a pu formuler le problème sous l'angle des décisions des soignants familiaux, posant ainsi les bases de l'expérimentation d'interventions comportementales.

Tout au long de ce guide, et en commençant par la phase Définir, l'expérience de l'équipe au Liban servira d'exemple réel pour illustrer comment chaque étape du processus DEPTHS peut aider les équipes à appliquer efficacement les sciences comportementales.

Remarque : bien que l'équipe n'ait pas utilisé explicitement tous les outils présentés dans ce guide, des données réelles du projet ont été mobilisées afin d'en illustrer et d'en aligner le processus de conception.



© UNICEF2021/Fouad-Choufany/Lebanon



ÉTAPE 1 :

Définir le problème et les résultats attendus

Objectif de cette étape :

Cette étape accompagne les équipes dans la définition précise du problème et la formulation d'un [énoncé des résultats attendus](#) SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Pertinent et Temporellement défini). Ce résultat attendu doit être ambitieux mais réaliste, aligné sur ce qui compte pour les personnes servies par l'UNICEF, et réalisable avec les ressources disponibles. Un résultat bien formulé décrit :

- le changement précis à atteindre
- la population ciblée par le changement comportemental
- l'ampleur du changement attendu
- le délai dans lequel ce changement doit survenir

Outils associés :

- [Énoncé du problème et des résultats attendus](#)
- [Carte des parties prenantes et des audiences](#)

Pourquoi cette étape est importante ?

Un problème bien défini ne se limite pas à un thème ou à une préoccupation générale, comme « faible taux de vaccination ». C'est un écart observable et précis entre la situation actuelle et le comportement souhaité. Définir le problème consiste à se poser des questions telles que : Qui est concerné ? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas ? Pourquoi est-ce important ? Quel est le coût de l'inaction ?

C'est ici qu'intervient le résultat attendu : un changement concret vers lequel le projet s'engage à travailler, dans un cadre temporel, opérationnel et budgétaire réaliste. Cela permet d'ancrer les objectifs dans des résultats mesurables

pour les personnes ciblées, plutôt que dans des priorités strictement institutionnelles. Un résultat attendu formulé de manière rigoureuse clarifie le changement visé, évite de passer trop rapidement à la recherche de solutions, et constitue un fil directeur pour toutes les décisions futures.

C'est également un moment opportun pour vérifier si les sciences comportementales constituent une approche adaptée : elles sont particulièrement utiles lorsque les personnes ont la capacité, l'opportunité et la motivation d'agir, mais rencontrent malgré tout des barrières à la mise en œuvre ou au passage à l'action.

Comment procéder :

1. Travaillez avec des experts pour identifier les opportunités

Commencez par consulter des collègues ou des spécialistes du secteur. Dans de nombreux cas, les difficultés persistantes sont déjà connues : un goulot d'étranglement dans la prestation de services, une faible adoption d'un service, ou encore un problème qui persiste malgré les approches existantes. Les spécialistes du secteur peuvent aider à repérer les points de blocage et à déterminer où les sciences comportementales pourraient apporter le plus de valeur ajoutée.

Dans le cas de l'augmentation de la vaccination infantile au Liban, le problème était déjà traité par le Ministère de la Santé à travers le programme des Activités Accélérées d'Immunisation (AAI). Cependant, les experts ont reconnu que cette initiative seule ne suffisait pas à augmenter les taux de vaccination.

Restez toutefois attentifs à ne pas adopter une vision trop restreinte. Une forte familiarité avec un sujet peut conduire à des suppositions ou à des angles morts concernant le système plus large. Les experts apportent de la profondeur, mais leurs perspectives peuvent être biaisées. C'est pourquoi il est essentiel de valider les hypothèses avec les acteurs locaux dans les étapes suivantes, notamment l'étape 2 de ce chapitre : Identifier les comportements cibles potentiels.

2. Formuler clairement le problème

Après avoir recueilli les informations auprès d'experts et d'acteurs locaux, il est temps de compléter la partie gauche de la fiche « [Énoncé du problème et des résultats attendus](#) » afin de décrire clairement le problème que le projet cherchera à résoudre.

- a. Les questions 1 à 3 servent à décrire le problème : Que se passe-t-il ? Où cela se produit-il ? Pourquoi cela pose-t-il problème ? Mobilisez les informations issues des experts et des communautés.
- b. Lorsque possible, appuyez-vous sur des données pour illustrer l'ampleur du problème (par exemple, taux de couverture, prévalence, lacunes dans les services) et pour l'ancrer dans des termes mesurables.
- c. Prenez un temps de recul : est-ce le bon problème sur lequel se concentrer ? De qui reflète-t-il la perspective ? Quelles suppositions sommes-nous en train de faire ?
- d. Enfin, évaluez si ce problème se prête bien à une approche en sciences comportementales en vous demandant : Est-ce qu'un changement dans les décisions, les comportements, ou le contexte dans lequel ils se produisent, pourrait générer un impact significatif ou des résultats souhaités ?

Lors de la formulation de l'énoncé du problème, veillez à :

- **Être précis quant aux personnes concernées et au lieu.** Évitez les termes génériques comme « membres de la communauté » ou « jeunes » s'ils ne sont pas clairement définis. Privilégiez des populations précises — par exemple : « adolescentes âgées de 10 à 19 ans vivant en zones rurales ».
- **Vous concentrer sur les écarts observables.** Que se passe-t-il alors que cela ne devrait pas ? Ou que devrait-il se passer et qui n'a pas lieu ?
- **Décrire un problème réel, et non simplement l'absence d'une activité.** Par exemple, « faible adoption des vaccins » est un problème. En revanche, « manque de formation des agents de santé » ou « absence d'incitations » sont des causes potentielles, mais ne constituent pas un problème en soi.

- **Lorsque possible, vous appuyer sur des données ou des preuves existantes pour soutenir la description du problème.** Cela renforcera les bases d'un diagnostic plus solide par la suite.

Définition du problème

Quel est le problème que nous voulons résoudre ?

1 **Quel est le problème que nous constatons ?** *Décrivez brièvement le problème et son contexte plus large. Que se passe-t-il, où, et pourquoi est-ce important ? Incluez des données, telles que la prévalence, la couverture ou les lacunes des services, afin d'ancrer le problème dans des termes mesurables.*

2 **Comment savons-nous qu'il s'agit du bon problème ?** *De quel point de vue s'agit-il ? Quelles hypothèses faisons-nous ?*

3 **Ce problème peut-il être résolu à l'aide d'une approche fondée sur les sciences comportementales ?** *Le fait de modifier les décisions, les comportements ou le contexte pourrait-il faire une différence significative ?*

3. Formuler l'énoncé d'objectif

Passez ensuite à la partie droite de la fiche [l'énoncé du problème et des résultats attendus](#) pour répondre à la question : Que cherchons-nous précisément à changer en abordant ce problème ? L'énoncé de résultat doit répondre directement au problème identifié et refléter l'amélioration mesurable que l'on souhaite obtenir si le projet aboutit.

Rédigez un objectif SMART :

- **Spécifique** : clairement défini
- **Mesurable** : lié à des changements observables
- **Atteignable** : réaliste compte tenu de l'équipe et du contexte
- **Pertinent** : aligné avec le périmètre d'action et les priorités
- **Temporellement défini** : avec une échéance claire

Concrètement, il s'agit de préciser plusieurs éléments : le résultat attendu, c'est-à-dire le changement ou l'action que le projet cherche à obtenir ; la population ciblée, en indiquant clairement le type de population, la communauté et la zone géographique concernées ; l'objectif spécifique et mesurable, idéalement exprimé en chiffres ou en pourcentage ; et enfin le délai prévu pour atteindre ce résultat, que ce soit en nombre de mois ou sous la forme d'une date d'échéance précise. Le tableau ci-dessous illustre la différence entre des objectifs formulés de manière faible ou solide.

Énoncé du résultat

Quel est le résultat souhaité ? À quoi ressemble le succès ?

A Nous visons à **atteindre le résultat souhaité**. Que cherchons-nous à accomplir ?

B **parmi la population cible** Type de population, communauté et zone géographique

C **mesurable par objectif spécifique/mesurable** Nombre ou pourcentage

D **dans/par un délai** Nombre de mois ou date précise

Lors de la rédaction de l'énoncé de résultat, gardez les éléments suivants à l'esprit.

- **La « sensibilisation » n'est pas un résultat en soi.** Il convient de se concentrer sur des changements mesurables et observables dans le monde réel, c'est-à-dire sur des indicateurs qui peuvent être suivis dans le temps. Par exemple, les personnes en charge des enfants peuvent déjà être conscientes de l'importance des vaccins ; cette prise de conscience ne garantit pourtant pas qu'elles respecteront les rendez-vous ni qu'elles complèteront à temps le calendrier vaccinal de leur enfant.
- **Le résultat ne doit pas encore inclure un comportement spécifique.** Il s'agit de définir le résultat global que le projet cherche à atteindre. Cela dit, si un comportement cible potentiel apparaît à ce stade du processus, il est utile de le noter. Il pourra être revisité lors de l'« Étape 2 : Identifier les comportements cibles potentiels ». Par exemple, si l'objectif est d'augmenter la vaccination à temps des jeunes enfants, l'ambition pourrait être d'aider les aidantes à planifier les rendez-vous de vaccination ou de soutenir les agents de santé dans un suivi plus régulier auprès des familles. Toutefois, ces dimensions comportementales viennent dans un second temps : à ce stade, l'objectif est de formuler le résultat global vers lequel le projet tend.
- **Les résultats attendus doivent décrire le changement souhaité, et non la solution proposée pour y parvenir.** Avant de passer à des interventions spécifiques, il est important d'explorer en profondeur le contexte du problème au moyen du processus de sciences comportementales. L'énoncé de résultat doit guider la réflexion, et non la préempter.
- **Les résultats doivent tenir compte des dynamiques existantes de genre, socio-culturelles et de pouvoir.** Il est utile de marquer une pause pour réfléchir : existe-t-il des différences de rôles, de normes ou de rapports de pouvoir qui influencent la manière dont différents groupes vivent le problème que nous cherchons à résoudre ? Il peut être pertinent de formuler un résultat qui non seulement s'attaque au problème central, mais contribue également à réduire certaines inégalités sous-jacentes, qu'elles soient liées au genre, à l'âge, à l'ethnicité, au handicap ou à d'autres formes de marginalisation.

TABLEAU 1. RÉSULTATS FAIBLES VS RÉSULTATS SOLIDES (SMART)

| EXEMPLE FAIBLE | POURQUOI EST-IL FAIBLE ? | EXEMPLE FORT |
|---|---|--|
| Améliorer la rétention scolaire des adolescentes. | L'expression « rétention scolaire » n'est pas précise : parle-t-on du primaire, du secondaire, ou des deux ? Aucune zone géographique ou tranche d'âge n'est indiquée, aucun délai n'est précisé, et le verbe « améliorer » est trop vague pour suivre les progrès. | Augmenter la fréquentation et réduire le décrochage scolaire chez les adolescentes du secondaire dans les zones rurales de [nom de la zone], mesurable par une réduction de 20 % du taux d'abandon avant la 3 ^e année du collège, en l'espace de deux années scolaires. |
| Augmenter les taux de vaccination dans les zones ciblées. | L'intention est claire, mais l'objectif reste trop large : aucun chiffre de référence, aucun pourcentage ciblé, aucun délai, ni population définie (quel vaccin ? quel âge ?). | Améliorer la couverture vaccinale systématique des enfants de moins de 2 ans dans les districts à faible couverture de [nom de la zone], mesurable par une augmentation de 10 points de pourcentage du taux de vaccination complète, dans un délai de 12 mois. |
| Promouvoir de bonnes pratiques nutritionnelles chez les enfants. | Objectif centré sur l'activité plutôt que sur un changement observable. Le verbe « promouvoir » décrit une action, pas un résultat, et la population ou l'indicateur de succès n'est pas défini. | Améliorer l'identification précoce et la prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions touchées par la sécheresse, mesurable par une augmentation de 25 % des admissions au programme communautaire de prise en charge de la malnutrition aiguë dans [nom de la zone], en 9 mois. |

4. Cartographier les parties prenantes et les publics cibles

La fiche de travail « [Carte des parties prenantes et des audiences](#) » aide à identifier quelles personnes ou institutions sont les plus concernées par le problème et quelle influence elles exercent. Cet outil permet de visualiser ces acteurs et de déterminer les types d'engagement nécessaires pour que la recherche et les futures interventions soient pertinentes et bien orientées.

Pour l'utiliser, il suffit de positionner les parties prenantes dans la matrice proposée en fonction de deux critères : le pouvoir qu'elles détiennent pour influencer la situation et leur niveau d'intérêt ou d'implication vis-à-vis du problème.

Cette cartographie peut ensuite guider le recrutement pour la recherche, la construction de partenariats, ainsi que les stratégies d'engagement. Elle peut également éclairer le choix de la meilleure manière d'impliquer chaque groupe.

Les parties prenantes doivent être placées dans la matrice selon :

- **Leur influence** : dans quelle mesure peuvent-elles soutenir ou freiner la résolution du problème ?
- **Leur implication** : à quel point sont-elles concernées, touchées ou motivées par le problème ?

TABLEAU 2. CRITÈRES DE CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES ET STRATÉGIES D'ENGAGEMENT

| INFLUENCE | IMPLICATION | STRATÉGIE D'ENGAGEMENT |
|-----------|-------------|--|
| Élevée | Élevée | <p>Gérer : Ces parties prenantes sont à la fois influentes et fortement investies dans l'enjeu. Il est essentiel de collaborer activement avec elles et de gérer leur participation de près.</p> <p>Exemple : L'équipe technique responsable d'augmenter la couverture vaccinale au sein du Ministère de la Santé au Liban.</p> |
| Élevée | Faible | <p>Satisfaire : Ces acteurs sont influents mais moins engagés. Il faut les tenir informés et maintenir leur soutien sans leur demander un investissement excessif.</p> <p>Exemple : Les hauts responsables au sein du Ministère de la Santé au Liban.</p> |
| Faible | Élevée | <p>Informier : Ces groupes sont très intéressés mais disposent d'un pouvoir limité. Il convient de les tenir informés et de s'appuyer sur leur expérience ou expertise pour éclairer le travail.</p> <p>Exemple : Les personnes qui s'occupent d'enfants en bas âge, incluant les familles libanaises et les familles réfugiées syriennes.</p> |
| Faible | Faible | <p>Surveiller : Ces parties prenantes sont pour l'instant moins pertinentes, mais leur influence ou implication peut évoluer. Il est utile de surveiller tout changement éventuel.</p> <p>Exemple : Les ONG locales œuvrant dans la santé infantile ou maternelle, mais qui ne sont pas directement impliquées dans le programme de vaccination.</p> |

Utilisez la deuxième partie de la fiche de travail
« **Carte des parties prenantes et des audiences** »
pour réfléchir et dresser la liste des publics cibles :

- **Audience principale** : individus ou groupes qui vivent directement le problème, qui influencent directement l'objectif ciblé par leurs actions ou qui sont les plus susceptibles de bénéficier de la solution. Il peut s'agir, par exemple, de personnes en charge d'enfants devant être vaccinés, de parents d'enfants souffrant de malnutrition, d'adolescentes exposées au risque de décrochage scolaire ou de résidents de quartiers informels ayant un accès limité à l'eau potable.
- **Audience secondaire** : individus ou groupes qui influencent indirectement l'objectif ciblé à travers leurs décisions, leurs habitudes ou leurs rôles. Ils façonnent l'environnement, les choix ou l'accès de l'audience principale. Cela peut inclure des gardiens ou détenteurs de pouvoir (p. ex., chefs communautaires, leaders religieux ou responsables d'établissements de santé), des influenceurs (p. ex., pairs, membres de la famille ou enseignants) et des décideurs (chefs de ménage, leaders communautaires ou autorités). Bien qu'ils ne soient pas toujours directement affectés par le problème, leurs rôles déterminent la manière dont les audiences principales le vivent. Leur influence peut soutenir ou freiner l'atteinte du résultat recherché.

Lors de l'identification des populations d'intérêt :

- **Évitez les généralisations excessives.** L'utilisation de termes comme « personnes responsables d'enfants » ou « femmes » peut masquer des différences importantes au sein d'un même groupe. Tenez compte de facteurs tels que l'âge, le genre, le statut marital, la localisation géographique, ainsi que la situation socio-économique pour segmenter les audiences.
- **Ne vous limitez pas aux acteurs les plus visibles.** Les groupes les plus entendus ou les plus visibles ne sont pas toujours ceux qui sont les plus concernés. Veillez à faire émerger les voix marginalisées, qui peuvent vivre le problème de manière différente.

Public cible

Les populations spécifiques les plus concernées par le problème en question.

Audience principale

Qui est directement concerné par le problème, en fait l'expérience directe ou est susceptible de bénéficier le plus d'une solution ?

Audience secondaire

Qui influence les décisions, l'accès ou l'environnement de l'audience principale ? Qui sont les gardiens, les influenceurs ou les décideurs qui façonnent leur expérience ?

ÉTUDE DE CAS:

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Cet énoncé du problème et des résultats attendus n'a pas été élaboré par l'équipe de projet originale. Il s'agit d'un exemple reconstruit à partir de données et du contexte réel du projet.

L'équipe de projet s'est inquiétée de la montée des preuves concernant les vaccinations manquées chez les communautés hôtes comme chez les populations réfugiées, un problème devenu plus urgent à la suite de l'augmentation des cas de rougeole et d'oreillons. Malgré la disponibilité de vaccins gratuits dans les centres de soins de santé primaires, les enquêtes menées par le Ministère de la Santé (MoPH) ont révélé des foyers d'enfants insuffisamment ou non vaccinés, en particulier au sein de familles confrontées à des barrières socio-culturelles ou logistiques.

Pour mieux comprendre ce problème, l'équipe a analysé des données administratives de santé et mené des échanges avec des agents de santé, des équipes de sensibilisation communautaire et des personnes responsables d'enfants. L'équipe a ensuite formulé une déclaration d'objectif claire, axée sur l'augmentation de la vaccination à temps chez les enfants de moins de cinq ans dans les communautés ciblées par le programme libanais d'Activités d'Immunisation Accélérée (AIA).

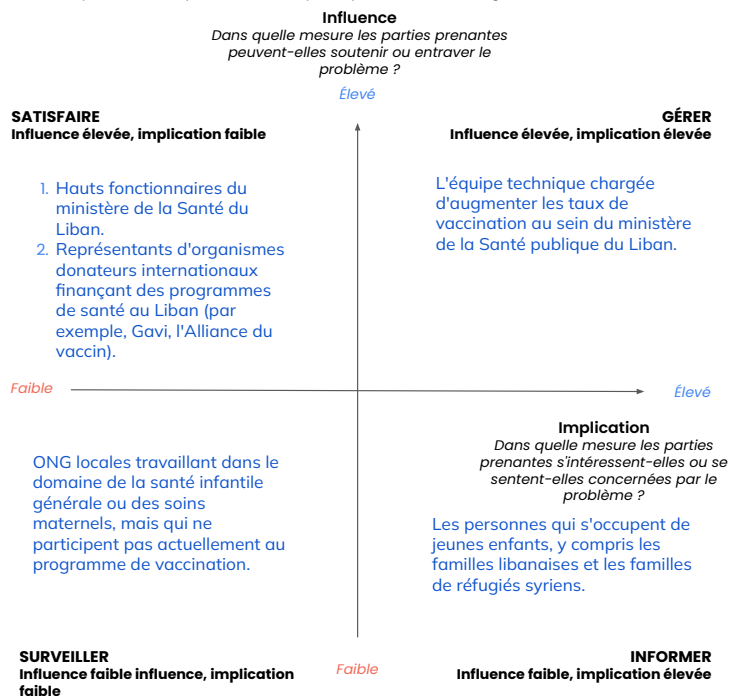
Le travail de cartographie des parties prenantes a conduit à la décision de maintenir une relation étroite et collaborative avec l'équipe technique du MoPH, compte tenu de son niveau élevé d'influence et d'implication. Les hauts responsables publics — bien qu'influents — ont été tenus informés sans être sollicités de manière excessive, afin de garantir leur soutien tout en évitant de les surcharger.

Enfin, les chercheuses ont commencé à réfléchir et à cartographier les audiences principales et secondaires du projet. L'audience principale regroupait les personnes responsables d'enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés. Les audiences secondaires incluent les agents de santé, les équipes de sensibilisation communautaire et les leaders communautaires. En tant que messagers de confiance, gardiens de l'accès aux services ou facilitateurs, leur rôle en faisait des alliés essentiels pour créer un environnement favorable à la vaccination.

ÉTUDE DE CAS 1 : AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS AU LIBAN

Carte des parties prenantes

Les personnes les plus concernées par le problème et leur degré d'influence sur celui-ci.



Public cible

Les populations spécifiques les plus touchées par le problème en question.

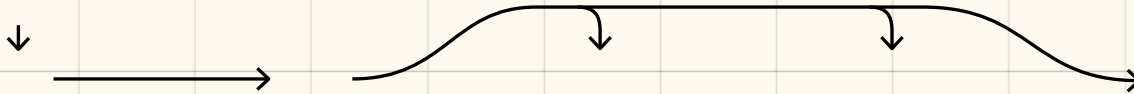
Audience principale

Les personnes qui s'occupent d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés : principalement les mères, mais aussi les pères, les grands-parents ou d'autres membres du foyer responsables de la santé des enfants.

Les enfants non vaccinés ou sous-vaccinés (âgés de 0 à 16 ans) : les enfants identifiés comme étant en retard dans le calendrier de vaccination systématique du Liban.

Audience secondaire

- **Les agents de terrain / les équipes de santé communautaire de l'AIA** qui effectuent des visites à domicile, dispensent des informations, orientent les patients et assurent le suivi.
- **Le personnel des centres de santé primaires (CSP)** qui administrent les vaccins et assurent le suivi des carnets de vaccination.
- **Les leaders communautaires ou figures d'autorité** (par exemple, les mukhtars, les chefs religieux ou les personnes d'influence locales) qui façonnent les normes sociales et la confiance.
- **Les membres plus âgés de la famille** (par exemple, les grands-parents) qui peuvent influencer les décisions des soignants en fonction des croyances générationnelles ou des expériences passées.
- **Les pairs et les voisins** qui peuvent influencer les normes perçues et les décisions par le biais de conversations informelles.
- **Les ONG locales** impliquées dans la promotion de la santé ou le soutien aux réfugiés dans la région.



ÉTAPE 2 :

Identifier les comportements cibles potentiels

Objectif de cette étape :

Cette étape est soutenue par deux outils : l'Arbre des comportements (pour cartographier les comportements) et la Matrice de priorisation (pour sélectionner les plus prometteurs):

1. Arbre des comportements :

Il s'agit d'une carte visuelle qui relie le résultat souhaité aux :

- a. Publics clés (par exemple, les parents, les professionnels de santé, les enseignants ou les chefs religieux).
- b. Comportements – ou l'absence de comportements – qui influencent le résultat pour chaque groupe cible.

L'objectif est de montrer comment différents acteurs et leurs actions – ou inactions – contribuent au problème. L'Arbre permet d'identifier où positionner l'intervention pour maximiser l'impact.

Outils associés :

- [Arbre comportemental](#)
- [Matrice de priorisation](#)

2. Matrice de priorisation :

Cet outil permet d'affiner le choix en comparant les comportements identifiés dans l'Arbre selon deux critères :

- a. **Faisabilité** : Dans quelle mesure est-il réaliste d'influencer ou de modifier ce comportement ?
- b. **Impact** : Dans quelle mesure la modification de ce comportement contribuerait-elle au résultat souhaité ?

De nombreux comportements peuvent être importants, mais cette matrice aide à en prioriser un ou deux qui soient à la fois réalisables et à fort impact.

Pourquoi cette étape est importante ?

Les sciences comportementales visent avant tout à comprendre et à influencer ce que les personnes font réellement. Sans comportement cible clairement défini, il devient impossible d'examiner de manière pertinente ce qui favorise ou freine le changement, de concevoir des interventions susceptibles d'avoir un impact, ou encore d'évaluer si les actions mises en place produisent l'effet attendu.

Il est fréquent de confondre les comportements avec des attitudes, émotions ou intentions. Même si ces éléments peuvent influencer l'action, ils ne constituent pas un comportement. Un comportement est une action spécifique et observable réalisée par une personne. Ce n'est pas ce qu'elle pense, ressent ou souhaite, mais ce qu'elle fait. Le tableau ci-dessous illustre comment reformuler des éléments qui ne sont pas des comportements en véritables comportements observables :

TABLEAU 3. COMPORTEMENTS VS NON-COMPORTEMENTS

| CE N'EST PAS UN COMPORTEMENT | POURQUOI CE N'EST PAS UN COMPORTEMENT | REFORMULATION EN COMPORTEMENT OBSERVABLE |
|--|--|---|
| Amener les aidants à comprendre l'importance de la vaccination | Connaissance vs action : Bien que ce soit important, la compréhension n'est ni observable ni mesurable de manière fiable. | Les aidants emmènent leur enfant au centre de santé primaire dans les sept jours suivant la réception d'un rendez-vous. |
| Augmenter la confiance des parents dans les vaccins | Croyance vs action : La confiance influence l'action, mais elle ne peut être mesurée sans interprétation. | Les aidants acceptent la vaccination sans exprimer d'hésitation lorsque celle-ci est proposée par l'agent d'approche. |
| Impliquer davantage les pères dans les décisions vaccinales | Vague vs spécifique : le terme « implication » ne précise pas l'action ou la décision concrète prise par le père. | Les pères accompagnent l'aidant au centre de santé ou participent aux visites communautaires pendant la semaine de vaccination. |
| Encourager les agents d'approche à mieux interagir avec les familles | Vague vs spécifique: « Mieux interagir » est ambigu et subjectif ; cela peut désigner différentes actions selon le contexte. | Les agents d'approche expliquent le calendrier vaccinal et remplissent le formulaire de référencement lors de chaque visite à domicile. |
| Motiver les aidants à valoriser la vaccination systématique | Intention vs comportement : La motivation est un facteur interne, utile mais non observable ni suffisante pour changer un comportement. | Les aidants inscrivent la date du prochain vaccin sur le calendrier fourni et l'affichent dans un endroit visible à la maison. |

Comment procéder :

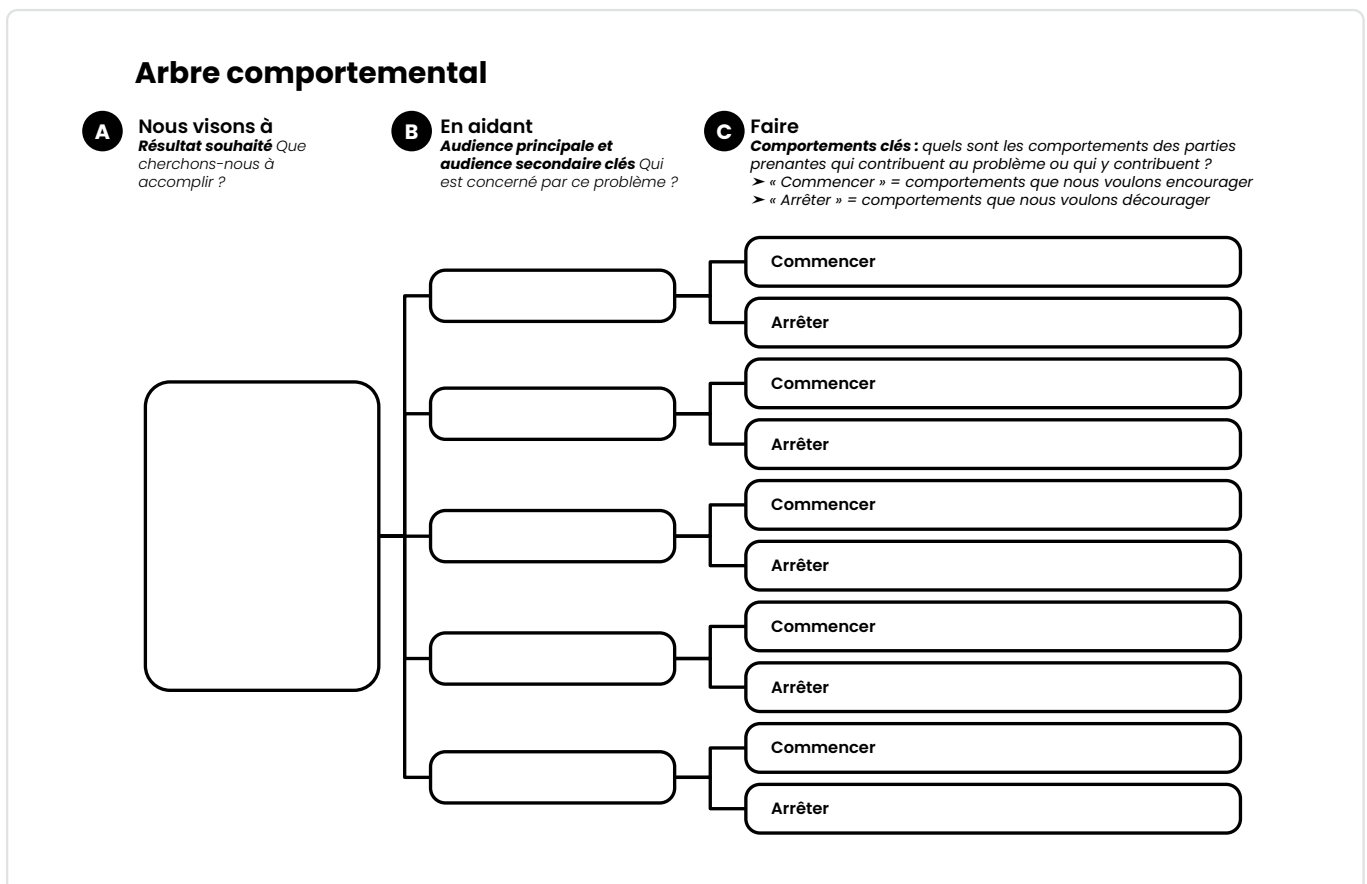
1. Cartographier les comportements

Utilisez la fiche de travail « [Arbre comportemental](#) » pour cartographier les comportements qui influencent l'atteinte du résultat visé :

- Ajoutez le résultat souhaité dans la section A de la feuille de travail.
- Inscrivez les audiences principales et secondaires identifiées lors de l'« **Étape 1 : Définir le problème et les résultats** » dans la section B.
- Pour chaque public figurant dans l'Arbre comportemental, identifiez les comportements spécifiques qui influencent le résultat dans la section C. Cette étape vise à faire émerger à la fois ce qui est visible et ce qui manque dans le paysage comportemental. Posez-vous la question : Quelles

actions chaque groupe entreprend-il actuellement et qui facilitent — ou freinent — les progrès ? Existe-t-il des comportements utiles ou positifs que ces groupes pourraient adopter pour soutenir l'équipe du projet dans l'atteinte des objectifs ? Classez les comportements dans deux catégories :

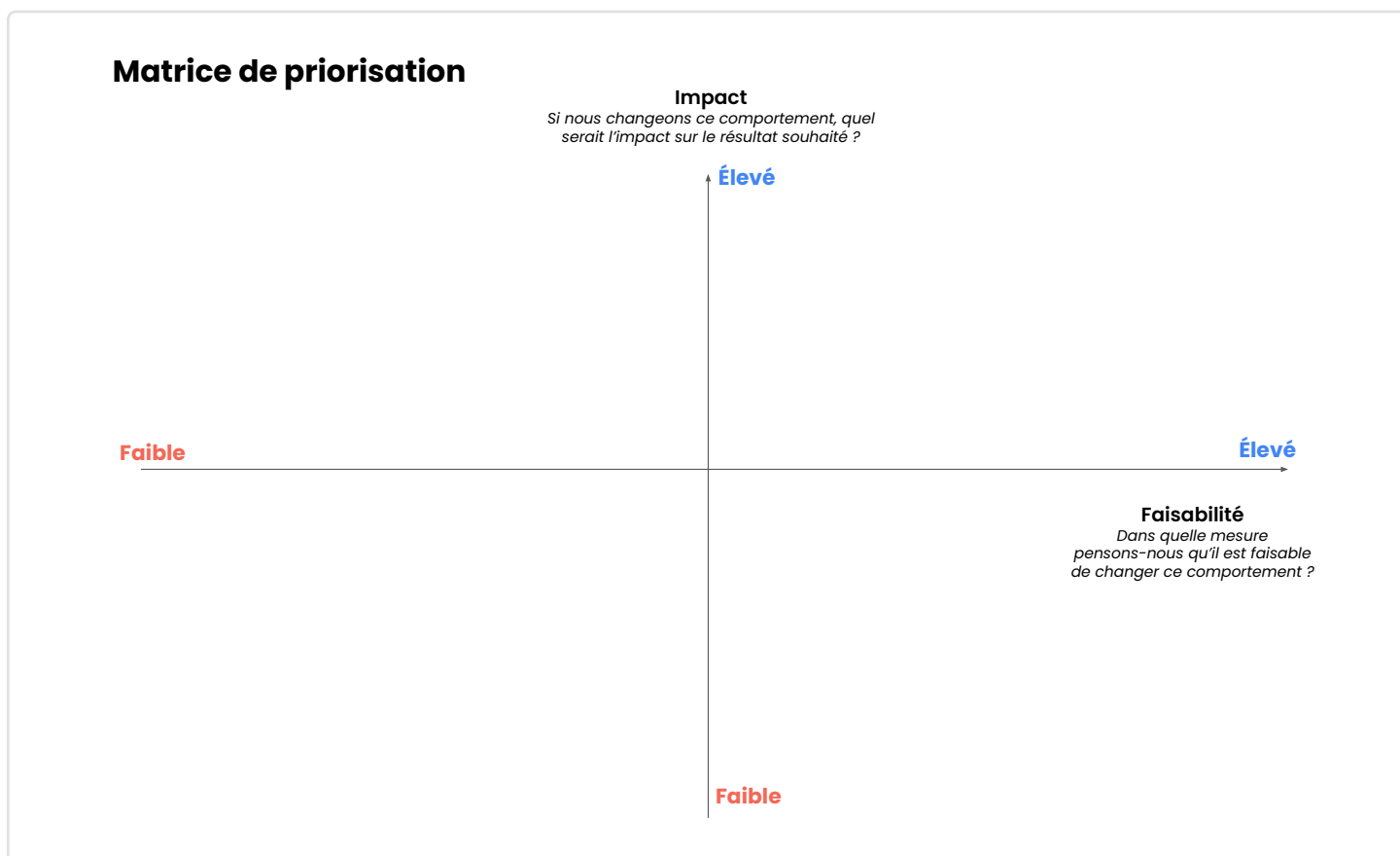
- **Commencer** : ces cases de la fiche doivent inclure les comportements à promouvoir, qui soutiennent les résultats souhaités. Cela peut inclure des comportements déjà existants qui doivent être maintenus, ou de nouveaux comportements à adopter pour renforcer l'impact.
- **Arrêter** : ces cases doivent inclure les comportements qui entravent l'obtention du résultat attendu et qu'il faut réduire ou éviter.



Pour tirer le meilleur parti de l'arbre comportemental :

- **Commencez par un résultat clair.** L'arbre doit toujours se développer à partir d'un objectif bien défini : le résultat attendu formulé à l'Étape 1.
- **Si nécessaire, complétez la liste initiale des publics liés au résultat.** La liste des audiences principales et secondaires issue de l'Étape 1 doit être complète, mais peut être enrichie en réfléchissant plus largement aux personnes liées au résultat.
- **Co-créez autant que possible.** Les parties prenantes locales et les autres membres de l'équipe apportent une expérience précieuse qui permet de mettre en lumière des groupes ou des comportements souvent négligés, et d'éviter une vision trop étroite. Il n'existe pas d'information parfaite, mais la collaboration offre une compréhension plus riche et ancrée dans la réalité du terrain.
- **Concentrez-vous sur les comportements observables.** Un comportement est une action réalisée par une personne. S'il ne peut pas être vu ou mesuré, il ne s'agit probablement pas d'un comportement. L'objectif est de décrire ce que la personne fait réellement, et non ce qu'elle pense ou ressent.
- **Cartographiez ce qui existe et ce qui manque.** Soyez attentif à cartographier à la fois ce que les gens font et ce qu'ils ne font pas. Cela comprend les comportements visibles, comme se rendre au centre de santé ou accompagner un enfant à l'école, ainsi que les comportements attendus mais absents. Souvent, l'absence d'action est tout aussi révélatrice : par exemple, des parents qui ne déclarent pas les naissances, des adolescents qui ne se présentent pas aux séances de conseil, ou des hommes qui n'accompagnent pas leurs partenaires aux visites de santé.
- **Codez l'arbre comportemental par couleurs.** Utilisez une couleur différente pour chaque groupe de parties prenantes et leurs comportements spécifiques. Cette étape simplifie considérablement la priorisation des comportements par la suite.

2. Hiérarchiser les comportements



La **Matrice de priorisation** permet d'examiner tous les comportements identifiés et de déterminer lesquels sont les plus pertinents à cibler.

- a. Pour commencer, reprenez chaque comportement issu de l'**Arbre comportemental** et positionnez-le dans la matrice. Deux critères doivent être évalués :
 - **Impact** : Si ce comportement changeait, dans quelle mesure améliorerait-il le résultat attendu ?
 - **Faisabilité** : est-il réaliste de modifier ce comportement compte tenu du temps, des ressources et du contexte disponibles ?

Pour faciliter l'analyse, il peut être utile d'utiliser une échelle simple, comme « faible », « moyen » ou « élevé ». Gardez toutefois en tête que le positionnement peut évoluer au fur et à mesure des discussions et des apprentissages. La matrice n'est pas figée : c'est un outil pour organiser une réflexion qui se construit progressivement.

- b. Après avoir positionné les comportements dans la matrice, sélectionnez-en un ou deux sur lesquels concentrer la suite du travail. Il s'agira généralement d'un comportement à fort impact et hautement faisable, situé dans le quadrant supérieur droit de la matrice, mais ce n'est pas une règle absolue. Dans la réalité, des éléments comme les financements, les partenariats existants ou les initiatives déjà en cours peuvent influencer la priorisation de certains comportements, et cela est tout à fait acceptable. La matrice est un outil d'orientation, non une obligation.
- c. Enfin, lors de cette priorisation, évitez la paralysie décisionnelle. Le comportement choisi n'a pas besoin d'être parfait — il doit simplement être sélectionné de manière réfléchie et fondée sur les connaissances disponibles à ce stade. De nombreuses équipes ajustent d'ailleurs leur choix après avoir mené des recherches plus approfondies dans la prochaine phase *Explorer*.

3. Consulter les parties prenantes locales pour valider les hypothèses

Il est essentiel de prendre le temps de vérifier les hypothèses formulées. Une véritable compréhension combine expertise technique et expérience vécue. Trop souvent, les priorités de recherche ou de financement provenant du Nord global définissent les orientations au nom d'autres populations. Cela peut entraîner un décalage entre les efforts déployés et les besoins réels des communautés.

Impliquer les parties prenantes locales, en particulier celles qui sont les plus proches du problème, est l'un des moyens les plus efficaces de remettre en question les biais. L'estimation de l'impact et de la faisabilité reste subjective, et la perspective de l'équipe de projet n'en constitue qu'une partie. Associer des collègues, des partenaires locaux ou des personnes ayant des expertises différentes permet de faire émerger de nouvelles connaissances, de défier les suppositions, et de révéler des angles morts. Avant de passer à l'étape suivante, assurez-vous de :

- a. Discuter des comportements priorisés avec les personnes les plus concernées. Demandez-leur :
 - Ce comportement est-il réellement important selon leur point de vue ?
 - Y a-t-il des aspects du problème qui ont été mal compris ou ignorés ?
 - Existe-t-il d'autres comportements jugés plus urgents ou plus accessibles à changer ?
 - Qu'est-ce qui pourrait rendre ce comportement plus facile ou plus difficile à modifier ?
- b. S'appuyer sur des approches participatives. La validation n'a pas besoin d'être formelle ni extractive. Elle peut aller d'échanges informels avec des leaders communautaires jusqu'à des méthodes participatives inspirées de la conception centrée sur l'humain.¹

Remarque sur la suite : cette analyse peut évoluer si les étapes 3 et 4 de la phase de définition (carte systémique et points d'influence) sont terminées. Ces étapes avancées explorent les causes profondes et les facteurs d'influence, et peuvent affiner l'évaluation initiale de l'impact et de la faisabilité. Les équipes peuvent également passer directement à l'étape 5 et poursuivre avec le comportement sélectionné comme base pour les phases suivantes.

¹ « La conception centrée sur l'humain est une approche de résolution de problèmes qui place les personnes réelles au cœur du processus de développement, permettant de créer des produits et services qui résonnent avec elles et sont adaptés à leurs besoins. L'objectif est de garder à l'esprit, à chaque étape, les souhaits, les difficultés et les préférences des utilisateurs. Cela conduit à des produits plus intuitifs et accessibles, susceptibles de générer un meilleur rendement, car les utilisateurs ont déjà testé la solution et se sentent davantage investis dans son utilisation. » – Landry, 2020, Harvard Business Review.

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

L'arbre comportemental et la matrice de priorisation présentés ci-dessous n'ont pas été élaborés par l'équipe de projet d'origine. Il s'agit d'exemples reconstruits à partir de données et du contexte réel du programme.

Au Liban, certains aidants rapportaient où manquaient les rendez-vous de vaccination en raison d'incertitudes, d'un faible sentiment d'urgence ou d'une confusion liée au calendrier vaccinal. L'équipe a identifié ce comportement comme étant à stopper ou à décourager, et l'a mis en contraste avec un comportement à encourager : le suivi proactif par les aidants

du calendrier vaccinal de leurs enfants afin de s'assurer que toutes les doses requises soient administrées en temps voulu.

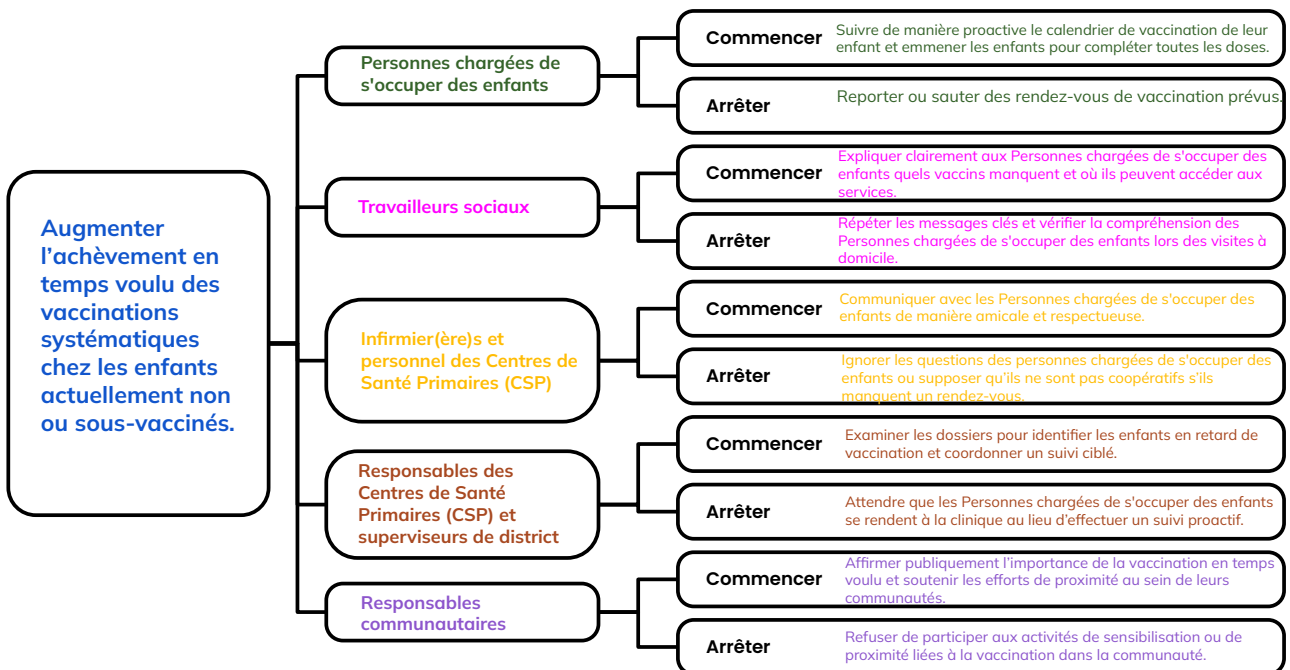
En classant ces comportements observés sur le terrain dans les catégories « à adopter » et « à éviter », l'équipe a obtenu une vision plus ancrée dans la réalité des actions qui influencent l'adoption de la vaccination et a pu mettre en évidence les comportements susceptibles d'avoir le plus d'effet sur les résultats.

Arbre comportemental ÉTUDE DE CAS 1 : AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS AU LIBAN

A Nous visons à **Résultat souhaité** Que cherchons-nous à accomplir ?

B En aidant **Audience principale et audience secondaire clés** Qui est concerné par ce problème ?

C Faire **Comportements clés** : quels sont les comportements des parties prenantes qui contribuent au problème ou qui y contribuent ?
 > « Commencer » = comportements que nous voulons encourager
 > « Arrêter » = comportements que nous voulons décourager

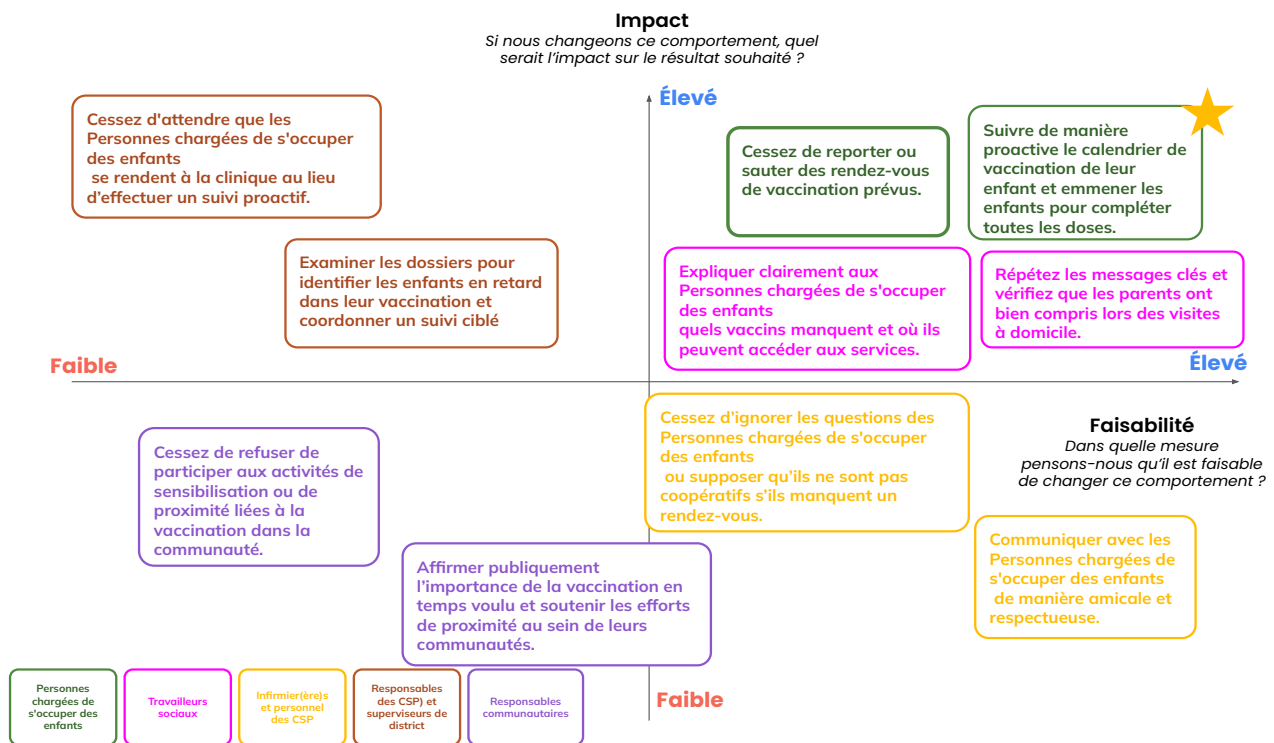


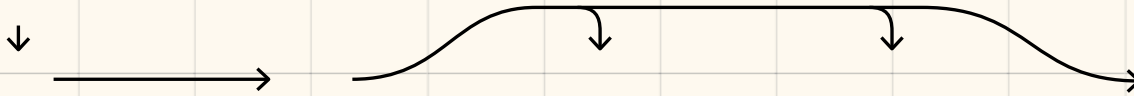
Une fois la carte des comportements établie, l'équipe de projet a utilisé la matrice de priorisation pour évaluer chaque comportement en fonction de son impact potentiel sur la vaccination de routine et de la faisabilité de son changement dans les limites du projet.

Un comportement clé s'est révélé à la fois efficace et réalisable : les aidants suivent le calendrier vaccinal de leur enfant et l'emmènent pour recevoir toutes les doses requises. Soutenir ce comportement de planification pourrait aider à transformer l'intention en action, en particulier lorsque les services sont disponibles mais sous-utilisés.

L'équipe a considéré la matrice comme un guide plutôt qu'un outil de décision rigide. Elle a reconnu que des recherches supplémentaires pourraient révéler de nouveaux facteurs ou des barrières comportementales plus nuancés. Ensemble, l'Arbre comportemental et la Matrice de priorisation ont offert une approche structurée mais flexible pour ancrer le projet dans des actions concrètes, créant ainsi une base plus solide pour des interventions ciblées.

Matrice de priorisation ÉTUDE DE CAS 1 : AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS AU LIBAN





ÉTAPE 3 :

Cartographier le système

[FACULTATIF]

Objectif de cette étape :

Cette étape utilise la fiche « [Carte systémique](#) » pour contextualiser le problème en créant un schéma visuel qui représente :

- Les éléments qui influencent le ou les résultats recherchés
- Les relations entre ces éléments (ex. : facteurs qui renforcent, bloquent ou facilitent)

L'objectif est d'aller au-delà des symptômes visibles et de clarifier comment des forces comme les infrastructures, les normes sociales, les barrières psychologiques ou les règles institutionnelles interagissent, afin d'orienter les interventions vers des transformations du système dans son ensemble.

Outil associé :

- [Carte systémique](#)

ENCADRÉ : cette étape est facultative.

Jusqu'à présent, l'effort a porté sur la définition du problème et de l'objectif, ainsi que sur l'identification des comportements prioritaires pour chaque public. Cependant, une approche centrée uniquement sur ces comportements peut parfois occulter des forces systémiques plus larges qui influencent ces comportements.

L'étape 3, « [Cartographier le système](#) » s'appuie sur la pensée systémique – une approche qui permet d'identifier les différentes composantes d'un problème, leurs interactions et leurs effets mutuels au fil du temps.

Cette étape est facultative, mais elle peut se révéler précieuse pour mettre au jour des barrières invisibles, des boucles de rétroaction ou des facteurs facilitateurs/leviers comportementaux qui ne sont pas toujours visibles au niveau comportemental. Si vous souhaitez avancer sans passer par cette étape, vous pouvez directement poursuivre avec [l'Étape 5 : Construire le canevas du projet](#), en travaillant à partir des comportements prioritaires lors de l'Étape 2.

Pourquoi cette étape est importante ?

Le contexte est essentiel. Les comportements ne se produisent jamais isolément. Ils sont façonnés par des systèmes : règles, services, (dés)incitations, normes et attentes sociales, et bien plus encore. Cartographier l'environnement autour d'un comportement permet de:

- Capitaliser les connaissances de différents experts et parties prenantes, qui n'en perçoivent souvent qu'une partie
- Construire un consensus et une compréhension partagée entre équipes et partenaires

- Mettre au jour des dynamiques cachées telles que des boucles de rétroaction, des goulets d'étranglement ou des conséquences inattendues
- Faire évoluer les discussions, du blâme vers une logique systémique, afin d'ouvrir de nouvelles pistes de changement.

Sans une vision claire du système, il est facile de confondre symptômes et causes profondes, ou de concevoir des solutions bien intentionnées qui résolvent un problème tout en en créant un autre. La carte du système aide à répondre à des questions clés : qu'est-ce qui détermine réellement ce résultat ? Comment les différentes parties interagissent-elles ? Où se trouvent les leviers cachés pour agir ?

À propos des boucles de rétroaction :

Les boucles de rétroaction expliquent comment un changement dans une partie d'un système revient influencer à nouveau la variable d'origine.

Il en existe deux principaux types :

- Boucle de rétroaction positive (boucle de renforcement) (+) : elle pousse le système dans la même direction que le changement initial. Elle peut amplifier l'effet en créant un cycle auto-renforçant qui accélère la dynamique de départ. (Ex. : plus de parents vaccinent → la confiance dans le système de santé augmente → encore plus de parents vaccinent).
- Boucle de rétroaction négative (boucle d'équilibrage) (-) : elle stabilise le système ou freine le changement. (Ex. : surutilisation d'un service de santé → temps d'attente plus longs → diminution de la demande).

Dans les boucles de rétroaction, un facteur est à la fois cause et conséquence d'un autre. Lorsqu'elles sont représentées, il devient plus facile de visualiser comment l'influence circule dans les deux sens. Les reconnaître dès le départ permet d'éviter des conséquences inattendues ou des effets de débordement et de repérer où de petits changements peuvent avoir un impact à l'échelle du système.

(Voir les ressources à la fin de ce chapitre pour en savoir plus sur les boucles de rétroaction).

Comment procéder :

1. Cartographier les facteurs

Commencez par revenir à l'ancrage de la cartographie du système : votre énoncé d'objectif issu de l'Étape 1. Puis identifiez les éléments constitutifs du système — les comportements et leurs déterminants. Ceux-ci incluent :

- a. **Comportements** : à partir de l'étape 2 (Arbre comportemental)
- b. **Les facteurs déterminants** : psychologiques (croyances, émotions, routines ou biais cognitifs), socioculturels (normes, statut, pression des pairs ou attentes culturelles) et environnementaux (accès aux infrastructures, disponibilité des services ou environnement physique) qui façonnent ces comportements.
- c. **Influences externes** : programmes existants (mobilisation communautaire, activités de terrain, autres programmes publics, etc.), politiques publiques (mandats, législations, partenariats en place, etc.), ou contexte plus large (instabilité économique, barrières géographiques, urgences humanitaires, conflits, désinformation...).

Utilisez la fiche de travail « **Carte systémique 1 : Facteurs** » :

- Notez les comportements clés dans la première colonne.
- Ajoutez les facteurs déterminants sous-jacents (croyances, normes, accès, règles, etc.) dans les colonnes suivantes.
- Mentionnez les efforts existants (programmes, politiques, facteurs contextuels) dans la dernière colonne.

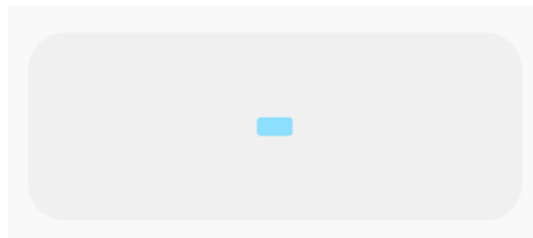
Conseils pour cartographier les facteurs :

- Ne vous limitez pas à l'individu : le comportement est façonné par le contexte (par exemple, les normes, les services ou les infrastructures), et pas seulement par les choix personnels.
- Ne cherchez pas le « facteur parfait » : si un facteur est susceptible d'influencer le comportement, incluez-le. Les facteurs déterminants seront affinés plus tard dans le processus.
- Ancrez-vous dans la déclaration de résultat de l'étape 1 pour rester concentré.

2. Construire la carte systémique

Ensuite, donnez vie au système de manière visuelle à l'aide de la fiche « **Carte systémique : Cartographier le système** » (sur une grande feuille avec des post-its ou à l'aide d'un outil numérique tel que [Miro](#), [Kumu](#) ou [Figma](#).²)

- a. Placez l'**Énoncé d'Objectif** (issu de l'Étape 1) au centre ou en haut de la carte, résumé en quelques mots (par exemple : « augmenter l'achèvement à temps des vaccinations infantiles de routine »). Pour qu'il se démarque, encadrez-le dans une forme (par exemple, un rectangle). Tout ce qui sera ajouté sur la carte devra se relier à cet objectif visuel.



- b. Ajoutez **les comportements clés** (à partir de l'Étape 2 et de la fiche « **Carte systémique 1 : Facteurs** »). Placez-les autour de l'objectif et indiquez à quels acteurs ou parties prenantes ils se rapportent.



- c. Reliez **les facteurs déterminants** (de la fiche **Carte systémique 1 : Facteurs**) aux comportements qu'ils influencent à l'aide de flèches :



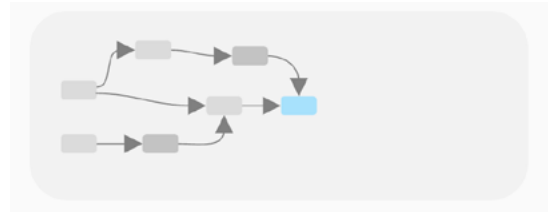
- d. Incluez **les facteurs externes et les efforts existants**, y compris les programmes, politiques, services, et éléments contextuels plus larges ayant un impact sur les facteurs déterminants ou les comportements. Pour cela, utilisez la colonne 3 (« Programmes et efforts existants ») de la fiche « **Carte systémique 1 : Facteurs** ». Indiquez clairement lesquels relèvent du champ d'action du projet et lesquels ne sont pas sous son contrôle.



Suite à la page suivante...

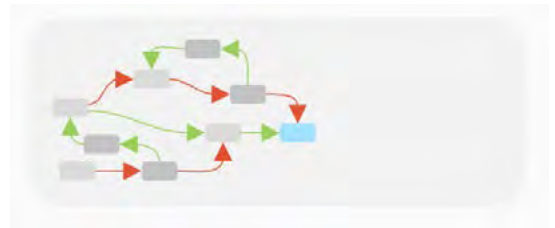
² Ce sont des outils numériques collaboratifs qui permettent aux équipes de créer et de modifier des schémas visuels en temps réel. Ils sont particulièrement adaptés aux exercices de cartographie.

- e. Tracez des flèches pour montrer **les liens de causalité** entre les éléments. Montrez comment un facteur en entraîne ou en renforce un autre. Posez la question suivante : ce facteur a-t-il une incidence sur celui-là ? Comment ? Les flèches doivent pointer dans le sens de l'influence, afin d'aider à visualiser la chaîne causale.



- f. Ajoutez des signes de causalité aux flèches pour indiquer le type d'effet que chaque relation représente et comment les connexions se comportent.

- (+) Positif : lorsque l'augmentation d'un facteur entraîne l'augmentation d'un autre
(ex. : confiance \uparrow \rightarrow vaccination \uparrow)
- (-) Négatif : lorsque l'augmentation d'un facteur réduit un autre
(ex. : temps d'attente \uparrow \rightarrow satisfaction \downarrow)



- g. Identifiez **les effets en aval**. Demandez-vous : que se passe-t-il si le résultat est atteint ou non ? Demandez-vous :

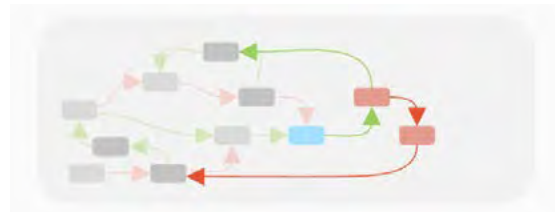
- Quels effets indirects ou à plus long terme pourraient découler de la réalisation de cet objectif ?
- Quels risques ou conséquences inattendues pourraient émerger ?

Ajoutez de nouveaux éléments sur la carte systémique pour représenter ces effets en aval. Ils peuvent concerner la santé, l'apprentissage, le bien-être, la confiance, la productivité ou d'autres domaines.

Ensuite, reliez chaque effet en aval à l'objectif à l'aide d'une flèche indiquant le sens d'influence. Comme précédemment, utilisez des signes causaux :

- Une flèche verte ou un signe plus (+) si le résultat augmente l'effet en aval
- Une flèche rouge ou un signe moins (-) s'il diminue l'effet

Cette étape permet de visualiser les implications plus larges de l'objectif défini — et de comprendre pourquoi il est important au sein du système global.



Suite à la page suivante...

- h. Recherchez les boucles de rétroaction afin de repérer les situations où un facteur en influence un autre, et où ce second facteur, à son tour, agit sur le premier. C'est à ce stade que la pensée systémique devient particulièrement utile.

Par exemple, la méfiance d'un aidant envers le système de santé peut le conduire à retarder ou éviter la vaccination. À mesure que moins de familles participent aux campagnes d'immunisation, les services de santé publique deviennent moins visibles ou sont sous-utilisés, ce qui peut renforcer l'idée que le système est peu fiable, approfondissant ainsi la méfiance initiale. Dans un tel cas, il peut être utile de nommer la boucle de rétroaction (par ex. « boucle d'érosion de la confiance »).

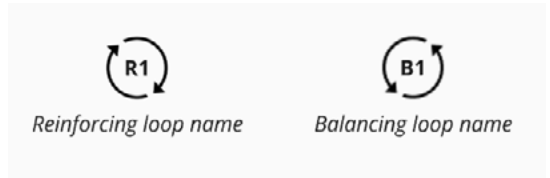
Dans le cas de l'étude sur l'amélioration de la vaccination infantile en temps opportun au Liban, on peut observer la boucle suivante :

Un parent retarde la vaccination de son enfant

- → augmente le risque que l'enfant tombe malade ou manque des doses prévues
- → renforce la perception de l'aidant selon laquelle la vaccination est compliquée ou peu urgente
- → réduit sa probabilité de répondre aux prochains rappels
- → ce qui renforce à nouveau le retard ou l'absence de vaccination.

Dans cette boucle, le retard vaccinal à la fois produit et résulte de perceptions négatives et d'un faible passage à l'action : il s'agit d'une boucle de renforcement négatif classique. Sans rupture de ce cycle, le problème peut s'aggraver avec le temps. Cartographier ces boucles permet de clarifier là où des interventions peuvent interrompre des cycles néfastes ou renforcer des dynamiques positives.

- i. Tenez compte **des différences entre les groupes**. Demandez-vous : Cette expérience est-elle la même pour tout le monde ? Existe-t-il des disparités historiques ou sociales pouvant amener certains groupes — comme les femmes, les minorités ethniques ou les populations rurales — à vivre le système différemment ? Utilisez des notes, un code couleur ou des cartes distinctes pour mettre en évidence les différences selon le genre, la géographie, l'origine ethnique, le handicap ou d'autres formes d'inégalités. Une autre option consiste à créer une seconde version de la carte centrée exclusivement sur un sous-groupe particulier. Cela permet de garantir une analyse inclusive, guidée par des principes d'équité.



Suite à la page suivante...

-
- j. Enfin, **partagez la carte systémique**. Considérez-la comme un document évolutif. Partagez-la avec des collègues, des experts et des acteurs communautaires afin de vérifier les hypothèses, combler les lacunes et encourager une appropriation collective.
-

Vous trouverez plus d'informations sur les cartes systémiques dans la [boîte à outils](#) et [les supports de formation](#).

Quelques conseils pour la création d'une carte systémique :

- **Comme toute nouvelle compétence, la cartographie des systèmes demande de la pratique.** Elle peut sembler désordonnée ou complexe au début, mais elle devient plus intuitive et plus riche avec l'expérience.
- **Concentrez-vous sur les relations, pas seulement sur les éléments.** La force d'une carte de système réside dans les liens entre les facteurs, pas dans leur simple liste. Explorez comment ils s'influencent mutuellement.
- **Ne visez pas la perfection.** La première version ne sera jamais la dernière. Voyez-la comme un brouillon évolutif qui s'affine au fil de la compréhension.
- **Travaillez de manière collaborative.** La cartographie en groupe apporte de nouvelles perspectives, révèle des angles morts et renforce la propriété partagée des problèmes et des solutions potentielles.
- **Restez visuels.** Utilisez des couleurs, des flèches et un agencement clair pour montrer les relations. Si la carte devient difficile à lire d'un seul coup d'œil, simplifiez ou réorganisez-la.

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

La carte du système n'a pas été élaborée par l'équipe de projet initiale. Il s'agit d'un exemple recréé à partir de données et du contexte réels du projet.

Avant d'élaborer la carte systémique, l'équipe de recherche a dressé une liste des comportements clés, des facteurs d'influence (ou facteurs déterminants) et des efforts déjà déployés. Ces éléments étaient liés à leur objectif : augmenter l'achèvement en temps voulu de la vaccination systématique chez les enfants non ou sous-vaccinés. Les éléments identifiés comprenaient :

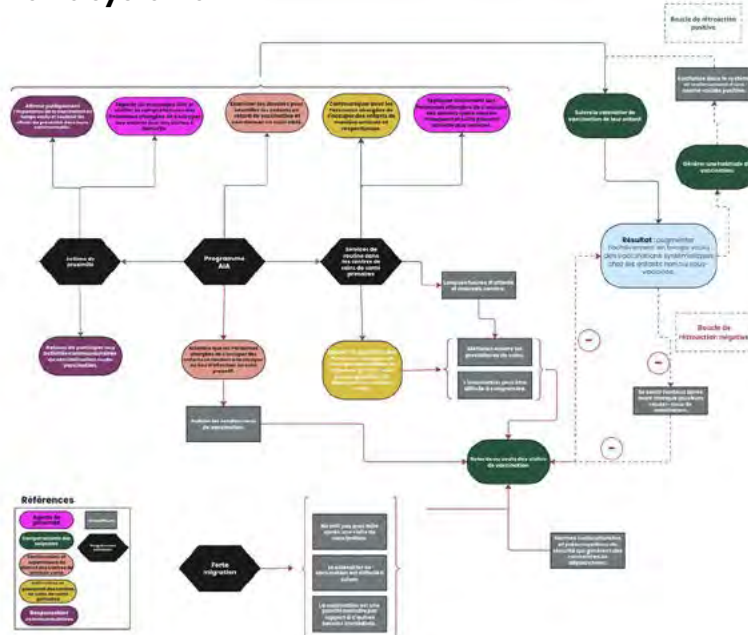
- **Comportements :** L'équipe s'est appuyée sur les comportements identifiés lors de l'exercice de l'**Arbre comportemental**. Il s'agissait notamment d'actions telles que la réponse des parents aux visites de suivi, ou l'examen proactif des carnets de vaccination par le personnel des centres de santé primaire (CSP).
- **Facteurs déterminants :** En s'appuyant sur des discussions avec les parties prenantes, des données existantes et leurs observations, l'équipe a identifié des facteurs susceptibles d'influencer les comportements liés à la vaccination. Elle a observé, par exemple, que certains parents n'avaient pas confiance dans les agents de santé, tandis que d'autres étaient contraints par le manque de temps, de mobilité ou

par des responsabilités concurrentes. Par ailleurs, les normes sociales et la désinformation influencent les croyances des parents quant au moment, au lieu et à la personne chargée d'administrer les vaccins.

- **Programmes et efforts existants :** Étant donné que la vaccination représente depuis longtemps une priorité nationale, l'équipe a tenu compte des initiatives en cours, notamment le programme Activités Accélérées d'Immunisation (AIA) mené par le ministère de la Santé avec l'appui de l'UNICEF. Ce programme inclut des visites porte-à-porte, des orientations vers les CSP et des campagnes d'information auprès des parents. L'équipe a également pris en compte des facteurs contextuels, tels que la crise des réfugiés, la capacité limitée du système de santé, et des zones de faible couverture identifiées auparavant.

Carte systémique 2 : Cartographier le système

ÉTUDE DE CAS 1: AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS AU LIBAN



Cartographie des comportements

À partir du résultat recherché (une vaccination complète et en temps voulu), l'équipe a ajouté les principaux comportements issus de l'**Arbre comportemental**. Elle a retenu uniquement les actions les plus pertinentes pour les différents publics identifiés : par exemple, les parents qui se rendent à leurs rendez-vous, les agents d'outreach qui fournissent des références, ou le personnel des CSP qui met à jour les dossiers. Un code couleur cohérent a été conservé pour rendre la carte lisible et facilement partageable.

Cartographie des facteurs déterminants

L'équipe a ensuite ajouté les facteurs déterminants — c'est-à-dire les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux influençant la réalisation des comportements.

Ceux-ci incluent :

- **Facteurs déterminants psychologiques** : certains parents sous-estiment l'importance de la vaccination en temps voulu, pensant que quelques retards étaient sans conséquence.
- **Facteurs déterminants socioculturels** : dans certaines communautés, des normes dissuadent les femmes de se déplacer seules, rendant les visites au CSP plus difficiles sans accompagnement.
- **Facteurs déterminants environnementaux** : les difficultés de transport, la longueur des files d'attente et des instructions de suivi peu claires constituaient des barrières pratiques à l'achèvement de la vaccination.

Ces éléments ont montré que les comportements étaient influencés non seulement par la connaissance ou l'accès aux services, mais par un ensemble complexe de facteurs contextuels.

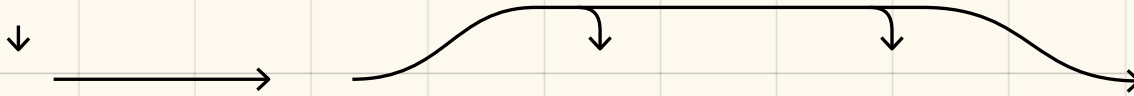
Cartographier les relations et les effets en aval

La carte systémique a également mis en évidence les liens entre les comportements et les facteurs déterminants. Par exemple, lorsqu'une infirmière ne répond pas clairement aux questions d'un parent, celui-ci peut ressentir de la confusion. Cette confusion peut mener à des retards ou à des rendez-vous manqués. Avec le temps, l'accumulation de visites manquées peut provoquer de la honte ou du découragement, poussant le parent à s'éloigner davantage du système de santé. Cette cartographie a aidé l'équipe à comprendre non seulement des comportements isolés, mais la manière dont le système peut bloquer ou favoriser le changement.

Boucles de rétroaction

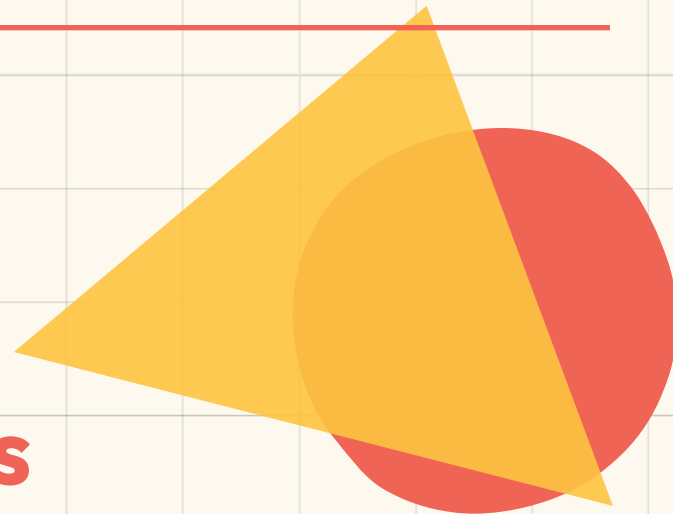
Deux boucles de rétroaction clés sont apparues dans le système. La première était négative : lorsque les parents manquaient des rendez-vous, ils ressentaient de la confusion ou de la gêne, ce qui diminuait leur probabilité de répondre aux actions de suivi. Cela renforçait leur méfiance envers le système de santé et augmentait les risques de nouveaux rendez-vous manqués — créant ainsi un cycle auto-entretenu de désengagement.

La seconde boucle était positive : lorsque les parents recevaient un suivi empathique, opportun et accompagné d'informations claires, ils étaient plus susceptibles de finaliser le calendrier vaccinal. Cela renforçait leur confiance dans le système de santé, les rendant plus enclins à répondre aux visites futures, et parfois même à encourager d'autres familles — générant un cycle de confiance et d'engagement.



ÉTAPE 4 :

Identifier les leviers d'action [FACULTATIF]



Objectif de cette étape :

Dans cette étape, il s'agit d'examiner la carte systémique pour repérer les points d'influence : des endroits où le changement est à la fois possible et puissant. Pour chacun de ces points, il convient de réfléchir au comportement susceptible d'évoluer, aux effets en cascade qu'un tel changement pourrait entraîner, ainsi qu'à la faisabilité d'une intervention. Les points d'influence correspondent aux endroits du système où de petites modifications comportementales, ciblées de manière stratégique, peuvent générer de grandes améliorations des résultats. En analysant la carte systémique, l'équipe peut identifier ces points d'influence et les réintroduire dans la carte sous forme d'actions stratégiques, qui orienteront les prochaines étapes du projet. Cette étape permet de s'assurer que l'attention se porte sur un comportement à la fois porteur d'impact et réaliste à mettre en œuvre.

Outil associé :

- [Analyse des points d'influence](#)

ENCADRÉ : cette étape est facultative.

L'étape 4 est également facultative. Toutefois, si une carte systémique a été élaborée lors de l'étape 3, il est fortement recommandé de poursuivre avec cette étape.

Pour « trouver des points d'influence », la carte est utilisée pour identifier les points d'influence. Il s'agit de parties spécifiques du système où un changement de comportement stratégique pourrait conduire à une amélioration significative des résultats.

Cette étape permettra de :

- Lister les changements de comportements prometteurs susceptibles de modifier des éléments clés du système
- Visualiser les effets en cascade (c'est-à-dire la manière dont chaque changement comportemental peut influencer d'autres composantes du système)
- Évaluer la faisabilité en analysant à quel point chaque levier est réaliste ou actionnable
- Reformuler le levier le plus prometteur ainsi que le comportement à cibler, afin d'orienter la prochaine phase : *Explorer*

Pourquoi cette étape est importante ?

Toutes les composantes d'un système n'offrent pas les mêmes opportunités de changement. Certaines sont profondément ancrées et difficiles à transformer, tandis que d'autres, bien qu'apparemment modestes, peuvent déverrouiller des améliorations significatives des résultats. Pour identifier ces points d'influence, quatre dimensions d'analyse sont nécessaires :

- les facteurs prometteurs au sein du système
- les changements comportementaux possibles en lien avec ces facteurs
- les effets en cascade que ces changements pourraient générer dans le système
- la faisabilité d'influencer ces comportements compte tenu du temps, des ressources et du contexte

Par exemple, offrir aux aidants un calendrier personnalisé avec la photo de leur enfant et la date de la prochaine vaccination clairement indiquée peut sembler être un changement minime. Pourtant, cela peut améliorer fortement la vaccination en temps voulu, en renforçant la visibilité de l'information, l'engagement, et en fournissant un rappel culturellement pertinent et peu coûteux au sein du foyer.³

Identifier des points d'influence permet de passer de la compréhension du système à son influence. Une fois les comportements clés, leurs facteurs déterminants et les boucles de rétroaction clarifiées, il devient possible de poser la question suivante : Où une intervention aurait-elle le plus grand impact ?

À garder en tête : il n'existe que très rarement une solution unique et parfaite. L'objectif est plutôt de repérer plusieurs points d'influence prometteurs à explorer et à tester davantage.

³ Abbott, P., Menzies, R., Davison, J. et al. Improving immunisation timeliness in Aboriginal children through personalised calendars. BMC Public Health 13, 598 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-598>

Comment procéder :

1. Identifier les facteurs prometteurs

Utilisez la fiche [d'analyse des points d'influence](#) fournie dans la boîte à outils pour guider votre réflexion. Voici comment commencer :

- a. Commencez par revoir la carte systémique. Examinez chaque élément — qu'il s'agisse d'un comportement, d'un déterminant, ou d'un programme existant — et observez ses liens avec les autres. Posez ensuite quelques questions hypothétiques pour explorer des possibilités de changement:

- Que se passerait-il si ce facteur augmentait ?
- Et s'il diminuait ?
- S'il disparaissait complètement, ou se connectait autrement à un autre facteur ?
- Une boucle de rétroaction pourrait-elle être modifiée pour améliorer les résultats ?

Par exemple, dans le cas de l'amélioration de la vaccination infantile au Liban, les facteurs à identifier pourraient inclure une meilleure prise de conscience par les aidants des vaccins manqués par leur enfant, ou un suivi proactif assuré par le personnel des centres de santé primaire auprès des familles qui ne se présentent pas aux rendez-vous. Chacun de ces facteurs, s'il était modifié, pourrait déclencher un effet d'entraînement positif

– comme renforcer la confiance, améliorer le suivi, et, en fin de compte, augmenter la vaccination en temps voulu. Il convient de se concentrer sur l'identification de facteurs qui sont à la fois importants et réalistement influençables par un changement comportemental spécifique.

- b. Ensuite, utilisez la deuxième colonne de la feuille de travail [« Analyse des points d'influence »](#) pour noter les changements comportementaux potentiels liés aux facteurs prometteurs identifiés. Il peut s'agir de comportements déjà repérés à l'étape 2 ou de nouveaux comportements apparus lors de l'examen du système dans son ensemble.

Cette étape permet d'approfondir l'analyse. Elle peut confirmer des comportements identifiés précédemment ou les affiner. Les changements peuvent consister à réduire ou remplacer un comportement nuisible, à ajouter un nouveau comportement positif, ou à renforcer un comportement bénéfique existant. Recherchez les points les plus influents : des domaines où un petit changement comportemental peut entraîner un impact disproportionné sur l'objectif du projet. Ne vous préoccupez pas encore de restreindre la liste — l'objectif est de recenser un large éventail de possibilités.

2. Considérer les effets en cascade

Poursuivez ensuite le travail sur la fiche « [Analyse des points d'influence](#) » en explorant comment chaque changement comportemental potentiel pourrait se répercuter dans le système.

- a. Pour chaque changement de comportement répertorié dans la deuxième colonne, posez la question : **Quels nouveaux résultats ce changement pourrait-il déclencher ?** Pourrait-il entraîner des effets en aval qui amplifient (ou affaiblissent) l'impact initial ? Comment pourrait-il influencer d'autres éléments du système ou d'autres acteurs au fil du temps ? Notez ces réflexions dans la troisième colonne de la fiche.
- b. Plutôt que de considérer chaque comportement isolément, **analysez comment un seul changement peut créer des effets en cascade à travers le système**, révélant de nouvelles opportunités ou des conséquences inattendues. L'objectif est de comparer et de prioriser les différents points d'influence en fonction de leur potentiel d'impact plus large.

Par exemple, encourager les aidants à vérifier de manière proactive le statut vaccinal de leur enfant et à planifier leur visite à l'avance peut produire plusieurs effets : améliorer la ponctualité de la vaccination, réduire les occasions manquées en clinique, et renforcer la confiance envers le système de santé. Cela pourrait également alléger la charge des équipes d'approche communautaire, qui passeraient moins de temps à rechercher les familles pour les relances. L'objectif est d'identifier des changements comportementaux qui ne se contentent pas de faire progresser les résultats — mais qui multiplient leur impact dans tout le système.

3. Évaluer la faisabilité

Les meilleurs points d'influence sont ceux qui équilibrent l'impact et la faisabilité.

a. Commencez par vous poser les questions suivantes :

- Ce changement comportemental est-il réaliste dans notre contexte ?
- L'équipe ou l'organisation peut-elle réellement influencer ce comportement ?
- Quels types de ressources financières, techniques ou humaines seraient nécessaires pour modifier ce comportement ?
- Quelle est la probabilité que ce changement comportemental aboutisse ?

Record the answers in the third column of the **Leverage Point Analysis** worksheet.

b. Notez les réponses dans la troisième colonne de la feuille de travail « **Analyse des points d'influence** ». Now, with deeper analysis from the system mapping and leverage point exercises, those early Cette évaluation s'appuie sur les premières réflexions liées à la faisabilité introduites dans la

Matrice de priorisation à l'Étape 2. À ce stade, les équipes avaient commencé à identifier et comparer des comportements potentiels. Avec l'analyse approfondie issue de la cartographie du système et de l'identification des points de levier, ces premières conclusions peuvent désormais être réexaminées avec plus de recul. Certains comportements prioritaires à l'Étape 2 pourront être confirmés, tandis que d'autres pourront évoluer à la lumière des nouveaux éléments.

c. Un changement peut être très impactant, tout en restant difficilement réalisable en pratique. Par exemple, envoyer quotidiennement des équipes formées faire du porte-à-porte pour rappeler aux aidants les rendez-vous de vaccination pourrait augmenter significativement la couverture vaccinale. Cependant, le faire de manière systématique et à grande échelle exigerait des niveaux élevés de personnel, de financement et de coordination. Autrement dit, les coûts et la charge opérationnelle pourraient dépasser les bénéfices : la faisabilité est donc aussi déterminante que l'impact potentiel.

| Quel facteur est prometteur ? <i>Sur la « carte systémique », demandez-vous ce qui se passerait si chaque facteur augmentait, diminuait, disparaissait ou changeait de connexion. Identifiez les facteurs prometteurs.</i> | Quels comportements devraient changer ? <i>Énumérez les changements de comportement susceptibles d'influencer les facteurs prometteurs. Ceux-ci peuvent être nouveaux ou avoir déjà été identifiés. Il s'agit d'une analyse plus approfondie.</i> | Quels sont les effets en cascade ? <i>Que se passe-t-il si ce comportement change ? Comment cela diminue-t-il ou amplifie-t-il au fil du temps et à travers le système ?</i> | Est-ce réaliste ? <i>L'UNICEF peut-il induire ce changement de comportement ? Est-ce rentable et faisable compte tenu des contraintes de temps et de l'expertise disponible ?</i> |
|--|---|--|---|
| Facteurs prometteurs 1 : | Changement de comportement 1 : | Quels sont les effets en cascade ? | Est-ce réaliste ? |
| Facteurs prometteurs 2 : | Changement de comportement 2 : | Quels sont les effets en cascade ? | Est-ce réaliste ? |
| Facteurs prometteurs 3 : | Changement de comportement 3 : | Quels sont les effets en cascade ? | Est-ce réaliste ? |

4. Choisir les points d'influence

Après avoir exploré plusieurs options, l'étape suivante consiste à sélectionner un point de levier – ainsi que le changement comportemental qui lui est associé – qui soit le plus en adéquation avec les objectifs de l'équipe, son expertise et ses contraintes opérationnelles. Ce point de levier doit se situer dans la « zone optimale » : un comportement à la fois fortement impactant et réalistement atteignable dans le contexte du projet.

Voici ce qu'il faut faire :

- a. Le point de levier choisi peut correspondre au comportement cible identifié précédemment avec la **Matrice de priorisation** à l'Étape 2. Si tel est le cas, cela renforce la décision initiale. Si ce n'est pas le cas, ce n'est pas un problème : cette différence peut fournir des enseignements utiles. Cette étape vise à approfondir la compréhension. Une réorientation, suggérée par la cartographie du système ou l'analyse des « effets en cascade », peut mettre en lumière un point d'entrée plus prometteur pour l'intervention.
- b. Pour sélectionner le point de levier le plus pertinent, utilisez les critères suivants :
 - ☒ **Faisabilité** : Pour sélectionner le point de levier le plus pertinent, utilisez les critères suivants :
 - ☒ **Impact** : si nous réussissons, dans quelle mesure cela fera-t-il progresser notre résultat ?
 - ☒ **Équité** : ce changement contribuera-t-il à rendre le système ou l'intervention plus équitable ?
- c. Une fois la décision prise, retournez à la carte systémique. Marquez clairement le point de levier choisi et mettez en évidence le comportement ciblé. Le localiser visuellement dans le système permet de clarifier son rôle dans l'ensemble et prépare l'équipe à la prochaine phase du travail.

Avant de sélectionner les points d'influence, gardez ces conseils à l'esprit :

- **Évitez de vous précipiter vers des solutions.** Cette étape vise à comprendre le système – pas encore à le « résoudre ». Concentrez-vous sur les comportements (ou leur absence) qui entretiennent le problème, et non sur les interventions potentielles.
- **Examinez attentivement les comportements qui semblent évidents.** Nous sommes tous sujets au biais de disponibilité – c'est-à-dire que nous avons tendance à nous focaliser sur ce qui nous vient le plus facilement à l'esprit. Or, ce qui est « familier » n'est pas nécessairement ce qui fonctionne le mieux. Il est important d'explorer un éventail plus large de changements comportementaux et de les évaluer de manière systématique.
- **Examinez les données probantes existantes.** Avant d'arrêter un point de levier (c'est-à-dire un changement de comportement ciblé), vérifiez s'il existe déjà des recherches ou des expériences montrant quels types de changements ont fonctionné dans des contextes similaires. Appuyez-vous sur ce qui est déjà connu.
- **Consultez des experts en la matière et impliquez la communauté.** Discutez avec des experts thématiques et des membres de la communauté : que signifierait, de leur point de vue, de changer ce comportement ?
- **Restez flexible.** Le comportement et le point de levier choisis à ce stade ne sont pas définitifs. Ils continueront d'être validés et affinés lors de la phase suivante, Explorer. Il est tout à fait normal – et souhaitable – que le focus évolue à mesure que l'équipe en apprend davantage.

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

L'analyse des points d'influence présentée ici est un exemple reconstruit à partir de données et du contexte réel du projet. Elle illustre à quoi ressemble l'outil lorsqu'il est complété dans la pratique.

Identifier les facteurs prometteurs et évaluer leur faisabilité

L'équipe du projet est revenue à sa carte des systèmes afin d'examiner les facteurs les plus étroitement liés à l'objectif visé : augmenter l'achèvement en temps voulu du calendrier de vaccination chez les enfants non ou insuffisamment vaccinés. Du côté des comportements des aidants, deux dynamiques clés se sont distinguées : de nombreux parents oubliant les rendez-vous ou ne donnaient pas la priorité aux vaccins face à des besoins perçus comme plus urgents, tels que l'alimentation, le travail ou la sécurité. Ces facteurs influencent fortement le comportement réel et ont été identifiés comme propices à évoluer grâce à des rappels ou des nudges simples.

Pour le personnel des centres de soins primaires (PHC), un moment critique a été identifié : les soignants n'indiquent pas toujours clairement aux aidants quand revenir ni quels vaccins restaient à recevoir. Bien que ces informations fassent partie des services standards, elles étaient parfois omises ou communiquées de manière incohérente. Cette lacune représentait une occasion manquée de favoriser un meilleur suivi. Enfin, les agents d'outreach, qui interagissent directement avec les familles, transmettent parfois des messages trop techniques ou peu clairs. Résultat : les parents restaient incertains sur la procédure à suivre, le lieu où se rendre ou l'importance de compléter le calendrier vaccinal. Ces ruptures de communication ont été reconnues comme des faiblesses systémiques à fort potentiel d'amélioration.

Quel facteur est prometteur ?

Sur la « carte systémique », demandez-vous ce qui se passerait si chaque facteur augmentait, diminuait, disparaissait ou changeait de connexion. Identifiez les facteurs prometteurs.

Quels comportements devraient changer ?

Énumérez les changements de comportement susceptibles d'influencer les facteurs prometteurs. Ceux-ci peuvent être nouveaux ou avoir déjà été identifiés. Il s'agit d'une analyse plus approfondie.

Quels sont les effets en cascade ?

Que se passe-t-il si ce comportement change ? Comment cela diminue-t-il ou amplifie-t-il au fil du temps et à travers le système ?

Est-ce réaliste ?

L'UNICEF peut-il induire ce changement de comportement ? Est-ce rentable et faisable compte tenu des contraintes de temps et de l'expertise disponible ?

Facteurs prometteurs 1 :

Les personnes chargées de s'occuper des enfants peuvent oublier les rendez-vous de vaccination en raison du stress et de priorités concurrentes. La vaccination peut être une faible priorité par rapport à des besoins urgents comme la nourriture ou le travail.

Changement de comportement 1 :

Les Personnes chargées de s'occuper des enfants développent une habitude constante de se rendre aux rendez-vous de vaccination à temps.

Quels sont les effets en cascade ?

La participation en temps voulu améliore les taux d'achèvement de la vaccination, renforce une culture de santé préventive et réduit la charge de suivi pour les agents de santé. Avec le temps, cela peut accroître la confiance envers les services de santé et normaliser la vaccination à temps.

Est-ce réaliste ?

Oui. Ce comportement est déjà aligné avec les objectifs des Personnes chargées de s'occuper des enfants, mais il est affaibli par l'oubli ou par un calendrier peu clair. Il peut être influencé grâce à des outils peu coûteux comme des rappels et des supports de planification, surtout s'ils sont associés à un renforcement interpersonnel.

Facteurs prometteurs 2 :

Le calendrier de vaccination peut être difficile à suivre. Les personnes chargées de s'occuper des enfants peuvent manquer de clarté sur ce qu'il faut faire après la visite de proximité.

Changement de comportement 2 :

Le personnel des PHC informe systématiquement les Personnes chargées de s'occuper des enfants de la date du prochain vaccin et les encourage à planifier à l'avance.

Quels sont les effets en cascade ?

Des prochaines étapes claires réduisent les interruptions entre les doses et renforcent la confiance des Personnes chargées de s'occuper des enfants dans le suivi ainsi que leur capacité de planification.

Est-ce réaliste ?

Oui. Cela s'inscrit dans le rôle actuel du personnel des PHC. Avec des rappels adaptés, une brève formation ou des scripts standardisés, ce comportement peut être adopté sans charge de travail supplémentaire majeure.

Facteurs prometteurs 3 :

L'information peut être mal comprise ou non retenue après les visites. Les occasions manquées de répétition peuvent décourager le suivi.

Changement de comportement 3 :

Les agents de proximité expliquent clairement le calendrier de vaccination et créent un sentiment d'urgence lors des visites à domicile.

Quels sont les effets en cascade ?

Une meilleure communication améliore la compréhension des Personnes chargées de s'occuper des enfants et l'importance perçue de la vaccination en temps voulu, ce qui conduit à un meilleur suivi. Avec le temps, cela crée une demande accrue pour les vaccins et réduit le besoin de visites et de rappels répétés.

Est-ce réaliste ?

Oui, même si cela peut nécessiter un investissement modeste dans des outils d'aide à la tâche ou dans la formation pour garantir la clarté, la cohérence et l'empathie dans les messages de proximité. Le rôle existe déjà et le changement correspond à une amélioration plutôt qu'à une transformation complète.

Évaluer les points de levier et sélectionner les comportements prometteurs

À partir de ces constats, trois changements comportementaux ont été identifiés comme particulièrement prometteurs. Le premier concernait les aidants : instaurer une habitude régulière de se rendre aux rendez-vous de vaccination à la date prévue. Ce comportement correspondait aux intentions des aidants, souvent favorables à la vaccination, mais freinés par l'oubli ou la confusion. Renforcé par des outils simples de planification et des rappels basés sur la confiance, ce comportement pouvait améliorer le respect des délais et contribuer à normaliser la pratique dans les communautés.

Un deuxième comportement portait sur le personnel des PHC : informer systématiquement les aidants de la date du prochain vaccin et les encourager à le planifier. Ce geste simple, peu coûteux en temps, pouvait réduire la confusion et faciliter le suivi, surtout s'il était combiné à des actions d'outreach cohérentes.

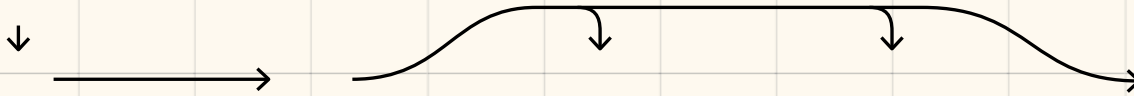
Le troisième comportement concernait les agents d'outreach : expliquer clairement le calendrier vaccinal lors des visites à domicile tout en créant un sentiment d'urgence positif. Cette amélioration semblait réaliste et pouvait être soutenue avec des supports visuels, des scripts simplifiés et une formation à la communication interpersonnelle.

Cartographier des points d'influence dans la carte systémique

Après avoir identifié ces comportements clés, l'équipe les a réintégré dans la carte du système afin d'en visualiser les effets en cascade. En clarifiant l'information et en renforçant la planification des aidants, l'équipe anticipait une réduction des rendez-vous manqués, une confiance accrue envers les services de santé et une diminution de la charge pesant sur les agents d'outreach et le personnel des PHC. Ces changements pourraient également ouvrir la voie à des boucles de rétroaction positives, où les aidants confiants deviendraient des modèles et des sources d'influence au sein de leur communauté.

Pour garantir la pertinence de cette analyse, l'équipe a partagé ses conclusions avec les acteurs locaux, notamment les agents d'outreach, les professionnels de santé et les responsables de programmes. Cette consultation a permis d'ancrer les points d'influence dans les réalités opérationnelles et de renforcer l'adhésion des parties prenantes. Finalement, l'identification et l'intégration des points d'influence ont offert à l'équipe une orientation plus claire, fondée sur les données et adaptée au système en place, avec un potentiel de démultiplier l'impact au fil du temps.

Parmi les trois comportements retenus, l'équipe a finalement priorisé celui consistant à soutenir les aidants dans l'adoption d'une habitude régulière de se rendre aux rendez-vous de vaccination en temps voulu. Ce comportement était considéré comme particulièrement impactant, tout en restant réaliste grâce à des outils de planification simples et à une communication interpersonnelle plus claire. Il répondait directement à l'un des dysfonctionnements les plus fréquents du parcours vaccinal et s'alignait étroitement avec l'objectif du projet : améliorer l'achèvement en temps voulu des vaccinations chez les enfants non ou sous-vaccinés.



ÉTAPE 5 :

Documenter le projet et son périmètre

Objectif de cette étape :

Cette étape explique comment compléter « [Canevas du projet](#) ». Cet outil rassemble l'ensemble des éléments clés du projet — l'objectif à atteindre, le ou les comportements ciblés, les parties prenantes, la portée du projet, les risques, les actions préliminaires et les prochaines étapes — en un seul document de référence qui servira d'ancrage tout au long de la méthodologie DEPTHS.

Outil associé :

- [Canevas du projet](#)

Pourquoi cette étape est importante ?

Le **Canevas du projet** permet de clarifier l'orientation du projet, d'aligner les attentes et de faire ressortir les dernières hypothèses ou lacunes éventuelles. Sans cette étape, les équipes avancent souvent avec des interprétations légèrement différentes de l'objectif poursuivi, ce qui peut entraîner des désaccords et des décalages plus tard dans le processus.

Cette étape constitue également le dernier point de vérification avant de passer à la deuxième phase, Explorer. Dans la mesure du possible, il est recommandé de solliciter l'avis de l'équipe principale et des parties prenantes clés sur le Canevas du projet. Cela renforce l'adhésion, fait gagner du temps et permet d'éviter toute confusion ultérieure.

Comment procéder :

1. Construire le Canevas du projet

Trouvez la feuille de travail « [Canevas du projet](#) » dans la boîte à outils.

- a. Commencez par compléter l'aperçu du projet en indiquant le titre, les lieux concernés et une brève description.
- b. Énumérez les parties prenantes. Cela inclut celles identifiées à l'étape 1.
 - **Gérer = impliquer étroitement** : Ce sont des acteurs clés, à la fois influents et fortement engagés. Ils doivent être associés de près à la planification et à la prise de décisions.
 - **Satisfaire = Maintenir l'engagement** : Ces parties prenantes disposent d'un fort pouvoir d'influence, mais sont moins impliquées au quotidien. Il s'agit de les tenir informées, de préserver leur satisfaction et de maintenir leur soutien sans les solliciter.
 - **Informé = Consulter et informer** : Ces acteurs sont concernés par la problématique mais ont une influence limitée. Il convient de les tenir informés et de les consulter pour obtenir leur expérience ou expertise, en particulier lorsque leur vécu est directement lié au sujet.
 - **Surveiller = Suivre et réévaluer** : Ces groupes ne sont pas centraux à ce stade du projet, mais pourraient devenir plus pertinents par la suite. Il faut rester attentif à l'évolution de leur intérêt et de leur influence au fil du temps.
- c. Notez ce qui est inclus et ce qui est exclu du périmètre du projet. Indiquez les phases de la démarche DEPTHS concernées, ainsi que les livrables attendus, tels que les rapports d'analyse, les prototypes ou les résultats de recherche. Chaque phase de DEPTHS a un rôle essentiel. Sauter des étapes — par exemple avancer sans diagnostiquer les causes profondes ou sans tester une intervention — peut conduire à des solutions faibles ou inefficaces. Dans certains cas, certaines phases peuvent toutefois être adaptées ou condensées afin d'accélérer le processus. Il est possible de raccourcir :
 - La phase Définir : si l'objectif SMART et les publics cibles ont déjà été validés par les partenaires au cours des six derniers mois et s'appuient sur des données récentes du programme. Dans ce cas, sauter cette phase peut être envisagé.
 - La phase Explorer : s'il existe déjà des preuves solides, récentes et locales concernant le même comportement et la même population, avec des déterminants comportementaux clairement identifiés.
 - La phase Prototyper : si le projet consiste principalement à adapter un modèle déjà testé et reconnu efficace dans des contextes très similaires.
 - La phase Tester les hypothèses : lorsqu'il existe de très faibles risques de changement ou que seules de petites adaptations opérationnelles à faible portée sont nécessaires.

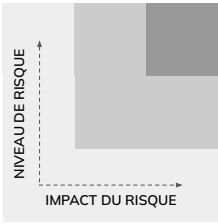
- La phase Mettre à l'échelle: lorsque les phases précédentes ont déjà généré des preuves solides dans ce contexte et que la capacité d'implémentation existe.
- d. Ajoutez les risques, c'est-à-dire les défis anticipés qui pourraient affecter la réussite du projet. Les risques peuvent être :
 - **Logistiques** : par exemple, l'accès à certaines communautés pendant la saison des pluies.
 - **Politiques** : par exemple, un changement de gouvernement ou une évolution des politiques publiques.
 - **Financiers** : par exemple, un budget limité ou des retards de financement.
 - **Opérationnels** : par exemple, un manque de personnel ou des problèmes liés à la sécurité des données.
 - **Comportementaux** : par exemple, la résistance de certains acteurs clés ou l'influence de normes sociales.

L'objectif n'est pas de tout prévoir, mais d'anticiper les principaux enjeux et, lorsque c'est possible, les mesures d'atténuation.

- e. Indiquez les résultats attendus : les changements concrets que le projet cherche à obtenir dans la réalité, en accordant une attention particulière aux bénéfices directs pour les populations concernées.
- f. Ajoutez ensuite les audiences cibles du projet : il s'agit des groupes ou communautés dont les comportements sont au cœur de l'intervention. Il peut s'agir, par exemple, des groupes avec lesquels l'équipe mènera des activités directes ou des approches participatives, comme les parents, les adolescents, le personnel de santé, etc.
- g. Enfin, notez les comportements à explorer : ce sont les comportements prioritaires identifiés aux étapes précédentes et qui sont les plus susceptibles d'influencer le résultat visé.

Canevas du projet

Remplissez le canevas au début du projet en utilisant les informations issues des activités précédentes. Au fur et à mesure que nous en apprenons davantage, mettez-le à jour si nécessaire.

| | | |
|---|---|---|
| <p>Aperçu</p> <p>TITRE DU PROJET :</p> <p>LIEUX :</p> <p>DESCRIPTION :</p> | <p>Parties prenantes</p> <p>GÉRER :</p> <p>SATISFAIRE :</p> <p>INFORMER :</p> <p>SURVEILLER :</p> | <p>Résultat</p> <p><i>Changement dans le monde réel : qu'est-ce que ce projet accomplit ?</i></p> <p>Public</p> <p><i>Communauté cible : avec qui collaborons-nous, à qui nous adressons-nous et à qui apportons-nous ce changement ?</i></p> |
| <p>Portée</p> <p>ÉTAPES</p> <p>DÉFINIR EXPLORER PROTOTYPER</p> <p>TESTER LES HYPOTHÈSES METTRE À L'ÉCHELLE</p> <p>PROJETS SIMILAIRES / PRÉCÉDENTS</p> <p>RÉSULTATS</p> | <p>Risques</p> <p><i>Quels défis anticipons-nous ? Comment les éviter ou les réduire ?</i></p>  | <p>Comportements à explorer</p> <p><i>Dressez la liste de l'audience principale et de l'audience secondaire et des comportements à explorer pour chacune d'entre elles. Il s'agit des comportements prioritaires identifiés lors des étapes précédentes, ceux qui sont les plus susceptibles d'influencer le résultat que nous souhaitons modifier. Les comportements doivent être observables, spécifiques et avoir un lien clair avec le résultat que nous visons.</i></p> |

Gardez ces conseils à l'esprit lorsque vous élaborez le **Canevas du projet** :

→ **Tenez compte de l'impact sur les différents groupes.**

En sciences comportementales, le comportement d'intérêt se situe au niveau individuel chez les populations que nous souhaitons accompagner. Toutefois, si le changement attendu impose une charge excessive à des groupes déjà marginalisés, il est essentiel de faire une pause et de réévaluer. Retournez à l'[arbre comportemental](#) ou à la [carte systémique](#) pour examiner si la responsabilité pourrait être mieux partagée au niveau des services,

des normes sociales ou des structures du système. Si tel est le cas, réajustez les points d'influence, les acteurs clés et les comportements prioritaires.

- **Prenez en considération les dynamiques individuelles et collectives.** Identifiez les comportements associés à différents acteurs : individus, institutions, prestataires de services, groupes communautaires ou familles. Cette analyse plus large permet de révéler les blocages systémiques et d'identifier des opportunités de changement à l'échelle du système, plutôt que de centrer toute la responsabilité sur les individus.

2. Élargir l'équipe

Après une première analyse du problème et une meilleure compréhension du contexte, il peut devenir nécessaire de recruter de nouveaux membres au sein de l'équipe projet. Il s'agit d'identifier les lacunes en matière de compétences et les rôles à pourvoir, puis de rechercher des personnes pouvant combler ces besoins afin de garantir que l'équipe soit en mesure d'accompagner efficacement les prochaines phases.

Tout au long du processus DEPTHS, trois domaines techniques clés sont mobilisés de manière complémentaire : les sciences comportementales, la conception centrée sur l'humain, et la pensée systémique. L'équipe n'a pas besoin d'être experte en profondeur dans chacun de ces domaines, mais une compréhension ou une expérience de base en lien avec chacun d'eux renforcera la capacité à mener le processus efficacement. Dans certains cas, différentes phases du DEPTHS peuvent être pilotées par différentes

équipes : une équipe de recherche peut prendre en charge le volet « DEP », tandis qu'une équipe d'implémentation peut gérer le volet « THS ». Il est donc essentiel de clarifier quelles étapes du processus DEPTHS seront couvertes par l'équipe actuelle et, si plusieurs équipes sont impliquées, de veiller à ce que les transitions et passations soient bien coordonnées.

Les parcours et expériences des membres de l'équipe sont tout aussi importants que leurs compétences techniques. Intégrer des parties prenantes locales ou des membres de la communauté ciblée, que ce soit en tant que membres de l'équipe ou au sein d'un comité consultatif, permet d'ancrer le travail dans la réalité du terrain et de véritablement refléter les voix de celles et ceux les plus concernés.

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Le canevas du projet présenté ici est un exemple recréé à partir de données réelles du projet, illustrant à quoi pourrait ressembler un outil complété en pratique.

À ce stade du projet, l'équipe disposait déjà d'un énoncé d'objectif, d'un arbre comportemental, d'une matrice de priorisation, d'une cartographie systémique et d'une analyse des points d'influence. Sur la base de ces étapes, elle a décidé de prioriser le changement de comportement des aidants : soutenir les aidants afin qu'ils développent une habitude régulière de compléter les vaccins de leurs enfants à temps. L'objectif était de réduire les retards et les abandons dans la vaccination de routine parmi les ménages réfugiés et hôtes identifiés comme non vaccinés ou sous-vaccinés.

Aperçu

Le canevas inclut le titre du projet, son périmètre géographique (trois districts au Liban), et la population ciblée (enfants non ou sous-vaccinés âgés de 0 à 16 ans). Les parties prenantes institutionnelles clés comprenaient le Ministère libanais de la Santé publique (MoPH), l'UNICEF, ainsi que les équipes de proximité menant les visites à domicile. Les risques anticipés allaient de la méfiance potentielle des aidants envers le système de santé à des défis logistiques liés au maintien du suivi des ménages.

Résultats attendus

L'énoncé d'objectif portait sur l'augmentation de l'achèvement en temps voulu des vaccinations infantiles de routine parmi les enfants non ou sous-vaccinés.

Communauté ciblée

Les principaux agents du changement étaient les aidants — en particulier les mères et pères des communautés réfugiées et hôtes à faible revenu. Ce sont eux qui prennent directement les décisions de vaccination. La cartographie systémique a confirmé que leur comportement était à la fois le plus déterminant et le plus réaliste à influencer. Les agents de proximité et le personnel des centres de santé primaire (PHC) étaient également reconnus comme des acteurs importants, mais leurs comportements n'ont pas été priorisés à ce stade, afin de concentrer l'intervention sur l'action des aidants.

Acteurs et actions

Grâce à l'**analyse de l'Arbre comportemental** et de l'**Analyse des points d'influence**, l'équipe a identifié trois comportements majeurs contribuant aux retards de vaccination, dont un a été retenu comme priorité. Le comportement central était le suivant : les aidants élaborent un plan clair et ponctuel de vaccination, s'y tiennent, et évitent les retards évitables.

Risques

En préparant la phase suivante, l'équipe a identifié plusieurs risques clés.

- Le risque le plus critique — à la fois élevé en probabilité et en impact — concernait un possible retard dans l'obtention de l'adhésion des autorités du Ministère, qui pourrait retarder l'implémentation ou limiter son soutien institutionnel.
- Un deuxième risque, à forte probabilité mais à impact plus faible, portait sur l'incomplétude possible de certaines entrevues avec des aidants, pouvant limiter l'exhaustivité des données sans remettre en cause l'ensemble du projet.
- Parmi les risques à faible probabilité, la propagation de fausses informations sur les vaccins au sein des communautés a été identifiée comme faible en probabilité mais à fort impact, étant donné son potentiel à affaiblir la confiance et l'adhésion vaccinale.
- Enfin, de légers retards dans les visites de terrain ont été classés comme faible risque et faible impact, et jugés gérables via des ajustements opérationnels.

Liste de vérification finale - Phase *Définir*

- Énoncé du problème et des résultats attendus
- Carte des parties prenantes et des audiences
- Arbre comportemental
- Matrice de priorisation
- Canevas du projet

Facultatif :

- Carte systémique
- Points d'influence



Pour en savoir plus :

Ce guide pratique a pour objectif d'équiper les équipes avec des outils concrets, des cadres méthodologiques et des approches pratiques pour appliquer les sciences comportementales à une variété de défis réels. Parce que cette discipline s'inspire de plusieurs domaines — notamment du design centré sur l'humain, de l'économie expérimentale et de l'analyse systémique — nous avons sélectionné des ressources représentatives de cette diversité. La section ci-dessous propose des références complémentaires pour approfondir certains thèmes du guide, avec la possibilité de poursuivre un apprentissage autonome.

« Je souhaite en savoir plus sur la conception centrée sur l'humain et sur la manière de co-crée avec ma communauté. »

De nombreuses ressources existent pour aider à engager les communautés de manière significative et valoriser leur expertise. Si vous souhaitez impliquer les membres d'une communauté dans l'identification et la priorisation des solutions, le design centré sur l'humain (Human-Centered Design, HCD) constitue un excellent point de départ. Au sein de l'UNICEF, vous pouvez consulter le [guide SBC pour la HCD](#) et le [guide pratique HCD](#), tous deux conçus pour aider les praticiens travaillant dans des contextes divers.

Vous souhaitez explorer des ressources externes ? Consultez le [guide pratique de la conception centrée sur l'humain \(HCD\) d'IDEO](#). En tant que l'un des pionniers de la formalisation des pratiques de HCD, IDEO propose des conseils pratiques et accessibles, tirés de ses années d'expérience dans la co-création de solutions à travers le monde.

« Je souhaite explorer d'autres études de cas. »

Commencer ce parcours en interne est toujours une excellente option. L'UNICEF dispose d'une grande variété de [publications et de recherches](#), ainsi que d'outils conçus pour soutenir les enfants dans ses cinq domaines programmatiques principaux. Si vous souhaitez découvrir comment les sciences comportementales sont appliquées en dehors de l'UNICEF, de nombreuses autres organisations mènent des actions efficaces dans ce domaine. Vous

souhaitez voir ce que réalisent d'autres acteurs du secteur ? Plusieurs organisations publient régulièrement leurs méthodes et enseignements, notamment :

Behavioural Insights Team, Busara, Common Thread, FirstHand, Ideas42, la Banque Interaméricaine de Développement, J-PAL, et eMBED de la Banque mondiale, entre autres. Leurs travaux peuvent enrichir les démarches d'application des sciences comportementales du point de vue pratique et méthodologique.

« Je souhaite en savoir plus sur la pensée systémique et la cartographie des systèmes. »

Un excellent point de départ est le livre en libre accès [carte systémique](#), qui propose une introduction claire et non technique à sept approches différentes.

Ici, l'approche utilisée s'appuie sur la technique des diagrammes de boucles causales, appliquée aux comportements. Un guide utile sur ce type de diagramme est disponible [ici](#).

Une autre excellente ressource provient des documents en ligne de la [System Mapping Academy](#), notamment une [boîte à outils gratuite](#). Pour les approches particulièrement utiles pour les sciences comportementales appliquées, voir [la cartographie des systèmes comportementaux](#) de l'UCL et [l'analyse des systèmes comportementaux](#) de Busara. Ce [résumé en ligne](#) fournit des liens vers de nombreuses autres ressources.

« Je souhaite en savoir plus sur la manière de trouver de bons points d'influence susceptibles d'avoir des effets cascade significatifs. »

Pour approfondir vos connaissances sur les effets d'entraînement et les Points d'influence, la scientifique, écrivaine et éducatrice Donella Meadows a donné une [conférence très appréciée et largement citée](#) sur la pensée systémique. La conférence de Meadows porte sur les multiples niveaux à prendre en compte lors de l'examen des changements systémiques, y compris les changements dans la fonction ou l'objectif sous-jacent d'un système.

Ressources :

1. Behavioural Insights Team (BIT), *Target, Explore, Solution, Trial, Scale: An introduction to running simple behavioural insights projects*, 2022, <www.bi.team/wp-content/uploads/2022/11/BIT-Handbook-How-to-run-simple-BI-projects.pdf>.
2. Henrich, Joseph, 'WEIRD', *Open Encyclopedia of Cognitive Science*, edited by Michael C. Frank and Asifa Majid, MIT Press, 24 July 2024, <<https://doi.org/10.21428/e2759450.8e9a83b0>>.
3. IDEO.org, *The Field Guide to Human-Centered Design*, <<https://www.designkit.org/resources/1.html>>, accessed 12 June 2025.
4. IDinsight, 'Evidence Reviews', <<https://guide.idinsight.org/evidence-reviews/>>, accessed 12 June 2025.
5. Landry, Lauren, 'What is Human-Centered Design?', Harvard Business School Online, 25 November 2020, <<https://online.hbs.edu/blog/post/what-is-human-centered-design>>.
6. Meadows, Donella, 'Leverage Points: Places to Intervene in a System', Donella Meadows Project, <https://donellameadows.org/archives/leverage-points-places-to-intervene-in-a-system/>>, accessed 12 June 2025.
7. Meadows, Donella, *Thinking in Systems: A Primer*, edited by Diana Wright, Chelsea Green Publishing, December 2008, <www.chelseagreen.com/product/thinking-in-systems/>.
8. Miro. 'System Mapping Toolkit', <https://miro.com/miroverse/system-mapping-toolkit/>, accessed 12 June 2025.
9. Smaldino, Paul E., *Modeling Social Behavior*, Princeton University Press, October 2023, <<https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691224145/modeling-social-behavior>>.
10. UNDP, *System Change: A Guidebook for Adopting Portfolio Approaches*, 28 March 2022, <www.undp.org/publications/system-change-guidebook-adopting-portfolio-approaches>.
11. UNICEF Social and Behaviour Change (SBC) Guidance, 'Using Human-Centred Design', <www.sbcguidance.org/create/using-human-centred-design>, accessed 12 June 2025.
12. UNICEF Social and Behaviour Change (SBC) Guidance, 'Social and Community Listening', <www.sbcguidance.org/do/social-and-community-listening>, accessed 12 June 2025.
13. University of California Office of the President, 'How to Write SMART Goals: A How to Guide', <www.ucop.edu/local-human-resources/files/performance-appraisal/How+to+write+SMART+Goals+v2.pdf>, accessed 12 June 2025.

Explorer

Bienvenue dans le chapitre consacré à la phase “Explorer” !

La collecte des données nécessaires à la conception d’une intervention est l’étape cruciale suivante dans l’application des sciences comportementales.

Cette phase consiste à mettre en évidence les facteurs déterminants du comportement et les barrières à l’aide de recherches et de données. Elle implique de synthétiser les données sociales et comportementales existantes, d’identifier les lacunes qui nécessitent des recherches supplémentaires et de dresser un tableau clair du problème, le tout afin de déterminer où et comment intervenir.

Pourquoi explorer ?

Même avec une idée claire du problème et du résultat souhaité, il est facile de faire des suppositions sur ce qui motive les comportements des gens ou sur ce qui pourrait les changer.

Cependant, les comportements sont rarement déterminés par un seul facteur. Ils sont influencés par un large éventail de forces, allant des croyances et des habitudes aux normes sociales et aux conditions structurelles. La Phase « Explorer » permet aux chercheurs de comprendre le contexte, de mettre en évidence les barrières cachées et d'utiliser ces connaissances pour concevoir des solutions pertinentes.

Comment explorer le défi ?

Dans cette deuxième phase de la méthodologie DEPTHS, cinq étapes guident les équipes tout au long du processus de recherche comportementale.

Chaque étape comprend des outils spécifiques, des conseils sur leur importance et leur utilisation. Une **étude de cas sur l'augmentation de la couverture vaccinale des enfants au Liban** illustrera la manière dont ces outils peuvent être appliqués dans la pratique.

Avant de commencer la Phase « Explorer », veillez à avoir terminé toutes les étapes de la Phase « Définir ».

Tableau 1. Résumé de la phase « Explorer »

Étape préliminaire : passer en revue les principaux produits / résultats immédiats de la phase *Définir*. [Énoncé du problème et des résultats attendus](#), [Carte des parties prenantes et publics cibles](#), [Arbre comportemental](#), [Matrice de priorisation](#), [Carte systémique](#) (optionnel), [Analyse des points d'influence](#) (facultatif), [Canevas du projet](#)



Examiner les données et la documentation existantes afin d'acquérir une compréhension fondamentale du contexte. Cela permet de mettre en évidence les connaissances acquises, d'identifier les lacunes et de déterminer si des recherches supplémentaires sont nécessaires.

Définir des questions de recherche claires et fondées sur le comportement, en accord avec les lacunes identifiées lors de la recherche documentaire (ou revue de la littérature). Les questions doivent viser à découvrir pourquoi les gens adoptent ou n'adoptent pas certains comportements, en utilisant des cadres comportementaux tels que le Cadre COM-B.

Définir l'approche de recherche, notamment les personnes à impliquer, les méthodes à utiliser et la manière dont les garanties éthiques seront appliquées. Cette étape permet de s'assurer que la recherche est pratique, ciblée et fondée sur des [principes éthiques](#).

Organiser et mettre en œuvre le travail sur le terrain, y compris le recrutement des participants, la formation de l'équipe, les tests des outils et la logistique. Procéder à la collecte de données en mettant l'accent sur la qualité, l'inclusion et l'engagement respectueux.

utilisez le Cadre COM-B pour organiser les informations, élaborer des profils comportementaux, cartographier les micro-comportements et prioriser les barrières principales et facteurs facilitateurs qui façonneront la prochaine étape de la conception.

[Recherche documentaire initiale](#)

[Objectifs et questions de recherche primaires](#)

[Plan de recherche primaire](#)

[Profil comportemental](#)

[\[Externe\] Modèle de protocole de recherche](#)

[Carte et diagnostic comportementaux](#)

[Matrice faisabilité-impact](#)

Pièges fréquents

Les pièges courants peuvent faire dérailler le travail fondé sur le comportement. Tout au long de la Phase « Explorer », gardez donc à l'esprit les problèmes potentiels suivants :

- **Sauter ou précipiter l'examen de la phase « Définir ».** Se lancer directement dans la recherche sans revoir les produits tels que l'énoncé du problème, la carte systémique ou le canvas du projet conduit souvent à des doublons, à un manque d'alignement ou à des objectifs de recherche peu clairs. Par exemple, une équipe qui étudie la faible couverture vaccinale pourrait mener des entretiens sur les croyances relatives aux vaccins, sans noter que la matrice de priorisation initiale a déjà identifié les soignants qui suivent de manière proactive le calendrier de vaccination de leur enfant comme le comportement cible central et prioritaire.
- **La recherche documentaire (ou revue de la littérature) doit aller au-delà d'une simple analyse rapide de la littérature.** Ce processus nécessite une approche structurée, comprenant l'examen de diverses sources (par exemple, des données académiques, programmatiques, comportementales et politiques), la formulation de questions ciblées sur le comportement qui nous intéresse et la synthèse des connaissances et des informations actuellement disponibles à travers le prisme du comportement. Les examens qui ne suivent pas une approche structurée peuvent omettre des sources essentielles ou ne pas tenir compte des résultats existants, ce qui conduit à une recherche primaire mal ciblée. Par exemple, si une équipe qui étudie la faible couverture vaccinale omet d'analyser les enquêtes sur la perception des soignants, cela peut conduire à négliger les préoccupations existantes concernant la confiance dans les prestataires, ce qui pourrait fausser les priorités en matière de conception.
- **Rédiger des questions de recherche trop générales ou vagues.** Si les questions de recherche ne sont pas spécifiques au comportement qui nous intéresse, elles peuvent aboutir à des conclusions génériques difficiles à mettre en œuvre. Chaque question doit être liée à une décision. Par exemple, la question « Quelles sont les barrières à la vaccination ? » est trop générale ; « Qu'est-ce qui incite les aidants à retarder la deuxième dose après la première visite de l'enfant à la clinique ? » est plus claire et plus facile à mettre en œuvre.
- **Ne pas s'accorder sur les voix qui comptent.** Ne pas identifier et prioriser les acteurs tels que les aidants, les influenceurs ou les prestataires de services peut conduire à passer à côté de perspectives essentielles. Par exemple, un projet peut se concentrer uniquement sur les aidants, mais négliger l'influence des grands-mères ou des agents de santé communautaires, qui influencent les décisions en matière de vaccination. Il convient plutôt de recenser et de prioriser les acteurs dès le début.
- **Analyser les données sans en décomposer les facteurs déterminants du comportement sous-jacents.** Trop souvent, les résultats sont catalogués à leur valeur nominale sans analyser les facteurs déterminants, les barrières ou les heuristiques sous-jacents qui influencent les décisions des personnes. Par exemple, noter que « les aidants craignent les effets secondaires » n'est utile que si nous allons plus loin, en comprenant d'où vient cette crainte et en identifiant qui ou quoi pourrait la faire évoluer. Sans cette analyse approfondie, les informations restent superficielles et difficiles à exploiter.
- **Considérer toutes les barrières comme ayant la même importance.** Sans priorisation des priorités, les équipes risquent de disperser leurs efforts. Il est au contraire important d'identifier les barrières de comportement les plus importantes : celles qui ont la plus grande influence sur le comportement cible et qui sont les plus susceptibles d'être traitées dans le cadre du processus de conception. Par exemple, consacrer autant de temps aux mythes mineurs qu'aux barrières structurelles majeures, comme la distance à parcourir pour se rendre à la clinique, pourrait diluer les ressources en répartissant les efforts entre des défis qui n'ont pas le même poids. L'utilisation d'une [matrice faisabilité-impact](#) peut aider les équipes à concentrer leurs efforts en conséquence.
- **Se précipiter vers des solutions trop tôt.** L'objectif de cette phase est d'acquérir une compréhension approfondie des comportements, et non de générer ou de tester des solutions. Une idée prématuurée peut limiter la curiosité, biaiser l'interprétation des preuves et aboutir à des interventions qui ne correspondent pas aux besoins réels des utilisateurs. Par exemple, suggérer des applications de rappel avant d'évaluer l'accès au numérique pourrait négliger le fait que la plupart des soignants n'utilisent pas de smartphones, ce qui conduirait à une solution non pertinente ou inéquitable.

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

La vaccination infantile est l'une des interventions de santé publique les plus rentables, mais de nombreux enfants, en particulier dans les pays à faible et moyen revenu, ne sont toujours pas vaccinés ou sont sous-vaccinés.

Au Liban, qui compte la plus forte population de réfugiés par habitant au monde, la couverture vaccinale a été compromise par la pauvreté, les déplacements de population et la précarité des systèmes de santé. Bien que la couverture nationale ait déjà atteint près de 90 %, des épidémies de rougeole et d'oreillons ont révélé l'existence de poches de sous-vaccination de plus en plus importantes. En réponse, le ministère de la Santé publique et l'UNICEF ont lancé le programme « Accelerated Immunization Activities » (AIA) afin d'élargir l'accès aux vaccins par le biais des centres de santé et de la sensibilisation communautaire, mais la couverture vaccinale est restée faible.

Une équipe multidisciplinaire composée de membres de l'UNICEF, de Nudge Lebanon et du ministère de la Santé publique a entrepris d'étudier la question sous l'angle des sciences comportementales. Plutôt que de se concentrer uniquement sur les barrières structurelles, elle a examiné des comportements spécifiques et leurs facteurs déterminants, en mettant l'accent sur la prise de décision des personnes qui s'occupent des enfants. Au cours de la phase « Définir », l'équipe a formulé un objectif clair : améliorer la couverture vaccinale des enfants non vaccinés ou sous-vaccinés et cartographier l'écosystème des acteurs, notamment les aidants, les agents de terrain et le personnel des centres de santé. Elle a utilisé la cartographie comportementale et une matrice de priorisation pour identifier les comportements à « encourager » et à « décourager » chez ces différents publics, et a finalement donné la priorité au suivi des rendez-vous par les aidants, car il s'agissait d'un changement à la fois efficace et réalisable.

Les étapes facultatives comprenaient une carte systémique et une analyse des points d'influence, qui ont révélé comment l'oubli, des instructions peu claires et une faible perception de l'urgence contribuaient aux vaccinations manquées. À l'étape 5 du chapitre « Définir », l'équipe avait documenté une portée claire du projet, mis en évidence les risques potentiels et était prête à approfondir l'exploration des facteurs comportementaux. Cette

étude de cas continuera à servir d'exemple illustratif tout au long de la phase « Explorer », montrant comment les connaissances comportementales peuvent être appliquées pour guider chaque étape du processus.

L'équipe a commencé par identifier les districts présentant les taux de couverture les plus faibles et les populations les plus vulnérables, en se concentrant sur les zones à forte concentration de réfugiés et de ménages à faibles revenus. À l'aide de cadres de sciences comportementales, tels que le cadre **COM-B**¹ pour explorer les capacités, l'opportunité et la motivation, elle a mené un travail de terrain approfondi, comprenant des entretiens avec des travailleurs sociaux, le personnel du programme et des prestataires de soins de santé, ainsi que des observations directes lors de visites à domicile. Elle a cartographié le parcours que les aidants étaient censés suivre et a examiné de près les points de décision spécifiques où le comportement s'est effondré, sans faire d'hypothèses sur le manque de sensibilisation ou d'accès.

Cette approche structurée a révélé des points d'abandon du comportement clairs, c'est-à-dire des moments où l'intention ne s'est pas traduite en action. Trois barrières principales sont apparues :

- **Surcharge cognitive** : les aidants se sentent dépassés par un excès d'informations ou un trop grand nombre de tâches concurrentes.
- **Stress émotionnel** : par exemple, anxiété liée aux visites à la clinique ou peur du jugement
- **Perceptions sociales** : par exemple, les préoccupations quant à la façon dont les autres membres de la communauté pourraient percevoir leurs actions.

Ces barrières ne reflétaient pas une opposition à la vaccination, mais plutôt les réalités complexes auxquelles les aidants étaient confrontés, où se rendre à la clinique entraînait souvent en concurrence avec des responsabilités

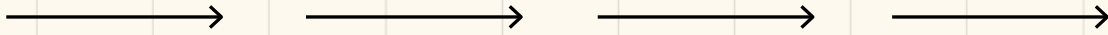
¹ Michie, S., van Stralen, M.M. and West, R., 2011. La roue du changement comportemental : une nouvelle méthode pour caractériser et concevoir des interventions visant à modifier les comportements. *Implementation Science*, 6(1), p.42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

urgentes telles que l’approvisionnement en nourriture, la garde des enfants ou la recherche de revenus. En fondant son enquête sur les comportements observés et les frictions du monde réel, l’équipe a pu diagnostiquer où et pourquoi les intentions des aidants échouaient, souvent de manière inconsciente ou invisible, même pour les aidants eux-mêmes. Il ne s’agissait pas toujours de décisions délibérées, mais plutôt de réactions comportementales subtiles et automatiques, façonnées par le stress, les habitudes et le contexte environnemental. Les aidants n’avaient peut-être pas l’impression d’être confrontés à des barrières, mais les schémas comportementaux ont révélé des points de friction clés où l’intention de poursuivre la vaccination s’est discrètement effritée.

Ces barrières ne reflétaient pas une opposition à la vaccination, mais plutôt les réalités complexes auxquelles les aidants étaient confrontés, où se rendre à la clinique entraînait souvent en concurrence avec des responsabilités urgentes telles que l’approvisionnement en nourriture, la garde des enfants ou la recherche de revenus. En fondant

son enquête sur les comportements observés et les frictions du monde réel, l’équipe a pu diagnostiquer où et pourquoi les intentions des aidants s’effondraient, souvent de manière inconsciente ou invisible, même pour les aidants eux-mêmes. Il ne s’agissait pas toujours de décisions délibérées, mais plutôt de réactions comportementales subtiles et automatiques, façonnées par le stress, les habitudes et le contexte environnemental. Les aidants n’avaient peut-être pas l’impression d’être confrontés à des barrières, mais les schémas comportementaux ont révélé des points de friction clés où l’intention de poursuivre la vaccination s’est discrètement effritée.

Remarque : bien qu’il s’agisse d’un projet réel qui a suivi un processus très similaire à celui de DEPTHS, l’équipe chargée du projet n’a pas utilisé certains outils de la boîte à outils lors de la mise en œuvre. Dans ces cas, nous sommes revenus en arrière et avons appliqué rétrospectivement les outils à l’aide de données réelles du projet afin d’illustrer ce qu’ils auraient pu donner s’ils avaient été utilisés à l’époque.



ÉTAPE 1 :

Effectuer une recherche documentaire initiale

Objectif de cette étape :

L'objectif de cette étape est de mener une recherche documentaire initiale (parfois appelée « analyse documentaire »).

Il s'agit d'un processus structuré d'examen et de synthèse des données et des preuves existantes.

Outils associés :

- [Recherche documentaire initiale](#)

Pourquoi cette étape est importante ?

Avant de mener une recherche primaire, il est essentiel de comprendre le paysage actuel des preuves.

Une recherche documentaire rigoureuse permet de parvenir à une compréhension commune du défi comportemental, d'identifier des modèles comportementaux et des facteurs d'influence bien documentés, et de déterminer clairement les domaines dans lesquels des

informations ou des recherches supplémentaires sont encore nécessaires. Si ces lacunes sont importantes, la recherche documentaire peut permettre d'élaborer un plan ciblé pour la recherche primaire, garantissant ainsi que toute nouvelle collecte de données soit utile et axée sur les domaines les plus importants.

Comment procéder :

1. Examiner les produits de la phase « Définir » et formuler des questions initiales.

Utilisez la fiche de travail Recherche documentaire initiale pour préparer le processus de recherche documentaire.

- a. Avant de commencer la recherche documentaire, revoyez les principaux produits / résultats immédiats générés lors de la phase « Définir », notamment [l'énoncé du problème et des résultats attendus](#), [l'arbre comportemental](#), [la matrice de priorisation](#), [la carte systémique](#), [l'analyse des](#)

[points d'influence](#) (si disponible) et le [canvas du projet](#). Cette étape aide l'équipe à consolider ce qui est déjà connu, à clarifier les hypothèses de travail et à affiner l'orientation de la recherche documentaire.

Recherche documentaire initiale

Répertoriez et examinez les preuves existantes.

A **Que savons-nous ou pensons-nous savoir ?** Notez vos idées et hypothèses concernant le problème, le comportement et les publics cibles. Au cours de la phase de définition, qu'avons-nous déjà observé ou entendu de la part des parties prenantes ? Quels schémas ou croyances considérons-nous comme vrais ?

B **Où devons-nous chercher ?**
Existe-t-il des données de référence ou des enquêtes récentes ? Quels rapports, idées ou évaluations existent ? Qui d'autre travaille sur ce sujet ? Ont-ils obtenu des résultats ? Qu'a-t-on déjà essayé pour modifier ce comportement ou résoudre ce problème ?

C **Que devons-nous rechercher ?** Dressez la liste et affinez les questions initiales de l'étude documentaire en fonction du problème, des comportements et des publics ciblés.

- Que savons-nous du comportement actuel des personnes dans ce contexte ?
- Comment les différents groupes de population vivent-ils cette question ?
- Que savons-nous des facteurs déterminants (psychologiques, sociaux, structurels, environnementaux) ?
- Qu'ont révélé les efforts passés : qu'est-ce qui a fonctionné, qu'est-ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi ?

b. Remplissez la section « Que savons-nous ou pensons-nous savoir ? » de la fiche de travail

Recherche documentaire initiale :

- Quelles conclusions ont déjà été tirées à partir des observations ou des contributions des parties prenantes jusqu'à présent ?
- Quelles hypothèses ont émergé lors de la Phase « Définir » et doivent être validées par des recherches supplémentaires ?

c. Remplissez la section « Où devons-nous chercher ? ». Identifiez les sources pertinentes pour la recherche documentaire (ou revue de la littérature), telles que :

- Évaluations de programmes et rapports de mise en œuvre
- Données administratives
- Enquêtes démographiques et sanitaires nationales (par exemple, DHS, MICS)
- Documents politiques et plans stratégiques du gouvernement
- Littérature universitaire et études évaluées par des pairs
- Littérature grise/ Littérature non conventionnelle et rapports non publiés
- Données internes, notes d'apprentissage ou observations sur le terrain provenant de partenaires

S'appuyer sur des données qualitatives et quantitatives provenant de sources locales et régionales afin de bien comprendre le contexte. Donner la priorité aux données récentes, fiables et spécifiques au contexte qui reflètent à la fois la situation et le comportement. Cela comprend les données essentielles sur la couverture des services, l'accès et la démographie, ainsi que les sources qui aident à expliquer les facteurs qui motivent les décisions des personnes.

Examinez les données provenant des offices nationaux de statistique, des bases de données des agences des Nations unies, des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), des systèmes nationaux d'information sanitaire (HMIS) et des rapports sectoriels des ministères ou des ONG. Pour obtenir des informations sur les barrières les facteurs facilitateurs comportementaux, examinez les enquêtes KAP existantes, les rapports d'écoute sociale et les évaluations qualitatives rapides menées dans des contextes similaires.

La combinaison de données situationnelles et de données comportement fournit une base plus solide pour l'analyse, aidant les équipes à passer de la compréhension de ce qui se passe à l'explication des raisons pour lesquelles cela se produit.

d. Enfin, utilisez la section « Que devons-nous rechercher ? » pour adapter et affiner les questions de recherche documentaire initiale. Voici quelques éléments à prendre en compte lors de la formulation des questions de recherche documentaire initiale :

- Que savons-nous du comportement actuel des personnes dans ce contexte ?
- Comment les différents groupes de population vivent-ils cette question ?
- Que savons-nous des facteurs déterminants du comportement et des barrières (capacité, opportunité et motivation) ?
- Qu'ont révélé les efforts passés ? Qu'est-ce qui a fonctionné, qu'est-ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi ?

2. Effectuer la recherche documentaire initiale

- a. Examiner et analyser la littérature disponible, en s'appuyant à la fois sur des données situationnelles et comportementales. Ce faisant, accorder une attention particulière aux informations comportementales. Que disent les sources sur ce que font les gens et pourquoi ? Quelles sont les barrières ou les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux qui sont mentionnés ?
- b. Utilisez différents moteurs de recherche pour identifier les données probantes existantes. En plus des moteurs de recherche académiques généraux comme Google Scholar, envisager des plateformes plus spécialisées afin d'affiner la recherche documentaire, telles que le [3ie Development Evidence Portal](#) ou le [Behavioural Evidence Hub](#). Des outils alimentés par l'IA, comme [le chatbot AVA de la Banque Mondiale](#), ainsi que des outils dédiés aux revues de littérature comme

[Elicit](#), peuvent faciliter une identification efficace des données probantes. Quel que soit l'outil utilisé, veillez à consulter et vérifiez les sources primaires identifiées par les outils d'IA afin de garantir l'exactitude du contexte et de limiter les biais.

Il est important d'évaluer de manière critique la littérature et les preuves recueillies lors d'une recherche documentaire (ou revue de la littérature). Les différentes revues et plateformes appliquent des normes de publication variables, et même les articles évalués par des pairs ne sont pas toujours fiables.

Toutes les données probantes n'ont pas le même poids. Le tableau suivant fournit des indications pour évaluer différents types de données probantes.

TABLEAU 2. FIABILITÉ SELON LE TYPE DE PREUVE

| TYPE DE PREUVE | FIABILITÉ |
|--|-------------|
| Revue systématique et méta-analyse d'études de haute qualité | Très forte |
| Essais contrôlés randomisés multiples ou études quasi expérimentales bien conçues | Forte |
| Essais contrôlés randomisés uniques, études observationnelles solides, preuves triangulées issues de méthodes mixtes | Modéré |
| Études de cas, enquêtes transversales, Littérature grise/ Littérature non conventionnelle avec une rigueur limitée | Faible |
| Anecdotes, avis d'experts, mémoires de plaidoyer sans données | Très faible |

Dans la mesure du possible, la recherche documentaire (ou revue de la littérature) doit donner la priorité aux données issues de revues systématiques, de méta-analyses et d'autres études de haute qualité, si celles-ci sont disponibles.

Le ministère britannique du Développement international (DFID) fournit [des conseils sur l'évaluation de la force des preuves](#), comme l'illustre le tableau ci-dessous :

TABLEAU 3. PRINCIPES DES ÉTUDES DE RECHERCHE DE HAUTE QUALITÉ

| CRITÈRES | DESCRIPTION | EXEMPLE DE DONNÉES PROBANTES DE HAUTE QUALITÉ | EXEMPLE DE PREUVE DE FAIBLE QUALITÉ |
|-------------------------------|--|---|---|
| Cadre conceptuel | L'étude explique sa question principale et la relie à ce qui est déjà connu. | Un rapport sur les rappels par SMS pour les vaccins énonce clairement sa question de recherche, cite des preuves antérieures sur les rappels et formule une hypothèse vérifiable. | Un article se contente de dire « nous voulions améliorer la vaccination » sans expliquer pourquoi ni établir de lien avec des études antérieures. |
| Transparence | L'étude est transparente sur la manière dont elle a été menée (où, quand, avec qui et qui l'a financée). | Une étude sur le paludisme explique qu'elle a été menée dans trois provinces en 2022, auprès de 600 ménages choisis au hasard, et cite l'UNICEF comme bailleur de fonds. | Une étude indique que « les données ont été collectées récemment en Afrique » sans donner de détails sur le lieu, les méthodes ou le financement. |
| Pertinence | La manière dont l'étude a été menée correspond à la question posée. | Pour déterminer si un nouveau médicament prévient le paludisme, les chercheurs mènent un essai contrôlé randomisé. | Pour tester si un médicament prévient le paludisme, les chercheurs demandent simplement à 10 personnes si elles se sentent en meilleure santé après l'avoir pris. |
| Sensibilité culturelle | L'étude tient compte des coutumes, des croyances et du contexte locaux. | Une enquête sur la vaccination au Nigeria note que ce sont généralement les pères qui décident des vaccins de leurs enfants, c'est pourquoi elle inclut à la fois les mères et les pères dans les entretiens. | Une enquête menée au Nigeria interroge uniquement les mères, ignorant le fait que les pères influencent souvent la décision, directement ou indirectement. |
| Validité | Les résultats mesurent réellement ce que l'étude prétend mesurer. | Une étude sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide mesure la prévalence du paludisme à l'aide de tests sanguins, tient compte des conditions météorologiques et exclut d'autres causes. | Une étude sur les moustiquaires demande uniquement aux personnes interrogées si elles se sentent en meilleure santé, sans vérifier la prévalence réelle du paludisme. |

| CRITÈRES | DESCRIPTION | EXEMPLE DE DONNÉES PROBANTES DE HAUTE QUALITÉ | EXEMPLE DE PREUVE DE FAIBLE QUALITÉ |
|------------------|--|--|--|
| Fiabilité | L'étude donnerait des résultats similaires si elle était répétée de la même manière. | Un outil d'enquête est testé dans deux villes, donne des réponses cohérentes et présente des statistiques de fiabilité élevées. | Un outil d'enquête donne des résultats très différents à chaque utilisation, sans test ni explication. |
| Cohérence | Les conclusions sont cohérentes du début à la fin, et l'étude est honnête quant à ses limites. | Une évaluation d'un programme destiné aux jeunes établit clairement un lien entre les activités et les résultats, présente des données et admet que les effets à long terme sont incertains. | Un rapport sur un programme destiné aux jeunes affirme que « nos activités ont fonctionné » sans présenter de données et ignore des limites évidentes. |

c. Veillez à consigner systématiquement les résultats à l'aide d'un outil structuré tel qu'un tableau ou une matrice. Une bonne recherche documentaire permettra :

- Aller au-delà de la simple énumération d'études, en synthétisant les informations provenant de différentes sources pour obtenir une image cohérente de la situation et du comportement
- Inclure à la fois des preuves situationnelles et comportementales, révélant comment le contexte et les facteurs déterminants interagissent
- Identifier explicitement les barrières et les facteurs facilitateurs du comportement
- Utiliser des sources crédibles, à jour et spécifiques au contexte, qui sont clairement citées et traçables
- trianguler les résultats à partir de plusieurs types de preuves (quantitatives, qualitatives, données de routine, observations, mécanismes de retour d'information)

- Signalez clairement les lacunes, les contradictions et les incertitudes dans les preuves.

- Présentez les conclusions de manière pertinente et exploitable pour les parties prenantes et les décideurs.

d. Le format et la structure d'une recherche documentaire (ou revue de la littérature) peuvent varier en fonction de l'orientation et des objectifs du projet. Certaines analyses adoptent une approche large, résumant le contexte général du problème ainsi que les interventions passées. D'autres sont plus ciblées, explorant des aspects spécifiques tels que les barrières comportementales courantes, les interventions qui ont déjà été testées ou les caractéristiques de la population touchée. En général, une recherche documentaire complète comprendra les sections suivantes :

TABLEAU 4. SECTIONS SUGGÉRÉES POUR UNE RECHERCHE DOCUMENTAIRE (OU REVUE DE LA LITTÉRATURE)

| SECTION | DESCRIPTION | SECTION | DESCRIPTION |
|--------------------------------|--|--|---|
| Page de couverture | Comprend le titre, la date, le ou les auteurs, les logos des organisations et, le cas échéant, une note de confidentialité. | Lacunes, défis et perspectives | Identifie les limites des données, les lacunes dans les preuves et les résultats contradictoires. |
| Résumé | Fournit un aperçu concis de l'objectif, des principales conclusions et des principales recommandations ; conçu pour être autonome. | Analyse des risques et perspective d'équité | Met en évidence les lacunes liées au genre, à l'inclusion et aux droits humains ; fait ressortir les risques liés à la mise en œuvre. |
| Introduction | Présente l'objectif, la portée et la méthodologie de la recherche documentaire (ou revue de la littérature), y compris le cadre conceptuel ou les définitions, le cas échéant. | Recommandations stratégiques | Présente des recommandations concrètes et prioritaires, adaptées aux décideurs, aux responsables de la mise en œuvre et à d'autres publics. |
| Contexte et historique | Présente le contexte sectoriel, démographique, géographique, politique et programmatique ; synthétise la littérature existante. | Conclusion | Résume les principaux enseignements, synthétise les conclusions et fournit des réflexions générales. |
| Principales conclusions | Cœur de l'étude, structuré en sous-sections. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> a. Barrières comportementales principales b. Principales parties prenantes concernées par le problème c. Interventions comportementales qui ont été testées dans le passé | Références ou bibliographie | Répertorie toutes les sources citées et consultées au cours de la recherche documentaire (ou revue de la littérature). |
| | | Annexes | Fournit des informations supplémentaires telles que des tableaux de données détaillés, des listes de parties prenantes, des notes méthodologiques ou des exemples de cas plus développés. |

Parmi les modèles et exemples utiles de recherche documentaire (ou revue de la littérature), on peut citer la recherche documentaire de l'UNICEF « [Contribution à la stratégie de communication sur le paludisme pour accélérer l'élimination du paludisme](#) » ; la recherche documentaire conjointe de l'UNICEF et de l'Université de New York en Ukraine « [Le pouvoir de la jeunesse : instruments pour une participation efficace des jeunes](#) » ; et [l'outil de modèle de recherche documentaire de Save the Children](#).

Lorsque l'on applique une approche comportementale à la recherche documentaire initiale

Bien que cela ne soit pas obligatoire à ce stade, les cadres comportementaux tels que le **Modèle des déterminants comportementaux (BDC)** de l'UNICEF peuvent constituer une ressource utile. Le BDC n'est pas conçu comme un outil de recherche documentaire (ou revue de la littérature) ou d'analyse, mais plutôt comme un guide conceptuel qui illustre la nature multifactorielle du comportement. Il nous rappelle que les comportements sont rarement déterminés par un seul facteur et qu'une compréhension complète du comportement nécessite de prêter attention aux influences **psychologiques, sociales et environnementales**.

Garder ces domaines à l'esprit pendant le processus de recherche documentaire (ou revue de la littérature) peut aider les chercheurs à repérer des schémas, à mettre en évidence des angles morts ou à mieux organiser les informations qui pourront ensuite éclairer le diagnostic et la conception. Tenez compte des questions suivantes lorsque vous examinez les données existantes :

- Quels facteurs **psychologiques**, tels que les connaissances, les croyances, les émotions ou l'auto-efficacité, semblent influencer ce comportement ?
- Quelles influences **sociales**, telles que les normes de groupe, la dynamique relationnelle ou les structures de pouvoir informelles, peuvent influencer les décisions ?
- Quelles conditions **environnementales**, telles que la disponibilité des services, les barrières structurelles ou les politiques institutionnelles, créent ou limitent les possibilités d'action ?

En savoir plus sur le BDC : <https://www.unicef.org/mena/reports/modele-des-determinants-comportementaux>
Ce modèle peut également être utilisé en conjonction avec d'autres cadres, comme le Cadre COM-B.

3. Déterminer si une recherche primaire est nécessaire pour combler les lacunes

- a.** Avons-nous une compréhension suffisante des facteurs déterminants du comportement, des barrières et du contexte ? Par exemple, si les données disponibles indiquent une faible fréquentation des cliniques mais n'expliquent pas pourquoi (contraintes de temps, expériences négatives avec les prestataires, normes sociales, etc.), des recherches supplémentaires peuvent être nécessaires.
- Les données actuelles omettent-elles des groupes importants ou des voix clés issues de communautés défavorisées ou marginalisées ? Par exemple, si la littérature se concentre sur les aidants urbains, mais que l'intervention sera mise en œuvre dans des zones rurales, des différences contextuelles importantes pourraient être négligées.
 - Les connaissances existantes sont-elles obsolètes, biaisées ou peu pertinentes au niveau local ? Une étude datant de cinq ans ou menée dans un autre pays ou un autre contexte culturel peut ne pas refléter les réalités vécues ou les comportements actuels de la population cible.
 - Y a-t-il des hypothèses ou des inconnues importantes qui doivent encore être vérifiées ? Par exemple, supposer que les aidants oublient leurs rendez-vous peut conduire à des interventions basées sur des rappels ; cependant, si la réticence ou la méfiance à l'égard des vaccins est le problème principal, cette solution peut s'avérer inefficace.
- b.** Si des questions clés restent sans réponse, la réalisation d'une recherche ciblée peut aider à combler les lacunes dans la compréhension. Il n'est pas toujours nécessaire de mener des études à grande échelle. Les recherches supplémentaires pourraient par exemple consister à dialoguer avec un groupe qui n'a pas encore été consulté ou à explorer comment une norme sociale est renforcée, remise en question ou maintenue dans un contexte communautaire particulier. La recherche primaire doit être ciblée et utile, en évitant la collecte de données non pertinentes, la surcharge des communautés ou le retard du processus DEPTHS dans son ensemble.
- c.** Une fois la recherche documentaire (ou revue de la littérature) terminée, revenez aux produits / résultats immédiats de la phase « *Définir* » pour les mettre à jour avec les nouvelles informations recueillies. Le Canvas du projet, en particulier, sert de document évolutif, ancrant l'orientation du projet et éclairant toutes les décisions ultérieures. La mise à jour du Canvas garantit la cohérence et l'alignement de l'ensemble du projet.

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Cet outil de recherche documentaire initiale n'a pas été développé par l'équipe de projet d'origine. Il s'agit d'un exemple recréé à partir de données et d'un contexte réels.

Mener une recherche documentaire (ou revue de la littérature) pour comprendre les données et les preuves existantes concernant le problème

Pour commencer, l'équipe du projet a examiné les principaux produits générés lors de la phase « Définir » (canvas du projet, énoncé du problème et des résultats, arbre comportemental, etc.) afin de déterminer ses connaissances actuelles sur le problème et les lacunes en matière de recherche.

L'équipe a ensuite rassemblé la documentation existante, notamment les rapports de programme, les recherches antérieures et les données sur la couverture vaccinale au Liban, ainsi que les données provenant de contextes similaires (par exemple, la Jordanie, la Turquie et la Syrie). Les documents examinés comprenaient :

- Les rapports antérieurs de l'UNICEF et de l'OMS sur les programmes de vaccination au Liban et dans des contextes similaires au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENA)
- Des recherches universitaires sur la réticence à la vaccination et les abandons dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI)

- Données sur la couverture vaccinale au Liban
- Les données de recherche qualitative et quantitative issues de programmes antérieurs
- Données sur les systèmes de santé

Les chercheurs ont examiné et synthétisé les informations clés afin d'améliorer leur compréhension contextuelle de la problématique du projet.

Afin de garantir l'efficacité de la recherche documentaire (ou revue de la littérature), l'équipe du projet a élaboré un plan visant à se concentrer sur les domaines et les documents clés à explorer et à examiner.

Une fois la recherche documentaire (ou revue de la littérature) terminée, les chercheurs ont organisé les principales conclusions dans un tableau structuré. Celui-ci a servi de référentiel central pour les données pertinentes, les informations comportementales et les lacunes identifiées. Si le tableau peut dans certains cas constituer le résultat final, il sert le plus souvent à soutenir un effort de synthèse formel, tel qu'une revue de la littérature, un rapport de synthèse ou un résumé des conclusions. Ces produits aident à dégager des tendances, à mettre en évidence les questions restantes et à orienter la recherche primaire ultérieure.

Recherche documentaire initiale

Répertoriez et examinez les preuves existantes.

ÉTUDE DE CAS 1: AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS AU LIBAN

A Que savons-nous ou pensons-nous savoir ?

Couverture vaccinale précédemment élevée (près de 90 % de RI), mais l'augmentation du niveau de pauvreté et l'arrivée de plus d'un million de réfugiés dans le pays en 2011 ont entraîné une baisse de la couverture. Cela s'est traduit en 2013 et 2015 par une augmentation des épidémies de rougeole et d'oreillons.

Le programme AIA de l'UNICEF et du ministère libanais de la Santé publique a été lancé en 2017. Il s'appuie sur des actions de sensibilisation communautaires pour informer la population sur la vaccination et orienter les enfants manquants vers le centre de santé participant le plus proche. Cependant, les enfants ne se présentent pas à leurs rendez-vous.

Il semble que les personnes qui s'occupent des enfants oublient leurs rendez-vous de suivi ou négligent de s'y rendre. Nous supposons que cela peut être lié aux informations fournies par le personnel des centres de santé primaires et les agents de sensibilisation concernant l'importance et le calendrier des vaccinations.

B Où devons-nous chercher ?

Rapports de l'UNICEF et d'autres programmes d'ONG internationales

Données du programme AIA

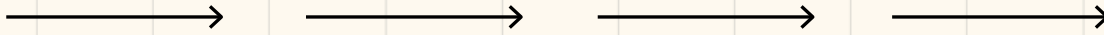
2 enquêtes quantitatives passées sur l'efficacité du programme AIA

Données sur la vaccination du ministère de la Santé publique du Liban

Recherches universitaires menées au Liban sur les comportements sanitaires des populations réfugiées

C Que devons-nous rechercher ?

- ❑ Que savons-nous du comportement actuel des personnes dans ce contexte ?
- ❑ Comment les différents groupes de population vivent-ils cette question ?
- ❑ Que savons-nous des facteurs déterminants (psychologiques, sociaux, structurels, environnementaux) ?
- ❑ Qu'ont révélé les efforts passés : qu'est-ce qui a fonctionné, qu'est-ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi ?
- Quelles sont les dernières données disponibles sur la couverture vaccinale au Liban ? Quels sont les taux d'abandon ? Quels sont les services et les points de vaccination proposés ?
- Quels sont les groupes qui ont les taux de couverture vaccinale les plus bas ? Quelles sont les caractéristiques de ces groupes ? Quelles sont leurs conditions de vie et leur situation familiale ?
- Quels sont les services de vaccination et autres services de santé disponibles pour les familles de réfugiés et les familles libanaises ? Dans quelle mesure ont-ils accès à d'autres services de santé (non liés à la vaccination) ?
- Comment les équipes de sensibilisation du programme AIA accèdent-elles aux familles ? Que disent-elles aux familles ou sujet de la vaccination ?
- Quelles informations et formations sont disponibles pour les agents de sensibilisation, les infirmières de soins de santé primaires et les superviseurs de district en matière de compétences interpersonnelles et de communication sur la vaccination, en particulier les calendriers de vaccination ?
- Quelle a été l'efficacité des programmes de vaccination passés ? Y a-t-il eu des difficultés programmatiques ou autres ? Comment les familles ont-elles réagi aux efforts de vaccination passés du programme AIA ?
- Comment les dirigeants communautaires ont-ils été impliqués dans les efforts de vaccination passés ?
- Comment les données sont-elles collectées dans le cadre du programme AIA ?



ÉTAPE 2 :

Élaborer les Questions de recherche principales

Outils associés :

[Objectifs et questions de recherche primaires](#)

Objectif de cette étape :

Une fois la recherche documentaire initiale terminée, l'étape suivante consiste à définir les questions comportementales spécifiques qui doivent être approfondies dans le cadre de la recherche primaire, à l'aide de la fiche de travail « [Questions de recherche principales](#) ».

Cet outil garantit que les questions de recherche s'appuient sur les sciences comportementales, ce qui permet aux équipes de diagnostiquer l'ensemble des facteurs déterminants et des barrières qui influencent les comportements.

Pourquoi cette étape est importante ?

Des questions de recherche claires et ciblées sont essentielles à une enquête fondée sur le comportement.

Des questions de recherche mal définies ou trop générales peuvent donner lieu à des données vagues, redondantes ou difficiles à traduire en actions. En revanche, des questions de recherche solides affinent l'orientation de l'enquête, contribuent à garantir que les instruments de recherche sont bien alignés sur les objectifs et renforcent la rigueur et la pertinence des résultats.

Le fait d'affiner les questions de recherche à ce stade permet d'obtenir les résultats suivants :

- **Garantit que la recherche est alignée sur les résultats comportementaux** définis lors de la phase « Définir »
- **Concentrer l'enquête sur les déterminants comportementaux prioritaires** à différents niveaux, lorsque les questions sont fondées sur un modèle ou un cadre comportemental
- **Évite la duplication des connaissances existantes**, en veillant à ce que la collecte de données primaires se concentre sur le comblement des lacunes réelles dans les preuves

Pour aider à structurer ce processus, utilisez le **modèle COM-B²** : une approche pratique et largement utilisée pour diagnostiquer les facteurs qui favorisent ou inhibent le comportement d'intérêt. L'utilisation d'un modèle tel que COM-B permet aux équipes de cartographier systématiquement les raisons pour lesquelles les gens adoptent ou n'adoptent pas certains comportements.

Le modèle COM-B est un cadre qui décompose les facteurs comportementaux en trois composantes essentielles : **la capacité, l'opportunité et la motivation**, chacune comportant deux sous-domaines.

- **La capacité** fait référence à la capacité psychologique et physique à s'engager dans l'activité, y compris les connaissances, les compétences et les facultés mentales.
 - **La capacité physique** fait référence aux aptitudes physiques, à la force, à l'endurance ou aux capacités nécessaires pour adopter le comportement.
 - **La capacité psychologique** fait référence à la capacité mentale ou cognitive à s'engager dans les processus de réflexion nécessaires, tels que la compréhension, le raisonnement et la mémoire.
- **L'opportunité** englobe les conditions externes qui rendent le comportement possible, notamment les facteurs environnementaux, socioculturels et structurels.
 - **L'opportunité sociale** fait référence aux signaux sociaux, aux normes culturelles et aux influences interpersonnelles qui façonnent le comportement.
 - **L'opportunité physique** fait référence aux facteurs environnementaux tels que les ressources, le temps, les infrastructures et l'accès qui permettent le comportement.
- **La motivation** comprend à la fois les processus réflexifs (tels que les croyances et les intentions) et les processus automatiques (tels que les réponses émotionnelles et les habitudes) qui déterminent le comportement.
 - **La motivation réfléchie** fait référence aux processus conscients de planification et d'évaluation, tels que les intentions, les croyances et l'identité.
 - **La motivation automatique** fait référence aux processus inconscients tels que les émotions, les habitudes, les impulsions et les réactions.

2 Michie, S., van Stralen, M.M. and West, R., 2011. La roue du changement de comportement : une nouvelle méthode pour caractériser et concevoir des interventions visant à modifier les comportements. *Implementation Science*, 6(1), p.42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

Le tableau 5 ci-dessous présente des exemples de facteurs déterminants et de barrières pour chaque sous-domaine du modèle COM-B.

TABEAU 5. CARTOGRAPHIE DES FACTEURS DÉTERMINANTS DU COMPORTEMENT ET DES BARRIÈRES DANS LE CADRE COM-B

| SOUS-DOMAINES | TYPES | DÉFINITION |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|
| Capacité psychologique | Connaissance / compréhension | Dans quelle mesure une personne comprend le comportement, le service ou les informations connexes. |
| | Mémoire, attention, décision | Comment la charge cognitive, les distractions ou les priorités concurrentes affectent les décisions. |
| | Régulation du comportement | Capacité d'une personne à surveiller et à ajuster son propre comportement. |
| Capacités physiques | Compétences physiques | Les capacités ou aptitudes physiques spécifiques nécessaires pour adopter un certain comportement. |
| | Force, endurance, mobilité | Énergie, force ou condition physique nécessaires pour agir de manière cohérente. |
| | État de santé | Conditions de santé pouvant permettre ou empêcher l'action. |
| Possibilité physique | Temps et emploi du temps | Capacité d'agir dans le temps ou selon les horaires disponibles. |
| | Disponibilité | Disponibilité des services, outils ou produits lorsque cela est nécessaire. |
| | Accessibilité | La possibilité pour les personnes d'accéder aux services ou aux lieux (par exemple, distance, transport, horaires). |
| | Barrières structurelles | Barrières physiques ou systémiques qui rendent l'action difficile, voire impossible. |
| Opportunités sociales | Normes et attentes | Ce qui est considéré comme typique, acceptable ou attendu dans le groupe social. |
| | Soutien social | Soutien ou encouragement fourni par les autres. |
| | Influence des autres | Influence directe de la famille, des pairs, des dirigeants ou d'autres personnes du réseau d'une personne. |
| | Rôles et responsabilités | Les rôles que les gens sont censés jouer et la manière dont ceux-ci influencent leur comportement. |
| Motivation réfléchie | Croyances concernant les conséquences | Ce qu'une personne croit qu'il se passera si elle agit (ou n'agit pas). |
| | Auto-efficacité | La conviction d'une personne qu'elle est capable d'agir. |
| | Intentions et objectifs | Les objectifs ou les intentions que les gens se fixent. |
| | Identité | La manière dont le comportement correspond à l'image que l'individu a de lui-même. |
| Motivation automatique | Émotions | Sentiments qui motivent ou démotivent l'action. |
| | Habitudes | Actions routinières effectuées sans trop réfléchir. |
| | Impulsions | Envies soudaines qui peuvent prendre le pas sur les décisions conscientes. |
| | Biais cognitifs | Raccourcis mentaux ou distorsions qui influencent les décisions. |

L'utilisation d'un cadre tel que le Cadre COM-B offre plusieurs avantages dans les projets de sciences comportementales appliquées, notamment

- **Diagnostic holistique** : prendre en compte plusieurs facteurs déterminants du comportement plutôt que de se limiter à une seule explication (par exemple, le manque de connaissances).
- **Traduction des preuves** : servir de pont entre les données et l'action. En mettant en correspondance les résultats qualitatifs et quantitatifs avec les composantes du COM-B, les équipes peuvent transformer leurs connaissances en décisions de conception ciblées.

- **Orientation stratégique** : prioriser les domaines d'intervention prioritaires. Par exemple, si la motivation est forte mais que les possibilités physiques sont faibles, les interventions devront peut-être s'attaquer aux barrières structurelles plutôt qu'à la sensibilisation.
- **Soutien à la pensée systémique** : encourager les équipes à explorer comment les actions individuelles sont façonnées par le contexte, les normes, les institutions et les infrastructures.
- **Application flexible** : applicable à tout moment du cycle du programme : pour façonner la recherche formative, identifier les points d'entrée pour le changement de comportement, affiner les prototypes ou expliquer pourquoi un projet pilote a fonctionné ou non.

Comment procéder :

1. Définissez des objectifs de recherche qui guideront le processus de recherche primaire.

Toute recherche primaire s'appuiera sur la recherche documentaire initiale en comblant les lacunes spécifiques qui ont été identifiées. Plutôt que d'énumérer des thèmes ou des sujets généraux, définissez ce qui doit être compris afin de concevoir des interventions adaptées au contexte, fondées sur le comportement, pratiques et prometteuses. L'utilisation du modèle COM-B pour structurer les objectifs de recherche garantit une exploration systématique des facteurs importants qui influencent le comportement cible.

- Examinez le Canvas du projet mis à jour et les résultats de la recherche documentaire afin de clarifier ce qui est déjà connu, ce qui est supposé mais non vérifié, et ce qui reste inconnu, en particulier en ce qui concerne les facteurs comportementaux, les expériences vécues et la dynamique du système.
- Traduisez les lacunes dans les connaissances en objectifs de recherche primaires ciblés, en les notant dans la [fiche de travail « Objectifs et questions de recherche »](#). Évitez les objectifs génériques

et concentrez-vous plutôt sur les mécanismes comportementaux, les facteurs contextuels ou la dynamique du système qui importent vraiment.

- Formulez chaque objectif en fonction de ce qui reste à comprendre pour influencer le comportement. Commencez par des verbes clairs et précis qui indiquent l'objet de la recherche, tels que :
 - *Pour comprendre...*
 - *Explorer...*
 - *Identifier...*
 - *Examiner...*

Chaque objectif de recherche doit clairement indiquer quelle partie du COM-B il aborde. Le tableau 6 présente la différence entre des objectifs de recherche forts et faibles, en utilisant l'exemple de la vaccination systématique :

TABLEAU 6 : FORMULATION D'OBJECTIFS DE RECHERCHE COM-B FORTS

| DOMAINE COM-B | OBJECTIF DE RECHERCHE FAIBLE | POURQUOI EST-IL FAIBLE ? | OBJECTIF DE RECHERCHE SOLIDE |
|--------------------|--|---|---|
| Capacité | Explorer les perceptions des parents à l'égard de la vaccination | Vaste, vague et n'identifie pas une barrière concrète. | Comprendre comment les perceptions ou les idées fausses sur la sécurité des vaccins influencent la décision des parents de faire vacciner leurs enfants. |
| Opportunité | Comprendre l'accès aux services | Manque de clarté sur l'aspect de l'accès qui est étudié. | Examiner comment la distance par rapport aux services de santé, les frais de transport et les horaires des cliniques affectent la vaccination des enfants en temps opportun dans les zones rurales. |
| Motivation | Explorer les attitudes des soignants à l'égard de la vaccination | Le terme « attitudes » est trop vague et ne permet pas d'identifier les mécanismes de motivation spécifiques. | Identifier les croyances, les émotions et les influences sociales qui façonnent la motivation des aidants à respecter le calendrier de vaccination complet. |

Gardez ces conseils à l'esprit lorsque vous élaborez des objectifs de recherche solides :

- **Une recherche primaire ciblée n'a pas besoin d'explorer tous les aspects du comportement.** Elle doit plutôt se concentrer sur les facteurs déterminants et les barrières qui doivent encore être comprises afin d'éclairer la conception d'une intervention efficace.
- **Les objectifs doivent être liés à un besoin en matière de conception ou de stratégie.** Chaque objectif doit étayer une décision. Posez-vous la question suivante : répondre à cette question aidera-t-il à concevoir une meilleure intervention ? Si ce n'est pas le cas, affinez votre questionnement.
- **Évitez de reformuler le résultat. Ne répétez pas l'objectif final (par exemple, « améliorer la fréquentation des soins prénatals »).** Cherchez plutôt à comprendre la dynamique comportementale sous-jacente. Une version améliorée serait : « Identifier les facteurs socioculturels et structurels qui influencent la fréquentation des soins prénatals au cours du premier trimestre chez les adolescentes nouvellement enceintes ».

2. Formuler les Questions de recherche principales

Des objectifs de recherche clairs et précis sont ensuite traduits en questions de recherche principales structurées. Ces questions déterminent la collecte des données et guident le processus d'analyse.

Un objectif de recherche est une déclaration générale, orientée vers l'action, qui décrit ce que l'étude cherche à accomplir. En revanche, une question de recherche définit exactement ce que l'étude va examiner. Les questions de recherche guident également le choix des données à collecter et des personnes à impliquer. Par exemple, si l'objectif de recherche est « de comprendre comment les normes sociales influencent la décision des adolescentes de se rendre à l'école pendant leurs règles », les questions de recherche connexes peuvent inclure :

- Que font généralement les camarades et les autres filles de leur communauté lorsqu'elles ont leurs règles ?
- Comment les pairs, les parents et les enseignants influencent-ils la décision des filles de rester à la maison ou d'aller à l'école ?
- Quelles formes de soutien ou de stigmatisation les filles subissent-elles pendant leurs règles, et comment cela affecte-t-il leur comportement ?

Une bonne question de recherche répond aux critères suivants :

- **elle est centrée** sur une question particulière (comportement, croyance, barrière ou groupe)
- **elle peut être traitée** à l'aide des méthodes de recherche disponibles
- **elle fournit des informations qui peuvent éclairer les actions** (décisions, conceptions et stratégies)
- **elle est élaborée à partir d'une compréhension** des facteurs qui motivent le comportement des personnes, en explorant souvent les raisons ou les modalités qui sous-tendent des actions ou des choix spécifiques.

Objectifs et questions de recherche primaires

Comprendre le comportement

Lister des questions qui permettent de mieux comprendre les étapes et les phases du comportement.

Objectifs de recherche

Que devons-nous comprendre, explorer, identifier, examiner ?

Questions de recherche

Formuler des questions de recherche exploratoire qui correspondent directement aux lacunes identifiées dans les connaissances, puiser dans la base de données de questions et affiner en fonction de l'objectif.

CAPACITÉ

OPPORTUNITÉ

MOTIVATION

Voici comment formuler des questions de recherche principales :

1. Commencez par remplir la section « [Comprendre le comportement](#) » de la fiche de travail « Objectifs et questions de recherche primaires ». Avant d'explorer les facteurs comportementaux, il est essentiel de clarifier comment le comportement lui-même se manifeste dans la pratique. Cela signifie comprendre à quoi ressemble le comportement sur le terrain, quand et où il se produit, quelles sont les étapes impliquées et où les choses ont tendance à se dégrader. Ces questions descriptives garantissent que la recherche est fondée sur les expériences réelles des personnes les plus touchées, ce qui rend le diagnostic ultérieur des facteurs comportementaux plus précis et plus utile. Les questions exploratoires visant à comprendre le comportement en question peuvent inclure, sans s'y limiter :
 - Quand et où ce comportement se produit-il généralement ?
 - Quelles sont les étapes ou les décisions impliquées ?
 - Quels sont les points d'abandon ou les moments de friction courants ?

Par exemple, dans le **cas de la vaccination des enfants** :

Quelles sont les étapes suivies par les parents pour faire vacciner leur enfant, depuis le moment où ils entendent parler de la vaccination pour la première fois jusqu'à leur décision de se rendre à la clinique ? À quel âge ou à quel stade les familles commencent-elles ou arrêtent-elles généralement le programme de vaccination, et quels sont les défis qui se présentent en cours de route ?

2. L'utilisation du modèle COM-B aide à structurer les questions de recherche et à cadrer l'enquête autour de la manière dont la capacité, l'opportunité et la motivation influencent un comportement spécifique. Consultez la [base de données des questions de recherche](#) pour trouver des suggestions qui vous aideront à élaborer des questions pour chaque domaine COM-B. Veillez à les adapter au comportement et aux populations qui vous intéressent.

Le tableau 7 associe les objectifs de recherche à des questions de recherche fortes ou faibles, en utilisant l'exemple de la vaccination de routine :

DOMAINE COM-B

Capacité

OBJECTIF DE RECHERCHE: Comprendre comment les perceptions ou les idées fausses concernant la sécurité des vaccins influencent la décision des parents de faire vacciner leurs enfants.

| QUESTION DE RECHERCHE FAIBLE | POURQUOI EST-ELLE FAIBLE ? | QUESTION DE RECHERCHE FORTE |
|--|---|--|
| Que savent les aidants sur les vaccins ? | Vague - cela peut faire référence à n'importe quel aspect des vaccins (par exemple, le coût, l'accès, l'expérience). | Quelles croyances et idées fausses en matière de sécurité incitent les parents d'enfants de moins de deux ans à Kano (Nigéria) à commencer, retarder ou sauter des doses de vaccins prévues ? |
| Les parents ont-ils reçu une formation ou des informations sur les vaccins ? | Se concentre sur le format plutôt que sur le contenu ou les croyances, sans aborder la manière dont les idées fausses se forment ni les raisons pour lesquelles elles se forment. | Quelles sources d'information les parents à Kano (Nigéria) utilisent-ils pour décider s'ils doivent se rendre au prochain rendez-vous de vaccination de leur enfant, et comment la crédibilité de la source influe-t-elle sur leur participation ? |
| Les parents savent-ils que les vaccins sont sûrs ? | Suppose une réponse par oui ou par non, ce qui indique une pensée binaire et fermée. | Dans quelle mesure les parents à Kano (Nigeria) croient-ils que les vaccins de routine sont sûrs, et comment cette croyance influe-t-elle sur le fait de commencer, de retarder ou de sauter des doses prévues ? |

DOMAINE COM-B

Opportunité

OBJECTIF DE RECHERCHE: Examiner comment la distance par rapport aux services de santé, les frais de transport et les horaires des cliniques influencent la vaccination des enfants en temps voulu dans les zones rurales.

| QUESTION DE RECHERCHE FAIBLE | POURQUOI EST-ELLE FAIBLE ? | QUESTION DE RECHERCHE FORTE |
|--|--|---|
| Est-il facile pour les gens de se rendre à la clinique ? | Vague et subjectif - la notion de « facile » varie selon les répondants. | Quelle distance et combien de temps les aidants de la région rurale de Kano (Nigeria) doivent-ils parcourir pour se rendre aux sites de vaccination, et comment la charge que représente le trajet affecte-t-elle la ponctualité aux rendez-vous de vaccination ? |
| Quel est l'état des systèmes de santé en milieu rural ? | Trop général et sans lien avec le comportement spécifique. | Comment les heures d'ouverture des cliniques, la disponibilité du personnel et l'organisation des services dans les zones rurales de Kano (Nigeria) affectent-elles la réalisation du calendrier vaccinal complet pour les enfants de moins de deux ans ? |

DOMAINE COM-B

Opportunité

OBJECTIF DE RECHERCHE: Examiner comment la distance par rapport aux services de santé, les frais de transport et les horaires des cliniques influencent la vaccination des enfants en temps voulu dans les zones rurales.

| QUESTION DE RECHERCHE FAIBLE | POURQUOI EST-ELLE FAIBLE ? | QUESTION DE RECHERCHE FORTE |
|--|---|---|
| Les gens souhaitent-ils avoir davantage de cliniques à proximité ? | Hypothétique et axé sur les solutions, sans tenir compte des comportements. | Quelles contraintes liées à l'emplacement et aux horaires poussent les soignants de la région rurale de Kano (Nigeria) à manquer ou à reporter les rendez-vous de vaccination ? |

DOMAINE COM-B

Motivation

OBJECTIF DE RECHERCHE: Identifier les croyances, les émotions et les influences sociales qui façonnent la motivation des aidants à respecter le calendrier vaccinal complet.

| QUESTION DE RECHERCHE FAIBLE | POURQUOI EST-ELLE FAIBLE ? | QUESTION DE RECHERCHE FORTE |
|---|--|---|
| Les aidants pensent-ils que les vaccins sont importants ? | Simplifie à l'extrême les systèmes de croyances en une vision binaire (oui ou non) et n'explore pas pourquoi ces croyances sont importantes. | Que pensent les parents d'enfants de moins de deux ans à Kano (Nigeria) de l'importance et des avantages de suivre le calendrier vaccinal complet, et comment ces croyances influencent-elles la réalisation de ce calendrier ? |
| Les parents ont-ils peur des vaccins ? | Série de questions suggestives et trop ciblées. | Quelles émotions les parents à Kano (Nigeria) ressentent-ils à des moments clés du parcours vaccinal, et comment ces émotions influencent-elles les visites de suivi ? |
| Qui influence les décisions en matière de vaccination ? | Trop vague - n'explore pas comment ou pourquoi cette influence est importante, ni de quel type d'influence il s'agit. | Qui influence les parents à Kano (Nigeria) pour qu'ils vaccinent ou retardent la vaccination, et de quelle manière les conjoints, les grands-parents, les pairs et les dirigeants locaux influencent-ils le retour pour les doses prévues ? |

Notez les questions de recherche sélectionnées dans la section « **Questions de recherche** » de la fiche « Objectifs et questions de recherche primaires » à côté de l'objectif correspondant. Chaque objectif doit être associé à quelques questions de recherche spécifiques qui permettent d'étudier la question.

Voici quelques conseils pour élaborer des questions de recherche pertinentes :

- **Précisez à qui la question s'adresse**, y compris les sous-groupes clés, le cas échéant.
- **Précisez le comportement qui vous intéresse**, sous la forme d'une action unique et observable.
- **Vous pouvez également préciser où le comportement se produit**, car le contexte peut varier d'un environnement à l'autre.
- **Évitez les questions vagues**, binaires ou à double sens. Par exemple, remplacez « Les gens font-ils confiance aux agents de santé ? » par « Quels facteurs influencent la confiance des soignants envers les agents de santé lors des visites de vaccination ? ».
- **Divisez les questions générales ou composées en plusieurs parties claires**. Par exemple, remplacez « Pourquoi les gens retardent-ils les soins et ne font-ils pas de suivi ? » par deux questions : « Qu'est-ce qui cause les retards dans la recherche de soins ? » et « Qu'est-ce qui empêche le suivi après la première visite ? ».
- **Assurez-vous que les questions sont pertinentes pour la prise de décision**. Avant de finaliser une question, demandez-vous : la réponse à cette question nous aidera-t-elle à concevoir des solutions plus efficaces ?

Par exemple : Quelles sont les barrières structurelles auxquelles sont confrontées les adolescentes enceintes lorsqu'elles accèdent aux soins prénatals dans les quartiers urbains informels ?

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Les objectifs et questions de recherche primaires n'ont pas été élaborés par l'équipe de projet d'origine. Il s'agit d'exemples recréés à partir de données et du contexte réels du projet.

Définir des objectifs de recherche clairs

Au cours de l'étape précédente de cette phase, l'équipe de recherche a structuré et mené une recherche documentaire initiale afin d'évaluer les connaissances existantes sur la couverture vaccinale dans le pays. Ses premières observations ont mis en évidence une baisse inquiétante de la couverture vaccinale systématique (CVS) à la suite de l'afflux de réfugiés en 2011 et de l'augmentation du niveau de pauvreté. Malgré les efforts de sensibilisation déployés dans le cadre du programme AIA de l'UNICEF et du ministère de la Santé publique (MoPH), de nombreux soignants ne donnaient pas suite aux rendez-vous de référence, ce qui suggère l'existence d'éventuelles lacunes comportementales que les approches programmatiques traditionnelles n'avaient pas résolues.

À partir de cette première analyse, l'équipe a formulé un certain nombre d'hypothèses de travail : les parents oublient peut-être les rendez-vous de vaccination, le personnel des soins de santé primaires

Objectifs et questions de recherche primaires

ÉTUDE DE CAS 1 : AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS AU LIBAN

Comprendre le comportement

Comment les Personnes chargées de s'occuper des enfants au Liban ont-ils accès à la vaccination ? Comment s'informent-ils sur la vaccination et le calendrier vaccinal ? Quelles mesures les familles prennent-elles pour accéder aux services de vaccination ?

Objectifs de la recherche

Questions de recherche

CAPACITÉ

Identifier les connaissances des Personnes chargées de s'occuper des enfants et les lacunes dans leur compréhension du calendrier vaccinal, y compris le moment des doses, le nombre de doses nécessaires et les étapes suivantes après les visites de proximité de l'AIA.

Explorer si le personnel des PHC et les agents de proximité disposent des connaissances et de la confiance nécessaires pour communiquer de manière cohérente des informations vaccinales exactes et compréhensibles.

OPPORTUNITÉ

Comprendre les barrières physiques, logistiques et structurelles (ex. accessibilité des cliniques, contraintes de mobilité, horaires de service) qui affectent la capacité des Personnes chargées de s'occuper des enfants à vacciner.

Examiner comment les normes sociales, les dynamiques familiales et les croyances communautaires façonnent les décisions des Personnes chargées de s'occuper des enfants concernant la vaccination.

MOTIVATION

Explorer les croyances, les émotions et les valeurs qui influencent le sentiment d'urgence ou l'importance perçue par les Personnes chargées de s'occuper des enfants de compléter toutes les vaccinations recommandées à temps.

Identifier les facteurs qui contribuent à la confiance ou à la méfiance envers les services de vaccination, et comment ces perceptions influencent la motivation à suivre les recommandations des agents de proximité ou du personnel des PHC.

- Que comprennent les Personnes chargées de s'occuper des enfants — en particulier ceux issus de ménages réfugiés et hôtes — du calendrier vaccinal (par exemple, le nombre de doses requises, le moment et l'ordre) ? Dans quelle mesure comprennent-ils le calendrier de vaccination ?
- Les Personnes chargées de s'occuper des enfants savent-ils où et quand accéder aux services de vaccination après les visites de proximité ?
- Existe-t-il des lacunes de connaissances ou des incompréhensions qui amènent les Personnes chargées de s'occuper des enfants à retarder ou à manquer des rendez-vous ?
- Comment les agents de proximité et le personnel des PHC communiquent-ils les informations relatives aux vaccins aux Personnes chargées de s'occuper des enfants ? Se sentent-ils confiants pour donner des conseils clairs et exacts ?
- Quelles compétences ou quel soutien le personnel des PHC doit-il avoir pour suivre avec précision les doses manquées et planifier les suivis ?

- Que pensent les Personnes chargées de s'occuper des enfants de leur expérience de vaccination dans le cadre du programme AIA ? Existe-t-il des enjeux pratiques ou des difficultés — par exemple la distance jusqu'à l'établissement, la qualité du service, le temps d'attente, les horaires d'ouverture — qui empêchent les Personnes chargées de s'occuper des enfants de se rendre aux rendez-vous programmés ?
- Quelles sont les structures et dynamiques communautaires des familles réfugiées au Liban ?
- Quel rôle les normes sociales ou communautaires jouent-elles dans l'accès à la vaccination ? Que pensent les Personnes chargées de s'occuper des enfants que les autres familles font en matière de vaccination ? Qui sont les influenceurs clés, les personnes de référence ou les leaders communautaires que les communautés écoutent pour obtenir des informations sur la vaccination et le calendrier vaccinal ?
- Comment les décisions liées à la vaccination des enfants sont-elles prises au sein de ces familles ? Existe-t-il des différences entre les femmes et les hommes, ou selon l'âge ?

- Comment les Personnes chargées de s'occuper des enfants évaluent-ils l'importance de la vaccination en temps voulu par rapport à d'autres priorités ou sources de stress quotidiennes ?
- Quelles réactions émotionnelles (par ex. inquiétude, fierté, culpabilité, confusion) les Personnes chargées de s'occuper des enfants ressentent-ils lorsqu'il s'agit de vacciner leurs enfants ?
- Existe-t-il des croyances ou des expériences passées qui influencent la confiance (ou la méfiance) des Personnes chargées de s'occuper des enfants envers les prestataires de soins ou le processus de vaccination ?
- Qu'est-ce qui motive les agents de proximité et le personnel des PHC à offrir un service de vaccination de qualité et/ou à aller au-delà de leurs tâches routinières (par ex. visites de suivi, répétition des messages) ?

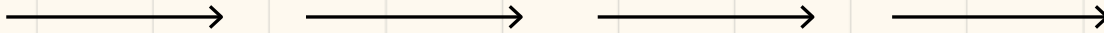
(SSP) et les agents de sensibilisation ne communiquent peut-être pas clairement sur les calendriers de vaccination, et les facteurs de stress quotidiens peuvent nuire à la capacité des parents à donner la priorité aux visites de suivi. Ces hypothèses s'appuyaient sur les rapports préliminaires du programme AIA, des enquêtes quantitatives antérieures et les données gouvernementales sur la vaccination, mais elles ont révélé d'importantes lacunes qui nécessitaient une recherche primaire supplémentaire.

L'équipe a utilisé le modèle COM-B pour orienter l'élaboration de ses objectifs de recherche. Ce modèle lui a permis d'adopter une approche structurée pour réfléchir aux différents facteurs influençant le comportement des aidants. Dans la catégorie « Capacité », elle a cherché à explorer les lacunes en matière de connaissances, par exemple si les aidants comprenaient quand et où revenir pour les vaccinations. Dans la catégorie « Opportunité », elle a cherché à comprendre comment les heures d'ouverture des cliniques, les moyens de transport, les normes de genre et l'influence des pairs affectaient le suivi. Enfin, dans le cadre de la motivation, elle a cherché à examiner les émotions, la confiance et les priorités concurrentes susceptibles d'influencer la décision des aidants de suivre les recommandations.

Élaborer les Questions de recherche principales

À l'aide du Cadre COM-B, l'équipe a traduit ces domaines d'intérêt en questions de recherche principales précises. Par exemple, ils ont posé les questions suivantes : « Comment les aidants évaluent-ils l'importance d'une vaccination en temps opportun par rapport à d'autres priorités ou facteurs de stress quotidiens ? » et « Que savent les aidants sur le lieu et le moment où ils peuvent accéder aux services de vaccination après les visites de sensibilisation ? » Ces questions ont été conçues non seulement pour diagnostiquer les barrières comportementales, mais aussi pour aider l'équipe à découvrir des informations plus nuancées sur la prise de décision au sein des ménages et la dynamique entre les prestataires et les aidants.

Les questions de recherche qui en ont résulté ont servi de base à la conception d'outils permettant de recueillir des données contextuelles riches auprès des aidants libanais et syriens, des agents de santé et du personnel de sensibilisation. Les questions ont également permis de mettre en évidence ce qui n'était pas encore tout à fait compris, comme les compromis émotionnels que font les aidants lorsqu'ils décident de retarder ou de ne pas faire vacciner les enfants, ou le rôle des rappels informels de la communauté..



ÉTAPE 3 :

Planifier la recherche primaire

Outil associé :

[Plan de recherche primaire](#)

[\[Externe\] Modèle de protocole de recherche](#)

Objectif de cette étape :

L'étape 3 traduit les questions de recherche en un plan pratique. Chaque question est liée aux informations nécessaires, aux personnes les mieux placées pour les fournir et au contexte dans lequel des réponses honnêtes et précises sont les plus susceptibles d'être obtenues (par exemple, dans une clinique pendant les heures de pointe pour comprendre les temps d'attente, ou à domicile pour explorer la prise de décision au sein de la famille).

Les méthodes sont choisies en fonction de la question : entretiens pour savoir comment et pourquoi, courts questionnaires pour savoir combien, ou observation lorsque les actions sont plus faciles à voir qu'à décrire. Le plan définit également qui sera inclus, comment les participants seront invités de manière équitable et les outils simples permettant de garantir la cohérence des conversations

(tels que des guides d'entretien ou de discussion). Il explique comment les notes, les enregistrements ou les formulaires seront utilisés et comment la confidentialité sera protégée.

Lorsque les sujets sont complexes ou concernent des groupes sensibles, un protocole plus complet est préparé et une autorisation éthique est demandée afin de garantir la sécurité et la responsabilité. À la fin de cette étape, le plan établit clairement le lien entre les questions, les méthodes, les participants et les lieux ; les outils de collecte de données sont prêts à être utilisés ; et, si nécessaire, un protocole approuvé et les documents de consentement sont en place. Un bref projet pilote et un premier débriefing de l'équipe permettent de confirmer que le plan est réalisable et que les informations collectées répondront aux questions initiales et appuieront les décisions relatives au programme.

Pourquoi cette étape est importante ?

Il est essentiel de recueillir les bonnes informations auprès des bonnes personnes, de manière éthique, exploitable et en lien avec le comportement que nous souhaitons influencer. Sans plan clair, on risque de collecter des données trop générales, superficielles ou sans rapport avec le comportement priorisé lors de la phase « Définir ».

Un plan solide permet également d'allouer le temps et les ressources de manière appropriée. Il clarifie les rôles, identifie les domaines dans lesquels un soutien local est nécessaire et permet d'adapter les méthodes, les outils et les supports de recherche en fonction de la langue, du niveau d'alphabétisation ou du contexte culturel. Plus important encore, il garantit que les équipes sont non seulement préparées sur le plan opérationnel, mais également alignées sur les objectifs d'apprentissage.

Comment procéder :

1. Identifier les personnes dont nous avons besoin d'entendre le point de vue et la meilleure façon de les impliquer

Cela inclut non seulement la population cible, mais aussi les membres de la communauté au sens large et d'autres sources de connaissances. Chaque question de recherche doit être mise en correspondance avec les personnes les mieux placées pour y répondre.

Notez bien si certains de ces groupes peuvent être considérés comme vulnérables ou disposer d'une moindre capacité d'agir, afin d'évaluer s'ils sont à l'aise pour participer.

Envisagez d'inclure :

- **Les principaux participants** ayant une expérience vécue du comportement (par exemple, les soignants dans les zones où les taux de vaccination sont faibles).
- **Les personnes influentes** qui façonnent les décisions (par exemple, les membres de la famille, les professionnels de santé, les pairs).
- **Des experts du contexte** qui comprennent les systèmes ou les structures influençant le comportement (par exemple, les ONG locales, les partenaires gouvernementaux).

2. Identifier les méthodes de recherche

Pour découvrir pourquoi les individus peuvent ne pas adopter un comportement cible, examinez attentivement l'approche méthodologique.

Il existe toute une gamme de méthodes de recherche permettant de comprendre les causes sous-jacentes d'un comportement donné, et chaque méthode présente des avantages et des limites. Dans la mesure du possible, il est préférable de préconiser une approche mixte (méthodes combinées), s'appuyant à la fois sur des techniques qualitatives et quantitatives pour une compréhension plus riche et plus holistique :

- **Les méthodes qualitatives** (telles que les entretiens, les groupes de discussion et les observations) aident à découvrir les raisons qui sous-tendent les comportements, en explorant les barrières et les facteurs déterminants.
- **Les méthodes quantitatives** (telles que les enquêtes) permettent de mesurer le quoi, en identifiant les schémas, les fréquences et les relations au sein d'une population plus large.

Dans de nombreux contextes, les contraintes en matière de ressources (qu'elles soient liées au temps, au budget, au personnel ou à l'accès géographique) peuvent limiter la portée des méthodes utilisées. Dans de tels cas, il devient essentiel de sélectionner de manière stratégique les approches qui sont non seulement solides sur le plan méthodologique, mais aussi adaptées au contexte et réalisables sur le plan logistique. Pour sélectionner les méthodes les plus appropriées :

1. Clarifiez les contraintes et les réalités opérationnelles. Tenez compte des éléments suivants :
 - Quelle est la capacité actuelle de l'équipe, tant en termes d'expertise que de disponibilité ?

- La recherche sera-t-elle menée en personne ou devra-t-elle être réalisée à distance ?
 - Un soutien supplémentaire sera-t-il nécessaire ? Par exemple, des interprètes, des traducteurs ou des facilitateurs locaux de confiance familiarisés avec la dynamique communautaire.
 - Existe-t-il des contraintes temporelles, telles que l'accès saisonnier, des problèmes de sécurité ou la disponibilité des participants, qui pourraient avoir une incidence sur le moment et la manière dont les données peuvent être collectées ?
 - Existe-t-il des contraintes financières susceptibles d'influencer le choix des méthodes, la taille de l'échantillon ou la logistique sur le terrain ?
2. Différentes méthodes répondent à différents objectifs. Le tableau 8 ci-dessous résume certaines des méthodes de recherche en comportement couramment utilisées, avec des indications sur les cas où chacune d'entre elles peut être la plus utile. Plutôt que d'attribuer une méthode par question, réfléchissez à la manière dont une combinaison de méthodes peut aider à trianguler les résultats, à compenser les limites et à approfondir la compréhension.

TABLEAU 8A. MÉTHODES DE RECHERCHE QUALITATIVES

| MÉTHODE | UTILE POUR | POINTS FORTS | LIMITES |
|--|---|--|---|
| Entretiens semi-structurés approfondis Conversations individuelles guidées par une série de questions visant à explorer les expériences et les motivations | Exploration approfondie des croyances individuelles, des motivations et des sujets sensibles. | Le format flexible permet aux participants de partager leurs expériences personnelles avec leurs propres mots, ce qui favorise la confiance et l'ouverture. | Moins évolutif, car les entretiens prennent plus de temps, dépendent fortement des compétences et de la neutralité de l'enquêteur et fournissent généralement des informations qui ne sont pas facilement généralisables à l'ensemble de la population. |
| Discussions de groupe Discussions animées avec un petit groupe afin de mettre en évidence les normes, les perceptions et les expériences communes. | Compréhension des normes du groupe, de la dynamique sociale et des attitudes communes. | Permet de faire ressortir efficacement les points de vue partagés et les influences sociales, en révélant comment les gens réagissent aux opinions et aux attentes des autres. | Le cadre du groupe peut décourager les discussions ouvertes sur des sujets sensibles. Les participants dominants peuvent orienter la conversation, ce qui rend plus difficile la prise en compte de perspectives diverses. |

| MÉTHODE | UTILE POUR | POINTS FORTS | LIMITES |
|---|--|--|--|
| <p>Observations de terrain</p> <p>Observation des comportements et des interactions dans des situations naturelles.</p> | <p>Capture du contexte réel et des comportements observables.</p> | <p>Fournit un aperçu direct des routines, de l'environnement et des dynamiques interpersonnelles, y compris les barrières que les gens peuvent ne pas exprimer clairement.</p> | <p>Si elles ne sont pas bien présentées, ce type de données peut être perçu comme intrusif, être sujet à interprétation et nécessiter un codage minutieux, la prise de notes et souvent une triangulation avec d'autres méthodes pour donner du sens aux modèles.</p> |
| <p>Utilisateur mystère</p> <p>Une personne/un chercheur formé simule une expérience utilisateur réelle afin d'évaluer un processus et d'identifier les barrières cachées.</p> | <p>Teste la qualité du service ou le comportement en première ligne sans biais d'observation.</p> | <p>Révèle les dysfonctionnements ou les lacunes dans l'expérience utilisateur que le personnel peut ne pas remarquer ou signaler. Cette méthode est particulièrement utile dans les systèmes de service ou d'orientation.</p> | <p>Nécessite des évaluateurs bien formés et peut soulever des questions éthiques si la participation n'est pas divulguée ou consentie.</p> |
| <p>Cartographie des réseaux sociaux</p> <p><i>Pour identifier les influenceurs, les attentes sociales et la dynamique d'approbation/désapprobation autour des comportements.</i></p> | <p>Comprendre qui influence le comportement, comment les informations et les normes se propagent, et d'où proviennent la pression ou le soutien sociaux.</p> | <p>Révèle comment les comportements sont façonnés par les relations, et pas seulement par les croyances individuelles. Aide à identifier les personnes ou les groupes qui ont une influence sur les décisions (même s'ils n'occupent pas de fonctions officielles), ce qui facilite la conception de messages ciblés ou le recours à des messagers de confiance.</p> | <p>La cartographie précise des réseaux nécessite du temps et une facilitation minutieuse, en particulier dans les communautés où les relations sont sensibles ou cachées. Les gens peuvent hésiter à nommer honnêtement les influenceurs ou négliger les liens informels qui jouent un rôle clé dans le façonnement des comportements.</p> |

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

TABLEAU 8B. MÉTHODES DE RECHERCHE QUANTITATIVE

| MÉTHODE | UTILE POUR | POINTS FORTS | LIMITES |
|---|---|--|---|
| <p>Enquêtes</p> <p><i>Questionnaires structurés qui recueillent des données quantitatives auprès d'une population plus large.</i></p> | <p>Mesure de la prévalence, des attitudes ou des comportements autodéclarés au sein d'une population.</p> | <p>Permet de collecter des données auprès d'un grand nombre de personnes de manière cohérente, ce qui facilite la comparaison des données entre différents lieux ou groupes. Les réponses peuvent être rapidement résumées à l'aide d'une analyse statistique simple, en particulier lorsque l'on utilise des outils numériques ou des questions pré-codées.</p> | <p>Les enquêtes reposent sur ce que les personnes déclarent faire, et non sur ce qu'elles font réellement. Les réponses peuvent être influencées par ce que les participants pensent être attendu ou socialement acceptable (biais de désirabilité sociale), et si les questions sont mal formulées, prêter à confusion ou ne sont pas adaptées à la culture, elles peuvent conduire à des résultats trompeurs ou incomplets.</p> |
| <p>Données issues des services et registres administratifs</p> <p><i>Données collectées régulièrement à partir des systèmes de santé, des dossiers scolaires, des registres d'inscription ou d'autres plateformes de prestation de services.</i></p> | <p>Comprendre l'utilisation réelle des services, identifier les points d'abandon et suivre les tendances au fil du temps.</p> | <p>Utilise des données réelles pour révéler le comportement réel, et non seulement les auto-évaluations, souvent déjà disponibles, et rentables pour les tendances longitudinales.</p> | <p>Les données peuvent être incomplètes, obsolètes ou enregistrées de manière incohérente - elles peuvent ne pas inclure les raisons pour lesquelles les comportements se produisent.</p> |

Utilisez les considérations suivantes pour vous aider à évaluer les méthodes les plus susceptibles de fonctionner dans le contexte, pour la population et le sujet qui vous intéressent :

- **Objectifs de la recherche et nature de l'enquête**
 - L'objectif est-il de comprendre pourquoi quelque chose se produit (exploratoire) ou à quelle fréquence cela se produit (descriptif) ?
 - L'objectif est-il de mettre au jour les motivations profondes, les croyances et les processus décisionnels, ce qui convient mieux aux méthodes qualitatives, ou d'identifier les grandes tendances et les schémas généraux au sein d'une population, ce qui peut nécessiter des approches quantitatives ?
 - Les comportements seront-ils observés dans leur contexte ou les équipes s'appuieront-elles principalement sur des comptes rendus auto-déclarés de croyances et d'expériences ?
- **Caractéristiques des participants**
 - Les participants sont-ils susceptibles de se sentir en sécurité et à l'aise pour parler ouvertement du sujet ? Pour les questions sensibles, telles que la violence sexuelle ou la santé reproductive, les entretiens individuels peuvent être préférables aux entretiens de groupe.

- Y a-t-il des considérations linguistiques, d'alphabétisation ou d'accessibilité qui pourraient affecter la participation ?
- Les participants seraient-ils plus à l'aise dans des discussions de groupe ou s'engageraient-ils plus librement dans des interactions individuelles ?
- **Pertinence culturelle et contextuelle**
 - Existe-t-il des méthodes adaptées au contexte local qui pourraient permettre d'obtenir des informations plus approfondies ? Par exemple, dans certaines communautés, le récit participatif, les promenades transectuelles ou les exercices de cartographie visuelle peuvent sembler plus naturels et plus attrayants que les entretiens structurés.
 - Certaines méthodes pourraient-elles renforcer involontairement les rapports de force existants (par exemple, les entretiens formels menés par des fonctionnaires ou des personnes extérieures) ?
- **Sensibilité du sujet**
 - Dans quelle mesure le sujet traité est-il sensible sur le plan émotionnel ou social ? Les sujets liés à la stigmatisation, aux traumatismes ou aux pertes personnelles nécessitent souvent des approches privées et tenant compte des traumatismes.
- La divulgation comporte-t-elle des risques pour les participants et, si oui, comment créer des environnements protecteurs ?
- **Besoin de comparabilité et de normalisation**
 - Est-il nécessaire de générer des données normalisées ou comparables dans le temps, entre les populations ou entre les zones géographiques ? Dans ce cas, des outils validés tels que l'enquête BeSD sur la réticence à la vaccination peuvent être appropriés.
 - Ou bien faut-il plutôt des données ouvertes et exploratoires pour identifier de nouvelles perspectives, mettre en évidence des dynamiques imprévues ou affiner des hypothèses comportementales ?
 - Il peut être utile de consulter un spécialiste de la recherche afin de sélectionner la bonne combinaison de méthodes et de s'assurer que la conception de l'étude est à la fois réalisable et rigoureuse. L'UNICEF dispose de différentes équipes qui peuvent apporter leur soutien, telles que le [BIRD Lab](#) et [l'UNICEF Evaluation](#).

Comblent le fossé entre les comportements déclarés et les comportements réels

La collecte de données repose souvent sur ce que les individus disent, à savoir leurs croyances, leurs expériences et leurs comportements autodéclarés, mais il est essentiel de reconnaître les limites de cette approche. Les Sciences comportementales nous rappellent deux vérités fondamentales : ce que les gens disent n'est pas toujours ce qu'ils font, et la mémoire humaine est faillible et souvent biaisée.

Prenons un exemple concret tiré de la vie quotidienne : la quantité d'activité physique que nous pratiquons chaque jour. Une méta-analyse³ comparant les enquêtes autodéclarées sur le temps passé en position assise avec les données mesurées par des appareils (tels que des accéléromètres) a révélé que les personnes sous-estimaient leur temps passé en position assise de 1,7 heure par jour en moyenne, même lorsqu'elles étaient interrogées dans des formats simplifiés. Les écarts les plus importants apparaissent lorsque les enquêtes reposaient sur des questions à réponse unique telles que « Combien d'heures passez-vous assis au cours d'une journée type ? », ce qui montre à quel point les auto-évaluations simples peuvent systématiquement manquer leur cible. Des formats plus détaillés, tels que les journaux de bord ou les questionnaires à réponses multiples, ont permis de réduire le biais, mais sans l'éliminer complètement. Ces limites ne signifient pas que les participants sont intentionnellement trompeurs, mais que les processus cognitifs, les états émotionnels et les dynamiques sociales influencent la mémoire, l'interprétation et la communication.

En tant que chercheurs et praticiens, il est nécessaire d'aborder les données autodéclarées avec une rigueur réfléchie, en concevant des recherches qui respectent à la fois le point de vue des participants et compensent ces contraintes inhérentes. Les défis courants associés aux données autodéclarées comprennent :

- **Biais de désirabilité sociale.** Les participants peuvent donner des réponses qu'ils jugent attendues, appropriées ou socialement acceptables, en particulier dans un contexte de groupe ou lorsqu'ils discutent de sujets sensibles.
 - **La distorsion de la mémoire.** Les individus se souviennent souvent de routines généralisées ou de comportements scriptés plutôt que d'exemples spécifiques. Comme la mémoire a tendance à compresser les expériences répétées en récits familiers, des variations importantes ou des nuances spécifiques au contexte peuvent être perdues.
 - **Réponses vagues ou abstraites.** Sans incitation délibérée, les participants peuvent se contenter de réponses générales ou conceptuelles, reflétant des attitudes générales plutôt que des comportements concrets. Si ces réponses peuvent offrir une perspective précieuse, elles peuvent avoir une utilité limitée lorsqu'il s'agit de concevoir des interventions fondées sur des facteurs déterminants du comportement spécifique.
- En reconnaissant ces schémas, il est possible d'adapter efficacement les instruments de recherche et les techniques de facilitation, afin de garantir que les données collectées soient non seulement significatives et respectueuses, mais aussi crédibles sur le plan comportemental et utiles dans la pratique. Pour ce faire, il convient :
- Renforcer l'enquête **grâce à une conception réfléchie des questions** qui permet d'obtenir des données plus riches et plus fiables :
 - **Ancrer les réponses dans le temps :** faire référence à des périodes spécifiques (par exemple, « Au cours de la semaine dernière... » ou « Hier... ») pour aider la mémoire et susciter des souvenirs plus précis.
 - **Préciser le contexte et le comportement :** ancrer les questions dans des scénarios concrets et des actions observables. Par exemple, « Qu'avez-vous fait à la clinique ? » est plus éclairant que « Allez-vous habituellement à des visites de contrôle ? ».

3 Prince, S.A., Cardilli, L., Reed, J.L. et al. A comparison of self-reported and device measured sedentary behaviour in adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 17, 31 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00938-3>

- **Donner la priorité aux expériences personnelles** : formuler les questions autour de ce que le répondant a fait personnellement, plutôt que de ce qu'il pense que d'autres ont fait.
- **Enchaînez avec des questions émotionnelles et motivationnelles** : une fois qu'un comportement a été identifié, explorez les facteurs déterminants tels que les sentiments, les croyances ou les intentions.
- **Évitez les formulations suggestives** : posez des questions de manière neutre plutôt que d'orienter les réponses. Par exemple, « Qu'avez-vous entendu les familles dire à propos de la vaccination ? » peut susciter des réponses plus sincères que « La plupart des familles désapprouvent-elles la vaccination ? ».
- **Adapter les approches pour les sujets sensibles ou traumatisés.** Lorsque vous explorez des questions très personnelles ou potentiellement pénibles, il est essentiel de créer un environnement favorable et d'appliquer des techniques tenant compte des traumatismes :
 - **Évitez les révélations directes** : les participants peuvent se sentir plus à l'aise en s'engageant dans des scénarios hypothétiques ou des récits à la troisième personne.
 - **Utilisez des vignettes ou des stimuli visuels** : ces outils peuvent aider à dépersonnaliser la conversation, à réduire la charge émotionnelle et à susciter une réflexion approfondie.
- **Assurez-vous que les animateurs sont bien préparés** : les personnes qui mènent la recherche doivent être formées pour favoriser un espace respectueux, empathique et exempt de jugement, en particulier lorsqu'il s'agit de discuter d'expériences stigmatisées ou vulnérables.
- **Compléter les données autodéclarées par d'autres méthodes.** Afin de renforcer davantage la validité comportementale de nos conclusions, nous pouvons recouper les données autodéclarées avec d'autres approches
 - **Observation directe** : l'observation des comportements dans leur contexte naturel peut révéler des schémas ou des incohérences difficiles à saisir à travers les déclarations verbales.
 - **Journal des participants** : encourager les répondants à consigner leurs expériences (sous forme de notes écrites, d'enregistrements vocaux ou de journaux numériques) peut permettre d'obtenir des réflexions plus immédiates et plus authentiques.
 - **Engagement répété** : lorsque cela est possible, de brefs suivis par SMS, appels téléphoniques ou visites ultérieures peuvent aider à saisir les changements au fil du temps et à vérifier les réponses antérieures.

En concevant la recherche en tenant compte de ces stratégies, l'intégrité éthique et la force analytique de l'enquête sont renforcées.

3. Élaborer le plan de recherche

À l'aide de la fiche de travail « [Plan de recherche primaire](#) », élaborez un plan de recherche réalisable qui énonce clairement ce qui doit être étudié, comment l'équipe de recherche va s'y prendre et pourquoi cela est important. Il convient de mentionner que pour les recherches plus complexes, nécessitant beaucoup de ressources et/ou sensibles sur le plan éthique, il est fortement recommandé d'élaborer un [protocole de recherche complet](#).

Le plan de recherche sert à la fois d'outil de planification et de document de base pour élaborer un protocole de recherche plus approfondi qui pourra ensuite être utilisé pour l'examen éthique.

Vous trouverez ci-dessous une série de questions guides pour déterminer si un plan de recherche est suffisant

ou si un protocole de recherche complet est nécessaire. Si la réponse à l'une de ces questions est « oui », l'élaboration d'un protocole de recherche est fortement recommandée. Si la réponse à l'une de ces questions est « peut-être », un plan de recherche peut être suffisant, mais il est fortement recommandé de contacter l'équipe d'éthique de l'organisation pour en discuter plus en détail. Enfin, si la réponse à toutes ces questions est « Non », un plan de recherche peut être suffisant. Pour obtenir une aide supplémentaire, il est recommandé de contacter des équipes d'évaluation spécifiques au sein de votre organisation ou des partenaires de recherche externes tels que des institutions universitaires ou des cabinets d'études. À l'UNICEF, contacter le [laboratoire BIRD](#) peut être un bon point de départ.

TABLEAU 9. CHOISIR ENTRE UN PROTOCOLE DE RECHERCHE OU UN PLAN DE RECHERCHE

| QUESTION | RÉPONSE | CONSEILS SUPPLÉMENTAIRES |
|--|--|--|
| Un examen éthique ou une approbation institutionnelle seront-ils probablement nécessaires ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Peut-être <input type="checkbox"/> Non | Les protocoles de recherche sont exigés par un comité d'éthique ; si un examen éthique et une approbation sont prévus, il est recommandé d'élaborer un protocole de recherche. |
| <i>(Pour plus d'informations sur la manière de déterminer si un examen éthique est nécessaire, consultez la « Sous-étape 5 : Approbation éthique »).</i> | | |
| Y aura-t-il une collecte de données auprès de populations vulnérables (par exemple, des enfants, des réfugiés) ou les concernant ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Peut-être <input type="checkbox"/> Non | La collecte de données auprès de populations vulnérables nécessite une approbation éthique. |

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

| QUESTION | RÉPONSE | CONSEILS SUPPLÉMENTAIRES |
|---|--|--|
| La recherche impliquera-t-elle la collecte d'informations personnelles, sensibles ou liées à la santé ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Peut-être <input type="checkbox"/> Non | <p>La collecte de données et d'informations sensibles nécessite souvent une autorisation éthique. Certaines exceptions peuvent être faites si (a) l'organisation collecte régulièrement ce type de données, (b) la collecte de ces données fait partie de ses processus et programmes réguliers et existants, et (c) si le projet ne fait pas partie d'une publication universitaire.</p> <p>Il est important de souligner que toutes les informations sensibles devront être anonymisées et faire l'objet d'un consentement éclairé des participants.</p> |
| La recherche impliquera-t-elle des enregistrements audio, vidéo ou d'images des participants ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Peut-être <input type="checkbox"/> Non | <p>Les enregistrements audiovisuels constituent des données à caractère personnel. La collecte de données à caractère personnel à des fins de recherche nécessite généralement une évaluation éthique.</p> |
| Les résultats de la recherche seront-ils soumis pour publication universitaire ou diffusion officielle ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Peut-être <input type="checkbox"/> Non | <p>Si l'objectif principal de l'article universitaire est de présenter les résultats de la recherche, un protocole de recherche officiel sera probablement nécessaire. Cependant, si la recherche est formative et que l'article se concentre davantage sur la description d'une intervention ou d'une solution proposée, un protocole de recherche n'est peut-être pas nécessaire, même s'il est toujours recommandé.</p> |

Pour élaborer un Plan de recherche primaire ou un protocole de recherche (si nécessaire), veillez à inclure :

1. **Objectifs de la recherche** : revenez aux objectifs de recherche élaborés à l'aide du Modèle COM-B à l'étape 2 et réfléchissez à ce qu'il convient d'explorer.
2. **Questions de recherche** : revenez aux questions de recherche élaborées à l'étape 2 à l'aide du Modèle COM-B. Ces questions traduisent chaque objectif en axes de recherche ciblés. Associées aux objectifs, ces questions constituent le fondement du plan de recherche et guident le choix des méthodes, le type de données à collecter et l'approche analytique. Il est important de noter que chaque objectif peut donner lieu à plusieurs questions de recherche.
3. **Participants à la recherche** : identifiez les principaux groupes de population dont les points de vue sont essentiels pour répondre aux questions de recherche établies. Cela inclut non seulement le groupe principal dont le comportement est au centre de l'attention,

comme les soignants, mais aussi ceux qui influencent ou facilitent ce comportement, tels que les membres de la famille, les professionnels de santé ou les leaders communautaires. Revisitez la fiche de travail « Carte des parties prenantes et du public » de la phase « Définir ». Il est également important de noter que les informations recueillies sur la population cible seront utilisées pour élaborer l'outil « Profil comportemental » à l'étape 5 de cette phase (Analyser et synthétiser les résultats). Soyez précis sur les points suivants :

- Qui impliquer
- Combien de participants de chaque groupe
- Quelles variations à prendre en compte (par exemple, selon le sexe, l'âge, le lieu de résidence ou le statut social)

Adoptez une **approche intersectionnelle** pour comprendre comment différents aspects de l'identité, tels que le sexe, l'âge, le handicap ou le statut de

réfugié, façonnent les expériences des personnes. Réfléchissez aux personnes qui pourraient être exclues ou réduites au silence dans les modes de recherche classiques, et prenez des mesures concrètes pour les inclure. Par exemple, lorsque vous étudiez la vaccination des enfants, évitez de supposer que les mères sont les seules à prendre les décisions ou à se rendre à la clinique : les pères et les grands-parents peuvent également jouer un rôle clé.

Pour mettre en lumière ces dynamiques, posez-vous les questions suivantes :

- Qui fait quoi ?
- Qui possède quoi ?
- Qui décide ?

4. **Échantillonnage** : L'étape suivante consiste à

déterminer comment identifier et impliquer ces personnes. L'échantillonnage est le processus qui consiste à sélectionner un sous-ensemble d'individus parmi une population plus large pour participer à la recherche. La qualité, la pertinence et l'exhaustivité des résultats dépendent des décisions prises à ce stade en matière d'échantillonnage. Il existe toute une gamme de stratégies d'échantillonnage, chacune présentant des avantages et des limites distincts, en fonction du contexte, des objectifs et des contraintes de la recherche. Il est important d'aligner la stratégie d'échantillonnage sur le type de recherche qui sera mené.

Le tableau suivant résume certaines des stratégies d'échantillonnage les plus couramment utilisées, les situations dans lesquelles elles sont les plus appropriées, le moment où elles doivent être utilisées, ainsi que leurs forces et leurs limites.

TABLEAU 10. STRATÉGIES D'ÉCHANTILLONNAGE

| STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE | LE PLUS ADAPTÉ POUR | POINTS FORTS | LIMITES | QUAND L'UTILISER |
|---|--|---|--|--|
| L'échantillonnage aléatoire simple s'apparente à un tirage au sort. Chaque personne du groupe a une chance égale d'être sélectionnée. Par exemple, si l'on dispose d'une liste de tous les parents d'un quartier, on peut utiliser cette méthode pour sélectionner au hasard 100 d'entre eux afin de les interroger sur le statut vaccinal de leurs enfants. | Recherche quantitative. Idéal pour les enquêtes ou les expériences nécessitant une inférence statistique. Rare dans la recherche qualitative. | Cette méthode est équitable et impartiale, car tout le monde a les mêmes chances d'être sélectionné. Elle permet d'obtenir des résultats représentatifs de l'ensemble de la population. | Cette stratégie nécessite une liste complète et précise de la population, ce qui peut être difficile à obtenir dans certaines régions. | À utiliser lorsqu'une liste complète de la population est disponible et que l'objectif est d'obtenir une vue représentative de l'ensemble du groupe. |

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

| STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE | LE PLUS ADAPTÉ POUR | POINTS FORTS | LIMITES | QUAND L'UTILISER |
|---|--|--|--|---|
| <p>L'échantillonnage systématique sélectionne toutes les n personnes d'une liste, après avoir commencé à un point aléatoire. Par exemple, exportez la liste des soignants éligibles de la clinique (N = 600) vers un tableur. Attribuez à chaque enregistrement un numéro aléatoire et triez-les en fonction de ce numéro. Choisissez un point de départ aléatoire entre 1 et 20, puis sélectionnez tous les 20e enregistrements pour recruter n ≈ 30.</p> | <p>Recherche quantitative. Plus facile que l'échantillonnage aléatoire, mais permet tout de même la généralisation. Peut être utilisé dans la recherche qualitative, mais est rarement préféré.</p> | <p>Cette méthode est plus simple que l'échantillonnage aléatoire et réduit tout de même les biais, si la liste est classée de manière aléatoire.</p> | <p>Semblable à l'échantillonnage aléatoire simple, cette stratégie nécessite également une liste complète et précise de la population.</p> | <p>À utiliser lorsqu'il existe une liste bien organisée et qu'une alternative plus simple à l'échantillonnage aléatoire complet est nécessaire.</p> |
| <p>L'échantillonnage par grappes est utilisé lorsqu'il est difficile d'atteindre chaque individu. La population est divisée en groupes (par exemple, quartiers ou districts sanitaires) et quelques-uns de ces groupes sont choisis au hasard. Toutes les personnes appartenant aux groupes choisis sont alors incluses. Par exemple, sélectionner trois districts et interroger tous les soignants qui s'y trouvent au sujet des vaccins.</p> | <p>Principalement pour la recherche quantitative. Utile pour les populations importantes et géographiquement dispersées dans les enquêtes. Peut fonctionner dans la recherche qualitative lorsque des environnements entiers (par exemple, des cliniques ou des écoles) sont étudiés.</p> | <p>Cette méthode permet d'économiser du temps et des ressources, en particulier dans les zones étendues ou dispersées.</p> | <p>Cette méthode peut donner des résultats inexacts si les groupes sélectionnés sont très différents des autres qui n'ont pas été choisis.</p> | <p>À utiliser pour étudier des populations importantes ou dispersées, lorsqu'il n'est pas possible de contacter chaque personne individuellement.</p> |
| <p>L'échantillonnage stratifié proportionnel divise les personnes en petits groupes (strates) selon des critères tels que l'âge, le sexe ou le lieu de résidence, et sélectionne les participants dans les mêmes proportions que celles de la population totale. Par exemple, si 60 % des aidants vivent en zone urbaine et 40 % en zone rurale, l'échantillon reflétera ces proportions.</p> | <p>Les deux. Idéal pour comparer des groupes de manière quantitative ; peut être utilisé dans la recherche qualitative si l'objectif est d'obtenir une diversité entre les strates.</p> | <p>Cette stratégie garantit une représentation équitable des groupes clés, ce qui améliore la précision des résultats.</p> | <p>Cette stratégie nécessite des informations détaillées sur la population afin de répartir les personnes dans les bons groupes.</p> | <p>À utiliser lorsqu'il est important de refléter la composition naturelle des différents groupes au sein de la population.</p> |

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

| STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE | LE PLUS ADAPTÉ POUR | POINTS FORTS | LIMITES | QUAND L'UTILISER |
|---|---|--|--|---|
| <p>L'échantillonnage stratifié disproportionné divise également les personnes en strates, mais sélectionne intentionnellement davantage de personnes issues de certains groupes (généralement les plus petits ou les plus importants). Par exemple, il peut se concentrer davantage sur les aidants ruraux dans les zones où les taux de vaccination sont faibles, même s'ils ne représentent qu'une petite partie de la population.</p> | <p>Les deux. Idéal pour comparer des groupes de manière quantitative ; peut être utilisé dans la recherche qualitative si l'objectif est la diversité entre les strates.</p> | <p>Cette méthode permet aux chercheurs de se concentrer sur des groupes importants mais de petite taille, ce qui aide à obtenir des informations détaillées.</p> | <p>Cette méthode peut créer un biais dans les résultats globaux et nécessiter des ajustements pour rendre l'échantillon plus équilibré.</p> | <p>À utiliser lorsque certains sous-groupes sont petits mais importants pour la recherche et doivent être davantage représentés dans l'échantillon.</p> |
| <p>L'échantillonnage de commodité sélectionne les personnes les plus faciles à atteindre et disposées à participer. Par exemple, interroger les aidants qui se rendent dans un centre de vaccination pendant la période d'étude.</p> | <p>Recherche qualitative. Souvent utilisée dans les études préliminaires ou exploratoires. Elle n'est pas idéale pour les inférences, mais extrêmement pratique.</p> | <p>Cette méthode est rapide, peu coûteuse et facile à mettre en œuvre, ce qui la rend utile lorsque le temps ou l'accès sont limités.</p> | <p>Cette méthode peut ne pas donner une vision équilibrée et les résultats ne peuvent souvent pas être appliqués à la population générale.</p> | <p>À utiliser dans le cadre de recherches rapides, préliminaires ou disposant de peu de ressources, où il est nécessaire d'accéder facilement aux participants.</p> |
| <p>L'échantillonnage raisonné par jugement consiste à sélectionner des personnes particulièrement bien informées ou pertinentes par rapport au sujet, en fonction de l'expertise du chercheur. Par exemple, choisir des professionnels de santé expérimentés dans des zones à haut risque pour discuter de la réticence à la vaccination.</p> | <p>Recherche qualitative. Méthode qualitative classique approfondie : cible des informateurs clés ayant des connaissances pertinentes.</p> | <p>Cette méthode permet de recueillir des informations riches et pertinentes auprès de personnes ayant des connaissances ou une expérience directes.</p> | <p>Cette stratégie peut refléter les préjugés personnels de l'équipe du projet dans le choix des participants.</p> | <p>À utiliser lorsque des personnes spécifiques et bien informées sont les mieux placées pour répondre aux questions de recherche.</p> |

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

| STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE | LE PLUS ADAPTÉ POUR | POINTS FORTS | LIMITES | QUAND L'UTILISER |
|--|---|--|--|--|
| <p>L'échantillonnage raisonné par quotas garantit qu'un certain nombre de personnes issues de catégories spécifiques sont incluses. Par exemple, sélectionner un nombre égal de mères et de pères pour étudier les différences entre les sexes dans les décisions relatives à la vaccination.</p> | <p>Recherche qualitative. Garantit une variation minimale (par exemple, sexe, âge) ; couramment utilisé dans les groupes de discussion ou les entretiens à petite échelle.</p> | <p>Cette méthode garantit l'inclusion de certains types de personnes, même sans liste complète de la population.</p> | <p>Cette méthode peut néanmoins introduire un biais, en particulier si les personnes les plus faciles à trouver ne sont pas représentatives du groupe dans son ensemble.</p> | <p>À utiliser lorsqu'il est nécessaire de garantir une combinaison spécifique de types de participants, sans avoir besoin d'une liste complète de la population.</p> |
| <p>L'échantillonnage en boule de neige commence avec quelques participants qui en réfèrent ensuite d'autres. Cette méthode est utile pour trouver des personnes difficiles à atteindre. Par exemple, commencer par un parent qui hésite à vacciner ses enfants et lui demander de recommander d'autres personnes qu'il connaît.</p> | <p>Principalement pour la recherche qualitative. Idéal pour les populations cachées ou difficiles à atteindre, par exemple les aidants hésitants à l'égard des vaccins, les groupes marginalisés. Peut également fonctionner dans le cadre de méthodes mixtes.</p> | <p>Cette méthode permet de trouver et d'inclure des personnes qui seraient autrement difficiles à identifier ou à atteindre.</p> | <p>Cette méthode peut conduire à des résultats biaisés, car les individus recommandent souvent des personnes qui leur ressemblent.</p> | <p>À utiliser pour étudier des populations cachées ou difficiles à atteindre qui sont connectées via les réseaux sociaux.</p> |

Le choix de la stratégie d'échantillonnage doit être guidé par la nature des questions de recherche, les ressources disponibles, la sensibilité du sujet et l'accessibilité des différents groupes de population. Dans de nombreux cas, une approche mixte peut s'avérer la plus appropriée, par exemple en utilisant un échantillonnage raisonné pour garantir l'inclusion de sous-groupes clés, parallèlement à un échantillonnage en boule de neige, afin d'accéder à des personnes qui ne peuvent être atteintes par les canaux de recrutement conventionnels.

- Méthodes et outils de recherche** : cette section doit décrire les approches choisies pour la collecte de données et le raisonnement qui les sous-tend. Chaque méthode doit être sélectionnée en fonction de sa pertinence, de sa faisabilité et de son adéquation avec le contexte et les participants. Voir le tableau 8 pour obtenir des conseils sur le choix d'une méthode de recherche appropriée. Documentez clairement les choix méthodologiques afin de renforcer la crédibilité

de la recherche.

- Matériel de collecte de données** : il est important de préparer le matériel adéquat pour une collecte de données efficace et éthique. Ce matériel doit être adapté à la méthode choisie et au contexte, en tenant compte de facteurs tels que la langue, le niveau d'alphabétisation, les normes culturelles et l'accessibilité. Le tableau 11 ci-dessous présente un résumé du matériel couramment utilisé pour différentes méthodes de recherche : La documentation d'un consentement éclairé est requise lors de l'implication de participants dans des activités de recherche. Le consentement éclairé implique que les participants soient informés de l'objectif de l'activité, de la manière dont elle sera menée, de l'utilisation qui sera faite de leurs données, ainsi que des risques potentiels.
- Pour en savoir plus sur le consentement éclairé, consulter www.childethics.com.

TABLEAU 11. MATÉRIEL DE COLLECTE DE DONNÉES PAR TYPE DE MÉTHODE

| MÉTHODE | MATÉRIEL NÉCESSAIRE |
|--|--|
| Entretiens approfondis (IDI) | <input type="checkbox"/> Guide d'entretien aligné sur les questions de recherche <input type="checkbox"/> Enregistreur audio ou outil de transcription <input type="checkbox"/> Modèle de prise de notes <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement éclairé |
| Discussions de groupe (FGD) | <input type="checkbox"/> Guide de discussion pour les FGD <input type="checkbox"/> Supports visuels ou documents à distribuer, si nécessaire <input type="checkbox"/> Tableau à feuilles mobiles/marqueurs, si nécessaire <input type="checkbox"/> Enregistreur audio ou outil de transcription <input type="checkbox"/> Modèle de prise de notes <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement éclairé |
| Observations de terrain | <input type="checkbox"/> Liste de contrôle d'observation structurée ou modèle ouvert <input type="checkbox"/> Carte contextuelle ou plan du site, si nécessaire <input type="checkbox"/> Matériel discret pour la prise de notes <input type="checkbox"/> Script de l'observateur (le cas échéant) <input type="checkbox"/> Consentement ou protocole éthique (si divulgué) |
| Utilisateur mystère | <input type="checkbox"/> Script/scénario de l'Utilisateur mystère <input type="checkbox"/> Liste de contrôle d'évaluation <input type="checkbox"/> Formulaire de débriefing <input type="checkbox"/> Consentement et protocole éthique |
| Enquêtes (numériques ou papier) | <input type="checkbox"/> Outil d'enquête (traduit/adapté si nécessaire) <input type="checkbox"/> Plateforme de collecte de données (par exemple, KoboToolbox, ODK) <input type="checkbox"/> Tablettes ou téléphones (si numérique) <input type="checkbox"/> Questionnaire d'enquête imprimé (si papier) <input type="checkbox"/> Script pour les enquêteurs <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement éclairé |
| Données issues des services et registres administratifs | <input type="checkbox"/> Outil ou modèle de cartographie <input type="checkbox"/> Questions pour identifier les influenceurs et les relations <input type="checkbox"/> Matériel de dessin Grand tableau blanc papier ou numérique (si interactif) |

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

MÉTHODE

MATÉRIEL NÉCESSAIRE

Données issues des services et registres administratifs

- Accord formel ou autorisation écrite du propriétaire des données (par exemple, ministère de la Santé, administrateur scolaire) pour utiliser les données
- Dictionnaire de données ou métadonnées (si disponibles) pour comprendre comment les variables sont définies et enregistrées

8. **Calendrier** : élaborez un calendrier réaliste et structuré pour guider la planification, la collecte des données et l'analyse préliminaire. Celui-ci doit indiquer la durée et l'ordre des activités, tout en tenant compte des besoins logistiques, des retards potentiels, des jours fériés nationaux et d'autres contraintes spécifiques au contexte. Le calendrier doit inclure :

- Finalisation des outils de recherche
- Le délai nécessaire pour obtenir toutes les autorisations requises pour le travail sur le terrain
- L'examen éthique (si nécessaire)
- Formation des enquêteurs
- Les tests pilotes
- Périodes de collecte des données (par lieu ou par groupe cible)
- Délai nécessaire à la transcription, à la traduction et au nettoyage des données
- Analyse préliminaire et finale
- Vérifications, débriefings ou sessions de validation avec les parties prenantes
- Périodes tampons et perturbations anticipées

Un calendrier bien structuré sert de référence commune et favorise la coordination entre les équipes et les parties prenantes. L'exemple ci-dessous propose un modèle de base que les équipes peuvent adapter en fonction de la portée et de la complexité de leurs recherches :

| Activité | Statut | S1 | S2 | S3 | W4 | W5 | W6 | ... | Responsable/ Propriétaire |
|--|--------------|----|----|----|----|----|----|-----|-----------------------------|
| Finaliser les outils de recherche | Terminé | | | | | | | | Responsable de la recherche |
| Obtenir les autorisations pour le travail sur le terrain | En cours | | | | | | | | Coordonnateur de terrain |
| Formation des enquêteurs | Non commencé | | | | | | | | Responsable de recherche |
| | | | | | | | | | |

9. **Rôles et responsabilités** : Définir clairement les rôles et les responsabilités pour chaque phase du processus de recherche afin d'assurer une coordination et une responsabilisation efficaces. Cela comprend l'identification des membres de l'équipe chargés des activités de collecte de données, ainsi que ceux qui gèrent la logistique, la documentation, l'analyse et l'engagement des parties prenantes.

Par exemple, un facilitateur local peut être chargé de coordonner la mise en œuvre sur le terrain et l'engagement des participants, tandis que l'équipe de recherche centrale supervise le perfectionnement des outils, l'assurance qualité et la synthèse des données. Lorsque des partenaires ou des consultants externes sont impliqués, leurs contributions doivent également être clairement définies.

Il est également utile de désigner une personne responsable de l'assurance qualité et du dépannage sur tous les sites de collecte de données. Ce rôle sert de lien essentiel entre les équipes de terrain et l'équipe de recherche centrale.

10. **Considérations éthiques** : L'équipe du projet est responsable du respect des principes éthiques pour toute recherche impliquant des personnes, qu'un examen éthique indépendant soit requis ou non. Dans cette section, il convient de préciser comment la recherche proposée intégrera les principes éthiques applicables aux activités de production de données probantes. Pour l'UNICEF, toutes les activités doivent être examinées à l'aune du principe de « l'intérêt supérieur de l'enfant » et refléter explicitement les principes de bénéfice, de ne pas nuire, de respect, d'équité, de redevabilité et d'intégrité.

Cela inclut la réalisation d'une évaluation préliminaire des risques et l'élaboration d'un plan d'atténuation pour chaque risque identifié, ainsi que la prise en compte de normes telles que la protection de la vie privée, la garantie d'un consentement éclairé et les mesures nécessaires pour assurer la protection des participants.

4. Créer des outils de recherche

Une fois le plan ou le protocole de recherche en place, l'étape suivante consiste à créer les outils et le matériel spécifiques nécessaires pour recueillir des données de haute qualité. Il s'agit notamment d'instruments tels que des guides d'entretien, des guides de discussion de groupe, des enquêtes et des modèles d'observation, chacun étant conçu pour saisir différents types d'informations comportementales.

1. Commencez par sélectionner les outils à développer en fonction des méthodes de recherche choisies. Reportez-vous au tableau 8 pour obtenir des conseils sur le choix d'une méthode de recherche appropriée.

Le tableau 12 résume les outils de recherche primaire couramment utilisés, les cas d'utilisation typiques, la pertinence pour la recherche comportementale et les ressources pertinentes qui offrent une inspiration ou des conseils détaillés pour développer des outils similaires. Cette liste n'est pas exhaustive ; ces outils sont destinés à servir de point de départ et doivent être adaptés pour refléter le comportement, le contexte et la population spécifiques qui vous intéressent.

TABLEAU 12. OUTILS DE RECHERCHE

| OUTIL | RESSOURCES PERTINENTES |
|---|---|
| Enquêtes | <ul style="list-style-type: none">• OMS/UNICEF (2022), Facteurs déterminants du comportement et sociaux de la vaccination (BeSD) (y compris l'enquête sur la vaccination des enfants destinée aux personnes qui s'occupent d'eux)• UNICEF (2018), Mesurer les facteurs déterminants sociaux et de comportement des questions liées à la protection de l'enfance : outil d'orientation (y compris enquêtes standardisées sur les MGF/E et les mariages précoces)• J-PAL, Conception d'enquêtes |
| Guide d'entretien approfondi | <ul style="list-style-type: none">• Pathfinder International (2001), Réalisation d'entretiens approfondis : guide pour la conception et la réalisation d'entretiens approfondis à des fins d'évaluation• The Behavioural Insights Team (2022), Guide pratique d'exploration : un outil pratique pour cartographier et décrypter les comportements |
| Guide pour les discussions de groupe | <ul style="list-style-type: none">• Nyumba et al. (2018), Utilisation de la méthodologie des discussions de groupe : enseignements tirés de deux décennies d'application dans le domaine de la conservation• The Behavioural Insights Team (2022), Guide pratique Explore : un outil pratique pour cartographier et décrypter les comportements |
| Liste de vérification pour l'observation | <ul style="list-style-type: none">• The Behavioural Insights Team (2022), Explore Field Guide : un outil pratique pour cartographier et analyser les comportements |
| Guide de l'Utilisateur mystère | <ul style="list-style-type: none">• Ipsos (2020). Mystery Shopping : sept étapes pour concevoir un meilleur programme de mystery shopping |

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

OUTIL

RESSOURCES PERTINENTES

Activités participatives (à utiliser dans les IDI et les FGD)

*Par exemple, mais sans s'y limiter
: Tri de cartes, Vignettes, Une
journée dans la vie, Carte des
choix, Cartographie mentale
et corporelle, Boîtes de genre.
Cartographie des réseaux sociaux*

- [UNICEF \(2019\), Tout le monde veut appartenir à un groupe : guide pour aborder et exploiter les normes sociales dans les programmes de changement de comportement](#)
- [UNICEF \(2020\), Boîte à outils de recherche participative pour la mesure des normes sociales](#)
- [UNICEF/First Hand, Enquête rapide dans la boîte à outils HCD4health](#)

2. Ensuite, concevez les outils. Portez une attention particulière à la structure des instruments et à la formulation des questions afin d'obtenir des réponses pertinentes, honnêtes et utiles. Gardez ces suggestions à l'esprit :

- **Structurez les questions autour de comportements, de décisions et d'expériences observables.** Par exemple, remplacez « Savez-vous comment garder votre bébé en bonne santé ? » par « Pouvez-vous m'expliquer ce que vous faites habituellement pour garder votre bébé en bonne santé ? ».
- **Ajoutez des questions qui explorent la vie des participants au-delà du comportement immédiat qui vous intéresse.** Comprendre les routines quotidiennes, les priorités, les défis, les aspirations et les relations sociales peut révéler des facteurs contextuels qui façonnent le comportement et éclairer l'élaboration de Profils comportementaux (voir « Étape 5 : Analyser et synthétiser les résultats »).
- **Utilisez un langage accessible et adapté à la culture.** Remplacez les termes techniques tels que « alimentation complémentaire » par un langage plus familier, par exemple « Quels aliments avez-vous donné à votre bébé, en plus du lait maternel ? ».
- **Organisez les questions dans un ordre logique et qui inspire confiance.** Commencez par des questions descriptives et non sensibles, telles que « Pouvez-vous décrire une journée type avec votre enfant ? », avant de passer à des sujets personnels ou chargés d'émotion, par exemple « Vous est-il déjà arrivé de vous inquiéter pour la santé de votre enfant ? ».
- **Évitez les formulations suggestives ou moralisatrices qui pourraient biaiser les réponses.**
 - Dans le cadre d'une recherche qualitative, évitez les questions formulées comme « Pourquoi n'avez-vous pas... ? ». Envisagez plutôt des questions telles que « Quels sont les éléments qui pourraient rendre difficile... ? ».
 - Dans le cadre d'une recherche quantitative, utilisez des énoncés neutres sur une échelle de Likert, plutôt que des questions fermées (oui ou non) qui impliquent une « bonne » réponse (par exemple, « Faites-vous confiance aux vaccins ? »). Par exemple, « Je suis convaincu que les vaccins recommandés par les professionnels de santé sont sûrs », avec des réponses classées selon une échelle allant de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord », en passant par « d'accord » et « neutre ».

- **Intégrez des sondages, des supports visuels ou des exemples si nécessaire.** Par exemple, si vous vous renseignez sur les influences sur la prise de décision, utilisez une activité de tri de cartes ou montrez des images de personnes influentes courantes (par exemple, grands-parents, chefs religieux, professionnels de santé) et demandez aux participants d'expliquer qui ils écoutent et pourquoi.

Les animateurs et/ou les enquêteurs jouent un rôle essentiel dans la manière dont les participants utilisent les outils. Leur capacité à instaurer la confiance, à présenter clairement les activités et à aborder les sujets sensibles avec empathie peut influencer considérablement la qualité et la profondeur des réponses.

Soutenez ces personnes par le biais d'une formation pratique afin de garantir la cohérence et de renforcer la collecte de données éthique et respectueuse.

3. Dans la mesure du possible, testez les outils de manière informelle avec quelques participants avant leur déploiement complet. Cela permet de mettre en évidence les questions prêtant à confusion, d'ajuster le déroulement ou le langage et d'améliorer la clarté générale des outils de recherche.

4. Approbation éthique

Le respect des principes et des normes éthiques relève de la responsabilité de toutes les personnes impliquées dans une activité de recherche. Pour certaines activités, un examen éthique indépendant est requis afin de garantir que le protocole de recherche est approprié et qu'une évaluation approfondie des risques a été réalisée. Les processus d'examen éthique examinent généralement la manière dont les participants sont recrutés, dont les données sont collectées, gérées et stockées, et dont les participants sont pris en charge une fois la collecte des données terminée. Par exemple, les comités d'éthique veilleront à ce que les formulaires de consentement éclairé soient rédigés dans un langage clair et adapté à la culture et communiqués de manière à garantir une véritable compréhension.

En s'appuyant sur les normes énoncées dans le Rapport Belmont et la Déclaration d'Helsinki, les principes éthiques de l'UNICEF guident la prise de décision tout au long du cycle de vie du projet afin de protéger les participants et les communautés. Les principes clés sont les suivants :

- **Bénéfice** : La production de données probantes doit avoir un objectif clair apportant un bénéfice direct aux communautés tout en minimisant les risques de préjudice. Les activités doivent être nécessaires et utiles, en privilégiant, lorsque cela est pertinent, l'utilisation de données secondaires.
- **Ne pas nuire** : Une approche fondée sur l'analyse des risques doit être adoptée afin de prévenir tout préjudice, en mettant l'accent sur l'intérêt supérieur de l'enfant. Des évaluations des risques, des plans de sauvegarde et des mesures de protection des données sont essentiels pour atténuer les risques potentiels.
- **Respect** : Les activités de production de données doivent respecter la dignité et le bien-être des participants, en garantissant un consentement éclairé, en réduisant les déséquilibres de pouvoir et en protégeant la vie privée. Les approches participatives et ancrées localement sont encouragées, avec une implication significative et respectueuse des parties prenantes.
- **Inclusion** : Toutes les activités doivent être non discriminatoires et favoriser une participation inclusive. L'expertise et les contributions locales doivent être reconnues, avec une attention particulière portée aux biais potentiels et à l'accessibilité.

- **Équité** : La répartition des charges et des bénéfices liés aux activités de production de données doit être équilibrée, avec une compensation appropriée des participants et une sensibilité aux dynamiques culturelles et communautaires. L'équité dans les résultats et la mise en œuvre est essentielle.
- **Intégrité** : Le respect des valeurs fondamentales et des normes professionnelles de l'UNICEF est indispensable. Les conflits d'intérêts doivent être gérés et les partenaires du projet tenus responsables du maintien des normes éthiques.
- **Redevabilité** : Une responsabilité claire doit être assurée pour les décisions et actions tout au long du cycle de vie du projet. Cela inclut la transparence dans le signalement des préjudices, l'apprentissage continu et la publication éthique des résultats.

Ces principes mettent en avant une approche proactive et réfléchie de la conformité éthique, garantissant la protection des droits et de la dignité des enfants et des communautés dans l'ensemble des activités de production de données probantes.”

La recherche comportementale nécessite souvent de s'engager directement auprès des individus afin de comprendre leurs expériences vécues, leurs perceptions et leurs comportements. Même lorsque cet engagement n'est pas intrinsèquement sensible, il peut toucher à des questions profondément personnelles ou impliquer des groupes vulnérables. Par exemple, une recherche primaire sur la vaccination des enfants peut impliquer de questionner les personnes qui s'occupent d'eux sur leur confiance dans les services de santé, leurs traumatismes passés ou les dynamiques familiales difficiles, ce qui peut entraîner la divulgation d'informations sensibles, même si ce n'est pas intentionnel. Dans les études qui traitent de sujets sensibles, il peut également être nécessaire de fournir aux participants un compte rendu ou de les orienter vers des services de soutien appropriés.

Pour déterminer si un examen éthique formel (par exemple, par un comité d'éthique institutionnel ou national) est nécessaire, les équipes doivent réfléchir aux questions suivantes :

- Les données sont-elles collectées auprès de personnes ou concernent-elles des personnes ?

- Les données sont-elles identifiables (par exemple, noms, photographies, voix ou autres attributs traçables) ?
- Certains participants sont-ils considérés comme vulnérables (par exemple, mineurs, personnes déplacées, survivants de violences, personnes handicapées) ?
- La recherche aborde-t-elle des sujets sensibles (par exemple, la santé reproductive, la santé mentale, la violence, les activités illégales) ?
- La participation pourrait-elle entraîner des préjudices, de la détresse, une stigmatisation ou des risques juridiques ou sociaux ?
- Le partage des résultats sera-t-il réalisé à l'extérieur (par exemple, dans des rapports destinés aux donateurs, des présentations publiques ou des revues universitaires) ?

Si la réponse à une ou plusieurs de ces questions est oui, ou en cas d'incertitude, les équipes doivent consulter un conseiller ou un comité d'éthique local. Même lorsqu'une autorisation officielle n'est pas obligatoire, un protocole d'éthique interne clairement défini doit être établi afin de garantir le consentement éclairé, la confidentialité et la protection des participants.

Voir le tableau 13 ci-dessous pour des ressources supplémentaires sur la recherche éthique.

TABLEAU 13. RESSOURCES EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE

| NOM | QUAND L'UTILISER | SOURCE |
|--|--|------------------------|
| Procédure de l'UNICEF relative aux normes éthiques en matière de recherche, d'évaluation, de collecte et d'analyse de données | Pour mieux comprendre les procédures qui établissent les normes minimales pour les évaluations de l'UNICEF et garantissent la surveillance éthique et la responsabilité. | UNICEF |
| Considérations éthiques lors de l'application des sciences comportementales dans les projets axés sur les enfants | Mieux comprendre comment les principes éthiques des sciences comportementales s'appliquent aux projets qui ont un impact sur les enfants. Il existe également une liste de vérification pour aider les praticiens à prendre des décisions. Cet outil guide les praticiens à travers les principaux points de décision éthiques lors d'un projet appliqué aux sciences comportementales et les aide à identifier les cas où d'autres perspectives peuvent être nécessaires. | UNICEF |

| NOM | QUAND L'UTILISER | SOURCE |
|---|---|--|
| Formulaires de consentement révisés selon la règle commune | Conseils et modèles pour le consentement oral, le consentement à distance (pour les études menées par téléphone, par exemple), les mineurs, etc. Il existe également une liste de vérification des « éléments de base des formulaires de consentement » qui est utile à consulter lors de la création de formulaires de consentement pour la phase de recherche primaire. | Université Johns Hopkins |
| Cours de base sur les principes et normes éthiques applicables aux activités de production de données probantes impliquant des personnes | Ce cours présente les principes et normes éthiques relatifs aux activités de production de données probantes, accompagnés d'exemples pratiques. | UNICEF – Cours de base |
| Plan de recherche IRB pour la collecte de nouvelles données | Utilisez-le comme modèle de référence lors de la rédaction d'un protocole de recherche pour toute soumission à un comité d'éthique ou à un comité d'éthique de la recherche, en veillant à l'adapter aux formulaires et aux règles de votre institution. | Université Johns Hopkins |
| Guide d'instructions pour le plan de recherche | Aide à expliquer ce qu'un comité d'éthique recherchera lors de l'examen d'un plan de recherche. | Université Johns Hopkins |

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Ce plan de recherche et ce protocole de recherche n'ont pas été élaborés par l'équipe de projet d'origine. Il s'agit d'exemples recréés à partir de données et d'un contexte réels..

Planifier la recherche et élaborer un protocole de recherche, y compris l'approbation éthique du comité d'éthique

Maintenant que l'équipe du projet avait une bonne compréhension des résultats comportementaux souhaités, ainsi que des principaux objectifs et questions de recherche, elle a formalisé son plan de recherche. Étant donné qu'il s'agissait d'un sujet sensible impliquant des populations vulnérables (par exemple, les réfugiés syriens), l'équipe du projet a décidé d'élaborer également un protocole de recherche plus complet, basé sur le plan de recherche.

Pour chacune de ses questions de recherche, l'équipe a déterminé les personnes nécessaires à la conduite

de la recherche, ainsi que les outils de recherche les mieux adaptés à la collecte d'informations.

Afin d'étayer la prise de décision concernant l'échantillonnage des participants et les méthodes de recherche, l'équipe du projet a pris en compte des contraintes clés telles que le temps, le budget et les biais comportementaux potentiels qui auraient pu avoir une incidence sur la qualité de ses conclusions. Elle a opté pour une approche mixte (méthodes combinées) combinant recherche

Plan de recherche primaire

Prenez les objectifs et les questions de l'activité précédente et développez-les pour établir le plan de recherche primaire.

Que faut-il explorer ?

1. Capacité : Identifier les connaissances des Personnes chargées de s'occuper des enfants ainsi que les lacunes concernant le calendrier vaccinal et la communication des agents de santé.
2. Opportunité : Comprendre les barrières structurelles, logistiques et sociales à la vaccination en temps voulu.
3. Motivation : Explorer les croyances, les émotions et les facteurs de confiance qui influencent l'intention des Personnes chargées de s'occuper des enfants de vacciner leurs enfants à temps.

Que demander ?

1. Quels sont les facteurs qui empêchent les parents de respecter le calendrier vaccinal de leurs enfants, même après avoir été orientés vers un professionnel de santé ?
2. Comment les agents de santé de première ligne et le personnel de terrain communiquent-ils au sujet des rendez-vous de suivi, et quels sont les Barrières qui affectent cette communication ?

Qui ?

1. Participants principaux : 20 à 24 personnes s'occupant d'enfants sous-vaccinés ou non vaccinés
 2. Participants secondaires : agents de terrain (8-10), personnel de soins de santé primaires (6-8), responsables de soins de santé primaires et autorités sanitaires de district (4-6), leaders communautaires (4-6), parties prenantes du ministère de la Santé publique (4)
- Méthode d'échantillonnage : Échantillonnage raisonné pour garantir la représentativité ; échantillonnage en boule de neige pour atteindre les ménages de réfugiés sans papiers ou mobiles. Variables prises en compte : sexe, nationalité, lieu de résidence, accès aux transports, exposition aux actions de sensibilisation

Comment

1. Entretiens approfondis avec les Personnes chargées de s'occuper des enfants, le personnel des soins de santé primaires et les travailleurs sociaux afin d'explorer les croyances et les motivations.
2. Discussions de groupe avec les leaders communautaires et les Personnes chargées de s'occuper des enfants afin de mettre en lumière les normes et les expériences collectives.
3. Observations structurées des visites à la clinique et des interactions de sensibilisation afin d'observer la dynamique réelle

Quand ?

- Développement et mise à l'essai des outils : septembre 2017
- Travail sur le terrain : septembre - décembre 2017
- Analyse préliminaire : janvier 2018
- Compte rendu et révision avec les parties prenantes : février 2018
- Planification du prototype : février à mai 2018

Matériel

Matériel d'enregistrement et de prise de notes, y compris des enregistreurs audio. Aides à l'accessibilité et à la communication, telles que des documents traduits, des cartes visuelles pour les participants peu alphabétisés

Rôles et responsabilités

Chef de projet (supervision, examen du protocole, coordination des partenaires) : coordinateur de terrain (recrutement et gestion des animateurs) ; assistant de recherche (transcription, nettoyage et codage des données) ; traducteur arabe (traduction des outils et des transcriptions)

Considérations éthiques

Approbation du comité d'éthique requise
Protection des populations vulnérables : attention particulière aux ménages de réfugiés
Équité et inclusion : priorité aux groupes difficiles à atteindre.

qualitative et quantitative, en plus du recrutement de participants ayant une expérience directe des services de vaccination et d'autres parties prenantes clés.

Dans l'ensemble, le plan et le protocole de recherche se sont avérés essentiels tout au long du projet, aidant l'équipe à :

- Se mettre d'accord et s'aligner sur leur plan de recherche
- S'assurer que leurs processus et actions étaient clairement documentés, y compris tout changement de cap, d'objectifs ou d'approches
- Mener ses recherches auprès des populations vulnérables et des enfants au Liban, en tant que document d'appui pour l'approbation éthique du comité d'éthique

Plan de recherche

Voir l'exemple de plan de recherche dans les pages suivantes.

Protocole de Recherche

Date: Septembre, 2017

Contacts de l'étude:

Chercheur principal : All Osseiran, Responsable scientifique en sciences comportementales, Nudge Lebanon

Point focal **UNICEF Country (pour l'étude) Point :** Joanne Yamine, Chargée du changement social et comportemental (CSC), UNICEF Liban

Point focal BIRD Lab (pour l'étude) : Benjamin Hickler, Spécialiste en sciences comportementales, UNICEF, BIRD Lab

1.0 Titre de l'étude :

Utiliser les enseignements comportementaux pour accroître la demande de vaccination infantile dans des contextes à faibles ressources

2.0 Contexte :

Le Liban a, dans l'ensemble, maintenu des niveaux élevés de couverture vaccinale, avoisinant les 90 % pour la majorité des vaccins de routine (diphtérie, tétanos, coqueluche – DTaP, hépatite B, vaccin antipoliomyélitique oral – VPO, et Haemophilus influenzae type B – HiB). Toutefois, l'augmentation de la pauvreté, conjuguée à l'arrivée de plus d'un million de réfugiés à partir de 2011 — dont beaucoup n'avaient pas reçu l'ensemble des vaccins de routine — a exercé une pression considérable sur le programme national de vaccination, lequel assure la vaccination de plus de la moitié des enfants vivant au Liban.

Les premiers signes d'un affaiblissement des taux de couverture vaccinale ont été détectés à la suite d'une épidémie de rougeole en 2013, puis d'une augmentation marquée des cas d'oreillons en 2015. Ces constats ont été validés par une enquête en grappes menée au niveau des districts en 2016. Cette enquête a mis en évidence des poches de faibles taux de couverture vaccinale dans plusieurs districts, tant au sein des ménages réfugiés que des ménages des communautés hôtes.

Dans le cadre d'une stratégie visant à renforcer le programme national de vaccination, le Ministère de la Santé Publique (MSP) du Liban, en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), a lancé en novembre 2017 un programme d'activités de vaccination accélérées (AVA). Ce programme avait pour objectif d'offrir des services de vaccination gratuits et de qualité à tous les enfants, à travers le système de soins de santé primaires. En complément de l'appui apporté aux centres de soins de santé primaires (CSSP), le programme s'est appuyé sur une approche de proximité communautaire afin de : (a) identifier les enfants non vaccinés ou sous-vaccinés ; (b) informer et sensibiliser les personnes qui s'occupent des enfants à l'importance de la vaccination de l'enfant ; (c) collecter les carnets et antécédents vaccinaux des enfants ; (d) orienter les enfants présentant des doses manquantes vers le centre de santé participant le plus proche ; (e) assurer un

suivi auprès des personnes responsables afin de garantir l'achèvement du calendrier vaccinal. Si la sensibilisation, le renforcement du système de santé publique et l'accès à des services gratuits et de qualité constituent des conditions nécessaires pour faciliter la vaccination de l'enfant, ces mesures demeurent toutefois souvent insuffisantes pour générer une demande suffisante de la part des bénéficiaires.

L'échantillon comprenait des ménages ayant des enfants âgés de 0 à 16 ans dont la vaccination n'était pas à jour selon le calendrier national de vaccination au Liban. Il incluait des ménages déjà orientés vers un centre de santé mais n'ayant pas poursuivi la vaccination de leurs enfants lors des visites de suivi, ainsi que des ménages récemment identifiés avec des enfants non vaccinés ou sous-vaccinés lors des activités de proximité. Les ménages dont les enfants étaient à jour dans leur vaccination ont été exclus de l'étude.

3.0 Objectifs de l'étude et résultats attendus :

Malgré les bonnes intentions des personnes qui s'occupent des enfants, des années de recherche en psychologie et en sciences comportementales sur l'adoption de la vaccination montrent que des biais et heuristiques, ainsi que des influences sociales (ci-après appelés barrières comportementales) peuvent affecter la motivation à vacciner. Le résultat attendu de cette recherche est d'identifier ces barrières comportementales et d'y répondre à l'aide de techniques de changement de comportement appropriées, une étape essentielle pour assurer la réussite de toute campagne ou activité visant à améliorer les taux nationaux de vaccination.

En s'appuyant sur le Modèle COM-B, les objectifs de l'étude sont les suivants :

Capacité

- Identifier les connaissances des personnes qui s'occupent des enfants, ainsi que les lacunes dans leur compréhension du calendrier vaccinal, notamment en ce qui concerne les dates des vaccinations, le nombre de doses et les étapes suivantes après les visites de proximité menées dans le cadre du programme d'activités de vaccination accélérées.
- Examiner si le personnel des centres de soins de santé primaires et les équipes de proximité disposent des connaissances et de la confiance nécessaires pour communiquer de manière cohérente des informations vaccinales exactes et faciles à comprendre.

Opportunité

- Comprendre les barrières physiques, logistiques et structurelles (par exemple l'accessibilité aux centres de santé, les contraintes de mobilité ou les horaires de service) qui empêchent, en pratique, les personnes qui s'occupent des enfants de les faire vacciner.
- Examiner comment les normes sociales, les dynamiques au sein du ménage et les croyances communautaires façonnent les décisions de vaccination.

Motivation

- Explorer les croyances, les émotions et les valeurs qui influencent le sentiment d'urgence ou l'importance que les personnes qui s'occupent des enfants accordent au fait de compléter, dans les délais, l'ensemble des vaccinations recommandées.
- Identifier les facteurs qui contribuent à la confiance ou à la méfiance envers les services de vaccination, et comprendre comment ces perceptions influencent la motivation des personnes qui s'occupent des enfants à suivre les orientations données par les équipes de proximité ou par les centres de soins de santé primaires.

3.1 Questions de recherche :

Questions de recherche principales:

4. Quels sont les facteurs qui empêchent les personnes qui s'occupent des enfants de compléter le calendrier vaccinal de leurs enfants dans les délais, même après avoir été orientées vers un centre de santé ?
5. Comment les agents de santé de première ligne et les équipes de proximité communiquent-ils au sujet des rendez-vous de suivi, et quels obstacles entravent cette communication ?

4.0 Conception et méthodologie de l'étude:

Compte tenu de la complexité du comportement de vaccination, l'étude reposera sur une combinaison de méthodes qualitatives et d'observations de terrain. Ces méthodes incluent :

| Méthode | Objectif |
|------------------------|---|
| Entretiens approfondis | Explorer les croyances individuelles, les facteurs émotionnels déterminants et les processus de prise de décision liés à la vaccination. Cette approche permettra de recueillir les expériences personnelles des personnes qui s'occupent des enfants, les pratiques de communication du personnel des centres de soins de santé primaires, ainsi que les points de vue des équipes de proximité. |
| Discussions de groupe | Examiner les perceptions collectives, les normes sociales, les dynamiques de groupe et les expériences partagées au sein des communautés. Les discussions de groupe menées avec des personnes qui s'occupent des enfants, des leaders et des personnes influentes permettront de mieux comprendre le contexte social et culturel plus large qui influence l'adoption de la vaccination. |

| Méthode | Objectif |
|-------------------------------------|--|
| Observations de terrain structurées | Saisir les interactions en temps réel au sein des centres de soins de santé primaires et lors des visites à domicile, en documentant les comportements observés, les modes de communication et les goulots d'étranglement systémiques dans la prestation des services. Les observations de terrain permettront également de recueillir des informations contextuelles sur les dynamiques au sein des ménages et les environnements communautaires. |

Justification du choix des méthodes

- Les entretiens permettront de saisir de manière fine les motivations des personnes qui s'occupent des enfants ainsi que leurs contextes émotionnels, en particulier chez les populations réfugiées qui peuvent éprouver une méfiance envers les systèmes formels.
- Les discussions de groupe permettront de recueillir des enseignements à plus grande échelle et de soutenir des activités collectives, telles que la cartographie des réseaux sociaux avec les participant·e·s. Toutefois, cette méthode ne sera pas utilisée pour aborder des sujets plus sensibles, comme les normes de genre au sein des communautés réfugiées, ni pour explorer des problématiques potentielles telles que la discrimination dans les centres de santé.
- Les observations de terrain menées dans les cliniques de vaccination permettront de documenter le déroulement du processus de vaccination, y compris les goulots d'étranglement du système ou certains schémas de comportement qui ne ressortent pas dans les réponses verbales. Les observations de terrain réalisées en milieu communautaire permettront également de comprendre les relations interpersonnelles entre les équipes de proximité et les personnes qui s'occupent des enfants, ainsi que sur les dynamiques communautaires et familiales et les conditions de vie.
- Lorsque cela est possible, des journaux tenus par les participant·e·s et des supports visuels (vignettes ou calendriers) viendront compléter le rappel verbal.

Intégration des méthodes

Le recours à plusieurs méthodes qualitatives et à des observations de terrain permettra la triangulation des données, renforçant ainsi la fiabilité et la validité des résultats. Par exemple, les thèmes issus des entretiens seront comparés aux dynamiques de groupe observées lors des discussions de groupe, ainsi qu'aux comportements documentés à travers les observations de terrain. Cette approche combinée garantit la prise en compte à la fois des perspectives individuelles et des dynamiques systémiques.

4.1 Critères d'échantillonnage et recrutement :

Technique d'échantillonnage

Une stratégie d'échantillonnage raisonné (purposive sampling) sera appliquée afin de garantir que les participant(e)s reflètent les caractéristiques les plus pertinentes au regard des objectifs de l'étude, en particulier les ménages ayant des enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés. Pour les populations plus difficiles à atteindre, notamment les personnes réfugiées sans-papiers ou très mobiles assurant la prise en charge d'enfants, un échantillonnage par boule de neige viendra compléter le recrutement, en s'appuyant sur des acteurs communautaires de confiance et des équipes de proximité. Cette approche mixte permettra de maximiser la diversité des profils tout en assurant l'accès à des populations présentant un risque accru de vaccination incomplète.

Critères d'inclusion

- Personnes qui s'occupent des enfants (mères, pères, grands-parents ou autres tuteurs) d'enfants âgés de 0 à 6 ans qui ne sont pas vaccinés ou dont la vaccination est incomplète, selon le calendrier national de vaccination en vigueur au Liban.
- Ménages qui avaient été orientés vers un centre de santé mais dont les enfants n'ont pas reçu toutes les vaccinations prévues, ainsi que des ménages nouvellement identifiés avec des enfants ayant manqué une ou plusieurs doses.
- Agents de proximité, personnel et responsables des centres de soins de santé primaires, leaders et personnes influentes au sein des communautés, ainsi que des représentant·e·s du Ministère de la Santé Publique directement impliqués dans la stimulation de la demande de vaccination et dans la prestation des services de vaccination.

Critères d'exclusion

- Ménages dont les enfants sont à jour dans leurs vaccinations.
- Personnes qui s'occupent des enfants et qui ne souhaitent pas participer ou ne sont pas en mesure de donner un consentement éclairé.
- Personnes âgées de moins de 18 ans, sauf si elles participent en tant que personnes s'occupant de frères ou sœurs plus jeunes et avec l'accord d'un représentant légal.

Taille de l'échantillon et justification

La taille de l'échantillon a été définie de manière à trouver un équilibre entre profondeur et diversité : elle est suffisamment large pour refléter la variété des situations au sein des populations réfugiées et des communautés hôtes, tout en restant réalisable dans le délai du projet.

Participant·e·s principaux·ales (personnes qui s'occupent des enfants) :

entre 20 et 24 personnes réparties dans sept districts. Cette taille d'échantillon est suffisante pour atteindre la saturation thématique lors des entretiens qualitatifs, tout en permettant de prendre en compte des variations selon le genre, la nationalité, la localisation géographique et la mobilité des ménages

Participant·e·s secondaires :

- 8 à 10 agents de proximité (afin d'explorer les pratiques d'engagement auprès des ménages).
- 6 à 8 infirmier·e·s et membres du personnel des centres de soins de santé primaires (pour analyser les stratégies de communication au niveau de la prestation des services).
- 4 à 6 responsables de centres de soins de santé primaires ou autorités sanitaires au niveau des districts (pour mieux comprendre les défis au niveau du système).
- 4 à 6 leaders communautaires ou personnes influentes (pour saisir les dynamiques communautaires et normatives).
- 4 parties prenantes du Ministère de la Santé Publique (afin de refléter les perspectives au niveau des politiques publiques).

Variations à prendre en compte

Le recrutement visera à garantir une diversité selon les dimensions suivantes :

- Genre (mères et pères en tant que décideurs) ;
- Nationalité (réfugiés syriens, communautés hôtes libanaises et autres groupes minoritaires lorsque présents) ;
- Localisation géographique (districts urbains et périurbains) ;
- Mobilité (ménages ayant accès ou non à des moyens de transport) ;
- Le niveau d'exposition aux activités de proximité (ménages déjà visités par les équipes de proximité par rapport à ceux qui ne l'ont pas été).

Cette diversité permettra à l'étude de cartographier les barrières et les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux à travers différents types de ménages et de contextes communautaires.

Procédures de recrutement

Les participant·e·s seront identifiés en collaboration avec les centres de soins de santé primaires, les équipes de proximité et les organisations communautaires. Les équipes de proximité orienteront les ménages éligibles, et l'échantillonnage en boule de neige sera utilisé lorsque l'accès initial aux participant·e·s est limité. Le recrutement mettra l'accent sur le caractère volontaire de la

participation, avec une communication claire indiquant que le refus de participer n'aura aucune incidence sur l'accès aux services.

4.2 Consentement / Assentiment :

Consentement éclairé: L'ensemble des participant·e·s se verra présenter une information détaillée sur l'étude, incluant ses objectifs, les modalités de confidentialité et leur droit de se retirer de l'étude à tout moment, sans conséquence. Les participant·e·s seront invité·e·s à signer un formulaire de consentement ou, le cas échéant, à fournir un consentement verbal enregistré.

4.3 Méthodes de collecte des données :

Cette étude mobilisera une combinaison de méthodes qualitatives et d'observations de terrain, chacune soigneusement alignée sur les questions de recherche et conçue conformément aux bonnes pratiques issues des sciences comportementales. Les méthodes principales comprennent des entretiens semi-structurés approfondis, des discussions de groupe, ainsi que des observations de terrain structurées, menées à la fois en milieu communautaire et au sein des établissements de santé.

Méthodes et outils de collecte des données

- **Entretiens semi-structurés approfondis:** Des entretiens individuels avec les personnes qui s'occupent des enfants, le personnel des centres de soins de santé primaires et les équipes de proximité seront menés à l'aide de guides alignés sur le Modèle COM-B. Ces guides permettront d'explorer les dimensions de Capacité, d'Opportunité et de Motivation, tout en laissant une flexibilité suffisante pour recueillir des croyances, des émotions et des processus de prise de décision de manière nuancée.
- **Vignettes et supports visuels:** Afin de faciliter le rappel et de dépersonnaliser des sujets sensibles (par exemple la méfiance, la honte ou la peur), des supports visuels et des vignettes hypothétiques seront intégrés aux outils d'entretien et de discussions de groupe. Ces approches permettent de réduire le biais de désirabilité sociale et de rendre la participation plus engageante, en particulier pour les participant·e·s ayant un faible niveau de littératie..
- **Discussions de groupe:** Des discussions de groupe seront organisées avec des leaders communautaires, des personnes qui s'occupent des enfants et des personnes influentes afin de recueillir des expériences partagées, des normes sociales et des dynamiques de groupe. Des guides de facilitation assureront une mise en œuvre cohérente entre les groupes, avec des exercices intégrés (par exemple des activités de cartographie communautaire) destinés à encourager des échanges interactifs.

- **Observations de terrain structurées:** Les chercheur·e·s de terrain utiliseront des grilles d'observation pour documenter de manière systématique les interactions dans les centres de soins de santé primaires (par exemple la communication aux points d'enregistrement et de vaccination) ainsi que les visites à domicile menées par les équipes de proximité (processus d'orientation, réactions des familles, dynamiques sociales). Des photographies et de courtes vidéos pourront être réalisées afin de saisir des éléments contextuels, avec le consentement des participant·e·s, et toutes les images seront anonymisées avant l'analyse.

Équipe de collecte des données

Les activités de recherche seront mises en œuvre par des facilitateur·rice·s formé·e·s, sous-traité·e·s par Nudge Lebanon et UNICEF Liban. L'équipe de collecte comprendra des chercheur·e·s hommes et femmes afin de permettre une interaction culturellement adaptée avec des participant·e·s aux profils variés. L'ensemble des chercheur·e·s de terrain signera des accords de confidentialité et respectera les protocoles de protection en vigueur.

Formation et renforcement des capacités

Afin de garantir une application correcte et cohérente de la méthodologie, l'ensemble des personnes chargées de la collecte des données suivra un processus de formation structuré. Trois ateliers en présentiel seront organisés au moins une semaine avant le début du travail de terrain. La formation combinera :

- Des modules théoriques (objectifs de l'étude, cadre issu des Sciences comportementales, principes de protection des participant·e·s et procédures de consentement éclairé) ;
- Des exercices pratiques (jeux de rôle pour les entretiens et les Discussions de groupe, observations simulées, utilisation de supports visuels et de grilles de collecte) ;
- Une session dédiée à la protection des participant·e·s, portant sur la manière de gérer les situations de détresse, les sujets sensibles ou les préoccupations liées à la protection, conformément aux protocoles de l'UNICEF.

Supervision et assurance qualité

- **Débriefings quotidiens:** A l'issue de chaque journée de collecte, des sessions de débriefing à distance seront organisées avec les chercheur·e·s de terrain et l'équipe du projet afin d'examiner les résultats émergents, d'identifier les difficultés rencontrées sur le terrain et de veiller au respect rigoureux des protocoles de recherche.
- **Contrôles ponctuels:** Des chercheurs principaux de Nudge Lebanon accompagneront un sous-ensemble d'entretiens, de groupes de discussion et d'observations afin de garantir le respect des directives et des normes éthiques.

- **Documentation:** Des guides de recherche et des fiches d'annotation standardisées seront mis à disposition de l'ensemble des facilitateur·rice·s afin d'assurer une consignation cohérente des observations et de compléter les enregistrements audio.

4.4 Saisie et analyse des données :

Une analyse thématique sera menée en s'appuyant sur le cadre COM-B. Le codage sera structuré autour de la capacité (par exemple la connaissance du calendrier vaccinal, l'exactitude du rappel), de l'opportunité (par exemple l'accès aux services, la navigation dans le système de santé, les attentes sociales) et de la motivation (par exemple la peur, la honte, les priorités ou la confiance dans le système de santé). Un marquage complémentaire des profils comportementaux permettra d'identifier des participant·e·s présentant des comportements, des caractéristiques démographiques, des croyances et des besoins similaires. La triangulation sera utilisée afin de confronter les comportements déclarés aux observations de terrain et aux notes des facilitateur·rice·s. Des analyses comparatives seront réalisées entre les populations réfugiées et les communautés hôtes, ainsi qu'entre différents centres de soins de santé primaires et districts. Les logiciels NVivo ou Dedoose seront utilisés pour le codage qualitatif, et les données issues de la cartographie des réseaux sociaux seront analysées à l'aide de visualisations matricielles.

Procédures de traitement des données

- **Transcription :** Les entretiens et les discussions de groupe seront transcrits en arabe et/ou en français, puis traduits en anglais par des assistant·e·s de recherche formé·e·s et recruté·e·s pour cette étude. Les personnes chargées de la transcription signeront des accords de confidentialité.
- **Codage :** Le codage des transcriptions et des notes de terrain sera réalisé par des membres de l'équipe de recherche formé·e·s aux méthodes qualitatives, à l'aide des logiciels NVivo ou Dedoose. Un double codage sera appliqué à un sous-ensemble de transcriptions afin d'assurer la fiabilité de l'analyse.
- **Dé-identification :** L'ensemble des transcriptions sera dé-identifié par la suppression des noms et de tout autre identifiant direct dès l'étape de transcription. Chaque participant·e se verra attribuer un identifiant d'étude unique. La clé reliant les identifiants aux informations des participant·e·s sera conservée séparément sur un serveur sécurisé, accessible uniquement aux membres autorisés de l'équipe du projet.
- **Stockage et transfert :** Les données électroniques seront stockées sur les serveurs sécurisés et protégés par mot de passe de l'UNICEF. Les fichiers échangés entre les membres de l'équipe utiliseront des canaux chiffrés (SharePoint). Les notes de terrain physiques, le cas échéant, seront numérisées, téléversées, puis conservées dans une armoire verrouillée au sein des locaux du partenaire local.

- **Accès:** L'accès aux données sera limité aux membres autorisés de l'équipe de recherche. Chaque membre utilisera des identifiants de connexion individuels et un mot de passe unique pour accéder aux documents. Les droits d'accès seront accordés et contrôlés par le chercheur principal.
- **Archivage:** À l'issue de l'étude, les ensembles de données anonymisées et les guides de codage finaux seront archivés sur les serveurs sécurisés de l'UNICEF pendant cinq ans. Toutes les données personnelles seront définitivement supprimées une fois l'analyse terminée.

5.0 Protection des données et confidentialité des participant·e·s à l'étude

- **Protection des données:** Aucune information permettant d'identifier personnellement les participant·e·s ne sera enregistrée. Les visages des personnes apparaissant sur les photographies et les vidéos seront floutés.
- **Sujets sensibles:** Les entretiens pourront aborder des thèmes émotionnels tels que la honte, la confusion ou la méfiance. Des approches tenant compte des traumatismes et des vignettes seront utilisées le cas échéant. Étant donné que de nombreux participants appartiennent à des populations vulnérables en tant que réfugiés, une attention particulière sera portée à leur prise en charge, notamment par le biais d'une formation en éthique pour les chercheurs et, si nécessaire, l'orientation des participant·e·s vers des services de soutien psychosocial appropriés.
- **Examen du comité d'éthique de la recherche (CER):** Le protocole sera soumis à un comité d'éthique de la recherche (CER) afin d'obtenir une autorisation éthique.
- **Équité:** Une attention particulière sera portée à l'inclusion des voix sous-représentées, notamment celles des ménages dirigés par des femmes ou des ménages où les personnes qui s'occupent des enfants ne sont ni alphabétisées ni connectées numériquement.
- **Conformité aux exigences locales:** Toutes les procédures de l'étude respecteront la législation et la réglementation en vigueur au Liban en matière de protection des données. L'accès aux données des participants sera limité au personnel autorisé de l'étude, et toutes les mesures de sécurité raisonnables seront prises pour garantir la confidentialité, conformément aux exigences éthiques et juridiques locales.

5.1 Évaluation et gestion des risques :

La participation à cette étude est considérée comme présentant un risque minimal. Cependant, compte tenu du fait que l'étude porte sur des populations vulnérables telles que les réfugiés et les ménages à faible revenu, des mesures rigoureuses de gestion des risques seront mises en œuvre.

Risques et préjudices potentiels

- **Détresse émotionnelle** : Discussions on vaccination decisions may surface feelings of guilt, shame, fear, or mistrust of the health system.
- **Risques sociaux** : Caregivers may fear stigma for admitting lapses in vaccination or expressing mistrust of healthcare providers.
- **Problèmes de confidentialité** : As refugees may be undocumented or marginalised, participants may worry about misuse of information or unintended disclosure.
- **Rapports de pouvoir**: Caregivers may feel pressure to participate if approached by outreach workers or community leaders.

Plan de gestion des risques

- **Consentement éclairé** : Les participant·e·s recevront une information claire et formulée dans un langage simple concernant le caractère volontaire de l'étude, les mesures de confidentialité et leur droit de se retirer à tout moment, sans aucune conséquence.
- **Formation à la protection des participant·e·s** : L'ensemble des facilitateur·rice·s et du personnel de recherche suivra, avant le début de la collecte des données, une formation portant sur la protection des participant·e·s, les entretiens tenant compte des traumatismes et les protocoles de protection de l'enfance de l'UNICEF.
- **Mécanismes d'orientation** : Si un·e participant·e présente des signes de détresse ou révèle des situations sensibles liées à la protection (par exemple négligence, abus ou exploitation), les équipes de terrain appliqueront les protocoles de protection de l'UNICEF Liban et fourniront des informations d'orientation vers des services locaux de soutien psychosocial ou de protection.
- **Réduction de la détresse** : Les questions sensibles seront abordées, lorsque cela est approprié, à l'aide de vignettes ou de formulations indirectes afin de limiter la personnalisation des expériences. Les chercheur·e·s seront formé·e·s à interrompre ou suspendre un entretien si un·e participant·e manifeste un inconfort.
- **Confidentialité** : Toutes les données seront anonymisées et aucune information permettant d'identifier une personne ne sera divulguée. Les visages seront floutés sur les photos et vidéos prises à des fins d'observation.
- **Mesures d'équité** : Une attention particulière sera portée à l'inclusion et au respect des groupes marginalisés (par exemple, les ménages dirigés par des femmes, les personnes qui s'occupent des enfants analphabètes). Aucun groupe ne sera désavantagé par sa participation.

Supervision et suivi

Le ou la chercheur·e principal·e sera responsable du suivi des risques et du respect des mesures de protection tout au long de l'étude. Les débriefings quotidiens avec les équipes de terrain incluront un examen des éventuels problèmes liés à la protection des participant·e·s ou des préoccupations

exprimées par ces dernier·e·s. Tout incident sera documenté, signalé au point focal de l'UNICEF chargé de la protection, et traité dans les meilleurs délais.

6.0 Calendrier :

Présentation du calendrier prévisionnel de l'étude (ajout ou suppression de lignes selon les besoins)

| Activité (ex. : test pilote des outils) | Période (mois/année) |
|---|------------------------------|
| Développement des outils et phase de test pilote | Septembre – octobre 2017 |
| Formation des chercheur·e·s de terrain et orientation sur les mesures de protection | Octobre 2017 |
| Collecte exploratoire de données primaires (travail de terrain dans les centres de soins de santé primaires et les communautés) | Novembre – décembre 2017 |
| Transcription, traduction et analyse préliminaire | Décembre 2017 – janvier 2018 |
| Atelier de débriefing des parties prenantes et de validation conjointe (Ministère de la Santé publique, UNICEF, Nudge Liban) | Janvier 2018 |
| Révision des résultats | Février 2018 |
| Rédaction et soumission du rapport final de l'étude à l'UNICEF et au Ministère de la Santé Publique | Mars 2018 |

7.0 Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude seront diffusés de manière à garantir la transparence, le respect des participant·e·s et l'alignement avec les normes de l'UNICEF et du Ministère de la Santé Publique.

Diffusion auprès des parties prenantes

- Les résultats préliminaires seront présentés au Ministère de la Santé Publique, à l'UNICEF Liban et à Nudge Lebanon lors d'une séance de restitution afin de valider les résultats et d'affiner leur interprétation.
- Un rapport final sera partagé avec les parties prenantes nationales, notamment les responsables des centres de soins de santé primaires et les superviseur·e·s des équipes de proximité, afin d'éclairer les décisions de programmation et d'éventuels travaux de développement et conception des prototypes.

- Une note de politique publique sera préparée à l'intention des décideur·e·s, mettant en évidence les principales barrières comportementales identifiées ainsi que les recommandations associées.

Diffusion auprès des participant·e·s et des communautés

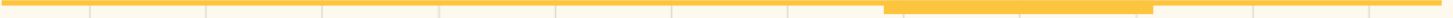
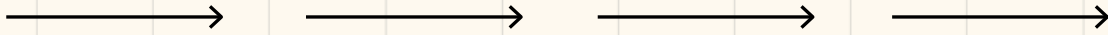
- Un résumé simplifié des résultats sera élaboré en arabe, en utilisant un langage clair et accessible. Il sera partagé lors de réunions communautaires animées par les équipes de proximité et des leaders communautaires.
- Le cas échéant, des affiches ou des dépliants contenant des informations et des recommandations clés (par exemple, des améliorations de l'accessibilité des services, des messages de communication) seront mis à disposition dans les centres de soins de santé primaires participants.
- Aucune donnée individuelle ou relative aux ménages ne sera partagée ; seuls des résultats agrégés et anonymisés seront communiqués.

Droits de publication

- Les chercheur·e·s conservent le droit de publier les résultats de l'étude dans des revues académiques ou professionnelles, sous réserve d'un examen préalable et d'une approbation par l'UNICEF et le Ministère de la Santé Publique avant toute soumission.
- Toute publication garantira que les participant·e·s ne puissent pas être identifiés, et seules des données dé-identifiées seront utilisées.
- Authorship and acknowledgement will follow internationally accepted standards, recognising the contributions of UNICEF, MoPH Lebanon, Nudge Lebanon, and the research team.

8.0 Toute autre information pertinente

Aucune information supplémentaire à signaler

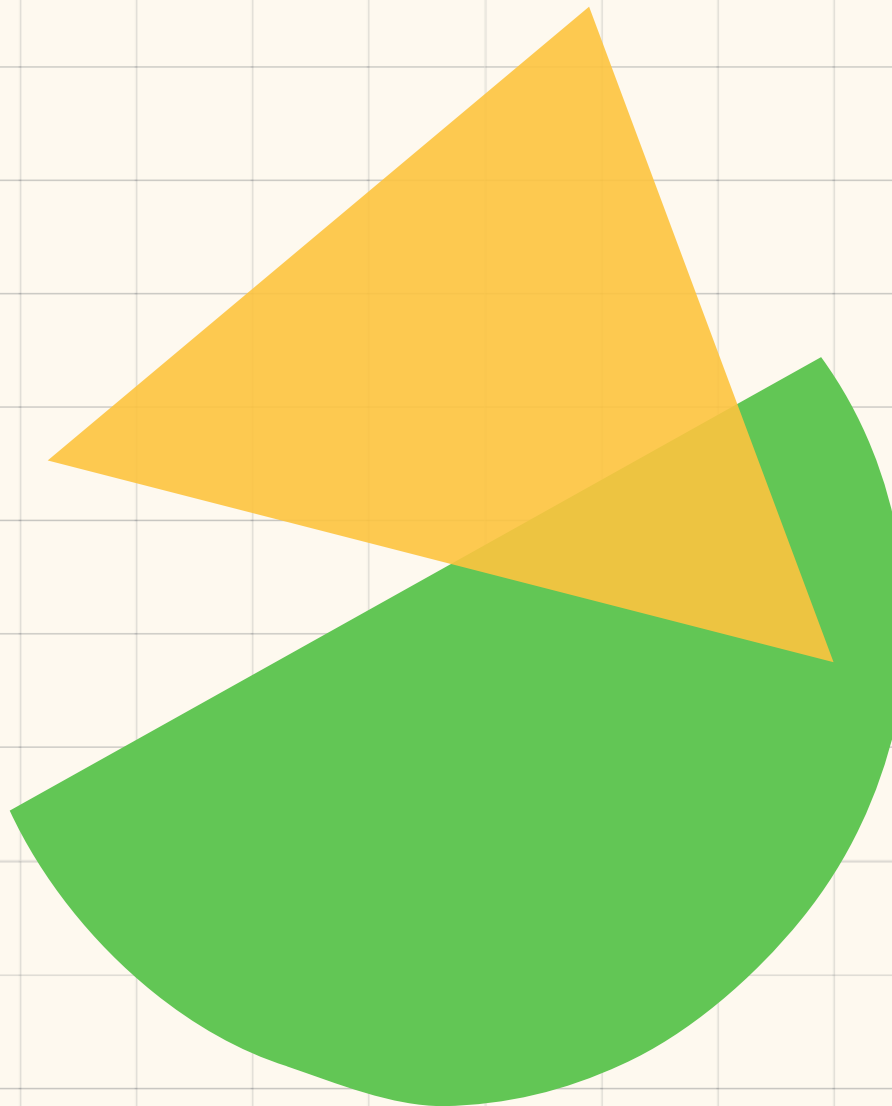


ÉTAPE 4 :

Mener la recherche primaire

Objectif de cette étape :

Cette étape consiste à préparer et à mener la collecte de données primaires sur le terrain, notamment en finalisant la logistique, en formant l'équipe, en recrutant les participants et en mettant en œuvre le plan de recherche avec rigueur et souplesse.



Pourquoi cette étape est importante ?

Un travail de terrain solide est essentiel pour produire des informations comportementales riches, fiables et pertinentes. Sans une préparation et une supervision adéquates, des voix critiques peuvent être ignorées, la qualité des données peut en pâtir et les risques éthiques peuvent augmenter. Cette étape garantit que la recherche est planifiée de manière réfléchie et menée avec sensibilité, afin d'assurer l'inclusion, l'exactitude et l'intégrité éthique.

Comment procéder :

1. Préparez-vous au travail sur le terrain

Avant de se rendre sur le terrain, il est important de s'assurer que la recherche est bien planifiée et mise en place pour réussir. Vérifiez que les étapes et procédures suivantes sont en place :

- a. **L'équipe de terrain a des rôles et des responsabilités clairs** : chaque membre de l'équipe doit avoir un rôle spécifique, tel que recruteur, enquêteur, animateur, traducteur ou preneur de notes. Dans la mesure du possible, le fait d'apparier les enquêteurs aux participants en fonction de leur sexe, de leur langue ou de leur origine culturelle peut accroître le confort et la confiance. Cela est particulièrement important lorsque l'on travaille avec des groupes marginalisés ou sur des sujets sensibles. Par exemple, les mères peuvent préférer être interrogées par d'autres mères.
- b. **L'équipe de terrain est formée aux outils et aux directives éthiques** : tous les membres de l'équipe doivent être formés aux outils de recherche, notamment à l'utilisation des guides, à la formulation de questions complémentaires et à l'enregistrement précis des réponses. Veillez à ce que les enquêteurs ou les animateurs soient formés à aller au-delà de l'action générale et de haut niveau que le projet tente d'influencer (par exemple, se faire vacciner), afin de mettre au jour les étapes et les décisions plus modestes, souvent négligées, qui déterminent si un comportement se produit ou non. Par exemple, les chercheurs doivent déterminer si et comment les aidants planifient à l'avance, discutent avec leur famille et se souviennent des rendez-vous, c'est-à-dire les petites décisions ou actions qui comblent le fossé entre l'intention et la mise en œuvre. Informez l'équipe de terrain qu'elle doit être à l'écoute des informations comportementales inattendues (par exemple, des facteurs de motivation imprévus, des influences inhabituelles ou des points de friction surprenants) et les enregistrer, même si elles ne figurent pas dans le guide de discussion. La formation à l'éthique doit couvrir le consentement éclairé, la confidentialité, l'engagement respectueux et le traitement des sujets sensibles et des divulgations.
- c. **Les participants à la recherche sont recrutés selon la stratégie d'échantillonnage (voir le tableau 10. Stratégies d'échantillonnage pour plus de détails)** : cela peut inclure la création d'outils de sélection simples, tels qu'une brève liste de vérification ou une série de questions visant à confirmer des critères clés comme l'âge, le statut d'aidant, la situation géographique ou les antécédents de vaccination, afin de s'assurer que les participants répondent aux caractéristiques requises. Par exemple, si l'étude se concentre sur les aidants d'enfants de moins de cinq ans qui n'ont pas reçu les vaccins de routine, le responsable du dépistage pourrait demander : « Avez-vous un enfant de moins de cinq ans ? » et « Votre enfant a-t-il manqué des rendez-vous de vaccination de routine au cours de l'année écoulée ? ». Un recrutement minutieux est particulièrement important lorsque l'on vise à inclure des groupes défavorisés ou sous-représentés.
- d. **La collecte des données est planifiée de manière appropriée** : le travail sur le terrain doit être planifié en tenant compte des habitudes, des

coutumes et des événements saisonniers locaux. Il convient de veiller tout particulièrement à éviter les conflits avec le travail, les tâches familiales ou les pratiques religieuses, en particulier pour les femmes ou d'autres groupes disposant de peu de temps libre.

- e. **Des lieux appropriés sont choisis** : le cadre de l'entretien ou de la discussion doit être sûr et confortable pour les participants. Le choix du lieu approprié contribue à créer un environnement dans lequel les participants peuvent s'exprimer ouvertement, sans crainte d'être jugés ou interrompus. Par exemple, il peut être préférable de mener les entretiens avec des adolescentes dans des écoles ou des centres de santé plutôt qu'à leur domicile, en présence des membres de leur famille.
- f. **Les autorisations nécessaires sont accordées** : le travail sur le terrain ne doit commencer qu'une fois que les autorisations et approbations requises ont été obtenues. Il peut s'agir de l'approbation d'un comité d'éthique ou d'un comité d'éthique de la recherche, ainsi que de l'autorisation formelle ou informelle des autorités locales et des dirigeants communautaires.

- g. **Les outils de recherche sont testés** : les outils de recherche doivent être testés avant le début du travail sur le terrain afin de s'assurer qu'ils sont clairs, adaptés à la culture et conformes aux objectifs de la recherche.
- h. **Les autres dispositions logistiques sont en place** : les équipes doivent également s'assurer que le matériel, les appareils, les moyens de transport et toute aide à la traduction sont en place.
- i. **Les protocoles de sécurité et de sûreté sont élaborés** : avant le début du travail sur le terrain, les chercheurs doivent s'assurer que tous les membres de l'équipe connaissent les procédures de sécurité pertinentes, en particulier lorsqu'ils travaillent dans des zones difficiles d'accès ou touchées par des conflits. Cela comprend les protocoles de communication, de transport, les contacts d'urgence et les mesures à prendre en cas de changement imprévu des conditions. Les briefings doivent également couvrir les normes culturelles, les sensibilités locales et toute restriction susceptible d'affecter la mobilité de l'équipe ou le confort des participants.

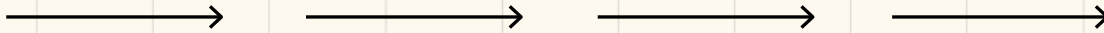
2. Collecte des données

Une fois le travail sur le terrain commencé, il est important de contrôler la qualité du travail et le respect des participants. Alors que l'équipe de terrain gère les interactions quotidiennes, l'équipe du projet doit apporter son soutien en encourageant les bonnes pratiques et en relevant les défis à mesure qu'ils se présentent. Les principales bonnes pratiques à renforcer avec l'équipe sont les suivantes :

- a. **Les participants donnent leur consentement éclairé** : les participants doivent comprendre l'objectif de la recherche, la manière dont leurs informations seront utilisées et leurs droits. Le consentement peut être verbal ou écrit, selon le contexte. Si vous enregistrez du son, prenez des photos ou filmez, vous devez obtenir un consentement supplémentaire spécifiquement pour ces activités.
- b. **Un espace propice à la confiance et à l'ouverture est créé** : les meilleures idées surgissent souvent lorsque les participants se sentent en sécurité et ne se sentent pas jugés. L'équipe doit être encouragée à prendre le temps, au début de chaque interaction, d'établir un rapport, d'expliquer clairement l'objectif du travail et d'écouter avec curiosité, plutôt que de se précipiter pour poser des questions.
- c. **Les rapports de force sont respectés** : les équipes de terrain doivent être formées pour reconnaître qui détient le pouvoir dans un groupe et adapter leur animation en conséquence. Dans les entretiens qualitatifs, il convient de prêter attention au genre, à l'âge et aux dynamiques sociales qui peuvent influencer qui s'exprime et avec quelle liberté.
- d. **Les réponses performatives ou attendues sont prises en compte** : en particulier dans les groupes

ou lors d'entretiens avec des membres de la communauté habitués aux visites du programme, les participants peuvent donner des réponses qu'ils pensent être attendues. Les équipes doivent être encouragées à sonder doucement mais spécifiquement pour mettre au jour les motivations ou les contradictions sous-jacentes.

- e. Documenter ce qui n'est pas dit** : les preneurs de notes et les facilitateurs doivent être encouragés à aller au-delà des citations. Capturer le ton, les hésitations, le langage corporel ou les contradictions peut ajouter un contexte essentiel lors de la synthèse des données sociales et de comportement. Les indices non verbaux sont particulièrement importants lorsque l'on travaille dans un contexte de différences linguistiques ou culturelles.
- f. Des débriefings quotidiens sont prévus** : les équipes doivent se réunir à la fin de chaque journée pour discuter de ce qui fonctionne, de ce qui ne va pas et des thèmes inattendus qui émergent. Les débriefings sont un moment clé pour ajuster les outils, affiner les questions et se mettre d'accord sur ce qu'il faut explorer davantage le lendemain.



ÉTAPE 5 :

Analyser et synthétiser les résultats

Objectif de cette étape :

L'objectif de cette étape est de passer des résultats bruts à une compréhension claire et cohérente de ce qui constitue des facteurs facilitateurs ou des leviers comportementaux pour le comportement en question.

Trois cadres de comportement différents peuvent être utilisés pour structurer l'analyse des données :

- **Les Profils comportementaux** mettent en lumière qui sont les acteurs clés, ce qui influence leurs choix et les défis auxquels ils sont confrontés.
- **La cartographie et le diagnostic comportementaux** permettent de retracer les micro-comportements tout au long du parcours comportemental et d'identifier les barrières et les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux qui se cachent derrière ces micro-comportements.

Cette analyse sert de base à la phase suivante de conception des interventions.

Outils associés :

- [Profil comportemental \(facultatif\)](#)
- [Carte et diagnostic comportementaux](#)
- [Matrice faisabilité-impact](#)

Pourquoi cette étape est importante ?

Les données seules ne suffisent pas pour obtenir des informations pertinentes. C'est plutôt la manière dont les chercheurs interprètent ces données qui permet de dégager des conclusions cohérentes sur le comportement et de clarifier non seulement ce qui se passe, mais aussi pourquoi.

Cette étape est essentielle, car elle ancre le travail dans les expériences vécues par des personnes réelles. **Les profils comportementaux** mettent les acteurs en avant. **Les cartes comportementales** retracent les petites actions, souvent inaperçues, qui déterminent les résultats. Et **les diagnostics comportementaux** révèlent ce qui empêche d'adopter un comportement.

Bien menée, cette étape permettra d'atteindre les objectifs suivants :

- **Identifier les points d'entrée stratégiques pour le changement.** Par exemple, les données pourraient révéler comment les taux d'abandon de la vaccination augmentent après la première injection si aucun système de suivi n'est en place.
- **Simplifier la complexité en modèles clairs et exploitables.** Par exemple, les données quantitatives et qualitatives pourraient révéler que les aidants ont tendance à manquer les rendez-vous de vaccination les jours où les conditions météorologiques sont extrêmes.
- **Garantir que les conceptions répondent aux contraintes du monde réel, et non à des hypothèses.** Par exemple, les chercheurs peuvent noter que certaines mères réfugiées dépendent de parents masculins qui ne sont disponibles que le week-end pour les transporter à la clinique, de sorte que les rendez-vous en semaine peuvent ne pas être envisageables.
- **Établissez les bases comportementales pour les solutions qui seront ensuite prototypées.** Par exemple, si les recherches révèlent que les aidants et les agents de santé constatent un manque de communication de la part du système de santé, une intervention potentielle pourrait consister à envoyer un message de suivi rappelant aux aidants la date du prochain vaccin prévu.

Comment procéder :

1. Nettoyez les données

Après la recherche primaire, les données sont rarement prêtes à être utilisées immédiatement. Par exemple, les transcriptions peuvent être incomplètes, les notes peuvent nécessiter des éclaircissements et les incohérences peuvent devoir être résolues avant que des tendances significatives puissent émerger. Avant de pouvoir commencer toute analyse, les données brutes doivent être nettoyées, codées et vérifiées. Voici deux guides utiles pour naviguer dans cette étape :

- [Le manuel SAGE sur l'analyse qualitative des données](#)
- [Le manuel DIME de la Banque mondiale](#) (axé sur la collecte rigoureuse de données à grande échelle)

Lors de la transcription d'entretiens ou de discussions de groupe, les outils d'IA peuvent accélérer considérablement

le processus, mais une vérification humaine est nécessaire pour garantir l'exactitude et les nuances, en particulier pour les dialectes non standard ou les sujets sensibles. Parmi les logiciels de transcription bien évalués, on peut citer [Auris](#), [Trint](#), [TurboScribe](#) et [Descript](#).

2. Réaliser une analyse quantitative

Les données quantitatives, telles que les réponses à des enquêtes, les dossiers de service ou les ensembles de données administratives, doivent être analysées de manière structurée afin d'identifier les modèles et les tendances à grande échelle. Ce type d'analyse peut aider à répondre à des questions clés telles que :

- Dans quelle mesure le comportement cible est-il courant parmi la population concernée ?
- Comment le comportement varie-t-il selon les différents groupes (par exemple, selon le sexe, le lieu, le type d'aidant) ?
- Certaines attitudes ou certaines barrières spécifiques sont-elles associées à une probabilité plus ou moins grande d'adopter le comportement en question ?
- Quelle proportion d'individus abandonnent à des moments clés du parcours de service ?

L'analyse quantitative peut inclure des comptages de fréquence, des tableaux croisés, des corrélations ou des analyses de régression, en fonction de l'ensemble de données et des compétences disponibles. Le cas échéant, les questions de l'enquête doivent être mises en correspondance avec les domaines COM-B afin d'interpréter les résultats sous l'angle comportemental.

Pour les ensembles de données existants (par exemple, les registres de vaccination ou les registres de présence), les statistiques descriptives suffisent souvent pour mettre en évidence les tendances et signaler les goulots d'étranglement comportementaux.

Consultez la **section « En savoir plus »** pour obtenir des conseils sur les méthodes statistiques de base, le nettoyage des données et la recherche basée sur des enquêtes.

3. Organiser et étiqueter les données qualitatives

Les données qualitatives (par exemple, les entretiens, les groupes de discussion, les observations) doivent être organisées et étiquetées de manière à faciliter une analyse structurée. L'étiquetage consiste à relier les observations ou les citations des participants aux facteurs déterminants du comportement susceptibles d'influencer leurs actions, à l'aide d'un cadre tel que le Cadre COM-B.

- a. Commencez par trier les transcriptions, les notes ou les extraits en fonction de la provenance des données (par exemple, soignants, prestataires,

influenceurs) et du comportement auquel elles se rapportent (par exemple, achèvement de la vaccination, recours aux soins prénatals).

- b. Créez une matrice de codage simple pour aider à structurer l'analyse, par exemple en mettant en correspondance les facteurs comportementaux ou les barrières avec les domaines COM-B. Le tableau 14 présente un extrait de la matrice de codage utilisant un exemple de vaccination de routine :

TABLEAU 14. MATRICE DE CODAGE

| SOUS-DOMAINE COM-B | FACTEUR DÉTERMINANT OU BARRIÈRE | BALISE |
|-------------------------------|---------------------------------|---|
| Capacité physique | Barrières | Mobilité physique limitée |
| | Facteur déterminant | |
| Capacité psychologique | Barrières | Priorités concurrentes |
| | Barrière | Connaissance limitée des calendriers de vaccination |
| | Facteur déterminant | Connaissance des avantages des vaccins |
| Possibilité physique | Barrière | Distance jusqu'à la clinique |
| | Barrière | Horaires d'ouverture défavorables de la clinique |
| | Facteur déterminant | Services groupés |
| Opportunité sociale | Barrière | Normes descriptives défavorables |
| | Facteur déterminant | Influence de la belle-mère |
| Motivation réfléchie | Barrière | Crainte des effets secondaires |
| | Facteur déterminant | Croyance en l'efficacité du vaccin |
| Motivation automatique | Barrière | Biais du présent |
| | Barrière | Surcharge émotionnelle |
| | Facteur déterminant | Habitude ou routine utile |

Triez les données (transcriptions, notes, citations) et marquez les extraits à l'aide de codes spécifiques. Un niveau de détail élevé permet de mettre en évidence des schémas, des contradictions et des barrières prioritaires qui sont directement utiles pour la conception. Par exemple :

- Citation : « Je n'y suis pas retournée parce que je pensais qu'une seule injection suffisait. » → Balise : Connaissance limitée des calendriers de vaccination
- Citation : « Ma voisine m'a dit que son bébé était tombé malade après le vaccin. » → Balise : peur des effets secondaires

- Citation : « Je demande conseil à ma belle-mère concernant la santé de mon enfant. » → Balise : Influence de la belle-mère

Utilisez un tableur, un document partagé ou un logiciel de codage qualitatif tel que [Dedoose](#), [NVivo](#) ou [Atlas.ti](#) pour organiser et étiqueter les données. Si vous travaillez manuellement, un code couleur ou des étiquettes en marge peuvent faciliter l'étiquetage rapide. En cas d'utilisation d'une version de ces outils basée sur le cloud, veiller à ce que tout partage de données soit conforme aux politiques de protection des données de l'UNICEF ainsi qu'aux accords de consentement éclairé.

4. Créez des profils comportementaux (facultatif)

Un profil comportemental est un outil utilisé pour synthétiser les informations sur les capacités, les opportunités et les motivations qui sous-tendent un comportement ou un ensemble de comportements spécifiques au sein d'une population cible. Alors que d'autres outils similaires, tels que les personas d'utilisateurs ou la segmentation démographique, se concentrent sur les caractéristiques démographiques ou les besoins généraux, un profil comportemental est spécialement conçu pour découvrir les raisons qui sous-tendent les comportements, en s'appuyant sur des cadres tels que Cadre COM-B.

L'élaboration d'un profil comportemental est particulièrement utile lorsqu'une intervention nécessite une compréhension approfondie des facteurs comportementaux pour être efficace. Elle peut également être utile s'il existe des personnes qui peuvent être différenciées par un ensemble de barrières comportementales, d'habitudes, d'émotions et de contextes socio-écologiques spécifiques. Par exemple, deux aidantes peuvent sembler similaires sur le plan démographique (elles sont toutes deux des mères de 30 ans vivant dans des zones rurales avec deux jeunes enfants), mais leurs profils comportementaux diffèrent : l'une retarde la

vaccination parce qu'elle estime que son enfant n'est pas en danger et craint les effets secondaires (faible motivation), tandis que l'autre a pleinement l'intention de vacciner son enfant, mais manque les rendez-vous en raison des longues distances à parcourir et du manque de garde d'enfants (faible opportunité).

Si un profil d'utilisateur pourrait regrouper ces femmes en fonction de leur âge, de leur lieu de résidence et de leur rôle de soignante, leurs profils comportementaux les sépareraient en fonction des différents facteurs qui influencent leurs comportements.

Pour chaque profil comportemental, visez au moins 15 participants qui partagent un ensemble commun de traits et de caractéristiques comportementales. Il est important de souligner que 15 participants comme taille totale de l'échantillon de la recherche peuvent être insuffisants s'il y a une grande hétérogénéité, c'est-à-dire une grande variabilité dans les profils et les réponses des participants.

Le tableau 15 présente les exigences minimales pour un Profil comportemental utile.

TABLEAU 15. TYPE D'INFORMATIONS REQUISES POUR ÉLABORER DES PROFILS COMPORTEMENTAUX ET SOURCES D'INFORMATIONS POTENTIELLES

| TYPE D'INFORMATIONS | SOURCES POTENTIELLES |
|--|--|
| <p>Informations démographiques de base : données telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le type de ménage, le niveau de revenu, la situation géographique, le rôle dans la communauté (par exemple, aidant, professionnel de santé, chef religieux, etc.).</p> <p>Ces données fournissent le contexte nécessaire et aident à distinguer comment différentes populations vivent différemment les facteurs déterminants du comportement.</p> | <p>Carte des parties prenantes et des audiences (étape 1 - phase « Définir ») : examen des données administratives existantes qui ont été utilisées pour établir la carte des parties prenantes et des audiences.</p> <p>Recherche documentaire initiale (étape 1 - Phase « Explorer ») : données administratives telles que les ensembles de données du ministère de la Santé, les ensembles de données existants de l'UNICEF, etc.</p> <p>Recherche primaire (étape 4 - Phase « Explorer ») : données collectées par le biais d'enquêtes.</p> |
| <p>Informations comportementales approfondies pouvant être structurées autour d'un modèle comportemental (par exemple, COM-B) : codées, regroupées ou analysées à l'aide d'un cadre tel que COM-B, elles comprennent des données sur les capacités (connaissances, compétences), les opportunités (contexte social et physique) et la motivation (croyances, émotions, intentions) des personnes en rapport avec le comportement cible.</p> | <p>Planifier la recherche primaire (étape 3 - Phase « Explorer ») : modèle comportemental prédéfini pour analyser les données collectées lors de la recherche primaire. Par exemple, le modèle COM-B.</p> <p>Recherche primaire (étape 4 - Phase « Explorer ») : informations qualitatives généralement recueillies au moyen d'entrevues approfondies, de discussions de groupe et/ou d'observations, qui aident à identifier les barrières et les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux liés au comportement cible.</p> |

Contrairement aux personnages fictifs, ces profils sont fondés sur des preuves. Ils permettent de dépasser les catégories abstraites telles que « aidant » ou « jeune » en donnant forme à des personnes réelles confrontées à des décisions réelles. Plus important encore, ils contribuent à définir des stratégies d'intervention en mettant en lumière les besoins spécifiques des acteurs et les contextes dans lesquels les décisions sont prises. Voici les étapes à suivre pour créer des Profils comportementaux :

- a. Examinez les données issues du travail de terrain. En parcourant les informations, identifiez les groupes d'acteurs qui partagent des comportements, des croyances, des influences ou des expériences similaires. Ces groupes peuvent être définis par leur rôle (par exemple,

infirmière de première ligne, adolescente), leur étape de vie (par exemple, mère pour la première fois) ou leur position sociale (par exemple, aîné respecté, décideur au sein du foyer). S'il existe des différences significatives au sein d'un groupe, telles que le niveau de confiance, le pouvoir décisionnel ou le statut social, il peut être nécessaire de créer plusieurs profils.

- b. Synthétisez les principales conclusions concernant les informations générales, les comportements types, les motivations, les connaissances et les normes relatives à chaque profil. Utilisez la fiche de travail [« Profil comportemental »](#) pour structurer ces conclusions. Lorsque vous planifiez l'élaboration de profils comportementaux, envisagez d'ajouter des questions supplémentaires au plan de recherche afin d'en savoir plus sur les

principaux acteurs étudiés. Pour chaque profil, synthétisez les éléments suivants dans la fiche de travail :

- **À propos de moi** : informations démographiques clés sur l'identité de la personne et ses conditions de vie.
- **Comportements** : informations sur les comportements et habitudes quotidiens typiques de la personne, ainsi que toute information contextuelle sur le moment, le lieu et la manière dont elle adopterait le comportement cible.
- **Croyances, connaissances et attitudes** : ce que la personne croit, sait et pense du comportement cible.
- **Communauté et normes sociales** : aperçu de la communauté et des structures sociales de cette personne, des normes religieuses, culturelles et de genre qui l'influencent, et des personnes qui l'influencent.

- **Motivation et priorités** : les motivations, priorités, désirs et besoins clés qui déterminent les décisions et les comportements de cette personne.

Lorsque vous établissez des profils comportementaux, gardez à l'esprit la remarque suivante : **Un profil comportemental solide doit susciter l'empathie.** Il doit donner l'impression d'être une personne réelle, dont on comprend la réalité quotidienne, les valeurs et les contraintes. Lorsqu'ils sont bien faits, ces profils deviennent plus que de simples résumés ; ils servent de points de référence vivants tout au long du processus. Revenez-y pendant la cartographie comportementale, le diagnostic et la conception afin de rester ancré dans la vie et le contexte des personnes que le travail est censé servir.

5. Établissez une carte et un diagnostic comportementaux

La fiche de travail « [Carte et diagnostic comportementaux](#) » aide à décomposer les comportements complexes en étapes plus petites et observables : les micro-comportements. Plutôt que d'examiner un comportement de manière isolée (par exemple, « faire vacciner un enfant »), cette fiche de travail cartographie l'ensemble du parcours comportemental : ce qui se passe avant, pendant et après l'action clé. Pour chaque étape du parcours, l'outil permet de comparer le comportement idéal (ce qui devrait idéalement se produire) avec le comportement réel (ce qui se produit réellement). L'outil aide ensuite à identifier les barrières et les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux qui entravent ou favorisent le comportement souhaité, tout au long des différentes étapes de ce parcours. En visualisant le parcours de cette manière, les équipes peuvent repérer les points spécifiques où les personnes se retrouvent bloquées, retardées ou abandonnent, et commencer à concevoir des solutions ciblées sur ces points.

Des outils similaires, tels que les parcours utilisateurs et les parcours de service, sont utilisés dans la conception centrée sur l'humain et la conception de services. Ces outils peuvent varier en complexité : ils vont de croquis rapides et informels à des cartes détaillées impliquant plusieurs acteurs. Certains ont même évolué vers des cadres plus larges utilisés dans tous les secteurs pour diagnostiquer les défis comportementaux.

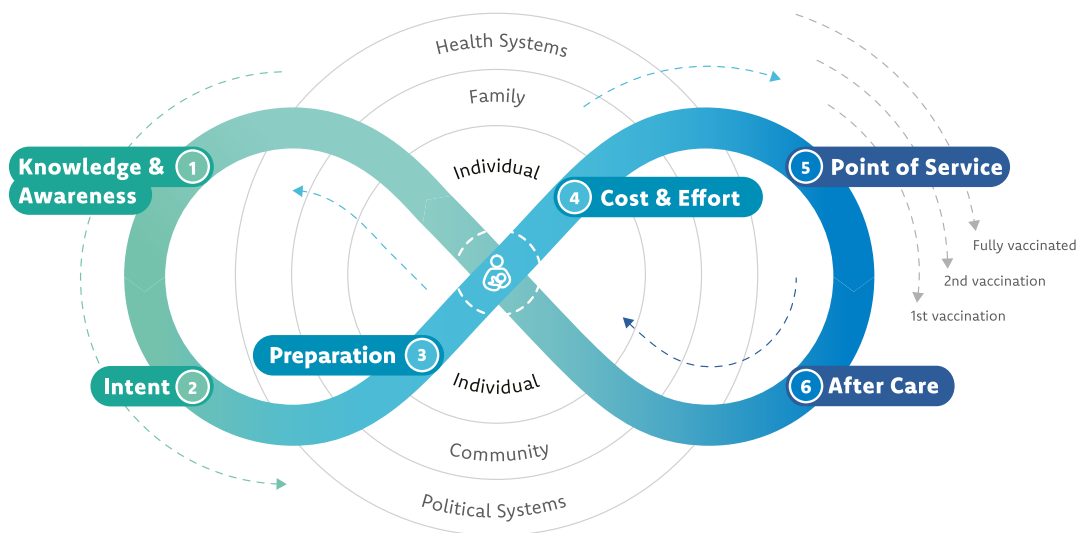
Un exemple est le parcours vers la santé et la vaccination développé par l'UNICEF, qui décrit la séquence de décisions et d'actions qu'un soignant doit suivre pour accéder et effectuer une vaccination de routine ou d'autres services de santé. Common Thread propose également un [modèle simple et un guide sur la manière d'élaborer des cartes de comportement](#), tout comme le [Center for Advanced Hindsight de l'université Duke](#).

Quel que soit le format, l'objectif reste de rendre les comportements plus visibles et plus faciles à diagnostiquer en les retraçant sous la forme d'une série de petites actions interconnectées.

Pour élaborer une Carte et diagnostic comportementaux :

- Identifiez le profil clé (par exemple, aidant, agent de santé, adolescent) dont le comportement est au centre de l'attention, et notez-le. Si des profils comportementaux ont déjà été élaborés pour cet acteur, utilisez-les pour cartographier et adapter le parcours spécifiquement à ce profil.
- Définissez le comportement cible ou l'action spécifique qui vous intéresse (par exemple, suivre le calendrier vaccinal complet, enregistrer une naissance, pratiquer l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, inscrire son enfant à l'éducation préscolaire et y assister régulièrement, utiliser systématiquement des latrines plutôt que de déféquer en plein air).
- Ensuite, cartographiez les moments du parcours. Il s'agit des petites étapes observables qui mènent au comportement cible ou l'entourent. Ces étapes doivent refléter ce qui se passe avant, pendant et après le comportement cible.

Le tableau 16 fournit des exemples illustratifs de moments clés du parcours, pour toute une série de comportements liés aux résultats en matière



Le cadre « Journey to Health and Immunization » de l'UNICEF. UNICEF, *Guide pratique sur la demande de services de santé : une approche centrée sur l'humain*. New York : UNICEF, 2018.

de droits de l'enfant. Bien qu'elle ne soit pas exhaustive, cette liste a pour but d'aider les équipes à réfléchir aux types de micro-comportements

qui peuvent être pertinents dans leur contexte. Elle peut être adaptée en fonction de l'acteur, du comportement et du contexte spécifiques.

TABLEAU 16. EXEMPLES DE MOMENTS CLÉS DU PARCOURS DANS DIFFÉRENTS DOMAINES COMPORTEMENTAUX

| RÉALISATION DU CALENDRIER COMPLET DE VACCINATION | ENREGISTRER UNE NAISSANCE DANS LES SIX PREMIERS MOIS | PRATIQUER L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF PENDANT LES 6 PREMIERS MOIS | S'INSCRIRE ET FRÉQUENTER RÉGULIÈREMENT L'ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE | UTILISATION SYSTÉMATIQUE DE LATRINES PLUTÔT QUE DÉFÉCATION EN PLEIN AIR |
|---|--|--|--|---|
| 1. Être informé sur les vaccins et le calendrier vaccinal | 1. S'informer sur la nécessité d'enregistrer une naissance | 1. S'informer sur les avantages et les techniques de l'allaitement maternel pendant la grossesse | 1. S'informer sur la disponibilité et l'intérêt de l'ECE | 1. Être informé des pratiques d'hygiène sûres |
| 2. Recevoir un rappel pour la première visite | 2. Comprendre le calendrier et le processus | 2. Commencer l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance | 2. Décider d'inscrire l'enfant | 2. Accéder à des latrines fonctionnelles ou en construire |
| 3. Se rendre au premier rendez-vous à l'heure | 3. Rassembler les documents ou formulaires nécessaires | 3. Allaiter à la demande, jour et nuit | 3. Effectuer l'inscription ou remplir les formalités administratives | 3. Rendre les latrines pratiques, propres et privées |
| 4. Recevoir et comprendre la date de retour | 4. Planifier quand et comment s'y rendre | 4. Éviter de donner de l'eau, du lait maternisé ou d'autres aliments | 4. Préparer l'enfant pour son premier jour | 4. Utiliser les latrines pour tous les besoins liés à la défécation |
| 5. Planifier et préparer la visite de suivi | 5. Se rendre au lieu d'enregistrement | 5. Demander conseil en cas de difficultés (par exemple, douleurs, manque de lait) | 5. Amener l'enfant tous les matins sans faute | 5. Encourager tous les membres du foyer à les utiliser régulièrement |
| 6. Retour pour la prochaine dose prévue | 6. Soumettre les documents et terminer le processus | 6. Maintenir l'allaitement maternel exclusif jusqu'au 6e mois | 6. Assurer la présence de l'enfant tout au long de l'année scolaire | 6. Entretien régulièrement les latrines pour garantir leur bon fonctionnement |
| 7. Suivre le calendrier de vaccination complet | 7. Recevoir et conserver l'acte de naissance | | | |

d. Pour chaque étape du parcours, décrivez ce que le profil ferait idéalement si tout se passait comme prévu : c'est le parcours idéal. Utilisez un langage clair, concret et observable qui met l'accent sur les actions plutôt que sur les espoirs ou les intentions générales. Le parcours idéal doit refléter ce que fait l'acteur, et non ce qu'il sait, ressent ou croit (par exemple, « le soignant emmène l'enfant à la clinique » plutôt que « le soignant est conscient de l'importance des vaccins »). Il doit également refléter une séquence logique, chaque étape menant au comportement cible, en supposant que les aides, les services et les informations essentiels sont en place.

e. Décrivez ce qui se passe dans la réalité. Il s'agit du parcours réel : les actions observées ou rapportées que les gens entreprennent. Par exemple, « La mère allaite, mais donne parfois de l'eau sur les conseils de la famille » ; « Le parent accompagnant amène l'enfant certains jours, mais ne le fait pas lorsqu'il est occupé ou lorsque les frères et sœurs plus âgés sont à la maison ». Concentrez-vous sur ce que fait l'acteur, et non sur l'interprétation de ses motivations, qui viendra à l'étape suivante. Le parcours réel doit refléter le comportement réel basé sur des recherches sur le terrain, des observations et les connaissances des praticiens.

Lorsque vous décrivez le parcours réel, il est important d'identifier les points d'abandon : les moments où l'acteur cesse de progresser vers le comportement cible. Il s'agit d'étapes du parcours où les actions sont retardées, complètement ignorées ou jamais menées à bien. Les points d'abandon signalent souvent des moments de forte friction où un soutien comportemental est le plus nécessaire. Un abandon ne signifie pas nécessairement qu'une personne a « échoué » ; il peut être temporaire (par exemple, des retards répétés) ou plus définitif (par exemple, ne jamais revenir pour un service). Voici quelques exemples de points d'abandon :

- Un parent amène son enfant pour la première dose de vaccin, mais ne revient pas pour la suivante.
- Un parent commence l'inscription, mais s'arrête à mi-chemin en raison de documents manquants.

- Une mère allaite exclusivement pendant deux mois, puis introduit prématurément de l'eau ou de la nourriture.
- Un enfant est inscrit à l'école, mais cesse de la fréquenter régulièrement après quelques semaines.

Pour mettre en évidence ces moments :

- Marquez-les clairement dans la ligne du parcours réel (par exemple, en utilisant un symbole spécifique ou une couleur différente).
- Lors de l'étape du diagnostic, accordez une attention particulière à ces points. C'est souvent là que se concentrent les barrières les plus importantes.
- Les points d'abandon ne sont pas toujours la dernière étape. Ils peuvent survenir à n'importe quel moment du parcours et perturber la progression.

f. Ensuite, examinez chaque moment du parcours afin de comprendre pourquoi le parcours réel s'écarte de l'idéal et pourquoi le comportement ne se produit pas comme prévu. Identifiez les barrières comportementales qui génèrent l'écart entre le parcours idéal et le parcours réel, y compris les facteurs spécifiques liés aux capacités, aux opportunités et à la motivation qui bloquent les progrès à chaque étape du parcours. Cette étape doit s'appuyer sur les données déjà collectées lors de la recherche documentaire (ou revue de la littérature) et de la recherche primaire, plutôt que sur des spéculations et des hypothèses. L'objectif est de traduire les informations qualitatives et quantitatives en barrières comportementales claires et exploitables, en utilisant le Modèle COM-B comme prisme. Pour chaque barrière, utilisez les données issues de la recherche pour poser les questions suivantes :

- Qu'est-ce qui empêche l'acteur d'agir ainsi ?
- À quelle partie du modèle COM-B cela se rapporte-t-il ? (Capacité, opportunité ou Motivation)
- À quoi cela ressemble-t-il exactement dans ce contexte ?

Reportez-vous au **tableau 5. Cartographie des facteurs comportementaux et des facteurs du Cadre COM-B** pour faciliter le processus de diagnostic. Ce tableau décompose chaque partie du Modèle COM-B en facteurs comportementaux plus spécifiques, avec des définitions pour guider l'analyse.

Le tableau est volontairement générique et doit être adapté en fonction du comportement, de l'acteur et du contexte spécifiques. Veillez à éviter les déclarations génériques telles que « faible sensibilisation » ou « manque d'accès ». Décrivez plutôt le type spécifique de barrière présente et la manière dont il se manifeste dans le monde réel. Par exemple :

- Au lieu d'indiquer « le soignant manque de motivation », écrivez : « Le soignant estime qu'une dose de vaccin suffit et ne voit pas l'intérêt de revenir ». (Motivation réfléchie : croyances concernant les conséquences.)
- Au lieu d'indiquer « l'accès à la clinique est un problème », écrivez : « La clinique n'est ouverte que pendant les heures d'ouverture du marché, lorsque les aidants sont au travail. » (Possibilité physique : temps et horaire.)

g. Identifiez les facteurs facilitateurs en réfléchissant à ceux qui aident déjà l'acteur à adopter le comportement souhaité. Réfléchissez également aux facteurs qui pourraient aider davantage l'acteur à adopter le comportement souhaité s'ils étaient renforcés. Il s'agit de facteurs facilitateurs, qui facilitent le comportement, le rendent plus probable ou plus attrayant. Les facteurs facilitateurs peuvent inclure les points forts existants, les systèmes de soutien ou les moments de réussite observés au cours de la recherche. Comme les barrières, ils doivent être décrits clairement et s'appuyer sur des données réelles plutôt que sur des idéaux supposés. Revenez aux données et recherchez :

- Des citations qui expriment une intention ou un engagement positif
- Des dynamiques favorables (par exemple, le soutien des pairs, les rappels, la mobilisation communautaire)

- Les aspects de l'environnement ou de la routine qui facilitent le passage à l'action

Les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux ne sont pas seulement l'absence des barrières : ils sont des facteurs déterminants actifs de comportements positifs. Les identifier peut révéler des opportunités pour encourager, renforcer ou mettre à l'échelle ce qui fonctionne.

Veillez à créer une carte et un diagnostic comportemental pour chaque acteur clé impliqué dans le comportement. Par exemple, si les soignants et les agents de santé influencent tous deux le parcours de vaccination, créez une carte pour les soignants et une autre pour les agents de santé. Chaque acteur a un rôle, un processus décisionnel et un ensemble de barrières comportementales distincts, et les combiner dans une seule carte peut masquer des différences importantes.

Si la recherche suggère des variations importantes au sein d'un même type d'acteur (par exemple, les aidants ruraux par rapport aux aidants urbains, les mères par rapport aux grands-mères, ou les adolescents plus jeunes par rapport aux adolescents plus âgés), envisagez d'élaborer des cartes et diagnostics comportementaux distincts pour chaque sous-groupe. Cela permet une compréhension plus nuancée du parcours et aide à mettre en évidence les différences en matière de barrières, de points d'abandon ou de motivations qui pourraient autrement être négligés. Cependant, évitez de trop segmenter, à moins que les données ne confirment clairement des différences significatives. Concentrez-vous sur les distinctions qui sont pertinentes sur le plan comportemental et exploitables.

Voici quelques conseils pour élaborer une carte et un diagnostic comportementaux solides :

- Rendez-la visuelle si nécessaire. Des outils de collaboration visuelle (par exemple [Miro](#), [Mural](#), [Figma](#)) peuvent être utilisés pour rendre le processus de cartographie plus interactif et plus facile à naviguer, en particulier lorsque les parcours deviennent plus complexes. Le codage couleur des Barrières et des Facteurs facilitateurs / leviers

comportementaux par domaines COM-B peut aider à mettre en évidence les schémas et les regroupements tout au long du parcours comportemental.

- **Tenez compte des besoins en matière de reporting et de diffusion.** La feuille de travail sert d'outil pour structurer l'analyse, mais elle ne doit pas nécessairement constituer le résultat final. En fonction de la manière dont les résultats seront partagés, la carte peut être développée sous la forme d'un rapport narratif, d'une présentation visuelle ou d'un dossier de synthèse.

- **Utilisez le projet de parcours comme base pour obtenir des commentaires et une validation.**

Il peut également être partagé avec des experts en la matière, des praticiens ou des membres de la communauté afin d'obtenir leurs commentaires et leur validation, en particulier si des lacunes ou des hypothèses critiques sont identifiées au cours de l'analyse.

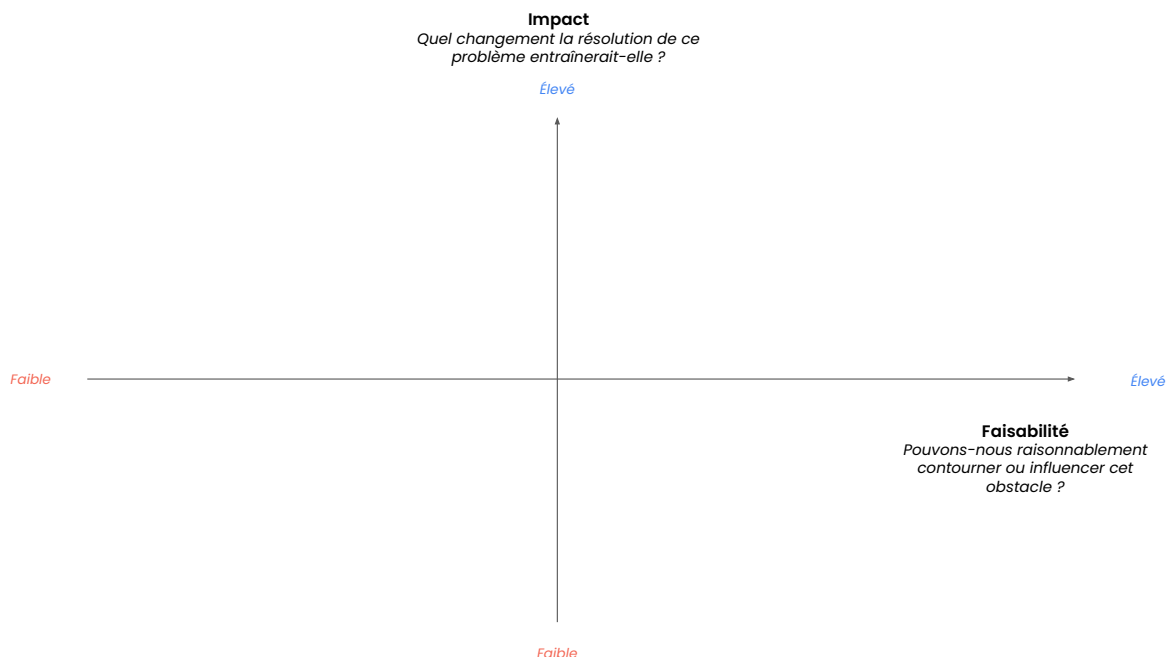
6. Prioriser les barrières principales et facteurs facilitateurs / leviers comportementaux

Après avoir diagnostiqué un large éventail de barrières et de facteurs facilitateurs / leviers comportementaux, il est temps de restreindre le champ d'action. Cette sous-étape permet d'identifier les barrières et les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux les plus importants, ainsi que ceux que les équipes sont les mieux placées

pour traiter. Elle garantit que le processus de conception est à la fois fondé sur des connaissances approfondies et orienté vers l'impact.

Matrice faisabilité-impact

Pour chaque barrière ou facteur favorisant le comportement, placez-le dans l'un des quatre quadrants en fonction de son impact et de sa faisabilité.



La priorisation ne consiste pas à écarter la complexité. Il s'agit plutôt de choisir un point de départ, où nos actions peuvent éliminer le plus de frictions, ouvrir de nouvelles possibilités et apporter des changements mesurables.

Tout en priorisant les différentes barrières, il est important de revenir à la Phase « Définir » et de comprendre comment chaque barrière affecte le problème global et son contexte plus large.

Au cours de cette phase, les équipes passent d'une longue liste de barrières comportementales et de facteurs facilitateurs / leviers comportementaux à une liste restreinte de 4 à 6 domaines prioritaires qui guideront la Phase « Prototyper ».

Chaque priorité doit :

- Aborder un point d'abandon comportemental clair
- S'appuyer sur des preuves formatives
- Être réalisable - quelque chose que la conception peut influencer
- Offrir un potentiel significatif de changement de comportement

Pour créer une liste restreinte de domaines prioritaires :

- a. Réexaminez les cartes comportementales et les diagnostics afin d'analyser l'ensemble des points d'abandon, ainsi que les barrières et les facteurs facilitateurs correspondants identifiés lors du diagnostic. Pour chaque point d'abandon, demandez-vous :
 - Quels sont les moments les plus critiques pour permettre le comportement complet ?
 - Certaines barrières ou facteurs facilitateurs / leviers comportementaux sont-ils récurrents chez plusieurs acteurs ou à plusieurs étapes, ce qui suggère une importance systémique ?
- b. Réexaminez les principaux résultats de la Phase « Définir », en particulier la carte des parties prenantes et des audiences, l'arbre comportemental et la carte systémique (optionnel) avec son analyse des points d'influence. Réfléchissez aux questions suivantes :

- Cette barrière se répète-t-elle chez différents acteurs identifiés dans la carte des parties prenantes et des audiences ?
- Comment cette barrière affecte-t-il les comportements clés des différents acteurs cartographiés dans l'Arbre comportemental ?
- Où se situe cette barrière dans la carte systémique ? Est-il aligné avec un point d'influence identifié ?
- Comment cette barrière se compare-t-elle aux autres en termes d'impact sur l'équité ? Exclut-il un type spécifique de public dans la carte des parties prenantes et des audiences ?

- c. Utilisez la **matrice faisabilité-impact** pour évaluer la faisabilité et l'impact. Pour chaque barrière ou facteur favorable, évaluez les éléments suivants :

- **Impact** : si ce facteur était pris en compte, cela augmenterait-il de manière significative la probabilité que le comportement cible se produise ?
- **Faisabilité** : est-il réaliste de traiter cette question dans le cadre du mandat, des ressources, du calendrier ou des contraintes politiques/organisationnelles de l'équipe ?

- d. Reportez chaque barrière/facteur facilitateur dans la matrice. Ce processus encourage les équipes à ne concevoir que ce qui est à la fois possible et significatif.

- Impact élevé / Faisabilité élevée → Priorité à la conception
- Impact élevé / faisabilité faible → signaler pour un changement ou un plaidoyer à plus long terme
- Faible impact / haute faisabilité → Déprioriser, sauf si cela fait partie d'une condition favorable plus large
- Faible impact / faible faisabilité → Retirer du champ d'application

- e. Sélectionnez 4 à 6 domaines prioritaires parmi les quadrants supérieurs de la matrice faisabilité-impact. Assurez-vous que les domaines prioritaires :

- Couvrent les acteurs et les moments clés du parcours comportemental
- Incluent un mélange de dynamiques liées aux capacités, aux opportunités et à la motivation
- Reflètent une opportunité de conception cohérente, et non pas seulement des idées isolées

Lorsque vous priorisez les comportements, recherchez des tendances dans les données plutôt que des anecdotes isolées. Tenez compte de l'équité et des barrières qui touchent de manière disproportionnée les groupes marginalisés. Les équipes doivent réfléchir à la question suivante : « Si ce problème était résolu, quelles autres possibilités s'offriraient à nous ? »

À la fin de cette étape, l'accent n'est plus mis sur des observations dispersées sur le terrain, mais sur une base structurée et fondée sur le comportement pour agir. Des profils comportementaux riches ont été élaborés et la séquence de micro-comportements qui conduisent ou entravent le changement a été retracée. En outre, les barrières et les facteurs facilitateurs qui façonnent ces comportements ont été diagnostiqués et les domaines d'intervention les plus stratégiques ont été classés par ordre de priorité. Les équipes disposent désormais de bien plus qu'un ensemble de conclusions : elles ont acquis une compréhension solide et centrée sur l'humain de la manière dont le changement se produit et des barrières qui le freinent. Ces informations peuvent désormais propulser les équipes vers la phase suivante : *Prototyper*, où il est temps de commencer à traduire les preuves en solutions.

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Le Profil comportemental, la Carte et diagnostic comportementaux n'ont pas été élaborés par l'équipe de projet d'origine. Il s'agit d'exemples recréés à partir de données et d'un contexte réels.

Synthétiser et analyser les résultats

Après avoir terminé la recherche documentaire et la recherche primaire, l'équipe du projet a synthétisé les données issues des entretiens avec les soignants, les agents de santé, les travailleurs sociaux et le personnel du ministère de la Santé publique. Elle a synthétisé les données clés relatives aux domaines comportementaux COM-B, ainsi que les informations concernant le contexte général, les comportements, les croyances et les motivations des différents participants. Sur la base de ces données, elle a pu analyser et extraire des informations clés afin d'identifier un certain nombre de personas, c'est-à-dire des participants ayant des contextes, des comportements, des désirs et des besoins similaires.

Élaborer un Profil comportemental

L'équipe a classé les données en fonction des personas identifiés, l'un d'entre eux étant une mère syrienne vivant dans un campement informel. L'équipe du projet a ensuite rassemblé toutes les données dont elle disposait sur cinq participants à la recherche considérés comme appartenant à ce « type de persona ». Elle a utilisé ces données pour élaborer un Profil comportemental, qui résumait les informations clés relatives aux caractéristiques, aux comportements généraux, aux croyances, aux motivations et aux normes du persona.

Cet outil a permis à l'équipe de prendre en compte le contexte plus large qui influence la prise de décision et les comportements d'une mère syrienne, au-delà de la seule vaccination. Elle a continué à utiliser ce Profil comportemental tout au long du projet afin de se rappeler pour qui elle concevait et quels autres facteurs pouvaient influencer ses décisions.

Profil comportemental

Acteur : Mère

ÉTUDE DE CAS 1 : AUGMENTATION DES TAUX DE VACCINATION DES ENFANTS AU LIBAN

À propos de moi

Qui suis-je ?

Mère syrienne âgée d'une trentaine d'années. Éducation primaire uniquement - lecture et écriture de base.

Où est-ce que je vis ?

Campement informel dans la vallée de la Bekaa - nous avons emménagé ici en 2015 lorsque nous sommes arrivés au Liban. C'est une zone rurale avec des infrastructures de santé limitées. Elle est très surpeuplée et connaît des problèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

Responsabilités

Je suis frère de m'occuper de ma famille. Je m'occupe de tous les enfants et des tâches ménagères. Parfois, j'aide mon mari à travailler à la ferme.

Comportements

Habitudes et comportements :

Je me lève tôt, au lever du soleil, pour préparer les repas et m'occuper de mes enfants. Je vais chercher de l'eau, je fais le ménage et j'aide aux champs quand c'est nécessaire. Je ne m'éloigne pas beaucoup de la maison, mais je me rends au centre de santé primaire uniquement quand quelqu'un est gravement malade ou quand je reçois un rappel insistant ou la visite d'un agent de santé.

Contexte du comportement cible :

J'ai cinq enfants et les agents de santé communautaires m'ont dit que trois d'entre eux avaient encore besoin de vaccins. J'ai manqué les rendez-vous de vaccination de rappel parce que je ne savais pas quand y aller ni quel vaccin était le suivant. Ils m'ont donné une carte de vaccination une fois, mais je l'ai perdue. Le centre de santé est loin, le transport coûte cher et je ne me sens pas toujours à l'aise d'y aller seule. Les agents de santé communautaires sont venus il y a quelques semaines, mais je n'ai pas bien compris ce que je devais faire ensuite.

Croyances, connaissances et attitudes

Mes croyances et attitudes envers ce comportement sont...

Je pense que les vaccins contribuent à protéger mes enfants, mais il y a d'autres choses plus importantes, comme les nourrir et essayer de les éduquer.

Ce que je sais ou ne sais pas à propos de ce comportement, c'est...

Je ne sais pas toujours quels vaccins mon enfant doit encore recevoir, ni quand la prochaine dose est prévue. Je ne sais pas s'il est acceptable de se présenter en retard une fois que l'on a manqué le rendez-vous. C'est difficile, car je ne comprends pas toujours les agents de sensibilisation.

Les éléments qui, selon moi, m'empêcheront d'adapter ce comportement sont...

- Le temps et le coût du transport. Surtout quand on y va seul, est-ce sûr ?
- Je ne sais pas quand je dois y aller ni combien de fois.
- J'oublie, puis je suis gênée d'y aller en retard.

Normes communautaires et sociale

Ma communauté et ma structure sociale ressemblent à... Il y a beaucoup de réfugiés syriens dans le camp, nous nous sommes donc fait des amis et des leaders. Mon mari rencontre les leaders une fois par semaine pour comprendre ce qui se passe dans la communauté.

Les normes communautaires, religieuses et/ou de genre auxquelles j'adhère sont...

Je ne pense pas qu'il soit toujours approprié pour les femmes de voyager seules, surtout sur de longues distances ou la nuit. Je préfère également ne pas me retrouver seule avec un homme que je ne connais pas. Je peux prendre des décisions concernant la maison et mes enfants, mais je m'assure d'obtenir la permission de mon mari pour certaines décisions.

Les personnes qui m'influencent le plus sont...

- Ma belle-sœur. Nous avons voyagé tous ensemble depuis la Syrie. Ils sont notre seule famille maintenant. Je parle également à nos voisins qui ont des enfants du même âge que les miens.
- La seule personne avec qui je parle régulièrement en dehors de ma communauté est l'assistante sociale.

Motivation et priorités

Ce qui me motive, c'est...

Être une bonne mère. Presque tout ce que je fais vise à protéger mes enfants et à leur donner ce dont ils ont besoin. Il est important que la communauté me considère comme une bonne épouse et une bonne mère.

Je veux/j'ai besoin de...

Avoir tout ce dont j'ai besoin pour m'occuper de mes enfants afin qu'ils soient en sécurité et en bonne santé.

Un jour, je veux quitter ce camp et m'installer dans un logement permanent.

Mes principales priorités sont...

Assurer la sécurité et le bonheur de mes enfants.

M'occuper de la maison et prendre soin de mon mari pendant qu'il subvient à nos besoins.

Élaborer une carte et un diagnostic comportementaux

Ce modèle de Carte et diagnostic comportementaux n'a pas été développé par l'équipe de projet d'origine. Il s'agit d'un exemple recréé à partir de données et du contexte réels du projet. Certains détails peuvent ne pas être tout à fait exacts, mais l'objectif est d'illustrer à quoi pourrait ressembler une Carte et diagnostic comportementaux complète dans la pratique.

En s'appuyant sur le profil comportemental, l'équipe du projet a élaboré une carte comportementale et un diagnostic comportementaux afin de retracer le parcours de la mère syrienne pour faire vacciner ses enfants. À partir des informations recueillies lors de la recherche sur le terrain, ils ont commencé par identifier les « moments » clés du parcours de vaccination d'un parent (depuis le moment où il entend parler des vaccins jusqu'à la fin de la série complète). Ces sept moments ont permis de structurer la carte comportementale et de mettre en évidence le processus étape par étape suivi par les aidants.

Pour chaque moment, l'équipe a ensuite défini deux facteurs : le comportement idéal qui conduirait à une vaccination complète et en temps opportun, et le comportement réel des parents, basé sur des observations de terrain et des entretiens approfondis. Par exemple, à la fin de leur première visite de vaccination, l'idéal était que les parents demandent la date de la prochaine vaccination et reçoivent une note avec la date écrite. Cependant, le comportement réel était plus incertain.

Les aidants entendaient souvent la date de la deuxième dose de vaccin verbalement, mais n'avaient aucun moyen de la noter, ce qui entraînait des oublis par la suite.

Ensuite, l'équipe a diagnostiqué les barrières à l'origine de cet écart à l'aide du modèle COM-B. Dans le cas ci-dessus, le problème était lié à la capacité psychologique (difficulté à retenir les informations) et à l'opportunité physique (absence de rappels à emporter). Au moment de se souvenir de la date, les aidants oubliaient souvent ou se sentaient dépassés, ce que l'équipe a codé comme une motivation automatique, façonnée par une surcharge cognitive et un stress émotionnel.

Cependant, tous les comportements ne divergeaient pas. Par exemple, lors de la deuxième étape du parcours (c'est-à-dire la première visite pour la vaccination), les aidants étaient largement conformes à l'idéal. Cela a révélé que les véritables barrières commençaient après la première visite, ce qui a renforcé l'importance de concentrer les interventions sur les comportements de suivi plutôt que sur la sensibilisation initiale.

Enfin, l'équipe a identifié les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux existants à chaque étape. Il s'agissait notamment des encouragements verbaux des agents de santé, des premières expériences positives avec les vaccins et des rappels informels des pairs. Ce processus a aidé l'équipe à identifier les micro-comportements les plus importants, les raisons de leur échec et les domaines

dans lesquels des incitations peu coûteuses pouvaient favoriser le changement. La carte comportementale est devenue un outil de diagnostic fondamental pour guider l'idéation et le développement de prototypes.

Bien que cet exemple se concentre sur les soignants syriens, des recherches plus larges ont également révélé des barrières distinctes parmi les familles libanaises. Il s'agissait notamment d'un manque de confiance dans la qualité des vaccins et des services proposés, et de la conviction qu'elles avaient droit à de meilleurs soins que ceux fournis dans le cadre des programmes destinés aux populations non libanaises.

Carte et diagnostic comportementaux

Acteur : personnes chargées de s'occuper des enfants

| Moments du parcours À quelle phase du parcours en sommes-nous ? | 1. Entendre parler des vaccins | 2. Première visite | 3. Obtenir une date de retour | 4. Planifier la visite de retour | 5. Se souvenir de la date | 6. Se présenter à l'heure | 7. Respecter le calendrier complet |
|--|--|---|--|---|---|---|---|
| Parcours idéal À quoi ressemble le voyage idéal ? | Le parent écoute les conseils d'une source fiable dans le domaine de la santé ou du sein de la communauté et demande des détails sur le calendrier de vaccination. | Le responsable de l'enfant amène celui-ci au centre de santé et reçoit la première dose de vaccin à l'heure prévue. | Le responsable demande et reçoit par écrit la date du rendez-vous et reçoit la confirmation verbale qu'il a bien compris. | Le responsable de l'enfant discute et organise l'heure et le transport avec le foyer, en planifiant le retour à l'avance. | Le responsable utilise la carte de rendez-vous ou la note téléphonique pour se souvenir de la date de retour et se prépare mentalement à l'avance. | Le responsable de l'enfant amène l'enfant à la clinique à la date prévue ou à une date proche pour la deuxième dose. | Le responsable continue de suivre le calendrier vaccinal complet jusqu'à ce que toutes les doses requises aient été administrées. |
| Véritable parcours À quoi ressemble le parcours réel ? | Le responsable de l'enfant entend parler des vaccins de manière informelle, mais ne cherche pas activement à obtenir des précisions. | Le responsable de l'enfant amène l'enfant au centre de santé et reçoit la première dose de vaccin à temps. | Le responsable de l'enfant entend la date de retour verbalement, mais ne la note pas et ne s'en souvient pas plus tard. | Le responsable retarde la planification en raison d'incertitudes, de priorités concurrentes ou d'un manque de soutien. | Le responsable oublie la date de retour ou est distrait par le stress quotidien et la charge émotionnelle. | Le parent reporte le retour, manquant souvent le suivi prévu. | Le responsable de l'enfant abandonne après une ou deux doses et ne termine pas le programme complet. |
| Barrières Quels sont les barrières qui font que le parcours réel diffère du parcours idéal ? Utilisez le Modèle COM-B pour diagnostiquer le type de barrière présent. | Opportunité sociale : discussions entre pairs ou normes limitées concernant le suivi. Motivation réfléchie : faible sentiment d'urgence à agir. | Opportunité sociale : confiance dans les travailleurs de première ligne. | Capacité psychologique : faible niveau d'alphabétisation et de rétention d'informations. Possibilité physique : absence de rappel ou de documentation à emporter. | Possibilité physique : clinique éloignée, transport coûteux, problèmes de sécurité. Possibilité sociale : contrôle indirect des déplacements du ménage par le mari (contextuel). | Motivation automatique : clinique éloignée, surcharge cognitive et stress émotionnel. Capacité psychologique : absence d'aide externe ou d'aide-mémoire. | Motivation réfléchie : perception d'un faible bénéfice par rapport à un coût élevé. Opportunité physique : temps d'attente, procédures peu claires et longues files d'attente. | Opportunité sociale : normes limitées concernant l'achèvement de la série. Motivation automatique : récits négatifs de pairs concernant leur expérience à la clinique. Possibilité physique : carte perdue ou endommagée. |
| Facteurs facilitateurs / leviers comportementaux Motivations existantes, influences, frictions pouvant être éliminées, etc. qui permettraient à l'acteur clé d'adopter le comportement souhaité. | Réseaux de pairs et ONG locales existants, intérêt pour le bien-être des enfants. | Normes sociales positives précoces pour le premier vaccin, confiance dans les travailleurs de première ligne. | Conseils des professionnels de santé ; certains Personnes chargées de s'occuper des enfants peuvent noter des rappels de manière informelle. | Routines familiales, coordination avec d'autres personnes se rendant à la clinique, proximité des services. | Rappels informels des voisins ; forte intention si rappelé. | Sens des responsabilités ; interactions positives passées avec le centre de santé. | Encouragements verbaux des professionnels de santé ; formation d'une habitude si les rappels sont réguliers. |

Appliquer une matrice faisabilité-impact

Ce modèle de matrice faisabilité-impact n'a pas été développé par l'équipe de projet d'origine. Il s'agit d'un exemple recréé à partir de données et d'un contexte réels du projet. Certains détails peuvent ne pas être tout à fait exacts, mais l'objectif est d'illustrer à quoi pourrait ressembler une carte et diagnostic comportementaux complets dans la pratique.

Après avoir terminé la carte et le diagnostic comportementaux, l'équipe du projet a utilisé la matrice faisabilité-impact pour prioriser les barrières et les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux à traiter lors de la Phase « Prototyper ». Chaque facteur a été évalué en fonction de son impact potentiel sur la capacité des aidants à mener à bien le parcours de vaccination et de la faisabilité de l'influencer par la conception comportementale. Les barrières ont également été examinées à la lumière de la carte systémique et de l'arbre comportemental élaborés lors de la Phase « Définir » précédente. Cela a aidé l'équipe à comprendre le rôle joué par chaque barrière dans le contexte plus large du problème.

Ce processus a aidé l'équipe à passer de l'identification des facteurs déterminants du comportement à la sélection de points d'intervention pratiques. Si certains défis, tels que la distance importante à parcourir pour se rendre à la clinique, ont été reconnus comme importants, ils

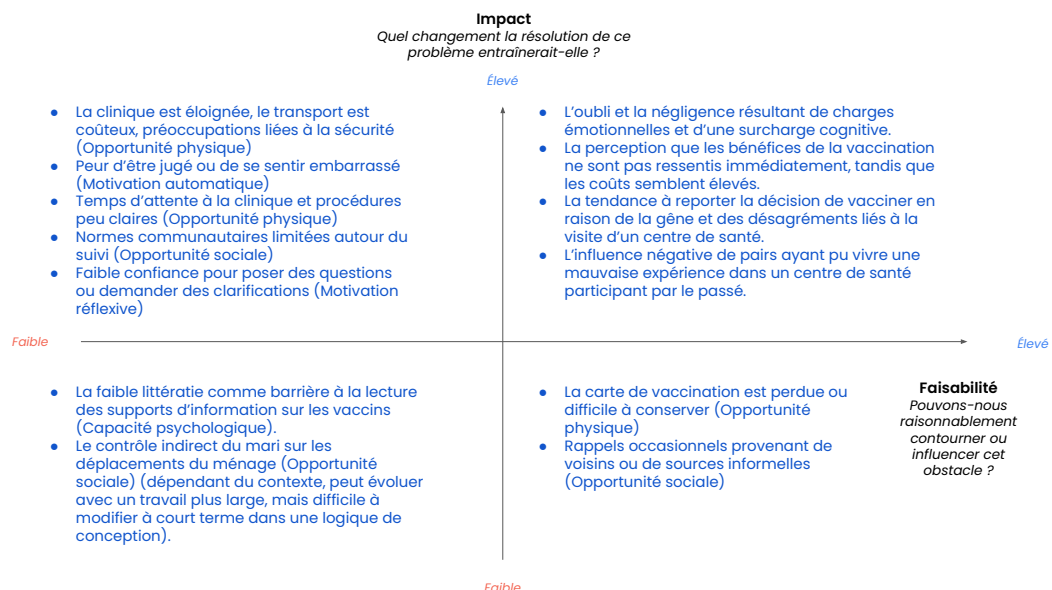
ont été jugés moins faciles à traiter directement dans le cadre du projet. En revanche, l'équipe a donné la priorité aux barrières qui étaient à la fois très influentes et réalisables. Il s'agissait notamment des suivants :

- l'oubli et l'inaction liés à la tension émotionnelle et à la surcharge cognitive
- la perception que les bénéfices de la vaccination sont différés, alors que l'effort et les effets secondaires sont immédiats
- la tendance à reporter la vaccination en raison de la gêne occasionnée par la fréquentation des services de santé
- l'influence décourageante de pairs ayant déjà fait l'expérience d'un mauvais traitement dans des centres de santé

En organisant ces informations dans la matrice, l'équipe a identifié un ensemble ciblé de défis comportementaux afin d'orienter la conception des interventions. Cela a permis de garantir que leurs efforts étaient à la fois stratégiques et adaptés aux expériences quotidiennes des soignants.

Matrice faisabilité-impact

Pour chaque barrière ou facteur favorisant le comportement, placez-le dans l'un des quatre quadrants en fonction de son impact et de sa faisabilité.

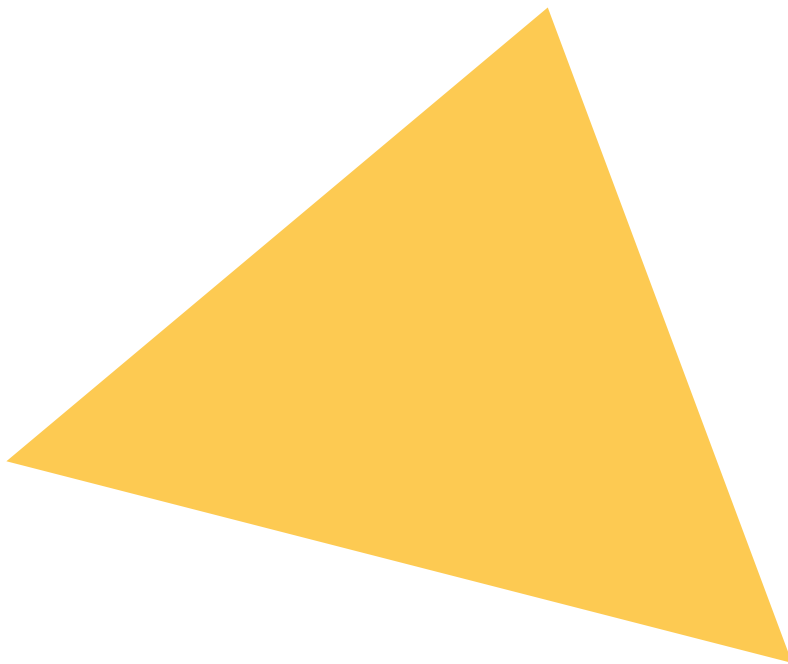


Liste de vérification finale pour Explorer

- Recherche documentaire initiale
- Objectifs et questions de recherche primaires
- Plan de recherche primaire et protocole de recherche primaire
- Carte et diagnostic comportementaux
- Matrice faisabilité-impact

Facultatif :

- Profil comportemental



En savoir plus :

Ce guide pratique est conçu avec des outils, des cadres et des méthodologies pratiques permettant aux équipes d'appliquer les sciences comportementales à toute une série de défis concrets. Les sciences comportementales s'inspirant de plusieurs disciplines, notamment la conception centrée sur l'humain, l'économie expérimentale et la pensée systémique, nous avons sélectionné une série d'approches qui reflètent cette diversité. Les sciences comportementales constituent un domaine vaste et en constante évolution, et il serait impossible de couvrir tous les outils et toutes les perspectives dans un seul guide. C'est pourquoi nous avons inclus cette section pour ceux qui souhaitent approfondir leurs connaissances. La section suivante propose des ressources supplémentaires pour explorer des sujets spécifiques présentés dans le guide, offrant ainsi la possibilité de poursuivre un parcours d'apprentissage à son propre rythme.

« Je veux comprendre les fondements de la recherche qualitative et savoir quand l'utiliser. »

Si vous êtes novice en matière de recherche qualitative ou si vous souhaitez une introduction claire et structurée, l'ouvrage [d'Allison Hurst intitulé Introduction to Qualitative Research Methods \(Introduction aux méthodes de recherche qualitative\)](#) est un excellent point de départ. Ce manuel gratuit passe en revue tous les aspects de la recherche, des questions de recherche à l'analyse, et propose de nombreux exemples concrets pour aider à donner vie aux concepts.

Pour approfondir votre compréhension des cas dans lesquels les méthodes qualitatives sont appropriées et de la manière de défendre leur rigueur, consultez [l'article de Hammarberg et al. \(2016\) dans Human Reproduction](#). Cet article explique ce qui rend la recherche qualitative crédible et offre des conseils pratiques pour expliquer les choix méthodologiques aux bailleurs de fonds, aux évaluateurs ou aux sceptiques qui ne sont peut-être pas familiers avec cette approche.

« Je veux apprendre à identifier les preuves de haute qualité. »

[L'approche GRADE](#), couramment utilisée dans les méta-analyses et les revues systématiques, est une ressource et un cadre largement utilisés pour évaluer la qualité des preuves. Essentiellement, GRADE fournit une méthode

transparente et structurée pour évaluer notre confiance dans les preuves disponibles. Elle classe la qualité des preuves en différents niveaux en fonction de facteurs qui peuvent réduire ou augmenter notre confiance, tels que le risque de biais, la cohérence, la pertinence et la précision. Cela aide les évaluateurs à évaluer non seulement ce que disent les preuves, mais aussi le degré de confiance qu'ils peuvent accorder à ces résultats.

« Je veux apprendre à déterminer la taille de l'échantillon pour les études qualitatives. »

Oubliez les règles universelles. Explorez plutôt le concept de « puissance informationnelle » introduit par [Malterud et al. \(2016\)](#). Cette idée aide les chercheurs à se concentrer sur la valeur de l'information que chaque participant apporte à une étude, plutôt que sur des notions arbitraires de saturation, ce qui permet de planifier votre échantillon de manière plus stratégique et plus significative.

« Je souhaite adopter une approche décoloniale dans mes recherches qualitatives. »

Le [Centre for Critical Qualitative Health Research \(CCQHR\) de l'Université de Toronto](#) propose une multitude de ressources avancées. Son site web comprend des listes de lectures sélectionnées sur les méthodes autochtones et décoloniales, des anthologies sur la santé en espagnol et en portugais, ainsi que des enregistrements de conférences données par des penseurs de renom. Toutes ces ressources sont disponibles gratuitement en ligne et sur leur chaîne YouTube.

Une ressource fondamentale dans ce domaine est *l'ouvrage Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples* (2e éd., 2012) de Linda Tuhiwai Smith, qui examine de manière critique les liens entre les pratiques de recherche et l'histoire coloniale et propose des approches pratiques pour décoloniser la recherche. Le manuel est disponible à l'achat ou peut être consulté gratuitement [ici](#).

« Je souhaite avoir accès à des revues et à des possibilités d'apprentissage continu. »

Pour vous tenir au courant des idées et des méthodologies émergentes, pensez à explorer deux revues en libre accès : [l'International Journal of Qualitative Methods \(IJQM\)](#) publie des articles de grande qualité qui repoussent les limites

méthodologiques, tandis que [Forum: Qualitative Social Research \(FQS\)](#) partage des travaux innovants en anglais, allemand et espagnol depuis plus de deux décennies.

« Je souhaite obtenir des conseils sur la manière de concevoir et d'analyser une recherche qualitative. »

Si vous êtes prêt à vous plonger davantage dans la conception de votre propre recherche qualitative, ces manuels sont indispensables :

- FHI 360 – [Qualitative Research Field Guide](#), qui comprend des étapes pratiques pour introduire les méthodes de recherche qualitative.
- [Qualitative Inquiry and Research Design de Creswell & Poth](#) vous guide à travers cinq approches majeures, notamment la théorie narrative et la théorie fondée, avec des exemples détaillés.
- [Méthodes qualitatives pour la recherche en santé de Green & Thorogood](#) est particulièrement pertinent pour ceux qui travaillent dans le domaine de la santé publique ou en milieu clinique.
- [Qualitative Research Design de Maxwell](#) souligne l'importance de la cohérence et de l'interactivité dans la conception de la recherche, avec des outils pour aider à élaborer des propositions solides.

« Je souhaite en savoir plus sur l'utilisation des différentes approches quantitatives pour mes recherches. »

La recherche quantitative exploratoire commence souvent par des enquêtes, des statistiques descriptives et des tableaux croisés afin d'examiner les relations entre les comportements, les croyances et le contexte. Commencez par apprendre à formuler de bonnes questions de recherche, à choisir des indicateurs appropriés et à structurer des instruments d'enquête qui génèrent des données utiles et analysables.

Le [DIME Analytics Data Handbook](#) est un excellent guide étape par étape pour gérer les flux de données (de la planification à la collecte, au codage et au stockage) adapté aux équipes travaillant dans des contextes de développement réels. Pour une base académique plus structurée, le [manuel Springer sur les méthodes quantitatives pour les sciences sociales](#) fournit des

explications accessibles sur les statistiques descriptives, les types de variables et les techniques de visualisation des données. Pour ceux qui travaillent dans le domaine de la santé, [Mixed Methods in Health Sciences Research: A Practical Primer](#) de Curry et Nunez-Smith offre des conseils sur la manière de combiner judicieusement les approches quantitatives et qualitatives pour les questions de recherche dans le monde réel.

« Je souhaite en savoir plus sur les différents cadres de comportement afin d'orienter mes recherches et d'analyser les données. »

Pour ceux qui souhaitent en savoir plus sur les différents cadres de comportement pouvant être utilisés à la fois pour orienter la recherche primaire et analyser les données qualitatives, voici quelques ressources supplémentaires pour en savoir plus sur les cadres mentionnés dans ce chapitre :

- [Le cadre des facteurs déterminants du comportement et social de la vaccination \(BeSD\) de l'Organisation mondiale de la santé](#) fournit un outil structuré pour diagnostiquer et traiter les facteurs déterminants de l'adoption des vaccins. Il classe les influences en quatre domaines : ce que les gens pensent et ressentent, les processus sociaux, la motivation et les questions pratiques, ce qui le rend particulièrement adapté à la recherche et à la planification liées à la vaccination.
- Le modèle socio-écologique, développé à l'origine par Urie Bronfenbrenner, est un cadre largement utilisé qui se concentre sur les différents réseaux entourant une personne. [L'UNICEF en propose une version adaptée aux enfants.](#)
- [Le modèle des déterminants comportementaux \(BDC\)](#) offre un cadre flexible et sensible au contexte qui permet aux équipes d'explorer les facteurs cognitifs, sociaux, émotionnels et environnementaux qui façonnent le comportement humain. Il est particulièrement utile dans la recherche formative et pour identifier les possibilités d'interventions ciblées.
- Pour ceux qui recherchent un modèle plus simple fondé sur la psychologie comportementale, [le modèle B-MAP \(Comportement-Motivation-Ability-Prompt\) de Fogg](#) offre une perspective accessible pour comprendre et influencer le comportement.

Ressources :

1. Ajzen, Icek. "The Theory of Planned behaviour: Frequently Asked Questions." Human behaviour and Emerging Technologies 2, no. 4 (2020): 314–324.
2. Bakrania, Shivit, ed. Methodological Briefs on Evidence Synthesis. UNICEF Office of Research – Innocenti, 2020. <<https://www.unicef.org/innocenti/documents/methodological-briefs-evidence-synthesis>>.
3. Bjärkefur, Kristoffer, Luiza Cardoso de Andrade, Benjamin Daniels, and Maria Ruth Jones. Development Research in Practice: The DIME Analytics Data Handbook. Washington, DC: World Bank, 2021.
4. Braun, Virginia, and Victoria Clarke. "Using Thematic Analysis in Psychology." Qualitative Research in Psychology 3 (2006): 77–101. <<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>>.
5. Busara Center for behavioural Economics. Barriers and Levers Framework. Nairobi: Busara.
6. Busara Center for behavioural Economics. Conducting Rigorous Qualitative Research. Nairobi: Busara.
7. Busara Center for behavioural Economics. Mixed Methods Research Toolkit. Nairobi: Busara.
8. Center for Advanced Hindsight. behavioural Mapping Cheat Sheet. Durham: Duke University.
9. Center for Critical Qualitative Health Research, University of Toronto. "Resources and Publications." <<https://ccqhr.utoronto.ca/resources/publications>>.
10. Copper, S., and K. Perry. "Survey Design." J-PAL, 2023. <<https://www.povertyactionlab.org/resource/survey-design>>.
11. Creswell, John W. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2014.
12. Decision Lab. COM-B Framework. Available at <<https://www.thedlab.com>>.
13. Empatika. Social Determinants Influencing Access to Malaria Services: A Formative Study in NTT, Papua and West Papua. UNICEF Indonesia, 2021. <https://www.unicef.org/indonesia/health/reports/social-determinants-influencing-access-malaria-services>.
14. Fogg, B. J. Fogg behaviour Model: B=MAP. Stanford: Behaviour Design Lab.
15. Forum: Qualitative Social Research (FQS). <<https://www.qualitative-research.net>>.
16. Green, Judith, and Nicki Thorogood. Qualitative Methods for Health Research. 4th ed. London: Sage Publications, 2018.
17. Hammarberg, Karin, Maggie Kirkman, and Shelley de Lacey. "Qualitative Research Methods: When to Use Them and How to Judge Them." Human Reproduction 31, no. 3 (2016): 498–501. <<https://doi.org/10.1093/humrep/dev334>>.
18. Hurst, Allison. Introduction to Qualitative Research Methods. Corvallis, OR: Oregon State University, 2023. <<https://open.oregonstate.edu/qualresearchmethods/>>.
19. Interaction Design Foundation. behavioural Personas. <<https://www.interaction-design.org>>.
20. International Institute for Environment and Development. Stakeholder Power Analysis. London: IIED.
21. International Journal of Qualitative Methods (IJQM). <<https://journals.sagepub.com/home/IJQ>>.
22. Jackson II, Ronald, David Drummond, and Sakile Camara. "What Is Qualitative Research?" Qualitative Research Reports in Communication 8 (2007): 21–28. <<https://doi.org/10.1080/17459430701617879>>.
23. J-PAL. IRB Proposals. Cambridge, MA: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
24. J-PAL. Research Resources. Cambridge, MA: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
25. J-PAL. Survey Design. Cambridge, MA: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
26. Kauschanski, Alexander. The Power of Youth: Instruments and Case Studies for Effective Youth Participation. desk review, UNICEF, January 2020. <<https://www.unicef.org/ukraine/>>

[en/reports/power-youth-instruments-and-case-studies-effective-youth-participation>](#)

27. Malterud, Kirsti, Volkert D. Siersma, and Ann Dorrit Guassora. "Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power." *Qualitative Health Research* 26, no. 13 (2016): 1753–1760. <<https://shorturl.at/7p1bt>>.
28. Maxwell, Joseph A. *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2013.
29. Michie, Susan, Maartje M. van Stralen, and Robert West. "The Behaviour Change Wheel: A New Method for Characterising and Designing Behaviour Change Interventions." *Implementation Science* 6 (2011): 42. <<https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>>.
30. Ng, Candy F. "Behavioural Mapping and Tracing." In *Research Methods for Environmental Psychology*, edited by Robert Gifford, 29–52. Wiley, 2016.
31. Patton, Michael Quinn. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.
32. SAGO. *Sampling for Formative Qualitative Research*. <<https://sago.com>>.
33. Schünemann, Holger J., Jan Brožek, Gordon Guyatt, and Andrew Oxman, eds. *GRADE Handbook for Grading Quality of Evidence and Strength of Recommendations*. <<https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>>.
34. Scottish Government. *The ISM User Guide: Influencing Behaviours through the Individual, Social and Material Context*. Edinburgh: Scottish Government.
35. The Behavioural Insights Team. *Explore Field Guide: A Practical Tool to Map and Unpack Behaviour*. 2022.
36. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*. London: SAGE Publications.
37. The Uncertainty Project. *Mini-Delphi Method*. Available at <<https://uncertaintyproject.org>>.
38. UK Aid. *Political Economy Analysis: A Beginner's Guide*. London: DFID.
39. UK Government (Public Health England). *How to note: Assessing the Strength of Evidence (Guidance Note)*. March 2014. Accessed August 27, 2025. <<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c95eed915d6969f45eb5/HTN-strength-evidence-march2014.pdf>>.
40. UNESCO Institute for Statistics. *Guide to Conducting an R&D Survey*. Paris: UNESCO.
41. UNICEF. *Behavioural Drivers Model (BDM)*. New York: United Nations Children's Fund.
42. UNICEF SBC Guidance. *Building an SBC Strategy*. UNICEF, n.d. <<https://www.sbcguidance.org/create/building-sbc-strategy>>.
43. UNICEF. *Ethical Standards in Research*. New York: United Nations Children's Fund.
44. UNICEF. *Global Multisectoral Operational Framework for the Use of behavioural and Social Sciences in Programming*. New York: United Nations Children's Fund, 2022. <<https://www.unicef.org/media/135011/file/Global%20multisectoral%20operational%20framework.pdf>>.
45. University of Warwick. *Literature Review, Questions, and Methods*. Coventry: University of Warwick.
46. vLab. *Overview of Qualitative Methods*. Available at <<https://vlab.org>>.
47. World Bank. "LSMS Practical Guide to Fieldwork Training." *World Bank Blogs*. <<https://blogs.worldbank.org>>.
48. World Health Organization and UNICEF. *Behavioural and Social Drivers of Vaccination: Tools and Practical Guidance for Achieving High and Equitable Immunization Coverage*. Geneva: WHO, 2022. <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049680>>.



Prototyper

Bienvenue dans le chapitre consacré à la phase “Prototyper” !

Dans cette phase, l'analyse se transforme en action. L'objectif est de concevoir et de prototyper des interventions potentielles visant à modifier le(s) comportement(s) cible(s) ou micro-comportement(s), en s'attaquant aux barrières prioritaires et en mobilisant les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux identifiés lors de la phase précédente, Phase « Explorer » du processus DEPTHS (Explorer & Diagnostiquer). Ancrés dans les données probantes et la théorie du changement ainsi que dans la science comportementale, ces prototypes prennent forme à travers une conception créative et la co-création avec les utilisateurs, avant d'être affinés grâce à des retours itératifs issus d'un test rapide. Ce processus permet d'identifier les solutions les plus prometteuses en vue d'un pilote et d'une mise à l'épreuve dans des conditions réelles.

Pourquoi prototyper ?

Il est facile de retomber sur des solutions familières, en particulier celles qui ont fonctionné dans le passé ou dans d'autres contextes. Cette approche permet souvent de réduire l'incertitude, mais peut aussi limiter la créativité et freiner la conception d'interventions plus efficaces, adaptées localement ou plus rentables. C'est pourquoi il est essentiel d'explorer délibérément de nouvelles possibilités, lorsque cela est possible.

La phase « Prototyper » se concentre sur la génération et le test de réponses pratiques aux défis comportementaux identifiés. Elle encourage l'élaboration d'un large éventail de prototypes et d'interventions comportementales ancrés dans les sciences comportementales, visant à résoudre les barrières prioritaires et à tirer parti des facteurs facilitateurs / leviers comportementaux. Les idées les plus prometteuses sont ensuite sélectionnées pour être co-créées, testées avec de vrais utilisateurs, afin de garantir que les solutions soient à la fois innovantes et adaptées aux barrières spécifiques révélées lors de la phase *Explorer*.

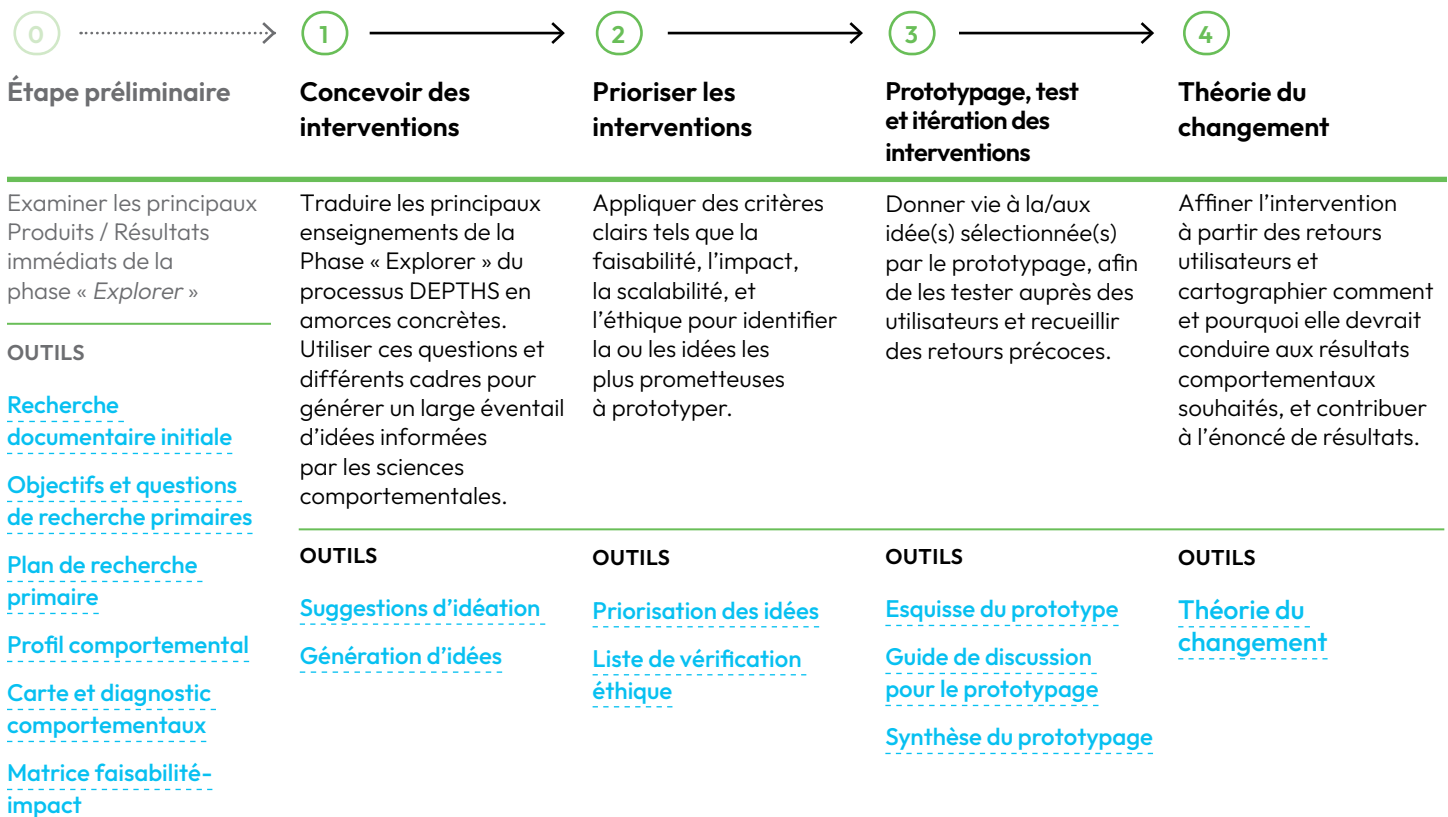
Comment pouvons-nous prototyper ?

Dans cette troisième phase de la méthodologie DEPTHS, quatre étapes permettent de guider le processus de conception d'une intervention comportementale.

Chaque étape inclut des outils, des recommandations expliquant pourquoi ils sont essentiels, ainsi qu'un guide sur leur utilisation. **Une étude de cas portant sur l'augmentation de la couverture vaccinale infantile au Liban** illustrera comment ces outils peuvent être appliqués en pratique.

Avant de commencer la phase « Prototyper », assurez-vous d'avoir complété toutes les étapes des phases « Définir » et « Explorer ».

Résumé de la phase « Prototyper »



Pièges fréquents

Certaines erreurs fréquentes peuvent compromettre la qualité d'un travail informé par les sciences comportementales. Tout au long de la Phase « Prototyper » du processus DEPTHS, gardez à l'esprit les risques ci-dessous :

- **S'appuyer sur des approches familières plutôt que sur un véritable prototypage.** En sciences comportementales, il est facile de retomber sur des interventions classiques comme les rappels, des messages génériques sur les normes sociales, ou des campagnes de communication basées sur des enquêtes CAP (connaissances, attitudes, pratiques). Ces approches peuvent générer certains enseignements ou accroître la visibilité, mais elles risquent de ne pas répondre aux véritables barrières et facteurs déterminants identifiés lors de la phase d'analyse. Des prototypes efficaces doivent s'ancrer dans les barrières et facteurs facilitateurs comportementaux réels — comme les routines des aidants, les réalités du système de santé, ou les normes sociales — et aller au-delà de simples messages vers de véritables changements de comportement.
- **Considérer l'idéation comme une page blanche.** La créativité est essentielle, mais un brainstorming sans structure peut aboutir à des idées impraticables ou déconnectées du problème. Les interventions réussissent davantage lorsqu'elles sont ancrées dans des données probantes comportementales et qu'elles répondent à des barrières diagnostiquées. Par exemple, concevoir une application numérique peut sembler innovant, mais si l'accès à Internet est limité ou si peu de personnes possèdent un téléphone compatible, l'intervention sera inefficace. De même, proposer des réunions éducatives en groupe peut échouer dans un contexte où les normes découragent les discussions publiques sur les décisions liées aux enfants.
- **Trouver le juste équilibre.** L'objectif est de combiner : un ancrage solide dans les données comportementales et insights locaux, et l'ouverture à des solutions créatives adaptées au contexte. La structure ne freine pas l'innovation : elle la concentre. De la même façon, adapter une idée ne signifie pas abandonner les outils déjà éprouvés, mais les ajuster aux réalités des personnes concernées.
- **Ignorer les tests à petite échelle.** Se précipiter sur le terrain sans recueillir de retours précoces ou sans itération peut mener à des choix difficiles à corriger plus tard. Le prototypage permet d'identifier des incompréhensions, des frictions ou des effets inattendus avant d'investir davantage. Tester tôt, souvent, et si possible à faible coût, permet d'améliorer les idées lorsqu'elles sont encore flexibles.
- **Considérer l'équité comme une simple liste de contrôle.** Même avec de bonnes intentions, une intervention peut causer du tort si elle n'est pas conçue ni testée avec sensibilité. Les idées informées par le comportement interagissent souvent avec les émotions, l'identité ou les expériences des individus — ce qui implique une responsabilité morale. Faire de l'équité un prisme d'analyse consiste à se demander continuellement : Qui pourrait être exclu ? Qui pourrait se sentir jugé ou mal à l'aise ? Cette intervention pourrait-elle renforcer des stigmas ou alourdir la charge pour des personnes vulnérables ? L'équité est essentielle pour concevoir des solutions justes, inclusives et réellement bénéfiques aux communautés concernées.

ÉTUDE DE CAS :

Le cas de l'augmentation de la vaccination des enfants au Liban

Au Liban, l'augmentation de la pauvreté et l'arrivée de plus d'un million de réfugiés ont fortement mis sous pression le système national de vaccination. Malgré le lancement d'un programme accéléré de vaccination visant à élargir l'accès gratuit aux vaccins via des activités communautaires, la couverture est demeurée faible dans plusieurs districts — en particulier parmi les populations réfugiées et à faibles revenus. Face à ce constat, une équipe pluridisciplinaire composée de Nudge Lebanon, de l'UNICEF et du Ministère de la Santé Publique (MoPH) s'est réunie pour mieux comprendre les facteurs comportementaux et contextuels contribuant aux faibles taux de retour des enfants pour leurs doses de vaccination.

Dans la Phase « Définir » du processus DEPTHS, l'équipe a utilisé les données disponibles du programme pour cartographier la couverture vaccinale selon les régions et identifier les districts les moins performants. Elle s'est concentrée sur les populations vulnérables, notamment celles vivant dans des campements informels ou dans des communautés sous-dotées, et a collaboré avec des acteurs locaux afin d'analyser le système plus large qui encadre la vaccination des enfants. Grâce à la carte des parties prenantes, au profil comportemental et à des exercices d'analyse des causes profondes, l'équipe a identifié des lacunes — non seulement en termes d'accès, mais aussi de suivi par les aidants et de préparation des cliniques.

Dans la Phase « Explorer » du processus DEPTHS, l'équipe a mené un travail approfondi sur le terrain en utilisant des outils issus de la science comportementale appliquée (SCA). À travers des entretiens avec des aidants, des prestataires de soins et des agents communautaires, ainsi que l'observation de visites à domicile, ils ont cartographié le parcours des aidants et repéré d'importants points d'abandon. Les aidants n'étaient pas opposés à la vaccination ; toutefois, les contraintes du quotidien

rendaient difficile le retour en clinique. Les principales barrières comprenaient l'oubli des rendez-vous, la surcharge cognitive et des instructions peu claires. Ces diagnostics comportementaux ont permis d'identifier précisément où le comportement se rompait.

Après avoir identifié les principales barrières comportementales empêchant les aidants de revenir à temps pour la prochaine dose de vaccination, l'équipe a généré des questions structurées de type « Comment pourrions-nous ? » et a imaginé une série de solutions créatives et informées par les sciences comportementales. Après une priorisation reposant sur des critères de faisabilité, d'impact, d'évolutivité et d'éthique — en s'appuyant notamment sur la Matrice de priorisation impact-faisabilité et la Liste de vérification éthique — une idée s'est démarquée : une simple carte papier de rendez-vous, conçue pour rappeler de manière claire et tangible la date de la prochaine vaccination.

L'intervention a d'abord été conçue sous forme de prototype de basse fidélité, puis testée à travers des simulations et des échanges informels avec les aidants dans les cliniques locales. Les retours ont été recueillis à l'aide d'un Guide de discussion pour le prototypage, révélant les éléments à conserver et ceux à améliorer. Sur cette base, l'équipe a affiné le design avant de le sélectionner pour la mise en œuvre et l'évaluation.

***Remarque:** Bien qu'il s'agisse d'un projet réel ayant suivi un processus très proche de DEPTHS, certaines étapes et certains outils de la boîte à outils n'ont pas été appliqués par l'équipe au moment du projet. Là où cela était pertinent, nous avons reconstruit rétroactivement l'utilisation de ces outils à partir des données réelles afin d'illustrer ce à quoi ils auraient pu ressembler s'ils avaient été appliqués.



ÉTAPE 1 :

Concevoir et co-créer des interventions

Objectif de cette étape :

Cette étape fait le lien entre les résultats obtenus lors de la phase Explorer et le développement d'idées concrètes d'intervention, à l'aide de deux outils principaux.

La feuille de travail - [Amorces d'idéation](#) aide à formuler des questions « Comment pourrions-nous... ? » en s'appuyant sur les données issues à la fois du travail de terrain et de la recherche documentaire. Ces questions servent de prompts d'idéation, permettant de transformer des constats clés en opportunités d'action, et d'orienter la créativité vers des idées d'interventions pratiques, testables et alignées avec les expériences vécues des utilisateurs.

Outils associés :

- [Idéation – Amorces d'idéation](#)
- [Génération d'idées](#)

La feuille de travail - [Génération d'idées](#) favorise une réflexion à la fois créative et stratégique en soutenant la production d'idées innovantes et pertinentes. Cet outil propose plusieurs exercices de brainstorming, ainsi que des conseils pour choisir ceux qui sont le mieux adaptés au contexte spécifique.

Pourquoi cette étape est importante :

Cette étape permet d'éviter de passer trop vite à une solution préconçue. Au contraire, combiner des insights comportementaux issus de la recherche avec l'expérience vécue des utilisateurs et des approches créatives

augmente les chances de développer des interventions innovantes, faisables, acceptables et réellement efficaces pour générer un changement concret.

Comment procéder :

1. Transformer les insights comportementaux en amorces d'idées grâce aux questions « Comment pourrions-nous... ? »

Utilisez la fiche de travail [Idéation - Amorces d'idéation](#) pour traduire les constats clés issus des deux premières phases en questions « Comment pourrions-nous... » orientées vers des opportunités d'action concrètes. Ces questions servent à stimuler des solutions créatives et adaptées au contexte local:

| | | | |
|--|---|--|--|
| A Population concernée Quel comportement cherchons-nous à modifier ? | B Micro-comportement à changer Quel micro-comportement de la « carte comportementale » doit changer ? | C Barrières / Facteurs facilitateurs Quelles sont les barrières et/ou les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux abordés pour parvenir à un changement de comportement ? | D Informations supplémentaires Quelles citations et données pourraient être utiles à récapituler ? |
|--|---|--|--|

a. Commencez par revoir les principales conclusions des phases « Définir » et « Explorer » afin de mieux vous remémorer les nuances du contexte actuel. En particulier :

- **Les résultats attendus et les points d'influence** ([Canevas du projet](#) et [Carte systémique](#))
- **Les interventions antérieures examinées lors de la recherche documentaire initiale:** tout programme pertinent identifié durant la Recherche documentaire (ou revue de la littérature) peut fournir des enseignements ou des pistes pour la conception.
- **Les acteurs, les comportements et les micro-comportements:** les personnes à soutenir et les actions précises à faire évoluer, à partir des [les profils comportementaux](#) et carte et diagnostic comportementaux¹

- **Les opportunités identifiées:** points d'abandon, barrières comportementaux et facteurs favorables identifiés lors de la cartographie et diagnostic comportementaux et classés par ordre de priorité à l'aide de la [matrice faisabilité-impact](#).
 - **Données et citations:** les citations révèlent la façon dont les personnes pensent, ressentent et parlent d'un enjeu. Par exemple, une personne soignante pourrait dire : « *On m'a dit de continuer le traitement contre la tuberculose, mais cela me donne des vertiges et je ne peux pas travailler quand je le prends.* ». Ce témoignage met en évidence des barrières comportementales liées aux effets secondaires et aux pressions liées aux moyens de subsistance, qui échappent souvent aux enquêtes traditionnelles. Les points de données, quant à eux, permettent de valider et quantifier ces constats. Par exemple, des données issues des services et registres administratifs montrant des interruptions fréquentes de traitement confirment clairement le problème identifié lors des entretiens semi-structurés.
- b. À l'aide de la fiche de travail [Idéation - Amorces d'idéation](#), renseignez les éléments clés nécessaires pour formuler les questions. Ceux-ci incluent quatre composantes essentielles:

¹ Si le Profil comportemental n'a pas été complété, il peut être élaboré à partir du Canvas du projet réalisé lors de la phase « Définir » du processus DEPTHS.

- **Population cible:** Commencez par identifier le groupe ou l'individu dont le micro-comportement l'intervention cherche à influencer, en vous appuyant sur les produits / résultats immédiats des phases précédentes. La population peut être définie par le rôle (ex. : aidants familiaux, professionnels de santé, enseignants), le stade de vie (ex. : nouveaux parents, adolescents), ou le contexte (ex. : populations déplacées, résidents ruraux). Des facteurs démographiques pertinents tels que l'âge, le genre, ou le statut socio-économique peuvent également être inclus.
- **Micro-comportement à modifier:** Identifiez le micro-comportement spécifique que la population cible doit adopter ou modifier (tel qu'identifié dans la Carte et diagnostic comportementaux). Par exemple, si le résultat comportemental principal concerne le respect complet du calendrier vaccinal chez les enfants, le micro-comportement visé pourrait être le retour en clinique pour l'administration de la deuxième dose. Autres exemples de micro-comportements :
 - Si l'objectif global concerne l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, le micro-comportement pourrait être d'initier l'allaitement dans l'heure suivant la naissance.
 - Si l'objectif global est que tous les enfants soient inscrits à l'école dans les délais, le micro-comportement pourrait être de remplir le formulaire d'inscription scolaire.
- **Barrières et Facteurs facilitateurs / leviers comportementaux:** Listez les facteurs qui favorisent ou entravent le micro-comportement ciblé, en vous appuyant sur la Carte et diagnostic comportementaux et sur les barrières priorisées grâce à la Matrice faisabilité-impact. Ces barrières ou facteurs facilitateurs / leviers comportementaux, en lien avec le modèle COM-B, doivent se rapporter à la capacité (ex. : capacité : manque de connaissances ou de compétences), à la motivation (ex. : croyances et valeurs), ou à l'opportunité

(ex. : accès aux services ou manque de soutien social). Pour en savoir plus sur la manière d'utiliser COM-B pour diagnostiquer les barrières et les facteurs facilitateurs / leviers comportementaux, référez-vous à la phase « Explorer » du processus DEPTHS.

- **Informations supplémentaires:** Utilisez des citations, des données ou des éléments contextuels issus de la recherche documentaire (ou revue de la littérature) ou de la Carte et diagnostic comportementaux afin d'ancrer cette étape dans des expériences réelles. Ces éléments peuvent inspirer les questions « comment pourrions-nous... ? » et permettent de maintenir le processus connecté à ce que les personnes ont réellement dit, fait ou ressenti, plutôt que de se baser sur des suppositions.

- c. Ensuite, prenez ces éléments clés et transformez-les en questions « Comment pourrions-nous » bien structurées:

Pour formuler ces questions, il est recommandé d'utiliser la structure suivante

Comment pourrions-nous + (barrière à réduire ou facteur facilitateur / levier comportemental à renforcer) + pour (population ciblée) + afin que (le micro-comportement souhaité change)

Cette structure est uniquement un guide. Elle peut être adaptée, tant que les éléments essentiels sont présents. Voici quelques exemples de questions « comment pourrions-nous... ? » selon différents thèmes:

- Comment pourrions-nous réduire les difficultés des aidants vivant dans des zones reculées à se rendre à la clinique, afin qu'ils complètent le calendrier vaccinal de leur enfant ?

Comment pourrions-nous + **C** barrière surmonté/facilitateur exploité + pour **A** population cible + afin que **B** les micro-comportements changent

- Comment pourrions-nous renforcer la valeur perçue de la scolarisation pour les adolescentes dans les communautés pastorales, afin qu'elles fréquentent l'école régulièrement ?
- Comment pourrions-nous renforcer la confiance dans les systèmes de signalement pour les femmes vivant en quartiers informels, afin qu'elles déclarent les cas de violence lorsqu'ils se produisent ?
- Comment pourrions-nous simplifier le processus d'enregistrement des naissances pour les parents ayant un premier enfant, afin qu'ils enregistrent leur enfant dans le premier mois ?
- Comment pourrions-nous réduire la peur du jugement des pairs chez les adolescents, afin qu'ils soient plus enclins à solliciter un soutien en santé mentale ?

Il est également important de se rappeler qu'il n'existe pas une seule version « correcte » d'une question « comment pourrions-nous... ? ». Au contraire, il est recommandé d'en générer plusieurs (au moins quatre) pour explorer différents angles. Par exemple :

- Une version peut répondre à une barrière (ex. réduire la peur).
- Une autre peut se concentrer sur un facteur facilitateur / levier comportemental (ex. renforcer le soutien des pairs).
- Certaines peuvent cibler les utilisateurs finaux (ex. les aidants), tandis que d'autres se concentrent sur les personnes influentes (ex. les opérateurs de mise en œuvre, comme les professionnels de santé).

2. Générer des idées d'intervention

Générer de bonnes idées d'intervention ne consiste pas à trouver une seule « bonne » solution. Il s'agit d'un processus créatif et itératif, sans approche unique ni réponse parfaite. La Feuille de travail [Génération d'idées](#) propose un ensemble d'activités structurées et faciles à appliquer pour guider ce processus.

Dans la mesure du possible, il est fortement recommandé d'organiser des sessions de brainstorming en présentiel avec les membres des communautés, les parties prenantes internes ou les membres de l'équipe de projet.

Ces sessions favorisent des discussions plus riches, un meilleur lien entre participants et une collaboration plus dynamique. Lorsque la participation en présentiel n'est pas possible, des ateliers virtuels peuvent être organisés en utilisant des outils collaboratifs comme Miro ou Mural, qui permettent de recréer un environnement interactif. Lors de la planification et de l'animation d'ateliers à distance, il peut être utile de faire appel à des animateurs spécialisés en idéation virtuelle.

2.1. Séances de brainstorming en personne avec la communauté

Commencez par organiser des séances de brainstorming en présentiel afin de générer les premières idées d'intervention. Cette étape permet de s'assurer que des perspectives diverses nourrissent les solutions dès le départ, en particulier celles des personnes les plus concernées par le défi comportemental. Il est recommandé de planifier ces séances en deux étapes:

- **Étape 1 : Session avec l'équipe interne.** Commencez avec l'équipe centrale du projet pour revoir les enseignements comportementaux, définir le défi comportemental et générer des idées. Utilisez des outils comme la feuille de travail des questions « Comment pourrions-nous » et revisitez la Carte et diagnostic comportementaux afin d'ancrer le brainstorming dans les données probantes issues du terrain.
- **Étape 2 : Co-création avec les communautés et les parties prenantes.** Après avoir clarifié le défi et exploré les premières idées, élargissez le processus pour inclure les membres de la communauté,

Génération d'idées IA : Séance de brainstorming

Utilisez cette fiche de travail pour animer une séance de brainstorming avec votre équipe ou une séance de Co-création avec des membres de la communauté et des personnes ayant une expérience vécue. Concentrez-vous sur la mise en évidence de petits comportements, de défis et d'idées pratiques à travers des activités pratiques, visuelles et ouvertes.

Préparation

Rapide à valser pour préparer la session de Co-création.

- Brainstorming : Inviter quelques collègues à participer. La diversité est un atout, car nous voulons des perspectives variées.
- Co-création : Inviter 4 à 8 personnes de la communauté.
- Prévoir 50 à 90 minutes.
- Choisir un espace confortable et inspirant.

Conseils pour le brainstorming

Gardez ces conseils à l'esprit

- Régler un minuteur : 15-20 minutes par question HMW.
- Apporter de vrais exemples, des objets, des supports visuels ou des histoires.
- Utiliser des post-its et des marqueurs.
- Une idée par post-it.
- Ne forcez pas les idées : laissez aux participants le temps de réfléchir et de se mettre en route.
- Encouragez la quantité plutôt que la qualité : ne jugez pas les idées trop tôt. Once le "wild", on affinaera plus tard !
- Capturer les idées sous forme de dessins ou de citations directes.
- Construire sur les idées des autres : utiliser "oui, et..."
- Traiter toutes les contributions comme précieuses, même si elles sont imparfaites ou contradictoires.

Comment pourrions-nous...

Reprenez les HMW développés lors de l'activité précédente. Pendant la session, réalisez une activité différente pour chaque HMW.

.....

.....

.....

.....

Activité de brainstorming

Utilisez des techniques de brainstorming interactives pour amener les participants à réfléchir à des solutions.

Cartes « Fix-it »

Distribuez des cartes sur lesquelles est écrit : « Ce serait plus facile si... » et laissez les participants compléter la phrase.

Dessinez l'idée

Demandez aux participants de dessiner ce qui pourrait rendre les choses plus faciles, plus claires ou plus accueillantes. Aucune compétence artistique n'est requise !

Oui, et...

Commencez par une idée, puis faites le tour de la table et ajoutez-y des éléments en disant « Oui, et... » pour la développer.

Jeu de rôle

Demandez aux participants de jouer ce qui se passe actuellement, puis de « rejouer » la scène en y apportant un petit changement.

Remixez et associez

Montrez des dépliants, des affiches ou des outils utilisés dans le passé et demandez : « Que changeriez-vous ou combineriez-vous pour améliorer cela ? »

Brique par brique

Commencez par la question : « Quelle petite chose pourrait aider ? » Écrivez chaque réponse sur un post-it et empilez-les comme des blocs de construction.

les agents de première ligne ou d'autres parties prenantes clés. Les sessions peuvent être organisées séparément ou en groupes mixtes selon le contexte, et doivent être pensées pour que chacun se sente à l'aise de contribuer. Quelques stratégies pratiques pour encourager la participation :

- **Commencez par des activités simples.** Utilisez des activités sans risque, comme coller des autocollants sur une image pour exprimer un ressenti, ou réaliser un croquis rapide d'une routine quotidienne. Ces activités « déverrouillent » le groupe et réduisent la peur de se tromper.
- **Utiliser la langue locale et les formats culturels familiers.** Conduisez les échanges dans la langue avec laquelle les participant(e)s sont le plus à l'aise et faites appel à des formes d'expression locales (jeux de rôle, récits, chansons) pour que la participation soit naturelle.
- **Établissez des règles communes, de façon claire et visuelle.** Co-construisez les règles (par exemple : « une seule personne parle à la fois », « toutes les idées sont valides ») et gardez-les visibles afin de renforcer la confiance et le respect.

- **Gérez activement les dynamiques de pouvoir.** Concevez des activités qui laissent de la place aux voix plus silencieuses ou moins influentes. Par exemple, commencez par une discussion en pairs ou en petits groupes avant de passer au plénier, ou faites tourner les responsables de présentation afin que les jeunes ou les groupes marginalisés puissent s'exprimer. Le cas échéant, prévoyez des sessions séparées pour offrir plus de liberté de parole.
- **Proposez plusieurs façons de contribuer.** Proposez du matériel (cartes, post-its, objets) permettant d'écrire, de dessiner ou de poser une idée sans avoir à parler — utile pour celles et ceux moins à l'aise à l'oral.
- **Modélisez l'ouverture d'esprit.** L'animateur ou l'animatrice peut partager une expérience personnelle ou reconnaître qu'il/elle n'a pas toutes les réponses, afin de montrer que la vulnérabilité est bien accueillie et que l'honnêteté ne met pas en danger.

La co-création fonctionne au mieux lorsque chacun se sent sur un pied d'égalité, respecté, et en sécurité pour partager ses idées. Le rôle du facilitateur ou de la facilitatrice n'est pas d'apporter des réponses, mais de créer les conditions pour que toutes les participant·es puissent collaborer, enrichir les perspectives des autres et imaginer de nouvelles possibilités. Pour faciliter une séance de co-création, suivez les recommandations ci-dessous :

- a.** Choisissez trois ou quatre questions concrètes « Comment pourrions-nous » dans la feuille de travail Amorces d'idéation pour guider la session.
 - Écrivez clairement chaque question « Comment pourrions-nous » sur une feuille grand format (poster ou paperboard). Affichez ces feuilles autour de la salle, en laissant de l'espace pour y ajouter des idées.
 - Donnez aux participant·es des blocs de post-its et des marqueurs.
- b.** Encouragez la curiosité, l'écoute active et la collaboration pour que chacune se sente libre de contribuer sans jugement. Introduisez des règles simples comme la posture « oui, et... » qui encourage à développer l'idée d'un autre plutôt qu'à la rejeter. Rappelez que toutes les idées sont les bienvenues, même les plus simples ou inattendues — beaucoup d'interventions efficaces naissent de combinaisons créatives entre des solutions connues et des idées innovantes.
- c.** Apportez les principaux enseignements de la recherche ainsi que des supports visuels pouvant inspirer les participant·es. Des outils visuels comme la Carte et diagnostic comportementaux, les Profils comportementaux, ainsi que des citations et Observations de terrain, peuvent aider à identifier les moments où un soutien est nécessaire et à concevoir des solutions ancrées dans la réalité vécue.
- d.** Démarrez la session d'idéation en vous concentrant sur une seule question « Comment pourrions-nous » à la fois. Invitez les participant·es à partager leurs idées à l'oral ou à les écrire — toute idée pouvant répondre au besoin identifié. Notez une idée par post-it, que ce soit l'animateur/trice qui l'écrive ou la personne elle-même.
- e.** Faites tourner les participant·es entre les questions. Après 10–15 minutes de brainstorming sur la première question, passez à la suivante et répétez le processus. Continuez jusqu'à ce que des idées aient été générées pour chacune des questions.
- f.** Pour aider les participant·es à générer des idées — en particulier ceux ou celles qui ne savent pas par où commencer — l'animateur/trice peut intégrer des activités visant à libérer la créativité autour des questions « Comment pourrions-nous ». Ces activités peuvent être utilisées pour chaque question, ou organisées sous forme de stations dans la salle pour que les participant·es puissent circuler et explorer différents modes de réflexion.

TABLEAU 2. ACTIVITÉS DE BRAINSTORMING

| ACTIVITÉ | DESCRIPTION | UTILE POUR | INSTRUCTIONS |
|--------------------------|--|--|--|
| Cartes « Fix-it » | Les participant·es complètent la phrase : « Le comportement serait plus facile si... » afin d'identifier des changements simples et pratiques permettant de lever des barrières ou de rendre un micro-comportement plus réalisable. Cette activité permet de faire émerger des idées à faible effort, mais à fort impact, ancrées dans l'expérience réelle des participant·es. | Transformer des barrières en solutions concrètes, en particulier pour les participant·es peu à l'aise avec des séances d'idéation formelles. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Distribuez des cartes ou des post-its. 2. Demandez de terminer la phrase : « Le comportement serait plus facile si... » 3. Partagez, puis regroupez les suggestions similaires. |
| Dessiner l'idée | Les participant·es dessinent des idées simples pour les communiquer. Aucune compétence artistique n'est nécessaire. | Engager des participant·es ayant une pensée plus visuelle ou un niveau d'alphabétisation plus faible. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Distribuez du papier ou des post-its. 2. Posez la question : « Qu'est-ce qui pourrait rendre cela plus facile ? ». 3. Invitez les participants à faire des croquis rapides. 4. Demandez-leur de décrire leur idée avec leurs propres mots. |
| Oui, et... | Les participant·es dessinent des idées simples pour les communiquer. Aucune compétence artistique n'est nécessaire. | Engager des participant·es ayant une pensée plus visuelle ou un niveau d'alphabétisation plus faible. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Distribuez du papier ou des post-its. 2. Posez la question : « Qu'est-ce qui pourrait rendre cela plus facile ? ». 3. Invitez les participants à faire des croquis rapides. 4. Demandez-leur de décrire leur idée avec leurs propres mots. |
| Jeu de rôle | Les participant·es jouent une situation actuelle, puis rejouent la même scène avec une amélioration simple. | Tester le réalisme, les émotions, ou engager des participant·es apprenant mieux par l'action. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Choisissez un scénario tiré de la vie réelle. 2. Jouez le rôle de l'expérience actuelle. 3. Rejouez-la en y apportant une simple amélioration. 4. Réfléchissez ensemble sur ce qui change |

| ACTIVITÉ | DESCRIPTION | UTILE POUR | INSTRUCTIONS |
|----------------------------|---|---|---|
| Remixer et associer | Les participant·es modifient de vrais outils ou supports existants (affiches, flyers, carnets, etc.). | Stimuler la créativité en partant de matériaux locaux, surtout pour les opérateurs de mise en œuvre ou les utilisateurs finaux familiers de supports existants. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Montrez des affiches, des dépliants ou des outils. 2. Demandez : « Que changeriez-vous ou combineriez-vous ? » 3. Encouragez les modifications ou les mélanges. 4. Esquissez ou décrivez la nouvelle version. |
| Brique par brique | Chaque participant·e apporte de petites idées qui s'assemblent progressivement pour former une solution plus large. | Aider les groupes qui ont du mal à avoir une vision globale, et favoriser l'inclusion en valorisant les petites contributions. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Demandez : « Quelle petite chose pourrait aider ? » 2. Écrivez une idée par post-it. 3. Empilez ou organisez les idées visuellement. 4. Examinez-les et élaborer un concept |

g. Lorsque les affiches « How might we » sont complétées, chacune se retrouve avec un ensemble de post-its collés en dessous, créant ainsi un réservoir visuel et participatif de premières idées d'intervention. Il est essentiel de documenter ces résultats dans un tableur ou un document. Pour chaque idée générée, notez:

- En quoi consiste l'idée
- À quelle question "How might we" elle répond
- À quelle donnée comportementale elle se rattache : barrière, facteur facilitateur / levier comportemental, ou insight issu de la recherche
- La valeur perçue par la communauté (ce que les participant·es trouvent utile, faisable, pertinent)
- Toute citation ou observation à l'appui, montrant pourquoi l'idée est importante

Par exemple, si une idée proposée est d' « envoyer des SMS de rappel », elle peut être appuyée par une citation de participant·e comme : « J'oublie souvent mes rendez-vous si personne ne me le rappelle la veille. » De même, si l'idée consiste à « déplacer l'inscription vers le marché », elle peut être liée à une observation selon laquelle les mères ont indiqué passer quotidiennement par le marché, alors qu'elles se rendent rarement à la clinique. Documenter ce contexte permet de préserver la logique derrière les idées, ce qui facilite ensuite l'identification de motifs ou de regroupements (clusters) lors de leur raffinement ultérieur.

(Facultatif) Génération d'idées 1B : session de brainstorming avancée

Utilisez cette fiche de travail si votre équipe est à l'aise avec le design thinking. Elle comprend des suggestions plus avancées pour pousser votre brainstorming plus loin.

Suggestions avancées pour le brainstorming

Utilisez ces provocations de conception pour pousser votre réflexion plus loin. Elles ont pour but d'affiner, de recadrer ou d'améliorer les idées existantes en remettant en question les hypothèses, en encourageant de nouvelles perspectives et en aidant l'équipe à explorer des possibilités négligées.

Changer le ton

Comment l'idée serait-elle perçue si elle était présentée de manière plus ludique, festive, urgente ou apaisante ?

Modifier les contraintes

Que ferions-nous si nous n'avions pas de budget, pas de technologie ou si nous devions mettre à l'échelle rapidement ? Comment pourrions-nous adapter l'idée pour qu'elle fonctionne malgré tout ?

Changer les sens

Comment pourrions-nous utiliser le toucher, le son, la couleur ou le mouvement pour rendre l'idée plus attrayante et mémorable ?

Reconfigurer l'idée

Et si nous changions la manière dont l'intervention est mise en œuvre ? Pourrions-nous la simplifier, supprimer une étape ou ajuster la séquence ?

Changer de perspective

Comment cette intervention pourrait-elle être perçue du point de vue d'un soignant, d'un adolescent ou d'un professionnel de santé ? Que remarqueraient-ils, de quoi auraient-ils besoin ou quelles questions se poseraient-ils ?

Changer le cadre

Et si l'idée devait fonctionner dans un endroit totalement différent, comme un espace partagé bondé, une maison ou en déplacement ? Que faudrait-il changer ?

2.2. Activité facultative de brainstorming pour affiner les idées : [Provocations de conception](#)

En complément optionnel de la session de co-création, la technique des **Provocations de conception** aide à renforcer les idées en invitant les équipes à repenser la manière dont une intervention pourrait fonctionner ou être vécue. Elle est particulièrement utile lorsque les premières idées semblent trop évidentes ou incomplètes.

Les provocations de conception utilisent des questions « et si... » pour revisiter les idées existantes avec un regard neuf. L'objectif n'est pas de remplacer les concepts générés précédemment, mais de les approfondir, les adapter ou les transformer afin d'obtenir des solutions plus solides, plus innovantes et mieux adaptées au contexte.

- Commencez par examiner le tableau créé à la fin de la session de co-création, qui relie chaque idée à sa question initiale « comment pourrions-nous ».
- Ensuite, choisissez des amorces de provocation et appliquez-les à chaque idée pour explorer comment elle pourrait évoluer. Le tableau 3 présente plusieurs exemples d'amorces de provocation, accompagnés de cas concrets illustrant comment une idée peut se transformer en une conception plus pertinente.

TABLEAU 3. INCITATIONS À LA PROVOCATION DE CONCEPTION

| PROVOCATION | INCITATION | UTILE POUR | EXEMPLE : IDÉE INITIALE | EXEMPLE : IDÉE REPENSÉE |
|---------------------------------|---|---|---|---|
| Changer le ton | Et si l'idée était plus ludique, festive, urgente ou rassurante ? | Rendre l'idée plus émotionnelle ou mieux alignée avec les valeurs de l'audience | Une carte de rappel simple indiquant la date du vaccin | Une carte "Héros du vaccin" avec un message célébratoire et un autocollant pour l'enfant |
| Reconfigurer l'idée | Et si nous livrions l'intervention autrement ? Pourrait-on changer l'ordre, retirer une étape ou la simplifier ? | Simplifier la mise en œuvre ou réduire les barrières logistiques | SMS envoyé deux jours avant le rendez-vous | Un rappel physique remis au dernier rendez-vous, attaché au carnet de santé de l'enfant pour rester visible |
| Modifier les contraintes | Et si nous n'avions pas d'argent, pas de technologie, ou si nous devons mettre l'intervention à l'échelle rapidement ? Comment ferions-nous ? | Adapter les idées à des environnements à faibles ressources ou à des contextes de mise à l'échelle rapide | Système numérique de rappel de rendez-vous | Les agents de santé utilisent la radio communautaire pour annoncer les journées de vaccination |
| Changer de perspective | Et si une parent/caregiver vivait cette intervention ? Que faudrait-il considérer ? Et un adolescent ? Et un professionnel de santé ? | Assurer des idées centrées sur l'utilisateur final, adaptées à différents besoins et expériences | Séance d'éducation collective sur le calendrier vaccinal | Des mères pairs partagent leurs expériences de vaccination lors de discussions informelles en petits groupes |
| Changer les sens | Et si nous engageons le toucher, le son, la couleur ou le mouvement pour rendre l'idée plus mémorable ? | Rendre les idées plus attrayantes et accessibles, notamment pour les enfants ou les populations à faible littératie | Dépliant d'information imprimé et distribué à la clinique | Affiche illustrée et colorée, avec des marqueurs mobiles représentant les doses, placée dans les salles d'attente |

(Facultatif) Génération d'idées 2 : Localisation des preuves passées

Utilisez cette fiche de travail pour affiner les idées existantes.

| Comment pourrions-nous... <i>Intégrer les HMW développés précédemment et les utiliser pour orienter la recherche d'interventions passées ou de données existantes pouvant aider à répondre à ces questions.</i> | Examiner et adapter les données probantes et les interventions passées | | |
|---|---|---|---|
| | Intervention <i>Rassembler des exemples pertinents à partir de la recherche documentaire (ou revue de la littérature) menée dans le cadre de la phase « Explorer » et d'autres sources.</i> | Revue de la littérature <i>Quel comportement, et celui de qui, l'intervention cherchait-elle à modifier ? Quelles étaient les barrières et quels étaient les mécanismes de l'intervention ? Quels ont été les résultats ?</i> | Adaptation <i>Comment cette intervention pourrait-elle être adaptée au projet ? Quelles hypothèses ou lacunes pourrait-elle comporter ?</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2.3. Activité facultative de génération d'idées : [localisation des données probantes existantes](#)

Les idées solides ne doivent pas toujours être développées à partir de zéro. Dans de nombreux cas, des défis comportementaux similaires ont été abordés ailleurs, et les programmes, études ou interventions déjà réalisés peuvent offrir de l'inspiration. Cette activité consiste à examiner les données probantes afin d'identifier des approches ayant déjà démontré leur efficacité et pouvant être adaptées au défi actuel. Cela peut inclure :

- Des interventions documentées dans des études ou évaluations
- Des programmes mis en œuvre dans des régions ou populations similaires
- Des études de cas provenant de plateformes mondiales ou d'archives organisationnelles
- Des enseignements partagés par des partenaires d'exécution ou des conseillers techniques

L'objectif n'est pas de copier, mais d'identifier les stratégies comportementales centrales qui ont fonctionné ailleurs, puis de les adapter au contexte local. Pour cela, il est essentiel de se demander : *qu'est-ce qui a*

contribué à l'efficacité de l'intervention ailleurs ? et quels ajustements seraient nécessaires pour qu'elle fonctionne ici ? Cette approche est particulièrement utile lorsque le temps ou les ressources sont limités, ou lorsqu'il s'agit de capitaliser sur des réussites antérieures.

- a. Commencez par revisiter les questions « comment pourrions-nous » de l'outil Idéation – Amorces d'idéation, puis recherchez des interventions ou des données probantes susceptibles d'y répondre.
- b. Mobilisez les résultats de la recherche documentaire initiale (réalisée lors de la phase Explorer & Diagnostiquer) afin d'identifier des interventions passées liées à la problématique et aux barrières comportementales ciblées. À partir de ces données, posez les questions suivantes :
 - Quel comportement, et de qui, l'intervention cherchait-elle à changer ?
 - Quels étaient les barrières et les mécanismes de l'intervention ?
 - Quels ont été les résultats ?

- c. Réfléchissez ensuite à la localisation et à l'adaptation, en vous demandant :
- Comment cette intervention pourrait-elle être adaptée au projet ?
 - Quelles hypothèses implicites ou angles morts pourrait-elle comporter ?

Bien que mobiliser des données probantes existantes soit une approche efficace et efficiente, il est tout aussi important d'explorer des idées nouvelles.

2.4. Appliquer un cadre de sciences comportementales pour affiner les idées d'intervention : le cadre EAST

Cette étape permet de garantir que les idées d'intervention soient à la fois créatives et applicables en pratique. L'application du cadre EAST est une étape obligatoire dans le processus DEPTHS, car elle permet d'évaluer et de renforcer les idées en s'appuyant sur des principes issus des sciences comportementales. Pour équilibrer créativité et rigueur, il est recommandé de réaliser au moins deux exercices de brainstorming avant d'appliquer le cadre EAST.

Bien qu'il existe plusieurs cadres de sciences comportementales, tels que [MINDSPACE](#) ou la [roue du changement de comportement](#), ce guide pratique utilise le [cadre EAST](#) pour son aspect pratique et sa large adoption.

Génération d'idées 3 : Application d'enseignements issus des sciences comportementales aux idées

Utilisez cette fiche de travail pour ajouter des caractéristiques de comportement à l'aide du modèle EAST (Easy, Attractive, Social, Timely) aux idées générées lors des activités précédentes afin de les améliorer.

| Développement des idées | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|---|
| Idée | Rendez-la FACILE | Rendez-la ATTRAYANTE | Rendez-le SOCIAL | Rendez-le OPPORTUN |
| <i>Décrivez l'idée en une phrase</i> | <i>Est-il possible de supprimer ou de réduire les petites barrières ? L'action souhaitée peut-elle devenir la norme ? Le langage ou les étapes peuvent-ils être simplifiés afin de réduire l'effort mental ? Cela peut-il être lié à une tradition ou une coutume locale ? Les étapes peuvent-elles être divisées en actions plus petites ?</i> | <i>Comment capter l'attention à l'aide d'éléments visuels, de couleurs ou d'un sentiment d'urgence ? Est-il possible de susciter un sentiment de fierté ou d'identité ? Est-il possible d'offrir un petit cadeau immatériel ? Est-il possible de rendre l'action plus interactive ou plus pratique ? Est-il possible d'utiliser le regret futur pour motiver l'action présente ?</i> | <i>Peut-on montrer que d'autres le font déjà ? Une personne respectée peut-elle approuver ou démontrer ce comportement ? Les gens peuvent-ils se comparer à leurs pairs ? Les gens peuvent-ils démontrer ou approuver publiquement ce comportement afin d'encourager les autres à faire de même ?</i> | <i>Les avantages peuvent-ils être rendus plus immédiats ou plus visibles ? L'action peut-elle être encouragée lorsque les gens sont les plus réceptifs ? Peut-on inciter les gens à planifier quand et comment agir ? Peut-on tirer parti de nouvelles routines ou transitions ? Peut-on mettre l'accent sur les délais ou les fenêtres temporelles ?</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

E

Easy

A

Attractive

S

Social

T

Timely

PROJETEUR SUR LA COMPORTEMENTALE: le Cadre EAST

À propos du cadre

Le **cadre EAST** a été développé par la Behavioural Insights Team (BIT) — aussi appelée l'« Unité Nudge » — comme une façon pratique et accessible d'appliquer les sciences comportementales dans les politiques publiques et la conception de programmes. Il synthétise

plusieurs décennies de recherches en économie comportementale et en psychologie cognitive en quatre principes clés : Easy, Attractive, Social, et Timely. Chaque principe correspond à une barrière ou à une opportunité comportementale bien documentée, aidant ainsi à

concevoir des interventions à la fois centrées sur l'humain et fondées sur des données probantes. EAST est flexible et particulièrement utile lors de la génération d'idées (idéation), du prototypage, ou lorsque des insights doivent être traduits en stratégies.

Les quatre principes expliqués

FACILE

Barrière abordée: Les personnes évitent les tâches perçues comme complexes, longues ou exigeantes mentalement.

Insight comportemental: Les humains sont des avares cognitifs : notre cerveau se tourne spontanément vers l'option la plus simple disponible.

Que faire:

- Simplifier les étapes, réduire la complexité, éliminer les choix inutiles
- Utiliser un langage clair et des visuels intuitifs
- Pré-remplir les formulaires ou automatiser les processus lorsque possible
- Faire du comportement souhaité l'option par défaut

Exemple: Dans des programmes de transferts monétaires, le passage des coupons papier à l'argent mobile a simplifié l'accès des familles au soutien : plus besoin de longs trajets ni d'attente, et les fonds pouvaient être utilisés en quelques clics. Une expérience randomisée au Niger a montré que les ménages recevant des transferts mobiles avaient une plus grande diversité alimentaire et que les enfants consommaient plus de repas par jour, principalement grâce au temps gagné et au pouvoir de décision accru des femmes.²

ATTRAYANT

Barrière abordée: Les stimuli concurrents et la faible motivation rendent difficile l'attention aux messages ou actions souhaités.

Insight comportemental: Les gens s'engagent davantage lorsqu'un choix se démarque visuellement ou procure une forme de récompense.

Que faire:

- Utiliser des couleurs, images et repères visuels pour faire ressortir l'option souhaitée
- Formuler les messages de manière émotionnelle ou centrée sur les bénéfices personnels
- Introduire de petites incitations ou engagements pour déclencher l'action

Exemple: Dans les campagnes de lavage des mains, peindre des empreintes colorées au sol reliant les latrines au point d'eau a transformé l'action en un jeu. Les repères visuels attiraient l'attention et rendaient le comportement amusant, ce qui a augmenté l'utilisation régulière des dispositifs de lavage.³

2 Aker, J.C., Boumnijel, R., McClelland, A. and Tierney, N., 2014. Zap it to me: The short-term impacts of a mobile cash transfer program. Discussion Paper No. 268. Paris: Agence Française de Développement (AFD). Available at: <https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2020/01/zap-26aug2014-1.pdf> [Accessed 2 September 2025].

3 Dreibelbis, R., Kroeger, A., Hossain, K., Venkatesh, M. and Ram, P.K., 2016. Behavior Change without Behavior Change Communication: Nudging Handwashing among Primary School Students in Bangladesh. International Journal of Environmental Research and Public Health, 13(1), p.129

SOCIAL

Barrière abordée: les individus sont influencés par ce que font ou croient les autres autour d'eux.

Insight comportemental: les normes sociales, les comportements des pairs et l'identité de groupe façonnent fortement les décisions.

Que faire:

- Rendre visibles et valorisés les comportements positifs
- Mettre en avant des témoignages provenant de pairs ou de membres respectés de la communauté
- Utiliser des engagements collectifs, la responsabilisation sociale ou des rappels entre pairs

Exemple: dans des programmes pour l'éducation des filles en Inde, présenter aux parents des témoignages et des affiches de modèles féminins locaux ayant terminé leur scolarité a modifié les perceptions quant à la valeur de l'éducation des filles. Les parents étaient plus susceptibles de considérer le soutien à la scolarité de leurs filles comme une pratique à la fois commune et valorisée dans leur propre communauté.⁴

OPPORTUN/ TIMELY (AU BON MOMENT)

Barrière abordée: même avec de bonnes intentions, les individus reportent souvent l'action ou oublient d'agir.

Behavioural insight: le timing influence la disposition à agir et le passage à l'action.

Que faire:

- Programmer les interventions autour de moments clés de décision ou d'événements de vie
- Envoyer des rappels proches du moment de l'action
- Utiliser des outils de planification pour encourager l'engagement (ex. : calendriers, SMS de rappel))

Exemple: au Soudan, l'intégration des services d'enregistrement des naissances directement dans les centres de santé a facilité la démarche pour les parents, qui pouvaient enregistrer leur nouveau-né au moment de l'accouchement. En alignant le service avec un moment où les parents remplissaient déjà des documents de santé, l'enregistrement est devenu immédiat et simple. Résultat : plus de 170 500 nouveaux ont été enregistrés dans des zones reculées en une seule année.⁵

Pourquoi EAST fonctionne

Le cadre EAST fonctionne parce qu'il s'aligne sur la manière dont les individus prennent réellement leurs décisions : de façon émotionnelle, habituelle et influencée par le contexte plutôt que rationnelle et linéaire. Beaucoup d'interventions comportementales échouent parce qu'elles supposent que la connaissance ou la sensibilisation entraîne automatiquement l'action. EAST aide à contrer cela en concevant des interventions adaptées aux réalités

humaines, utilisant de petits nudges pour orienter les choix sans contrainte.

Ce n'est pas une checklist, mais un prisme. Toutes les interventions n'ont pas besoin d'intégrer les quatre principes, mais en appliquer au moins un rend généralement une idée plus efficace.

4 Beaman, L., Duflo, E., Pande, R. and Topalova, P., 2012. Female leadership raises aspirations and educational attainment for girls: A policy experiment in India. *Science*, 335(6068), pp.582-586.

5 UNICEF, 2016. Annual Results Report 2016: Health. New York: UNICEF. Available at: https://www.unicef.org/media/49126/file/2016arr_health.pdf [Accessed 2 September 2025].

- a. Passez en revue le tableau ou le fichier dans lequel les idées issues de la séance de co-création ont été documentées.
- b. Transférez les idées sélectionnées. S'il y en a beaucoup, choisissez les idées les plus prometteuses et notez-les (une par ligne) dans la feuille de travail [EAST](#).
- c. Utilisez les amorces EAST comme déclencheurs créatifs pour explorer comment chaque principe comportemental pourrait améliorer l'idée. Par exemple:
 - **Facile:** Peut-on simplifier les étapes ou les relier à des routines familières?
 - **Attrayant:** Des visuels, récompenses ou appels émotionnels pourraient-ils aider?
 - **Social:** Peut-on montrer que d'autres adoptent également ce comportement?
 - **Opportun:** Intervient-on au moment le plus propice à l'action?
- d. Dans chaque colonne de la feuille EAST (Rendre l'action facile, attrayante, sociale, au bon moment), notez les adaptations, améliorations ou pistes créatives inspirées par ces questions.
- e. Lorsque cela est possible, combinez plusieurs principes et facteurs facilitateurs : les idées les plus solides s'appuient souvent sur plus d'un principe à la fois. Le Tableau 5 propose des indications supplémentaires pour appliquer le cadre EAST afin de renforcer les idées.

TABLE 4. AMORCES/ INCITATIONS POUR GÉNÉRER DES IDÉES SELON LE CADRE EAST

| CATÉGORIE | MÉCANISME COMPORTEMENTAL | AMORCES/ INCEPTION | IDÉE INITIALE | EXEMPLE DE NOUVELLE IDÉE |
|---------------|---|---|---|--|
| FACILE | Coûts de friction | Peut-on retirer ou réduire de petites barrières (ex. temps de trajet, formulaires, attente) ? | Organiser des journées de vaccination hebdomadaires dans les centres de santé. | Proposer des cliniques de vaccination mobiles près des marchés pour réduire le temps de trajet et faciliter l'accès pour les aidants. |
| | Par défaut | Peut-on faire de l'action souhaitée l'option par défaut ? | Demander aux parents s'ils souhaitent recevoir des rappels de vaccination lors des visites médicales. | Inscrire automatiquement les enfants aux rappels de vaccination lors de l'enregistrement des naissances, sauf si les parents se désinscrivent. |
| | Réduction de la charge cognitive | Peut-on simplifier le langage ou les étapes pour réduire l'effort mental ? | Fournir une liste imprimée des dates de vaccination. | Utiliser des cartes de vaccination illustrées avec des icônes plutôt que du texte pour les personnes ayant un faible niveau de littératie. |
| | Alignement culturel | Peut-on relier l'intervention à une coutume ou tradition locale ? | Planifier des campagnes de vaccination pendant les vacances scolaires. | Organiser des campagnes de vaccination pendant les festivals locaux où les familles sont déjà rassemblées. |
| | Fragmenter l'information / Structuration par étapes | Peut-on diviser l'action en petites étapes simples ? | Distribuer un dépliant contenant toutes les informations de vaccination. | Donner aux aidants une carte en une étape : « Que faire avant » et « Que se passe-t-il après » une visite de vaccination. |

| CATÉGORIE | MÉCANISME COMPORTEMENTAL | AMORCES/ INCEPTION | IDÉE INITIALE | EXEMPLE DE NOUVELLE IDÉE |
|------------------|---------------------------|---|--|---|
| ATTRAYANT | Pertinence | Comment capter l'attention avec des couleurs, des visuels ou l'urgence ? | Envoyer des SMS simples de rappel. | Concevoir des cartes de rendez-vous colorées et accrocheuses avec un compte à rebours visuel vers la prochaine dose. |
| | Récompenses émotionnelles | Peut-on déclencher un sentiment de fierté ou d'identité ? | Remercier verbalement les aidants après chaque vaccination. | Offrir un badge « Héros de la santé » aux aidants ayant complété toutes les vaccinations de leur enfant. |
| | Réciprocité | Peut-on offrir un petit cadeau non financier ? | Dire « merci » après la vaccination. | Offrir un autocollant ou une carte de remerciement célébrant l'engagement des aidants après chaque visite. |
| | Engagement expérientiel | Peut-on rendre l'expérience plus interactive ? | Afficher des posters sur la vaccination dans la salle d'attente. | Créer un coin jeu sur la vaccination pour réduire la peur et rendre l'expérience plus engageante pour les enfants. |
| | Regret anticipé | Peut-on utiliser le regret futur pour motiver une action présente ? | Informers de l'importance d'un vaccin. | Utiliser des messages comme : « Vous pourriez regretter de manquer la vaccination d'aujourd'hui — protégez votre enfant maintenant. » |
| SOCIAL | Normes sociales | Peut-on montrer que d'autres le font déjà ? | Encourager les parents à vacciner via des annonces. | Partager le message : « 85 % des mères de votre communauté ont vacciné leurs enfants cette année. » |
| | Effet messager | Une personne respectée peut-elle approuver ou démontrer le comportement ? | Encourager les parents à se soutenir mutuellement. | Demander à un leader religieux ou communautaire de faire vacciner son enfant publiquement et partager le moment. |
| | Comparaison entre pairs | Peut-on montrer comment les gens se comparent à d'autres ? | Rappeler aux parents les calendriers de vaccination. | Envoyer une carte indiquant combien de familles du quartier ont complété les vaccinations. |
| | Preuve sociale | Peut-on rendre le comportement visible pour encourager d'autres personnes ? | Féliciter discrètement les parents après la vaccination. | Donner un bracelet coloré après chaque vaccination, permettant aux aidants d'afficher leur engagement. |

| CATÉGORIE | MÉCANISME COMPORTEMENTAL | AMORCES/ INCEPTION | IDÉE INITIALE | EXEMPLE DE NOUVELLE IDÉE |
|-----------|--|---|---|---|
| OPPORTUN | Biais du présent | Les bénéfiques peuvent-ils être rendus plus immédiats ou visibles ? | Expliquer que les vaccins préviennent des maladies futures. | Mettre en valeur la protection immédiate après le vaccin (ex. : « Votre enfant est protégé aujourd'hui, pas seulement plus tard. »). |
| | Alignement temporel/ Choisir le bon moment | L'action peut-elle être proposée quand les personnes sont les plus réceptives ? | Envoyer des rappels une semaine avant les rendez-vous. | Envoyer des SMS tôt le matin, lorsque les aidants planifient leur journée. |
| | Incitation à la planification | Peut-on inciter les personnes à planifier quand et comment agir ? | Donner un document avec les dates de vaccination. | Inclure un espace calendrier sur les cartes de vaccination pour que les aidants inscrivent eux-mêmes la date et l'heure du rappel. |
| | Moments de changement | Peut-on s'appuyer sur des changements de routine ? | Inviter les familles à vacciner à tout moment. | Associer l'inscription vaccinale à l'inscription scolaire, lorsque les familles pensent déjà à la santé de l'enfant. |
| | Manque de temps | Peut-on mettre en avant un délai ou une durée limitée ? | Partager les dates de disponibilité du vaccin. | Utiliser des messages urgents tels que : « Plus que 3 jours pour la clinique gratuite de vaccination contre la rougeole dans votre région ! » |

3. Consolider les idées d'intervention

a. Après le brainstorming et leur amélioration avec le cadre **EAST**, regroupez toutes les idées issues de la feuille de travail dans une liste unique. Supprimez les doublons et mettez de côté les idées qui :

- Ne ciblent pas le comportement prioritaire
- Sortent du périmètre ou des objectifs du projet
- Nécessitent des systèmes entièrement nouveaux, ou des acteurs qui n'ont pas été inclus dans le processus de conception

Par exemple : l'idée « Impliquer les conseillers agricoles pour promouvoir la vaccination lors de visites à domicile » peut sembler pertinente, mais elle serait hors périmètre si l'intervention actuelle se concentre sur les cliniques urbaines et n'a aucun lien établi avec le secteur agricole.

b. Ensuite, fusionnez les idées similaires ou complémentaires. Certaines partagent le même mécanisme comportemental, le même canal de diffusion ou la même audience cible, et peuvent être renforcées lorsqu'elles sont combinées. Par exemple:

- **Idée 1:** Envoyer des messages de rappel signés par un professionnel de santé
- **Idée n° 2:** Informer les aidants qu'une dose a déjà été réservée pour leur enfant
- **Idée fusionnée:** Envoyer un rappel signé par un professionnel de santé informant les aidants qu'une dose leur a déjà été réservée.

c. Le produit final de cette étape doit être une liste consolidée d'idées distinctes, ancrées dans les sciences comportementales, qui:

- Ciblent le comportement prioritaire
- S'alignent avec le contexte local
- Appliquent des insights comportementaux
- Sont réalisables dans le cadre du projet

Cette liste servira de base pour la priorisation et le prototypage à l'étape suivante.

Tenez compte des conseils suivants lorsque vous générez des idées:

- **Conserver les versions "assez bonnes" des idées.** Même si elles peuvent sembler faciles à écarter, certaines des meilleures solutions émergent de brouillons ou d'esquisses imparfaites. Au lieu de les éliminer trop tôt, placez-les dans une colonne ou une feuille « peut-être ». Une fois retravaillées, ces idées répondent souvent à des besoins que d'autres ont ignorés.
- **Associez les idées à la chronologie des micro-comportements.** Après le brainstorming, sélectionnez les 10 à 15 idées les plus pertinentes et placez-les sur la chronologie du micro-comportement (par exemple : avant, pendant ou après l'action ciblée). Cela permet de vérifier si les solutions sont trop concentrées sur un seul moment (ex. : uniquement des rappels avant le rendez-vous) et d'identifier les étapes négligées où de nouvelles idées sont encore nécessaires.
- **Faites un test rapide pour savoir si cela vous serait utile.** Pour chaque idée d'intervention comportementale, demandez à une personne de l'audience cible — ou adoptez son point de vue — et répondez : « Est-ce que cela m'aiderait vraiment à réaliser le comportement ? » Ce test rapide permet d'éviter les idées qui semblent prometteuses théoriquement mais qui ne sont pas utiles en pratique. Si la réponse est « pas vraiment », l'idée doit être ajustée ou repensée.

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Les feuilles de travail d'Amorces d'idéation et de Génération d'idées présentées ici n'ont pas été élaborées par l'équipe de projet originale. Ce sont des exemples reconstruits à partir de données et du contexte réel du projet.

Au Liban, l'équipe de projet cherchait à augmenter l'adoption de la vaccination infantile parmi les aidants réfugiés bénéficiant du programme AIA du Ministère de la Santé Publique. En s'appuyant sur les enseignements de la phase Explorer, l'équipe a d'abord synthétisé les résultats clés dans une feuille structurée de questions « Comment pourrions-nous... » issue de l'outil Amorces d'idéation. Cela a permis de transformer une recherche complexe en amorces ciblées, en précisant le micro-comportement attendu et en identifiant les barrières comportementales associées. L'un des prompts les plus importants formulés a été : « Comment pourrions-nous réduire l'oubli et le manque de planification chez les aidants réfugiés afin qu'ils reviennent au centre de santé à temps pour la prochaine dose de vaccin de leur enfant? »

Cette question a servi de base à plusieurs idées d'intervention générées lors de séances de co-création et de génération d'idées en équipe. Parmi les premières pistes proposées, on retrouvait :

- Une simple carte de rendez-vous en papier remise par les agents de santé aux aidants après la première vaccination de l'enfant.
- Une version améliorée de cette carte, comprenant un espace où l'aidant pourrait écrire la date de retour, afin de renforcer l'engagement et la mémorisation.

Suggestions d'idéation

Remplissez la partie 1 de cette fiche de travail en utilisant les produits / résultats immédiats des phases Définir, Explorer et Diagnostiquer. Ensuite, dans la partie inférieure, formulez des questions « Comment pourrions-nous ».

| A | B | C | D |
|--|--|--|---|
| Population concernée Les personnes qui s'occupent de jeunes enfants vivant dans des communautés à faibles revenus et de réfugiés au Liban, en particulier dans les zones couvertes par le programme AIA. | Micro-comportement à changer Revenir au centre de santé à temps pour la prochaine vaccination de routine de leur enfant, après l'administration de la première dose. | Barrières / Facteurs facilitateurs <ol style="list-style-type: none">1. Oubli2. Faibles habitudes de planification3. Urgence limitée.4. Priorités concurrentes | Informations supplémentaires Proche aidant : « Je dois m'occuper de beaucoup de choses. J'ai du mal à me souvenir de la date du prochain vaccin. » Données administratives : augmentation spectaculaire des cas d'oreillons en 2015, confirmée par une enquête par groupes menée dans le district en 2016. |

Comment pourrions-nous + C obstacle surmonté/facilitateur exploité + pour A population cible + afin que B les micro-comportements changent ?

1. Comment pouvons-nous aider les personnes chargées de s'occuper des enfants au Liban à adopter de meilleures habitudes de planification afin qu'ils soient plus enclins à se souvenir et à se présenter à temps aux rendez-vous de vaccination de suivi de leur enfant ?
2. Comment pouvons-nous renforcer le sentiment d'urgence et d'importance chez les parents dans les communautés défavorisées afin qu'ils accordent la priorité au retour à la clinique pour la prochaine dose de vaccin de routine de leur enfant ?
3. Comment aider les parents au Liban à surmonter les priorités quotidiennes concurrentes afin qu'ils puissent respecter le calendrier de vaccination de leur enfant après la première dose ?
4. Comment pouvons-nous réduire les oublis chez les parents dans les communautés à faibles revenus et les communautés de réfugiés afin qu'ils se rendent à temps au centre de santé pour la prochaine vaccination de routine prévue pour leur enfant après la première dose ?

Comment pourrions-nous...

Comment pourrions-nous réduire l'oubli chez les personnes chargées de s'occuper des enfants

issus de communautés à faible revenu et réfugiées, afin qu'ils retournent au centre de santé à temps pour la prochaine vaccination systématique programmée de leur enfant après la première dose ?

Activité de brainstorming

Cartes « Fix-it »

Ce serait plus facile si les personnes chargées de s'occuper des enfants disposaient d'une carte pour se souvenir de la date de la prochaine visite de vaccination.

Idée : donner aux personnes chargées de s'occuper des enfants une petite carte de rendez-vous indiquant la date de leur prochaine visite de vaccination.

Oui, et...

Commence par : « L'infirmière pourrait nous le rappeler. » → « Oui, et elle pourrait nous appeler la veille. » → « Oui, et nous pourrions aussi recevoir un SMS. »

Idée : mettre en place un service SMS basé sur la clinique où les parents reçoivent un message la veille du prochain rendez-vous de leur enfant.

Remixer et assortir

Un participant examine un dépliant scolaire et suggère : « C'est clair. Et si nous en avions un pour la vaccination, avec un espace pour noter la prochaine date ? »

Idée : un dépliant contenant les informations sur le calendrier vaccinal et un espace permettant aux professionnels de santé d'inscrire à la main la prochaine date de rendez-vous de l'enfant.

Dessinez l'idée

Le participant dessine un mégaphone près d'une mosquée avec l'heure et la date écrites à côté.

Idée : se coordonner avec les mosquées de la communauté pour annoncer les prochaines journées de vaccination pendant la prière du vendredi.

Mettez-le en scène

Les participants jouent le rôle d'une mère qui oublie la date, puis rejouent le scénario dans lequel elle parle à une autre mère dans un magasin qui lui rappelle.

Idée : former des mères locales pour qu'elles rappellent et encouragent leurs pairs à donner la prochaine dose à leur enfant.

Brique par brique

Les personnes chargées de s'occuper des enfants disent : « Je perds les papiers. » → « J'ai toujours mon téléphone. » → « Mon voisin me le rappelle. » → « Je vérifierais un message. »

Idée : créer un groupe WhatsApp de rappel animé par l'infirmière de la clinique.

- Un message de rappel signé par un agent de santé connu, envoyé quelques jours avant le prochain rendez-vous.
- Un autocollant-calendrier visuel que les aidants pourraient utiliser à domicile pour noter la date.
- Un moment d'engagement verbal, durant lequel l'aidant énonce à voix haute la date prévue de retour.

Ces idées préliminaires ont été générées à l'aide d'outils tels que Fix-it Cards, Jeu de rôle et Brique-par-Brique, permettant à l'équipe d'explorer collectivement des ajustements de conception simples mais à fort impact. La carte de rendez-vous, ultérieurement améliorée et testée, s'est révélée être la solution la plus prometteuse.

Suggestions avancées pour le brainstorming

Utilisez ces provocations de conception pour pousser votre réflexion plus loin. Elles ont pour but d'affiner, de recadrer ou d'améliorer les idées existantes en remettant en question les hypothèses, en encourageant de nouvelles perspectives et en aidant l'équipe à explorer des possibilités négligées.

Changer le ton

Idee originale : donner aux personnes chargées de s'occuper des enfants une petite carte de rendez-vous indiquant la date de leur prochaine visite pour la vaccination.
Idee repensée : créer une carte d'engagement ludique et festive, conçue comme un certificat de « héros de la santé » pour enfants, avec un espace pour coller des autocollants colorés et un langage joyeux (« Tu as fait un grand pas aujourd'hui ! Prochaine étape : un avenir plus sain ! ») afin de renforcer les émotions positives et la fierté des parents.

Reconfigurer l'idée

Idee initiale : mettre en place un système de rappel par SMS ou par téléphone depuis la clinique pour les prochains rendez-vous de vaccination.
Idee remaniée : au lieu d'attendre la semaine du rendez-vous, envoyer deux messages : un immédiatement après la visite (« Merci d'être venu ! La prochaine dose est prévue le... ») et un deuxième rappel la veille de la date prévue. Cela permet de présenter cela comme un soutien continu, et non comme un simple rappel de dernière minute.

Changez les contraintes

Idee initiale : créer un groupe WhatsApp de rappel animé par l'infirmière de la clinique.
Idee remaniée : si Internet ou la technologie ne sont pas disponibles, mettre en place un système de « copains de vaccination », dans lequel les aidants sont jumelés et invités à se rappeler mutuellement les rendez-vous. Cette méthode peu coûteuse et sans technologie tire parti des liens sociaux plutôt que des outils numériques.

Changer de perspective

Idee initiale : créer un dépliant à emporter contenant le calendrier de vaccination et un espace pour noter le prochain rendez-vous.
Idee remaniée : du point de vue des agents de santé, les dépliants alourdissent leur charge de travail administratif et peuvent être oubliés. Simplifiez plutôt le concept en créant un autocollant de la taille d'un timbre qui peut être apposé sur le carnet de santé de l'enfant, un document que les agents de santé utilisent déjà et que les personnes chargées de s'occuper des enfants ont toujours sur eux.

Changez les sens

Idee initiale : coordonner avec les mosquées de la communauté pour annoncer les jours de vaccination.
Idee remaniée : ajouter du son et du mouvement au rappel : un groupe de jeunes locaux pourrait utiliser des haut-parleurs mobiles pour diffuser un jingle ou un chant entraînant rappelant aux familles le jour de la vaccination. Cela permet d'utiliser le rythme, la familiarité et la répétition pour renforcer la pertinence.

Modifier le cadre

Idee originale : mettre en place un réseau communautaire d'ambassadeurs de la vaccination composé de mères locales.
Idee remaniée : et si le cadre était un marché bondé où les personnes chargées de s'occuper des enfants font leurs courses ? Les ambassadeurs de la vaccination pourraient porter des tabliers ou des écharpes à l'effigie de la marque et distribuer des rappels rapides ou des cartes d'information au passage, sans sessions formelles ni visites à domicile.

Comment pourrions-nous...

Intégrer les HWV développés précédemment et les utiliser pour orienter la recherche d'interventions passées ou de données existantes pouvant aider à répondre à ces questions.

Comment pourrions-nous réduire les oublis des personnes chargées de s'occuper des enfants dans les communautés à faibles revenus et de réfugiés afin qu'ils se rendent à temps au centre de santé pour la prochaine vaccination de routine prévue pour leur enfant après la première dose ?

Examiner et adapter les données probantes et les interventions passées

Intervention

Recueillir des exemples pertinents à partir de la recherche documentaire (ou revue de la littérature) menée dans le cadre des phases « Explorer » et « Diagnostiquer » et d'autres sources.

Cartes postales de rappel pour augmenter la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées aux États-Unis (Chen et al., 2020)

Carte de rappel postale modifiée pour améliorer la couverture vaccinale contre la rougeole (Howe et al., 1991, Australie)

Rappels par SMS (Domak et al., 2019, Guatemala)

Systèmes de rappel pour améliorer les taux de vaccination chez les enfants : une revue systématique (Williams et al., 2015, BMJ Open)

Revue de la littérature

Quel comportement et celui de qui, l'intervention cherchait-elle à modifier ? Quelles étaient les barrières et quels étaient les mécanismes de l'intervention ? Quels ont été les résultats ?

Cibler les personnes âgées (65 ans et plus) afin d'améliorer la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière. Les barrières abordées comprennent l'oubli, la faible importance accordée à la vaccination et le manque de rappels. Mécanisme : envoi postal de rappels contenant un texte simple et un message motivant. Résultat : augmentation modeste mais statistiquement significative des taux de vaccination (augmentation d'environ 23 points de pourcentage).

Cible : parents d'enfants devant recevoir le vaccin BCG. Barrières : faible couverture vaccinale due à l'oubli ou à l'absence d'indicateurs clairs. Mécanisme : carte personnalisée imprimée en couleur envoyée par courrier qui mélangeait avec le nom de l'enfant et la date prévue. Résultat : augmentation significative de la couverture vaccinale (75 % contre 63 % dans le groupe témoin).

Des rappels par SMS unidirectionnels ont été envoyés avant les rendez-vous de vaccination des nourrissons. Ils visaient à lutter contre l'oubli et ont considérablement amélioré la ponctualité des rendez-vous dans une population rurale.

Barrières : outils, priorités concurrentes, manque d'indicateurs pour la planification. Mécanisme : messages de rappel. Résultat : le rapport des systèmes de rappel ont augmenté les taux de vaccination, quel que soit le mode de diffusion. L'effet le plus important a été observé lorsque les rappels étaient personnalisés ou multimedias.

Adaptation

Comment cette intervention pourrait-elle être adaptée au projet ? Quelles hypothèses ou lacunes pourrait-elle combler ?

Cela pourrait inspirer l'utilisation d'un rappel physique et visuel, comme une carte de rendez-vous papier ou l'ibon. De plus, les personnes âgées ou faibles-vue peuvent avoir des niveaux de motivation et d'alphabétisation différents de ceux des migrants ou ibon. L'adaptation doit tenir compte du niveau d'alphabétisation et de la confiance dans les documents d'apparence officielle.

Recherche faite d'utiliser une carte personnalisée et tangible pour encourager l'action. L'adaptation au libon doit tenir compte des personnes chargées de s'occuper des enfants qui peuvent avoir une faible niveau d'alphabétisation ou de mobilité. Les cartes pourraient plutôt être distribuées en personne à la clinique.

Les rappels par SMS peuvent être efficaces, mais leur efficacité dépend des capacités et des ressources limitées du ministère de la Santé.

Valoir l'importance des rappels sous forme de leurs formes, y compris les cartes papier à faible coût. Dans le cas du libon, il peut être utile de savoir que toutes les mesures de rappel peuvent fonctionner, mais il est important de localiser et de comprendre les contraintes en matière de ressources et de capacités.

Pour renforcer ces idées, l'équipe a également examiné des preuves antérieures montrant l'efficacité des rappels SMS et des cartes physiques dans l'augmentation de la couverture vaccinale. Cela a encouragé l'adoption de solutions low-tech, à la fois abordables, faisables et adaptées aux préférences et au contexte des aidants.

L'équipe a ensuite appliqué des provocations/ incitations de conception (Design Provocations) ainsi que le cadre EAST pour améliorer l'idée : elle a été rendue plus facile à utiliser grâce à un langage simplifié et à l'ajout d'icônes visuelles ; plus attrayante grâce à l'usage de couleurs et à sa mise en page ; renforcée socialement en encourageant les aidants à la montrer à d'autres personnes ; et plus opportune, en étant remise à des moments clés de décision (par exemple, juste après l'administration du premier vaccin).



ÉTAPE 2 :

Prioriser les interventions

Objectif de cette étape :

Cette étape introduit un ensemble de critères pour identifier les idées d'intervention les plus prometteuses. Bien qu'il soit courant de reconnaître l'importance de facteurs tels que l'efficacité coûts-bénéfices, la mise à l'échelle et l'équité, il peut être difficile de les prendre en compte lors des séances de génération d'idées. Cette étape crée un moment structuré pour réfléchir et prendre des décisions éclairées. À la fin, les équipes doivent disposer d'une liste restreinte de 1 à 3 idées d'intervention prêtes à être prototypées et testées auprès des utilisateurs.

Outils associés :

- [Priorisation des idées](#)
- [Liste de vérification éthique](#)

Pourquoi cette étape est importante :

Les équipes ont souvent tendance à privilégier des idées enthousiasmantes ou familières, même si elles ne sont pas réalisables ou ne répondent pas aux véritables barrières comportementales. Des critères transparents de priorisation permettent une évaluation équilibrée et évitent d'investir dans des idées coûteuses, difficiles à mettre à l'échelle, ou non alignées sur les besoins réels.

L'éthique doit constituer un élément central de la priorisation. À ce stade, l'accent est mis sur l'équité et l'inclusion dans les choix de conception, afin d'évaluer si les idées d'intervention risquent de renforcer la stigmatisation, de limiter le choix ou d'exclure les populations vulnérables. Ce type de vérification liée à l'éthique de la conception (design ethics) garantit

que les solutions ne causent aucun tort et qu'elles promeuvent activement l'équité, la dignité et l'inclusion.

Lorsque le processus évolue de la priorisation vers le test en conditions réelles, l'éthique de la recherche (IRB / Comité d'éthique) devient nécessaire pour ajouter un niveau supplémentaire de protection. Cela inclut l'approbation par un Comité d'éthique de la recherche (IRB), le consentement éclairé, la protection des données personnelles et des mécanismes de sauvegarde – ces aspects seront détaillés dans le chapitre suivant, Tester les hypothèses.

Dans cette phase, l'objectif est donc de prioriser des idées éthiques dans leur intention et leurs effets potentiels ; dans la prochaine phase du processus DEPTHS, nous veillerons à ce que le test de ces idées soit conduit de manière responsable et conforme aux principes éthiques.

Comment procéder :

1. Prioriser les idées en utilisant des critères clés

La feuille de travail – [Priorisation des idées](#) guide les équipes dans l'évaluation de chaque idée selon un ensemble de critères pratiques. Ceux-ci incluent :

- **Désirabilité** : L'idée sera-t-elle acceptée et valorisée par la communauté ?
- **Facilité de changement de comportement** : L'idée a-t-elle de bonnes chances d'influencer efficacement le micro-comportement ciblé ?
- **Impact du changement de comportement** : Si le comportement change, cela influencera-t-il de manière significative le résultat comportemental principal ?
- **Mesurabilité** : Peut-on mesurer de manière fiable l'impact de l'idée ? Existe-t-il des moyens crédibles pour suivre son efficacité ?
- **Coût** : Quelle est l'intensité des ressources nécessaires pour mettre en œuvre l'idée ?

- **Mise à l'échelle** : Si l'idée fonctionne, pourra-t-elle être étendue ou adaptée à d'autres contextes ?
 - a. Créez une copie de la feuille Priorisation des idées pour chacune des interventions issues de la liste finale. Écrivez le nom de l'idée en haut de la feuille de travail, puis évaluez-la selon les six critères de priorisation indiqués dans la colonne de gauche.
 - b. Chaque critère doit être noté sur une échelle de 1 (très faible) à 5 (très élevé). Plus le score total d'une idée est élevé, plus cette idée est adaptée à un développement ultérieur. Le Tableau 5 présente des questions de réflexion, des considérations et des conseils pour attribuer un score à chacun de ces critères, en utilisant comme exemple l'intervention de la carte de rendez-vous de vaccination.

Nom de l'idée : _____ Total des points : _____ / 30

Priorisation des idées

Pour chaque intervention, évaluez-la sur une échelle de 1 (très difficile) à 5 (très facile). Les scores les plus élevés passent à la phase de prototypage.

| | | |
|---|---|---|
| Désirabilité | 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5 | Pourquoi ? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> |
| | <i>L'intervention et le changement qu'elle encourage ne sont pas souhaités par la communauté ciblée</i> <i>L'intervention et le changement qu'elle encourage sont souhaités par la communauté ciblée</i> | |
| Facilité du changement de comportement | 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5 | Pourquoi ? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> |
| | <i>Difficulté à mettre en œuvre les changements</i> <i>Facile/immédiat d'agir sur le changement d'action</i> | |
| Impact du changement de comportement | 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5 | Pourquoi ? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> |
| | <i>Faible impact sur le résultat souhaité</i> <i>Impact élevé sur le résultat souhaité</i> | |
| Mesurabilité | 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5 | Pourquoi ? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> |
| | <i>Difficile à mesurer l'efficacité</i> <i>Mesure précise de l'efficacité</i> | |
| Coût | 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5 | Pourquoi ? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> |
| | <i>Coûteux à déployer</i> <i>Relativement peu coûteux</i> | |
| Évolutivité | 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5 | Pourquoi ? <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> |
| | <i>Difficile à mettre à l'échelle et à maintenir dans le temps</i> <i>Systèmes existants et capacité de mise à l'échelle si l'efficacité est prouvée</i> | |

TABLEAU 5 : CONSIDÉRATIONS POUR L'ATTRIBUTION DES SCORES SELON LES CRITÈRES

| CRITÈRES | SUGGESTION | GUIDE | EXEMPLE |
|--|--|--|---|
| Désirabilité | Cette idée correspond-elle aux valeurs de la communauté ? Souhaiteraient-ils cette intervention ? | Attribuer un score élevé si l'idée semble pertinente, respectueuse et acceptable pour les personnes concernées. | Le sticker est probablement perçu comme utile et pertinent. Il est non intrusif, facile à comprendre et peut être personnalisé selon les préférences locales. |
| Facilité de changement de comportement | À quel point sera-t-il facile pour la population ciblée d'adopter le micro-comportement attendu ? | Attribuer un score élevé si l'idée réduit la friction, paraît simple à mettre en action ou s'intègre dans les routines existantes. | L'idée réduit le risque d'oubli en renforçant un comportement déjà envisagé. Elle s'intègre facilement dans la routine et l'environnement du parent. |
| Impact du changement de comportement | Si le comportement change, cela influencera-t-il le résultat comportemental principal de manière significative ? | Attribuer un score élevé aux idées ayant un impact direct sur des résultats clés en matière de santé, de comportements ou de bien-être social. | La présence à temps aux rendez-vous de vaccination soutient directement l'immunisation complète, améliorant ainsi les résultats de santé. |
| Mesurabilité | Peut-on mesurer de manière fiable si l'idée fonctionne ? | Score higher if the idea includes clear outputs, observable behaviours, or simple metrics. | Impact can be tracked by comparing clinic attendance records for caregivers who receive the sticker versus those who do not. |

| CRITÈRES | SUGGESTION | GUIDE | EXEMPLE |
|------------------|---|---|--|
| Coût | L'idée est-elle relativement abordable à mettre en œuvre ? | Attribuer un score élevé si elle s'appuie sur des systèmes existants, nécessite peu de ressources ou peut être adaptée à faible coût. | L'intervention est relativement peu coûteuse, facile à mettre en œuvre et utilise le personnel et les systèmes déjà en place. |
| Mise à l'échelle | Cette idée pourrait-elle être étendue à d'autres personnes, contextes ou régions si elle fonctionne ? | Attribuer un score élevé si l'idée est modulaire, adaptable, ou s'appuie sur des systèmes déjà existants. | Le design est adaptable et peut être mis à l'échelle dans différents lieux, avec des ajustements mineurs comme la langue ou l'imagerie locale. |

- c. Attribuez un score à chaque idée et notez brièvement la justification dans la colonne « Pourquoi ? » afin de documenter les décisions et de favoriser l'alignement de l'équipe.
- d. Calculez le score total sur 30 en additionnant les points de chaque ligne. Ces totaux offrent un aperçu rapide pour les comparaisons et les discussions au sein de l'équipe, aidant ainsi à identifier les idées les plus prometteuses.

Cependant, ces scores ne constituent ni des décisions finales ni des validations officielles. Avant de partager les résultats en externe (par exemple, avec le Ministère de la Santé), assurez-vous que les idées priorisées soient pleinement élaborées et adaptées au contexte.

- e. Après la discussion, sélectionnez 1 à 3 idées à faire avancer vers l'étape suivante : l'évaluation éthique.

2. Assurez-vous que l'idée est éthique et inclusive

Utilisez la feuille de travail – [Liste de vérification éthique](#) pour évaluer chacune des idées priorisées au regard de considérations éthiques essentielles:

- a. Commencez par l'une des idées d'intervention sélectionnées à l'étape précédente.
- b. Examinez chaque idée priorisée et évaluez si elle respecte la norme éthique. Pour chaque critère, indiquez l'une des options suivantes:
 - **Oui:** l'idée répond clairement aux normes éthiques.
 - **Oui, avec des risques potentiels à prendre en compte :** L'idée respecte globalement la norme éthique, mais comporte certains éléments à surveiller ou à atténuer.

- **Non :** L'idée ne respecte pas la norme éthique et doit être révisée ou repensée.

Le tableau ci-dessous fournit des questions directrices et des éléments de réflexion pour évaluer chaque critère de façon rigoureuse et cohérente.

TABLEAU 6. CRITÈRES ÉTHIQUES, QUESTIONS INCITATIVES ET CONSEILS SUPPLÉMENTAIRES

| CRITÈRES | QUESTION | CONSEILS |
|---|---|---|
| Équité et inclusion | Cette idée pourrait-elle aggraver des inégalités existantes ou exclure certains groupes ? | Vérifiez si l'idée est accessible à toutes et tous, quels que soient le niveau de revenu, l'origine ethnique, le niveau d'éducation ou le handicap. Par exemple, une intervention basée sur le smartphone pourrait exclure des aidants sans accès numérique. |
| Dynamiques de genre et de pouvoir | Cette idée renforce-t-elle des stéréotypes de genre ou des déséquilibres dans la prise de décision ? | Analysez si l'idée présume qui prend les décisions de santé dans le foyer. Par exemple, cibler uniquement les mères dans la santé infantile peut renforcer des normes excluant les pères ou d'autres aidants. |
| Intersectionnalité | L'idée tient-elle compte de la façon dont des identités multiples peuvent façonner les barrières ou les expériences ? | Certains groupes subissent des désavantages cumulés (ex. jeunes mères rurales à faible revenu). Si une idée ignore ces réalités croisées, elle peut invisibiliser ou marginaliser des populations clés. |
| Respect de l'autonomie et du consentement | L'idée permet-elle aux personnes de prendre une décision éclairée et volontaire ? | L'intervention ne doit pas être coercitive ni manipulatrice. Par exemple, les messages sur les normes sociales ne doivent ni culpabiliser ni intimider. L'information doit être exacte et le consentement respecté. |
| Protection des plus vulnérables | L'idée pourrait-elle entraîner involontairement un préjudice ou accroître la vulnérabilité ? | Évaluez si l'idée risque de mettre certaines personnes en difficulté. Par exemple, surcharger des agents communautaires déjà mobilisés, ou exposer des aidants à la stigmatisation. Une intervention doit éviter tout préjudice et, idéalement, réduire la vulnérabilité. |
| Transparence et fiabilité | Est-il clair qui porte l'intervention et dans quel objectif ? | Les personnes doivent savoir pourquoi elles reçoivent un message ou sont invitées à agir. Par exemple, un rappel doit indiquer clairement qu'il provient du Ministère de la Santé ou d'une source reconnue, et non d'un émetteur anonyme. |

Remarque: Cette liste de vérification éthique n'est pas issue d'une seule source. Elle a été développée spécialement pour cet outil en synthétisant des principes clés issus des normes UNICEF en matière d'équité et de protection, des directives « Ne pas nuire » de l'OMS, ainsi que des pratiques internationales en conception centrée sur l'humain (HCD). L'objectif est d'offrir un regard éthique pratique et orienté design, afin d'aider les équipes à évaluer les idées d'intervention de manière juste et inclusive.

- c. Discutez et documentez les réflexions. Indiquez les aspects où l'intervention semble solide et ceux qui pourraient nécessiter des ajustements. Notez toute action visant à améliorer l'intégrité éthique de l'idée dans la colonne « Risques et ajustements nécessaires » de la feuille de travail.
- d. Si l'intervention soulève des risques éthiques ou des signaux d'alerte, c'est le moment de repenser sa conception. Les révisions peuvent impliquer de modifier le langage, la méthode de mise en œuvre, le cadre ou le format, afin de garantir que l'idée reste inclusive, sûre et respectueuse. Si plusieurs préoccupations apparaissent et ne peuvent être résolues par l'adaptation, envisagez soit :
 - de revoir l'ensemble des idées afin d'en sélectionner une autre, ou
 - de solliciter l'avis d'un comité d'éthique (Institutional Review Board – IRB) avant de poursuivre.⁶
- e. Répétez ce processus pour chaque idée d'intervention priorisée.

Gardez le conseil suivant à l'esprit lors de la priorisation des idées :

- **Demandez-vous si cette idée peut être testée facilement et rapidement.** Donnez la priorité aux idées suffisamment petites pour être prototypées, mais suffisamment pertinentes pour générer de l'apprentissage. Si l'idée est trop complexe pour être testée rapidement, réfléchissez à la possibilité de la décomposer en éléments plus simples.

⁶ Pour plus d'informations, veuillez consulter la politique interne d'examen éthique de l'UNICEF.

ÉTUDE DE CAS :

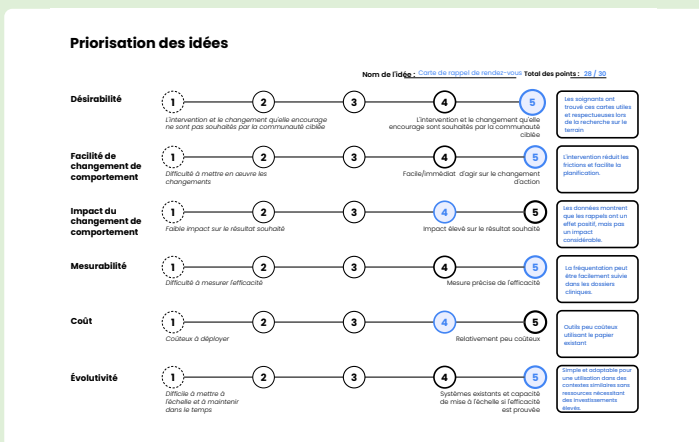
Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

La feuille de travail – Priorisation des idées et la Liste de vérification éthique présentées ici n'ont pas été élaborées par l'équipe de projet d'origine. Elles ont été recrées à partir de données et du contexte réels du projet.

Après avoir généré et affiné un ensemble diversifié d'idées d'interventions, l'équipe a utilisé six critères : désirabilité, facilité de changement de comportement, impact, mesurabilité, coût et scalabilité. Ces critères ont permis d'évaluer non seulement dans quelle mesure une idée répondait aux besoins et préférences de la communauté, mais aussi si elle pouvait générer un changement réel, faisable et durable.

informations par ce canal et les recherches qualitatives montraient qu'ils apprécient les supports simples et visuels pour se rappeler les rendez-vous importants.

Avant de finaliser la décision, l'équipe a appliqué un cadre éthique, en tenant compte de l'équité, l'inclusion, la dynamique de genre et la protection des populations vulnérables. Même si l'intervention répondait globalement aux standards éthiques, l'équipe a identifié quelques risques potentiels : certains aidants ne savaient pas lire, ce qui pouvait entraîner une exclusion, et les mères pouvaient manquer d'autorité décisionnelle dans certains ménages. Par conséquent, des ajustements simples mais essentiels ont été apportés, comme la conception de cartes avec repères visuels pour les personnes peu alphabétisées et l'exploration d'une formulation discrète mais encourageante.



Parmi les idées présélectionnées, l'une s'est démarquée : remettre aux aidants un simple carton de rendez-vous à la clinique, contenant un message rappelant la prochaine vaccination de leur enfant. L'équipe a attribué un score élevé à cette intervention pour **la facilité de changement de comportement** (des preuves antérieures sur des dispositifs similaires montrent une efficacité tangible), **le coût** (elle pouvait être intégrée aux systèmes de santé existants) et **la mise à l'échelle** (elle pouvait être déployée dans plusieurs régions avec très peu d'adaptations). Elle a également été jugée jugée pertinente et respectueuse, car les aidants recevaient déjà des

| Liste de vérification éthique pour les interventions | | Nom de l'idée : Carte de rappel de rendez-vous |
|---|--|---|
| Utilisez cette liste de contrôle pour évaluer les risques éthiques avant de passer à la phase de prototypage d'une idée. Ajustez et affinez toute idée susceptible de causer un préjudice ou d'entraîner une exclusion. | | |
| Critères | L'intervention répond-elle aux critères ? | Risques et ajustements nécessaires |
| Équité et inclusion : cette idée pourrait-elle aggraver les inégalités existantes ou exclure certains groupes ? | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Oui, avec des risques potentiels <input type="checkbox"/> Non | Peut ne pas atteindre les personnes chargées de s'occuper des enfants peu alphabétisés ; envisager des formats inclusifs (par exemple, supports visuels, rappels oraux). |
| Genre et dynamique du pouvoir : cette idée renforce-t-elle les stéréotypes de genre ou les déséquilibres dans la prise de décision ? | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Oui, avec des risques potentiels <input type="checkbox"/> Non | Les mères peuvent manquer de pouvoir décisionnel ; impliquer les personnes chargées de s'occuper des enfants masculins et mettre l'accent sur le partage des responsabilités. |
| Intersectionnalité : l'idée a-t-elle pris en compte la manière dont le chevauchement des identités peut créer des obstacles ou influencer les expériences ? | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Oui, avec des risques potentiels <input type="checkbox"/> Non | Le statut de réfugié, la pauvreté et le niveau d'alphabétisation peuvent être liés ; adapter les méthodes de prestation aux différents sous-groupes. |
| Respect de l'autonomie et du consentement : cette idée permet-elle aux personnes de prendre des décisions éclairées et volontaires ? | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Oui, avec des risques potentiels <input type="checkbox"/> Non | La participation est volontaire ; veillez à ce que l'utilisation et les options de désinscription soient clairement expliquées. |
| Protection des plus vulnérables : cette idée pourrait-elle involontairement causer du tort ou accroître la vulnérabilité ? | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Oui, avec des risques potentiels <input type="checkbox"/> Non | Risque de stigmatisation si le texte des cartes est mal compris ou partagé ; utilisez une formulation discrète et neutre. |
| Transparence et fiabilité : sait-on clairement qui est à l'origine de l'intervention et quel en est l'objectif ? | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Oui, avec des risques potentiels <input type="checkbox"/> Non | L'intervention provient clairement du système de santé ; continuez à renforcer son objectif et à préciser qui en est à l'origine. |

Avec la revue éthique finalisée et le potentiel comportemental confirmé, l'équipe a choisi de faire passer l'appointment card à la prochaine étape : le prototypage et les tests auprès des aidants.



ÉTAPE 3 :

Prototyper, tester et itérer les interventions

Objectif de cette étape :

Les idées sélectionnées sont concrétisées en développant des prototypes et en les testant auprès des utilisateurs afin de recueillir leurs retours et d'enrichir leur amélioration.

Pourquoi cette étape est importante :

Les interventions comportementales ne fonctionnent pas toujours de la même façon dans différents contextes. Même des idées fondées sur des données probantes peuvent se révéler inefficaces ou inadaptées lorsqu'elles sont appliquées dans un nouvel environnement. Le fait de prototyper offre l'opportunité d'explorer comment une intervention fonctionne avant d'y consacrer des ressources et du temps importants. Cela implique également d'écouter les points de vue des décideurs et des personnes chargées de la mise en œuvre, qui joueront un rôle clé dans l'adoption de l'intervention.

Prototyper et tester permettent aussi de repérer très tôt des difficultés ou effets inattendus, comme de la confusion, de la résistance ou même des risques potentiels. Par exemple, un système de rappel bien intentionné pourrait involontairement rendre visibles des informations privées de santé si les messages sont lus par d'autres personnes. Obtenir des retours à ce stade aide à ajuster les éléments essentiels et à s'assurer que l'intervention soit efficace et respectueuse, avant de passer à l'implémentation.

Outils associés :

- [Esquisse du prototype](#)
- [Guide de discussion pour le prototypage](#)
- [Synthèse du prototypage](#)

Comment procéder :

Utilisez la feuille de travail [Esquisse du prototype](#) pour développer davantage l'intervention sélectionnée et définir la forme que prendra le prototype.

1. Décrire clairement l'idée

- a. Commencez par rédiger un titre court et une phrase de description qui expliquent ce qu'est l'intervention et ce qu'elle vise à accomplir, sans jargon. Cela permet de s'assurer que l'idée est facilement comprise par toutes les parties prenantes.
- b. Ensuite, définissez la portée attendue. Précisez l'échelle géographique (par exemple : locale,

régionale, nationale), y compris les zones administratives ou lieux concernés. Spécifiez si l'intervention cible des milieux urbains, périurbains ou ruraux, en notant les contraintes ou opportunités spécifiques à ces contextes. Estimez également le nombre de personnes qui seront touchées, à la fois directement et indirectement.

2. Formuler l'hypothèse d'intervention

L'hypothèse d'intervention garantit que le prototype s'appuie sur les sciences comportementales et qu'il est orienté vers la résolution du bon problème.

- a. Commencez par passer en revue les principaux produits de la phase « Explorer », en particulier la carte et le diagnostic comportementaux, ainsi que les idées d'intervention de l'étape 1 de cette phase. La première tâche consiste à définir clairement le micro-comportement cible que l'intervention cherche à influencer. Précisez le comportement souhaité et ce à quoi ressemble le succès.

Par exemple : « Augmenter le nombre d'enfants sous-vaccinés qui reçoivent tous les vaccins infantiles de routine dans les zones ciblées par le programme libanais d'activités accélérées de vaccination (AIA). »

Réexaminez les barrières prioritaires pour vous assurer que les idées affinées restent ancrées dans les plus critiques. Reformulez brièvement ces barrières à travers le modèle COM-B afin de confirmer leur alignement avec les dimensions comportementales (capacité, opportunité, motivation). Cette reformulation renforce l'hypothèse d'intervention, car elle relie les idées aux preuves comportementales.

- b. Réfléchissez à la manière dont le prototype est censé modifier le comportement, en identifiant les mécanismes comportementaux activés. Qu'est-ce qui, précisément, dans ce prototype, devrait fonctionner, et pourquoi ? Pour cela, posez-vous les questions suivantes:

- Quels facteurs facilitateurs comportementaux cette idée mobilise-t-elle ?
- Cette idée simplifie-t-elle une décision complexe — autrement dit, la rend-elle **facile** ?
- Cette idée crée-t-elle une visibilité sociale ou un soutien collectif — autrement dit, la rend-elle **sociale** ?
- Cette idée capte-t-elle l'attention ou motivera-t-elle l'action — autrement dit, la rend-elle **attrayante** ?
- Cette idée intervient-elle au bon moment — autrement dit, la rend-elle **opportune (timely)** ?

Cette étape prépare la Théorie du Changement. Elle permet d'aller au-delà de la simple description du prototype en expliquant pourquoi il devrait fonctionner.

- c. Prenez un moment pour réfléchir à pourquoi cette idée pourrait bien fonctionner dans ce contexte spécifique. Cette idée s'appuie-t-elle sur des routines familières, des relations de confiance, ou des habitudes déjà ancrées dans la communauté ?

Ce rapide exercice de vérification aide à s'assurer que l'idée n'est pas seulement pertinente sur le papier, mais qu'elle fait sens dans la vie réelle des personnes concernées.

3. Concrétiser l'idée

Une fois l'idée clairement définie, l'étape suivante consiste à la rendre concrète:

- a. Un prototype est une version préliminaire, peu coûteuse, d'une intervention que les utilisateurs et parties prenantes peuvent voir, manipuler, jouer, ou expérimenter. Le prototype peut prendre plusieurs formes selon la nature de l'intervention. Le Tableau 7 présente un ensemble non exhaustif de types de prototypes, chacun permettant d'explorer des dimensions différentes de

l'intervention. L'objectif est de choisir un format qui permette aux participants d'expérimenter l'idée afin de générer des retours utiles.

Par exemple, la carte de rendez-vous a été testée sous la forme d'une maquette papier : une version simple et non fonctionnelle servant à vérifier la mise en page, le texte et les réactions des utilisateurs, avant toute production réelle.

TABLEAU 7. TYPES DE PROTOTYPES

| TYPE DE PROTOTYPE | DESCRIPTION | EXEMPLE | UTILE POUR |
|----------------------------|--|---|--|
| Scénarimage / Storyboard | Suite d'illustrations ou croquis montrant un utilisateur qui traverse une situation ou utilise un service ou un produit. | Illustrer le parcours d'un utilisateur (ex. une aidante) se rendant au centre de santé après avoir reçu un rappel de vaccination. | Visualiser les parcours utilisateurs, repérer les lacunes dans l'expérience du service. |
| Jeu de rôle | Mise en scène d'un scénario pour comprendre comment un utilisateur interagirait avec un service ou un produit. | Simuler la façon dont une agente de santé délivrerait un nouveau message lors d'une visite à domicile. | Tester les réactions émotionnelles, le ton, et le déroulement des interactions interpersonnelles. |
| Maquettes papier | Versions dessinées ou imprimées de formulaires, interfaces ou supports. | Concevoir le prototype d'un nouveau formulaire d'inscription pour les aidants dans les cliniques. | Tester les préférences de mise en page, la clarté du vocabulaire et la facilité d'utilisation. |
| Maquettes physiques | Objets tangibles fabriqués avec des matériaux simples (carton, argile, etc.) pour simuler un produit physique. | Créer un modèle d'un nouvel espace d'attente afin de tester la navigation et le confort. | Tester la navigation, les comportements dans l'espace, et l'adhésion visuelle. |
| Prototypes d'expérience | Simulation de la manière dont une personne vivrait l'intervention dans un environnement réel ou quasi réel. | Mettre en place un faux parcours de clinique pour tester la signalétique et le flux de service. | Tester l'engagement émotionnel, le design de l'environnement, et des détails pratiques d'implémentation. |
| Vidéos conceptuelles | Courtes vidéos expliquant comment l'idée fonctionne et quel problème elle résout. | Présenter comment un réseau communautaire de référencement pourrait soutenir le suivi vaccinal. | Communiquer des idées complexes, recueillir des retours de multiples parties prenantes. |
| Plans de service | Carte détaillant le processus de prestation, les points de contact, les rôles, et les éléments « backstage ». | Visualiser la coordination entre les équipes d'outreach et le personnel des centres de santé primaires. | Comprendre les interactions à l'échelle du système, identifier les lacunes opérationnelles. |
| SMS ou scripts de messages | Versions tests de messages de rappel, d'invitations ou de suivis envoyés via SMS, WhatsApp ou sur papier. | Tester le ton et la clarté des messages de rappel de vaccination auprès de différents groupes de parents. | Améliorer le contenu, le timing, la compréhension et la réponse comportementale. |

- b.** Les prototypes peuvent varier selon leur niveau de fidélité (c'est-à-dire le degré auquel ils ressemblent à la version finale). Le tableau ci-dessous présente différents niveaux de fidélité possibles selon le type d'intervention.

TABLEAU 8. NIVEAUX DE FIDÉLITÉ (D'UN PROTOTYPE)

| FIDÉLITÉ (D'UN PROTOTYPE) | DESCRIPTION | EXEMPLES |
|---------------------------------------|--|--|
| Faible fidélité | Représentation grossière et conceptuelle de l'idée. Les ébauches sont dessinées à la main, réalisées avec des outils simples ou jouées en jeu de rôle. Utile pour tester l'intérêt général, la clarté et l'utilisabilité de base avant d'investir davantage. | <p>Programmation : Un organigramme dessiné sur un tableau ou du papier avec des post-its pour illustrer un nouveau parcours d'orientation, testé avec un petit groupe d'agents de santé communautaires (ASC).</p> <p>Numérique : Une série de captures d'écran simulées dans PowerPoint ou Figma montrant des brouillons de messages SMS ou WhatsApp (non fonctionnels).</p> <p>Formation : Un script provisoire de séance de conseil bienveillante, lu à voix haute par des animateurs, avec des pairs jouant le rôle de soignants pour donner un retour sur le ton.</p> <p>Outil en présentiel : Esquisses faites à la main pour un support papier ou un outil de conseil, avec des zones indicatives (« image d'un soignant ici ») pour tester l'utilité avant de produire les illustrations finales.</p> |
| Fidélité moyenne/intermédiaire | Version plus aboutie intégrant du contenu réel, des visuels ou une fonctionnalité partielle. Ces ébauches gardent des éléments « en cours », mais sont suffisamment réalistes pour être manipulées par les utilisateurs. | <p>Programmation : Petit essai du parcours d'orientation dans un centre de santé en utilisant des registres provisoires photocopiés pour tester le suivi des usagers.</p> <p>Numérique : Démo interactive d'un chatbot WhatsApp avec un arbre décisionnel simple, testée auprès de 10 soignants pour vérifier la fluidité de la conversation.</p> <p>Formation : Demi-journée pilote d'un module de formation avec les travailleurs de première ligne, utilisant des diapositives provisoires et des outils d'aide au travail pour tester la pertinence et le rythme.</p> <p>Outil en présentiel : Brouillon plastifié d'un support ou activité de tri de cartes testé auprès d'un petit groupe de soignants, avec visuels et textes provisoires, mais non finalisés.</p> |
| Haute fidélité | Version quasiment finale, très proche de l'intervention telle qu'elle serait mise en œuvre. Elle est complète en forme et en fonction, tout en étant encore testée à petite échelle avant la mise à l'échelle. | <p>Programmation : Système d'orientation entièrement intégré, testé dans plusieurs districts avec registres finalisés, protocoles officiels et outils de supervision.</p> <p>Numérique : Système SMS opérationnel relié aux calendriers réels des centres de santé, testé avec de vrais soignants recevant et répondant aux messages.</p> <p>Formation : Programme de formation finalisé et déployé auprès des professionnels de santé, incluant documents imprimés, supports numériques et formateurs formés, évalué sur plusieurs sessions.</p> <p>Outil en présentiel : Support de conseil ou kit de facilitation finalisé avec graphisme professionnel, testé lors de réunions communautaires par du personnel formé, avec observation structurée de l'utilisation.</p> |

4. Planifier le processus de prototypage

- a. Dans la feuille de travail **Description du prototype**, commencez par identifier avec qui l'idée doit être testée, puis remplissez la section correspondante.

Un bon prototype recueille les avis des personnes qui comptent le plus pour son utilisation, sa mise en œuvre et son succès à long terme. Ces personnes se regroupent généralement en trois catégories :

- **Les utilisateurs finaux** (ex. : aidants, membres de la communauté) : l'intervention peut-elle fonctionner dans leur quotidien ?
- **Opérateurs de mise en œuvre** (ex. : personnel de santé, enseignants) : est-elle pratique et acceptable à mettre en œuvre ?
- **Décideurs et responsables de la mise en œuvre à long terme** (ex. : gestionnaires de programme, responsables politiques) : l'intervention s'aligne-t-elle avec les priorités et les systèmes en place pour une mise à l'échelle ?

Tous les groupes n'ont pas besoin d'être impliqués dès le départ. Vous devez d'abord tester l'intervention auprès des utilisateurs finaux, qui peuvent aider à déterminer si l'idée est claire, utile et désirable dans leur vie quotidienne. Selon les retours obtenus, l'idée peut ensuite évoluer — grâce à de petits changements dans le design, le format ou la méthode de mise en œuvre — pour mieux répondre aux besoins réels. Au fur et à mesure du raffinement, les **opérateurs** peuvent tester la faisabilité dans les services, tandis que les **décideurs** évaluent la cohérence avec les systèmes et leur potentiel de **mise à l'échelle**. Par exemple, lors du test d'une **carte de rendez-vous vaccinal** :

- Demandez aux utilisateurs finaux, comme les aidants, si elle les aide à se rappeler et à se sentir plus confiants concernant le prochain rendez-vous.
- Demandez aux opérateurs, comme les infirmières, si elle est facile à expliquer et à distribuer lors de la consultation.
- Partagez les premiers résultats avec les responsables de la mise en œuvre, tels que les gestionnaires de l'immunisation, pour discuter de son intégration dans les systèmes de routine.

Testez le prototype auprès de personnes de différents genres, âges, niveaux socioéconomiques et langues afin de refléter la diversité de la population et de comprendre comment ces facteurs influencent la compréhension et l'utilisation.

- b. Ensuite, définissez la zone géographique et la portée de l'intervention. Utilisez la section « Où devons-nous prototyper ? » de la Feuille de travail – **Description du prototype** pour identifier un lieu de test adapté.

Choisissez un lieu de prototypage qui :

- **Est pertinent du point de vue du défi comportemental** : un endroit où le **micro-comportement** ciblé se produit fréquemment et où les **barrières** ont été observées.
- **Ressemble au contexte final de mise en œuvre** : afin d'assurer que les enseignements obtenus soient transférables lors de l'implémentation.
- **Est logistiquement faisable** : accessible pour l'équipe de projet, avec l'appui de partenaires locaux et des infrastructures existantes.

Par exemple, si l'intervention consiste à tester une carte d'engagement de rendez-vous pour la vaccination des enfants, un lieu pertinent pourrait être une clinique périurbaine située dans une zone prioritaire. Ces cliniques accueillent souvent un volume élevé d'enfants à vacciner et rencontrent des difficultés liées au suivi des rendez-vous. Tester auprès des aidants et du personnel de santé dans ce cadre permet d'obtenir des retours concrets, réguliers, et des opportunités d'itération réalistes.

5. Déterminer comment mesurer la réussite

Avant de commencer les tests, définissez un plan d'apprentissage clair et simple pour évaluer si le prototype fonctionne comme prévu. Utilisez la section « Comment saurons-nous si cela fonctionne ? » de la Feuille de travail – **Description du prototype** pour documenter les indicateurs et les preuves : ce à quoi ressemble la réussite, et comment elle sera observée.

- a. Commencez par identifier 2 à 3 indicateurs observables qui reflètent l'effet attendu du prototype sur le micro-comportement ciblé. Évitez les formulations vagues comme « les utilisateurs l'ont aimé » ou « les participants étaient confus ». Au lieu de cela, définissez des signaux clairs et mesurables montrant que le prototype déclenche bien l'action souhaitée.

Exemple : si vous testez une carte d'engagement pour les rendez-vous de vaccination, évitez les critères de réussite vagues tels que « les soignants ont compris la carte de rappel ». Envisagez plutôt ce qui suit:

- *80 % des aidants déclarent correctement la date du rendez-vous sans aide.*
- *3 aidants sur 4 signent la carte et la placent dans leur sac ou carnet de santé avant de partir.*
- *75 % des aidants peuvent expliquer l'utilité de la carte en moins d'une minute, sans confusion*

Dans la mesure du possible, comparez la performance du prototype à la pratique de référence (baseline) afin de clarifier ce qui change et d'évaluer si ces changements sont significatifs.

- b. L'étape suivante consiste à recueillir des retours pour déterminer si les indicateurs de réussite sont atteints. Utilisez un mélange d'indices verbaux, non verbaux, sociaux et comportementaux pour évaluer les performances du prototype dans des conditions réelles. Dans la mesure du possible, privilégiez l'observation directe plutôt que les déclarations des participantes. À ce stade précoce, l'objectif n'est pas de démontrer un impact mesurable, mais d'identifier des tendances et d'apporter des ajustements rapides avant d'envisager une mise à l'échelle. Utilisez le Tableau 9 ci-dessous comme guide pour savoir quoi observer, quand l'observer et comment le documenter:

TABLEAU 9. MÉTHODES DE COLLECTE DE RETOURS / COMMENTAIRES LORS DU TEST D'UN PROTOTYPE

| TYPE DE PREUVE | ÉLÉMENTS À RECHERCHER | QUAND COLLECTER | COMMENT LES SAISIR |
|----------------------------------|--|---|--|
| Commentaires verbaux | Ce que les participant·es disent du prototype : ce qui est clair ou confus, ce qui est utile ou non | Immédiatement après l'utilisation (p. ex. entretien de sortie ou retour post-interaction) | Utiliser de courts formulaires, des entretiens informels ou des enregistrements audio. Poser des questions ouvertes comme : « Qu'en avez-vous pensé ? », « Y a-t-il quelque chose qui n'était pas clair ? » |
| Réactions non verbales | Langage corporel, hésitations, enthousiasme, frustration — des signaux souvent non énoncés | Pendant l'interaction avec le prototype | Utiliser des grilles d'observation ou des notes de terrain pour relever expressions du visage, pauses, ton, agitation. Ces indices révèlent souvent des réactions émotionnelles plus honnêtes que les propos. |
| Indices sociaux | Comment les dynamiques sociales influencent l'usage : imitation, demande de validation, soumission à l'autorité | Lors de tests en groupe ou en contexte public | Désigner une observateur·rice pour noter si les participant·es regardent leurs pairs avant d'agir, reproduisent leur comportement, ou demandent « Que font les autres ? ». Utiliser des fiches de débrief ou réflexions d'équipe pour consigner ces influences sociales. |
| Interactions avec l'objet | Façon dont les participant·es manipulent le prototype : l'utilisent-ils ? le jettent-ils ? demandent-ils de l'aide ? | Pendant et juste après l'utilisation du prototype | Utiliser des fiches de comptage ou des photos pour suivre les usages : l'objet est-il manipulé avec confiance ? Conservé, rangé, oublié ou abandonné ? Les instructions sont-elles suivies ? |

En prenant l'exemple de la carte d'engagement pour les aidants, l'équipe peut évaluer les indicateurs à partir des quatre types d'évidence :

- **Commentaires / retours verbaux** - Poser des questions aux aidants, telles que : « À quoi cette carte vous sert-elle ? » ; « Y a-t-il quelque chose qui n'était pas clair sur cette carte ? ». Si plusieurs personnes ne peuvent pas expliquer sa fonction ou l'interprètent de manière erronée, cela signale un manque de clarté ou d'utilité.
- **Réactions non verbales** - Observer les signes de confusion (sourcils froncés, hésitation à accepter ou signer la carte) et de compréhension (hochements de tête, sourire, compréhension rapide). Si les aidants

semblent incertains, demandent plusieurs explications ou présentent une gêne visible, le design devra probablement être ajusté.

- **Indices sociaux** - Dans les contextes où plusieurs aidants sont présents, noter si certains attendent de voir ce que font les autres avant de signer ou si la question « Qu'as-tu fait avec la tienne ? » apparaît entre pairs. Cela peut indiquer que l'usage de la carte n'est pas intuitif ou que l'adoption dépend du comportement des pairs.
- **Interactions avec l'objet** - Observer si les soignants / aidants : signent la carte, la conservent ou la jettent ; demandent où la ranger ou la rendent au personnel ; ou s'y réfèrent pendant la visite ou lors d'un rendez-vous ultérieur. Ces comportements permettent d'évaluer si la carte est perçue comme utile ou simplement comme un document de plus.

Consignez toutes les observations (commentaires, expressions, comportements entre pairs, manipulation de l'objet) dans la section « Comment saurons-nous si cela fonctionne ? » de la

Feuille de travail – **Description du prototype.** Cela clarifie ce que l'équipe devra suivre pour déterminer si le prototype est efficace ou s'il doit être amélioré avant sa mise en œuvre.

6. Effectuer des tests utilisateurs et itérer sur le prototype

L'étape suivante consiste à tester la solution auprès de véritables utilisateurs finaux, dans des conditions réelles.

- a. Commencez par définir les méthodes de test utilisateur. Les tests sur le terrain peuvent prendre différentes formes, selon la nature de l'intervention, le niveau de fidélité du prototype, les objectifs d'apprentissage, ainsi que les ressources disponibles. Ils peuvent aller de simples conversations informelles avec quelques utilisateurs à des séances structurées avec des partenaires. Il existe toute une série de ressources utiles pour soutenir cette phase, telles que [l'IDEO Org Design Kit](#), qui offre des conseils pratiques pour le prototypage rapide et les tests sur le terrain.

En prenant l'exemple de la carte d'engagement des aidants, les tests peuvent commencer par de simples démonstrations informelles, où la carte est présentée aux aidants immédiatement

après la prise de rendez-vous. Le facilitateur peut poser des questions ouvertes, telles que : « Est-ce que cela vous serait utile ? » ou « Que feriez-vous de cette carte en quittant la clinique ? ». L'objectif est de comprendre les premières impressions et les réactions émotionnelles des aidants face au prototype, afin d'évaluer rapidement s'il est perçu comme utile, clair et pertinent dans leur vie quotidienne.

L'équipe peut ensuite recourir à l'observation, en regardant discrètement si les aidants conservent la carte, s'ils s'y réfèrent, ou s'ils posent des questions au personnel de la clinique à son sujet. Si plusieurs versions de la carte sont testées (par exemple, une avec la photo de l'enfant et une autre avec le logo de la clinique), un test en parallèle (tests A/B) peut être mené afin de comparer les préférences et le niveau d'engagement associés à chaque version.

TABLEAU 10. MÉTHODES DE TEST UTILISATEUR

| MÉTHODE DE TEST UTILISATEUR | EN QUOI CONSISTE-T-ELLE ? | QUAND L'UTILISER | CE QU'ELLE PERMET D'APPRENDRE |
|------------------------------------|---|--|---|
| Visites guidées informelles | Conversations individuelles avec les utilisateurs, où l'on montre ou explique le prototype, puis on pose des questions de suivi. | Aux premières étapes, lors du test de prototypes basse fidélité pour obtenir des réactions rapides. | Premières impressions, clarté et réponse émotionnelle. |
| Jeux de rôle ou simulations | Mise en scène de la manière dont l'intervention serait utilisée en contexte, souvent avec des utilisateurs finaux ou des opérateurs de mise en œuvre. | Lors du test d'interventions interpersonnelles ou liées aux services (ex. : conseil, activités de groupe). | Faisabilité, déroulement, expérience utilisateur et défis de mise en œuvre. |
| Tests parallèles (test A/B) | Présenter plusieurs versions d'un prototype pour comparer les réactions côte à côte. | Lorsqu'il faut choisir entre différents formats ou cadrages de messages. | Préférences, utilisabilité et attractivité comparative. |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Discussions en petits groupes | Retour guidé de quelques utilisateurs après avoir essayé ou examiné le prototype. | Lorsque des informations plus approfondies sur les perceptions ou les normes sociales sont nécessaires. | Acceptabilité, adéquation contextuelle, idées d'amélioration. |
| Test par observation uniquement | Observer les utilisateurs interagir avec le prototype sans les guider ni les influencer. | Lorsque le prototype peut être manipulé, lu ou utilisé physiquement, ou pour tester l'utilisabilité en contexte et observer des réactions non biaisées. | Engagement naturel, confusion, hésitation ou erreurs. |
| Projets pilotes légers | Test d'une version simplifiée de l'intervention dans un environnement réel pendant quelques jours ou semaines. | Lorsqu'un prototype de fidélité élevée doit être évalué en conditions réelles. | Patrons d'usage réels, engagement dans le temps, effets inattendus. |
| Essais à blanc pour les opérateurs | Les opérateurs de mise en œuvre ou travailleurs en première ligne répètent la livraison de l'intervention dans un cadre fictif ou sans enjeu (ex. : séance d'information simulée). | Pour évaluer la facilité de mise en œuvre et la clarté des instructions ou outils. | Problèmes pratiques de mise en œuvre, charge de travail, clarté des consignes. |

- b. Développez des outils pour guider les sessions de test (par exemple, des guides de discussion, des plans d'observation ou des listes de contrôle pour les essais à blanc), adaptés à la méthode choisie, au niveau de profondeur souhaité et au degré de fidélité du prototype.

Pour les walkthroughs, les discussions de groupe ou les pilotes, un guide de discussion structuré aide les facilitateurs à rester concentrés tout en encourageant un retour libre et ouvert. La feuille de travail – [Guide de discussion pour le prototypage](#) constitue un point de départ utile, avec des amorces telles que :

- **Présenter l'objectif du test et fixer les attentes :** Accueillez les participants, expliquez le déroulement, insistez sur l'importance de leur retour, assurez la confidentialité et obtenez le consentement.
- **Identifier les points de confusion, de résistance ou de friction :** Revenez sur les barrières comportementales détectées précédemment et vérifiez si elles demeurent pertinentes. Faites émerger d'éventuels nouveaux barrières.
- **Faire parcourir le Prototype et recueillir les réactions (ex. : utilité, clarté, adéquation) :** Parcourez chaque prototype, collectez

les premières impressions, et explorez la clarté, l'utilité, les préoccupations et les suggestions d'amélioration.

- **Faire émerger des idées d'amélioration ou de perfectionnement :** Invitez les participants à réfléchir aux éléments les plus utiles ou les moins pertinents, et à proposer des pistes de modification.

Cette Feuille de travail – Guide de discussion pour le prototypage n'a pas besoin d'être utilisée intégralement ni à l'identique. Adaptez-la en sélectionnant les questions les plus pertinentes selon la méthode de test et les objectifs d'apprentissage.

Pour les méthodes d'observation, comme la surveillance des interactions avec un prototype ou les essais à blanc des opérateurs (implementer dry runs), ces mêmes questions peuvent être reformulées sous forme de modèles simples de prise de notes ou de listes d'observation. Ces dispositifs permettent de documenter de manière systématique les comportements et réactions clés, même lorsque les participants ne s'expriment pas verbalement.

c. Pour garantir un test utilisateur à la fois éthique et efficace, veillez à appliquer les recommandations suivantes durant la mise en œuvre :

- Obtenez le consentement éclairé de tous les participants, à l'aide d'un formulaire simplifié ou d'un script verbal (selon le contexte et le niveau de littératie) afin de formaliser ce processus.
- Évitez de placer les participants dans des situations où ils pourraient se sentir jugés, gênés ou contraints. Pour réduire ce risque, gardez à l'esprit les précautions suivantes :
 - Ne testez pas en groupe si le prototype touche à des sujets sensibles ou impliquant des expériences personnelles.
 - Maintenez une neutralité absolue dans la facilitation, en évitant de féliciter, corriger ou influencer les comportements des participants.
 - Concevez des scripts, consignes et outils neutres, qui n'impliquent pas qu'il existe une « bonne » ou une « mauvaise » réponse.
 - Laissez les participants interagir librement avec le prototype, sans pression, même si leur usage diffère de ce qui était attendu.
 - Ne collectez aucun nom ni information identifiable, sauf si cela s'avère strictement nécessaire
- Assurez-vous que le prototype soit sans danger et adapté au contexte local, tant du point de vue social que logistique.
- Procédez immédiatement à un débriefing en équipe après chaque session de test, afin de capter les apprentissages tant que les observations sont fraîches et précises.

d. Après chaque cycle de test utilisateur, synthétisez les enseignements obtenus. Utilisez la Feuille de travail [Synthèse du prototypage](#) pour documenter les principaux enseignements.

Commencez par rassembler les notes brutes ou journaux d'observation issus des sessions de test. Passez en revue ce que les personnes ont fait, dit, ou exprimé par leur langage corporel. Ensuite, réfléchissez à l'orientation générale de l'intervention et répondez aux questions suivantes:

- Qu'est-ce qui montre que l'idée reste alignée avec son objectif initial ? Évaluez si les utilisateurs ont compris l'idée telle qu'elle était prévue. Cela permet de vérifier si le prototype répond bien à l'hypothèse comportementale formulée.
- Qu'est-ce qui suggère que l'idée pourrait mener au changement de comportement attendu ? Recherchez des signaux dans ce que les utilisateurs disent à propos de la simplicité, de l'utilité, ou de leur probabilité d'adopter le comportement.
- Qu'est-ce qui indique que l'idée répond à une barrière spécifique ? Identifiez des éléments montrant que l'intervention permet de surmonter une barrière du modèle COM-B : en rendant l'action plus claire, plus facile, plus motivante ou plus accessible.

À ce stade, les réponses restent provisoires. Les tests rapides permettent d'identifier si une idée est prometteuse ou problématique, mais seule une évaluation rigoureuse peut confirmer son impact.

e. Ensuite, complétez les ajustements clés qui émergent du prototypage:

- **Conserver** : les éléments qui ont bien fonctionné et qui doivent rester inchangés
- **À améliorer** : éléments qui ont causé de la confusion, de l'hésitation ou des frictions
- **À supprimer** : éléments qui n'ont pas été bien accueillis, ont été mal compris ou ont présenté des risques
- **Ajouter** : éléments ou idées manquants susceptibles de renforcer l'intervention

f. Ensuite, il faut itérer sur le prototype afin de l'améliorer. L'itération consiste à modifier le prototype en fonction de ce qui a été appris lors des tests. Cela peut impliquer de reformuler certains messages, de modifier les visuels, d'ajuster la façon dont l'outil est présenté, ou de revoir les supports ou scripts utilisés pour sa mise en œuvre. Dans certains cas, cela peut également conduire à abandonner complètement une idée si elle ne fonctionne pas suffisamment bien, si elle crée de la confusion ou de l'inconfort, ou si elle soulève des préoccupations éthiques.

g. Une fois la version révisée prête, retournez sur le terrain pour une nouvelle phase de test. Il n'existe pas de nombre universel de cycles de test applicable à tous les prototypes. Toutefois, au moins deux cycles de test utilisateur sont généralement recommandés, comme indiqué ci-dessous :

- Test initial du prototype préliminaire afin d'évaluer l'utilisabilité, la pertinence et les réactions initiales.
- Test de suivi après révisions pour confirmer si les changements ont amélioré la performance et résolu les problèmes observés.

Des cycles supplémentaires peuvent être nécessaires en fonction de trois critères:

- **Confiance dans les performances** : si les utilisateurs ont encore du mal à comprendre, accepter ou utiliser le prototype comme prévu, continuer les tests jusqu'à obtenir des retours clairement positifs et cohérents.
- **Complexité du prototype** : plus le prototype est complexe, plus il peut nécessiter de cycles de test supplémentaires.
- **Éventail de cas d'utilisation** : si le prototype doit être utilisé dans différents contextes ou par différents segments d'audience, il doit être testé auprès de représentants de chacun de ces groupes

h. Documentez chaque version, les modifications apportées et leur impact. Cela facilitera les futures adaptations et la mise à l'échelle. Chaque phase de test peut rester de petite taille (entre 5 et 10 utilisateurs par segment), tant que les sessions sont ciblées et bien animées. Poursuivez les tests jusqu'à ce que les sessions répétées ne génèrent

plus de nouvelles informations ou suggestions — ce signe indique généralement que le prototype est suffisamment stabilisé.

Tenez compte des conseils suivants lors du prototypage et des tests utilisateurs :

- **Faites appel à un « coéquipier prototype » pour observer ce qui pourrait vous échapper.** Même les meilleurs facilitateurs peuvent manquer certains détails sur le moment. Désignez un membre de l'équipe comme observateur silencieux pendant les sessions de test. Son rôle unique est de prendre des notes sur les signaux non verbaux (par exemple : hésitation, confusion, surprise) et sur les moments où les utilisateurs s'écartent de ce qui était attendu. Cela apporte une perspective essentielle lors de la synthèse, notamment sur l'utilisabilité et les points de friction.
- **Attribuez un code unique à chaque version du prototype.** Afin d'éviter toute confusion lors des itérations, utilisez un système de versionnage (par exemple : « Aide-mémoire AS v2.1 – version avec icône photo ») sur chaque prototype. Indiquez la version et le changement clé qu'elle contient. Cela facilite le suivi de ce qui a été testé, de sa performance et de ce qui change dans la version suivante.
- **Testez toujours la manière dont il est présenté, et pas seulement l'outil lui-même.** Le succès d'un prototype dépend souvent de la façon dont il est expliqué, remis ou formulé par les opérateurs. Lors des tests, observez non seulement la réaction des utilisateurs face à l'outil, mais aussi comment il est introduit. Si les agents de première ligne ne savent pas comment l'expliquer, l'outil risque de ne jamais fonctionner. Considérez donc le moment de la remise comme faisant partie intégrante du prototype, et testez-le avec la même rigueur.
- **Validez les opinions moins exprimées.** Dans les tests de groupe, les participants les plus à l'aise dominant souvent les échanges. Pour vous assurer que chacun soit entendu, prévoyez un moment de « retour silencieux » — par exemple, demandez aux participants d'indiquer avec des autocollants ou symboles les éléments d'un prototype papier qu'ils apprécient ou qu'ils n'aiment pas, avant d'ouvrir la discussion.

ÉTUDE DE CAS

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Le plan du prototype, le guide de discussion sur le prototype et la synthèse du prototype n'ont pas été élaborés par l'équipe de projet d'origine. Il s'agit d'exemples recréés à partir de données et du contexte réels du projet.

Après avoir sélectionné les idées d'intervention grâce aux critères de priorisation et d'éthique, l'équipe de recherche au Liban est passée à la phase de prototypage. L'idée retenue était une carte de rendez-vous papier, conçue pour aider les parents et responsables d'enfants à se souvenir de la date du prochain vaccin et à revenir à temps.

Développement du prototype

Pour commencer, l'équipe a élaboré une fiche de description du prototype. L'intervention visait à répondre à des barrières spécifiques identifiées chez les accompagnants du programme AIA, notamment l'oubli, la surcharge cognitive et l'absence d'indications claires sur la date de retour pour la prochaine dose.

La fiche de description précisait le comportement attendu (que les accompagnants reviennent à temps pour la prochaine vaccination), les mécanismes activés (faciliter la mémorisation et la planification, créer un repère physique) ainsi que la raison de sa probable efficacité (une solution simple, tangible, et facilement intégrable aux routines

déjà existantes des accompagnants).

Enfin, la portée de l'intervention a été définie : les centres de santé desservant des familles syriennes et libanaises dans des contextes à faibles ressources.

L'équipe a ensuite élaboré une version à faible fidélité de la carte de rendez-vous (voir ci-dessous). Ce design minimaliste était intentionnel : il était facile à reproduire, peu coûteux, et permettait à l'équipe de tester les éléments essentiels avant d'investir dans une version plus aboutie.



Nom et description de l'idée :

Aide à la planification visuelle : une simple carte de rendez-vous est remise aux personnes chargées de s'occuper des enfants après la vaccination de leur enfant, suivie de rappels personnalisés par SMS avant la prochaine visite prévue afin de les inciter à revenir à temps voulu.

Portée de l'idée.

Cette intervention cible les parents vivant dans les camps de réfugiés syriens et les communautés environnantes au Liban desservies par le ministère de la Santé publique (MoPH) dans le cadre du programme AIA. Les premiers tests auront lieu dans certains centres de santé primaires (CSP) de ces régions.

Concrétisez-la.

Une version basse fidélité de la carte de rendez-vous physique. Une petite carte colorée, au format portefeuille, qui indique la date de la prochaine visite, le nom de l'enfant et les coordonnées de la clinique. Des exemples de SMS seront également préparés pour être lus à haute voix ou affichés, imitant le rappel que les parents recevraient sur leur téléphone portable quelques jours avant le rendez-vous.

Hypothèse d'intervention

Quelles sont les principales barrières que cette idée permet, selon nous, de surmonter ?

- **Capacité :** les personnes chargées de s'occuper des enfants peuvent oublier la date ou perdre le fil en raison d'autres obligations.
- **Opportunité :** il se peut qu'il n'existe aucun système cohérent incitant à revenir pour des visites de contrôle ou donnant des indications pour planifier à l'avance.
- **Motivation :** sans rappels, l'urgence ou l'importance perçue d'une deuxième ou troisième dose peut s'estomper, en particulier en l'absence de symptômes immédiats.

Quels mécanismes l'idée utilisera-t-elle pour surmonter ces barrières ?

- **Rappels pour la mémoire et la planification :** la carte offre un rappel tangible ; le SMS agit comme un rappel opportun.
- **Facilité cognitive :** les dates et les étapes sont clarifiées et indiquées visuellement.
- **Incitation à l'engagement :** la réception d'une carte et d'un SMS encourage le suivi.
- **Renforcement social :** les messages font référence au centre de santé et sont présentés comme des rappels bienveillants de la part des professionnels de santé.

Quel comportement spécifique souhaitons-nous voir changer ? À quoi ressemble le succès ?

Quel comportement spécifique souhaitons-nous voir changer ? Les personnes chargées de s'occuper des enfants reviennent au centre de santé à temps pour la prochaine vaccination de routine prévue pour leur enfant, après l'administration de la première dose.

À quoi ressemble le succès ? Une augmentation de la proportion de parents qui reviennent pour la dose suivante du vaccin dans les délais recommandés (par exemple, dans les 28 jours pour les calendriers à doses multiples).

Pourquoi cela pourrait-il fonctionner pour la communauté ?

Cette idée s'appuie sur les routines existantes dans les centres de soins de santé primaires et exploite le désir des parents de faire ce qu'il faut pour la santé de leur enfant. Elle tire parti d'outils peu coûteux et familiers (c'est-à-dire des cartes papier et des SMS) qui sont fiables et couramment utilisés. En outre, elle correspond aux préférences locales en matière de conseils clairs et de suivi convivial de la part des agents de santé.

Planification du prototype

À qui devons-nous nous adresser pour tester l'idée ?

- **Utilisation :** les parents (principalement les mères) qui amènent leurs enfants pour leur première dose de vaccin dans les centres de soins de santé primaires.
- **Administrez-le :** les agents de santé (infirmières ou personnel d'enregistrement) qui expliquent et distribuent la carte, et le personnel du ministère de la Santé publique qui coordonne les rappels par SMS.
- **Le maintenir :** les responsables du programme de vaccination du ministère de la Santé publique et les ONG partenaires qui soutiennent le programme AIA, qui peuvent assurer le fonctionnement des systèmes de messages de rappel et d'impression des cartes.

Où devons-nous réaliser le prototype ?

- Dans les cliniques, en particulier pendant les journées de vaccination de routine.
- Salles d'attente, où la carte peut être présentée avant le départ.
- En milieu familial (indirectement), où le SMS sera reçu et pourra donner lieu à des discussions avec les membres de la famille ou à une planification.

Comment saurons-nous si cela fonctionne ?

- **Réactions verbales :** les soignants expriment-ils leur compréhension et leur appréciation de la carte/du rappel ?
- **Signaux non verbaux :** les soignants conservent-ils la carte, sourient-ils ou acquiescent-ils lorsqu'ils la reçoivent ?
- **Signaux sociaux :** les personnes chargées de s'occuper des enfants en discutent-ils avec d'autres personnes à la clinique ou avec leur famille à la maison (selon leurs propres déclarations) ?
- **Suivi comportemental :** les personnes chargées de s'occuper des enfants reviennent-ils à la date prévue ou à une date proche ? Mentionnent-ils avoir reçu le rappel ?

Test utilisateur du prototype

Pour s'assurer que la carte soit utilisable et bien acceptée, l'équipe a mené des parcours informels avec des aidants dans des contextes simulant le milieu clinique. À l'aide d'un guide structuré, ils ont recueilli les premières impressions, les réponses émotionnelles et les préoccupations des participants.

ont évalué le prototype (vert = fonctionne, jaune = pourrait fonctionner, rouge = ne fonctionne pas) et ont expliqué leur choix. Les discussions ont permis d'explorer ce qu'ils appréciaient, ce qui prêtait à confusion, qui la carte pourrait aider, ainsi que les améliorations possibles.

| | | |
|---|--|--|
| <p>Introduction</p> <p>Bonjour et merci beaucoup de prendre le temps de nous parler aujourd'hui. Nous sommes une équipe de recherche qui travaille avec le ministère de la Santé publique et l'UNICEF afin d'améliorer les services de vaccination des enfants dans votre communauté.</p> <p>Aujourd'hui, nous vous partageons quelques idées afin de recueillir votre avis. Nous voulons apprendre de vous : ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et comment améliorer les choses. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Votre opinion compte vraiment, et tout ce que vous nous direz restera confidentiel. Nous prendrons peut-être des notes ou des photos des documents (pas de vous) afin d'aider notre équipe à se souvenir de vos commentaires. N'hésitez pas à refuser tout ce qui vous met mal à l'aise.</p> <p>Pour commencer, pourriez-vous nous donner votre nom et nous parler un peu de votre enfant ou de votre dernière visite au centre de santé ?</p> | <p>Tester des idées</p> <p>Montrez le prototype physique de la carte de rendez-vous et expliquez-le au parent/tuteur.</p> <p>Maintenant, regardons cette carte. Imaginez que vous venez de la recevoir après le rendez-vous de vaccination de votre enfant. Elle vous indique quand revenir la prochaine fois.</p> <p>Veillez évaluer cette idée :</p> <ul style="list-style-type: none">• Rouge = cela ne fonctionnera pas• Jaune = cela pourrait fonctionner• Vert = cela fonctionnera <p>Questions à explorer :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pourquoi avez-vous voté ainsi ?• Qu'est-ce qui vous plaît dans cette idée ?• Qu'est-ce qui serait difficile ou déroutant dans l'utilisation de cette idée ?• Selon vous, qui en bénéficierait le plus ? Qui pourrait être laissé de côté ?• Comment utiliseriez-vous cette carte à la maison ? Vous en souviendriez-vous ?• Qu'est-ce qui pourrait rendre cette carte plus utile ? (par exemple, la couleur, des rappels, des autocollants, des photos, etc.)• Votre communauté fait-elle autre chose pour se souvenir des dates de vaccination ?• Que devrions-nous garder à l'esprit si nous essayons cette idée dans votre communauté ?• Si cette carte était utilisée dans votre communauté le mois prochain, quels changements pourriez-vous observer ? | <p>Hiérarchiser les fonctionnalités</p> <ul style="list-style-type: none">• Si vous deviez conserver une fonctionnalité clé de l'intervention, laquelle serait-ce ? Pourquoi avez-vous choisi cette fonctionnalité ?• Si vous deviez supprimer une fonctionnalité, laquelle serait-ce ? Pourquoi ? |
| <p>Barrières</p> <p>Nous avons entendu précédemment que les gens oublient parfois la date de leur vaccination ou ne reçoivent pas de rappels. Est-ce que cela vous semble vrai ? Y a-t-il d'autres raisons pour lesquelles il est difficile de revenir se faire vacciner ?</p> | <p>Conclusion</p> <p>Merci encore d'avoir partagé vos réflexions. Vos commentaires nous aident à améliorer cette idée avant qu'elle ne soit finalisée ou mise à l'échelle. Nous utiliserons ce que nous avons appris aujourd'hui pour l'améliorer et la tester auprès d'un plus grand nombre de personnes. Avez-vous des questions ou des commentaires pour conclure ?</p> | |

Commentaires clés et itérations

Les retours étaient globalement positifs. Les aidants ont apprécié que la date soit écrite, expliquant que cela créait un sentiment « d'obligation de rendez-vous », rendant la visite plus officielle.

En parallèle, les tests ont révélé plusieurs pistes d'amélioration:

- **À conserver :** date manuscrite, tampon/logo du centre de santé, mise en page simple, explication verbale du personnel
- **À améliorer :** la durabilité de la carte (laminage/pochettes), la standardisation des icônes pour les utilisateurs peu alphabétisés
- **À supprimer :** les designs trop cliniques ou génériques qui semblaient impersonnels et faciles à ignorer
- **Ajouter :** des autocollants ou des symboles représentant des enfants pour différencier les cartes des frères et sœurs et susciter l'intérêt des enfants

Ces commentaires ont été consignés à l'aide de la feuille de travail – **Synthèse du prototypage** et ont directement inspiré les améliorations apportées à la carte.

Ces ajustements ont permis d'accroître la pertinence, la facilité d'utilisation et l'adoption de la carte, tant auprès des aidants que des professionnels de santé, renforçant ainsi les bases nécessaires pour une phase d'expérimentation à plus grande échelle

Qu'est-ce qui montre que cette idée correspond à son objectif initial ?

Les personnes chargées de s'occuper des enfants ont compris que la carte indiquait la date à laquelle ils devaient revenir à la clinique et l'ont considérée comme un outil de rappel. Beaucoup l'ont qualifiée de « papier qui me dit quand revenir », ce qui montre qu'elle correspond à son utilisation prévue, à savoir un engagement et un rappel pour le suivi.

Qu'est-ce qui suggère que l'idée pourrait conduire au changement de comportement que nous visons ?

Plusieurs personnes chargées de s'occuper des enfants ont déclaré qu'ils « la conserveraient en lieu sûr » ou « l'apposeraient sur le réfrigérateur » et ont mentionné qu'ils appréciaient d'avoir un document officiel pour leur rappeler. Certains ont explicitement déclaré que cela les aiderait à se souvenir de la date sans avoir à la redemander, ce qui suggère une amélioration du suivi.

Qu'est-ce qui montre que l'idée s'attaque à une barrière spécifique ?

La carte s'attaquait directement aux obstacles liés à la mémoire (capacité psychologique) en offrant un repère visible, et aux obstacles liés à la motivation en officialisant la prochaine visite sous forme de rendez-vous. Le cachet du professionnel de santé et la date manuscrite rendaient la carte plus légitime et plus difficile à ignorer.

Principaux changements issus du prototypage

Conservier

- Date manuscrite : sentiment de personnalisation et d'autorité.
- Cachet ou logo du centre de santé : renforçait la légitimité et la confiance.
- Format simple : facile à lire et à transporter.
- Explication verbale du personnel de santé : renforcement de la clarté et de l'importance perçue.

Améliorer

- la durabilité de la carte : le papier fin risquait d'être endommagé ; certains ont suggéré des versions plastifiées ou des pochettes en plastique.
- icônes visuelles : lorsqu'elles étaient utilisées, les icônes étaient utiles mais incohérentes ; leur standardisation pourrait améliorer la clarté pour les utilisateurs peu alphabétisés.

À supprimer

- Conception trop clinique : quelques versions semblaient trop génériques ou formelles et ne parvenaient pas à attirer l'attention, en particulier lorsqu'il n'y avait pas d'éléments visuels.

Ajouter

- Autocollant ou symbole pour l'enfant : certaines personnes chargées de s'occuper des enfants ont suggéré d'ajouter un autocollant avec le nom de l'enfant ou un symbole pour aider les frères et sœurs à distinguer les cartes.

The image displays a vaccine reminder card in Arabic, titled "جيرانكن عم يحموا ولادنن باللقاح... انتو شو ناظرين؟" (Your neighbors are vaccinated... what are you looking at?). The card includes a form for the parent's name and address, a checkbox for commitment, and a calendar for the first two years of life. Five callouts highlight key features:

- 1** Statements revealing social endorsement of the AIA program
- 2** Nonbinding commitment to vaccinate at a PHC
- 3** Calendar to remind parents of the vaccination date
- 4** PHC information provided to simplify the planning for the visit
- 5** MoPH guarantee of the quality and effectiveness of the vaccines



ÉTAPE 4 :

Théorie du changement

Objectif de cette étape :

À mesure que le processus passe du prototype à l'évaluation d'un pilotage, il devient essentiel de clarifier la logique qui sous-tend l'intervention. Il s'agit de comprendre comment l'intervention est censée modifier le comportement et contribuer au résultat global défini lors de la phase « Définir ». Cela nécessite l'élaboration d'une Théorie du changement (ToC) pratique et fondée sur des données probantes. Celle-ci doit inclure :

- Les acteurs impliqués
- Les besoins et barrières identifiés
- Les activités proposées
- La manière dont ces éléments sont censés produire un changement de comportement et de résultats

La théorie du changement remplit deux fonctions essentielles:

- **Clarté interne** : garantir l'alignement au sein de l'équipe sur le fonctionnement de l'intervention et la définition du succès
- **Alignement externe**: aider les bailleurs de fonds, les partenaires et les décideurs à comprendre rapidement la justification et le cheminement vers l'impact

Outil associé :

- [Théorie du changement](#)

Pourquoi cette étape est importante :

Une Théorie du changement (ToC) est un outil pratique qui permet de cartographier clairement comment une intervention est censée produire du changement, en reliant les activités aux micro-comportements ciblés et aux résultats attendus. Bien formulée, la ToC met en évidence les mécanismes du changement. Une ToC solide communique :

- Le micro-comportement spécifique à modifier
- Pourquoi l'intervention fonctionnera dans ce contexte donné — à travers quels mécanismes (ex. : confiance, auto-efficacité, influence sociale)
- Les hypothèses et risques associés

Une Théorie du changement permet d'aller au-delà d'une simple liste d'activités — elle ne sert pas uniquement au reporting pour les bailleurs. Plutôt que de relier uniquement les intrants aux produits, elle explicite la logique de changement : ce qui doit évoluer, dans quel ordre, à quelles conditions, et selon quels mécanismes psychologiques ou comportementaux sous-jacents. Cela permet d'éviter une conception « mécanique » qui passe à côté des véritables déterminants du comportement.

Exemple d'une théorie du changement faible ou « mécanique » : Si nous formons les agents de santé communautaires, alors les taux de vaccination augmenteront. Cette formulation ignore le « comment ». Elle ne précise pas quels comportements doivent évoluer (par exemple : les aidants dépassant leurs hésitations, les ASC assurant systématiquement les suivis). Elle n'identifie pas non plus les mécanismes que la formation est censée activer (par exemple : renforcer la confiance, modifier les normes sociales, améliorer le sentiment d'auto-efficacité). Sans ces précisions, la chaîne causale est incomplète et risque de passer à côté des véritables goulots d'étranglement du changement comportemental.

Exemple d'une théorie du changement comportemental plus solide : Si l'on dote les agents de santé communautaires (ASC) de techniques d'écoute empathique et d'outils permettant d'aborder les craintes des aidants liées aux effets secondaires (activité), alors les aidants se sentiront davantage compris et plus confiants dans leur décision (mécanisme : renforcement de la confiance et de l'auto-efficacité). Avec des suivis réguliers et réalisés par des personnes de confiance lors de visites communautaires (activité), les aidants percevront également la vaccination comme une norme au sein de leur communauté (mécanisme : influence sociale). Ensemble, ces changements augmentent la probabilité que les aidants reviennent pour l'ensemble des doses (comportement), ce qui conduit à une complétion plus élevée des calendriers de vaccination (résultat).

De nombreuses interventions ne fonctionnent que si certaines conditions préalables sont en place (par exemple : la confiance doit d'abord être instaurée, les ressources doivent être fiables, l'approbation sociale doit exister). Une bonne théorie du changement rend explicites ces dépendances, afin que la logique reflète la manière dont le changement est réellement susceptible de se produire dans la pratique.

La théorie du changement est un document évolutif, qui peut être révisé et adapté au fil du temps. Elle constitue la base du suivi et de l'évaluation dans les phases ultérieures, et permet de repérer les lacunes, les risques ou les enjeux éthiques avant qu'ils n'apparaissent. Elle crée une vision commune de la façon dont le changement est censé se produire, en rendant les hypothèses explicites et en clarifiant les chemins d'impact pour l'équipe et les partenaires.

Comment procéder :

Chacune des sous-sections suivantes correspond à un élément de la Feuille de travail – [Théorie du changement](#), qui aide à formaliser la logique fondamentale de l'intervention et à la préparer pour la mise à l'essai ou l'évaluation.

1. Identifier les acteurs

- a. Commencez par la première colonne de la feuille de travail – **Théorie du changement** en identifiant les acteurs clés : les individus, groupes ou institutions dont l'implication déterminera la réussite de l'intervention. Cela inclut :
- **Utilisateurs finaux** : ceux qui vivront directement l'intervention (ex. : aidants/caregivers, adolescents, membres de la communauté)
 - **Les opérateurs de mise en œuvre** : ceux qui appliqueront l'intervention sur le terrain (ex. : professionnel de santé, équipes d'approche communautaire, éducateurs)
 - **Les responsables de la mise en œuvre ou les décideurs** : ceux qui influencent, valident ou pérennisent l'intervention (ex. : gestionnaires de programme, leaders locaux, responsables gouvernementaux)
- b. Pour chaque acteur, ne vous contentez pas d'énumérer des noms ou des fonctions : posez-vous la question « Qu'est-ce que cet acteur doit faire différemment pour que l'intervention réussisse ? ». Par exemple :
- Les utilisateurs finaux, tels que les aidants, peuvent avoir besoin d'agir sur les rappels de suivi et de se présenter aux visites prévues
 - Les opérateurs de mise en œuvre, tels que les agents de santé, peuvent avoir besoin d'introduire de nouveaux outils ou d'adopter une approche différente en matière de conseil.
 - Les responsables de la mise en œuvre, tels que les gestionnaires de programme, peuvent devoir allouer du temps, du personnel ou une volonté politique pour soutenir l'intervention à grande échelle

- c. Identifiez également les acteurs susceptibles de bloquer ou ralentir l'intervention. Demandez-vous :
- Existe-t-il des acteurs disposant d'un pouvoir de veto qui ne sont pas encore favorables ?
 - Certains acteurs ont-ils des priorités ou des incitations qui entrent en conflit avec l'intervention ?

2. Définir les besoins et les barrières principales

Ensuite, utilisez la deuxième colonne de la feuille de travail pour recenser les barrières comportementales que l'intervention vise à surmonter. Cette section doit s'appuyer sur la cartographie et le diagnostic comportementaux réalisés lors de la phase d'exploration et de diagnostic. La feuille de travail – Description du prototype contient également un résumé de ces barrières, mis à jour avant les tests, et peut servir de point de départ principal. Réexaminez les besoins et les barrières documentés, en affinant les barrières sur la base des enseignements tirés lors du prototype et des tests. Certains sont-ils devenus plus ou moins importants à la lumière des commentaires des utilisateurs ? De nouvelles barrières sont-elles apparues lors des tests ?

Inscrivez uniquement les barrières que l'intervention cherche directement à résoudre, et non l'ensemble de celles identifiées pendant les recherches initiales. Pour structurer ces barrières, utilisez le modèle COM-B :

- **Capacité** : par exemple, lacunes dans les connaissances, confiance limitée ou informations peu claires
- **Opportunité** : par exemple, contraintes de temps, accès géographique, influence sociale ou disponibilité des services
- **Motivation** : par exemple, croyances sous-jacentes, émotions, priorités ou habitudes

3. Clarifier les ressources et les conditions de mise en œuvre

Dans la troisième colonne de la feuille de travail, listez les ressources et conditions indispensables à la réussite de l'intervention. Cela peut inclure :

- **Ressources humaines** : par exemple, agents de santé formés, mobilisateurs pairs, superviseurs
- **Matériel et outils** : par exemple, cartes d'engagement, téléphones portables, outils de travail imprimés
- **Exigences en matière de prestation** : par exemple, subventions pour le temps de communication ou les données, transport pour le personnel de terrain
- **Facteurs facilitateurs** : par exemple, soutien politique, intégration aux programmes existants, confiance de la communauté envers les travailleurs de première ligne ou urgence publique accrue en raison d'une récente épidémie

Veillez à signaler toute dépendance ou tout risque critique. Par exemple :

- « Cette approche ne fonctionne que si les données mobiles sont subventionnées. »
- « L'utilisation du temps des ASC nécessite une validation du ministère. »
- « Les leaders communautaires doivent approuver l'intervention. »

Même si certains de ces éléments ont déjà été discutés, c'est ici que vous les rassemblez clairement en un seul endroit. Cela permet à tous de comprendre les conditions de réussite et de mettre en évidence ce qui devra être sécurisé avant de passer au pilote ou à l'évaluation.

4. Décrire les activités de l'intervention

Dans la quatrième colonne de la feuille de travail – Théorie du changement, décrivez les actions concrètes que votre équipe mettra en œuvre pour répondre aux barrières prioritaires identifiées. Ces activités constituent le noyau

opérationnel de l'intervention et préparent sa mise en œuvre comme son évaluation. Chaque activité doit

- Être directement liée à une barrière comportementale
- Être explicitement associée à un mécanisme de changement (ex. : rappel, outil de planification, simplification, messenger crédible, incitations :
 - Si les aidants oublient les rendez-vous (barrières liées aux capacités), l'activité pourrait consister à envoyer des rappels par SMS liés aux dates des consultations (mécanisme : saillance + aide-mémoire).
 - Si les agents de santé communautaires ne savent pas comment aborder les hésitations (barrières liées à la motivation et aux capacités), l'activité pourrait consister en une formation interactive avec des jeux de rôle et des outils de travail adaptés (mécanisme : auto-efficacité + messenger de confiance).
 - Si le flux de la clinique est trop important (barrière liée à l'opportunité), l'activité pourrait consister à restructurer la salle d'attente afin de permettre des discussions individuelles plus calmes (mécanisme : réduction des frictions + création d'un environnement favorable).

Cette section doit expliquer non seulement ce qui sera fait, mais pourquoi cela est attendu comme efficace, en s'appuyant sur la logique comportementale et les observations du terrain:

- Chaque activité est-elle clairement liée à une barrière identifiée ?
- Comprenons-nous le mécanisme comportemental activé ?
- L'activité est-elle réalisable avec les ressources et systèmes actuels ?
- Existe-t-il des données probantes (locales ou globales) suggérant son efficacité ?
- L'activité est-elle acceptable pour ceux qui la mettent en œuvre et ceux qui en bénéficient ?

5. Mécanismes psychologiques/ comportementaux

La cinquième colonne constitue le cœur de la Théorie du changement (ToC) dans un projet de science comportementale appliquée (SCA). Elle explique pourquoi l'intervention est censée fonctionner, en identifiant les mécanismes psychologiques ou comportementaux sous-jacents qui servent de facteurs facilitateurs du changement. Ces mécanismes relient les activités conçues au changement de comportement attendu, ce qui rend la chaîne causale explicite et testable. Sans cette étape, la ToC risque de devenir une simple chaîne intrants → activités → produits, plutôt qu'un outil fondé sur les sciences comportementales.

Chaque activité doit être liée à un ou plusieurs mécanismes de changement, tels que :

- **Auto-efficacité** : renforcer la confiance des personnes dans leur capacité à adopter le comportement souhaité
- **Normes sociales** : signaler que d'autres membres de leur communauté apprécient ou pratiquent ce comportement
- **Formation d'habitudes** : renforcer les petites actions répétitives jusqu'à ce qu'elles deviennent automatiques
- **Confiance** : renforcer la croyance en la crédibilité et les intentions du messenger ou du système
- **Réduction de la charge cognitive** : faciliter le comportement souhaité en simplifiant les choix ou en réduisant l'effort mental
- **Saillance** : attirer l'attention sur le comportement au bon moment, le rendant difficile à ignorer

Par exemple:

- Les SMS de rappel fonctionnent parce qu'ils réduisent la charge cognitive (l'individu n'a plus à mémoriser la date) et augmentent la saillance (le message arrive au moment propice à l'action).
- Une formation interactive des agents de santé communautaires renforce la confiance (les aidants perçoivent les agents comme crédibles) et accroît l'auto-efficacité (les agents se sentent capables de répondre à l'hésitation vaccinale).
- La réorganisation du flux en clinique réduit la friction (barrière d'opportunité) et favorise des interactions individuelles propices à la confiance et au soutien social.

Ces mécanismes permettent également de définir ce qui doit être testé lors du prototypage puis de l'évaluation : l'objectif est de vérifier si ces mécanismes ont réellement été activés. Si ce n'est pas le cas, le design pourra être ajusté.

6. Définir les résultats

Dans la sixième colonne de la feuille de travail – Théorie du changement, inscrivez les résultats immédiats observables découlant directement des activités de l'intervention. Ce ne sont pas des changements de comportement, mais des signaux à court terme montrant que l'intervention est bien mise en œuvre et utilisée comme prévu. Ils fournissent des premières indications suggérant que l'intervention pourrait être sur la bonne voie. Ces produits (outputs) montrent que les éléments essentiels de l'intervention (par ex. outils, messages, formations) atteignent les bonnes personnes de la bonne manière.

Là où la colonne précédente (Mécanismes psychologiques / comportementaux) expliquait pourquoi une activité devrait fonctionner, cette colonne décrit ce qui peut être observé ou compté afin de confirmer qu'elle est effectivement réalisée comme prévu. Les bons produits / résultats immédiats répondent aux critères suivants :

- **Observables** : ils peuvent être vus ou suivis directement
- **Quantifiables** : ils peuvent être comptés ou enregistrés de manière fiable à l'aide de mesures de base
- **Logiquement liés** : ils sont le résultat direct d'une activité d'intervention

Parmi les exemples, on peut citer les aidants qui reçoivent et conservent des cartes de rappel, les agents de santé qui utilisent de nouveaux scripts lors des séances de conseil ou les bénévoles qui distribuent des outils de planification lors des visites à domicile. Ces produits s'appuient sur les premiers indicateurs de réussite documentés dans **le prototype**, mais s'inscrivent désormais dans le cadre du processus global de changement.

Les produits / résultats immédiats sont généralement mesurés à l'aide d'outils tels que des listes de contrôle d'observation, des registres de distribution, des feuilles de présence aux formations ou des auto-évaluations des responsables de la mise en œuvre afin de documenter qui a reçu quoi, quand et avec quelle régularité. Par exemple, l'observation peut confirmer si un aidant conserve une carte de rappel ; les listes de contrôle permettent de suivre le nombre de visites à domicile au cours desquelles le nouvel outil a été utilisé.

Il est important d'éviter d'inventer des mécanismes ou de supposer que le changement s'est produit. Les produits / résultats immédiats doivent refléter ce qui a été réellement observé lors des tests utilisateurs ou documenté dans des recherches antérieures, et non ce que l'on espère voir se produire. Concentrez-vous sur les signes immédiats et concrets indiquant que l'intervention atteint les personnes comme prévu.

Notez la différence entre les produits et les effets comportementaux, comme détaillé ci-dessous :

- **Les produits** sont les conséquences directes et immédiates des activités d'intervention. Ils indiquent ce qui a été fourni, à qui et comment. Les produits / résultats immédiats sont observables et mesurables immédiatement : ils ne nécessitent pas d'interprétation et ne supposent pas de changement de comportement, de croyance ou d'attitude.
- **Les résultats intermédiaires** reflètent les premiers changements comportementaux ou cognitifs qui surviennent après l'exposition à l'intervention. Ils indiquent souvent que l'intervention commence à influencer la motivation, les capacités ou les opportunités, mais ils ne sont pas garantis simplement parce qu'une activité a eu lieu.

Pour clarifier la distinction entre les deux, le tableau T1 ci-dessous compare des activités d'intervention courantes avec des exemples de produits / résultats immédiats corrects et des affirmations incorrectes souvent confondues avec des produits / résultats immédiats.

Rappel : les produits / résultats immédiats répondent à la question « Cela s'est-il produit comme conséquence directe de l'activité, et pouvons-nous le voir ou le compter immédiatement ? » En revanche, les résultats intermédiaires reflètent les changements comportementaux ou cognitifs précoces qui peuvent se produire après l'exposition à l'intervention.

TABLEAU 11. EXEMPLES DE RÉSULTATS FORTS VS FAIBLES

| INTERVENTION | RÉSULTATS FAIBLES | POURQUOI SONT-ILS FAIBLES ? | RÉSULTATS FORTS |
|---|---|---|--|
| Carte de rappel visuel | Les aidants ont compris l'importance du suivi. | Il s'agit d'un résultat intermédiaire (changement cognitif), et non d'un résultat immédiat et observable. | Les aidants quittent le centre de santé avec un rappel visuel et tangible indiquant la prochaine date de vaccination de leur enfant. |
| Rappel par SMS | Les SMS ont été bien reçus par les aidants. | Réaction subjective qui ne confirme pas que le message a été envoyé ou reçu, ni qu'il a servi. | Les aidants reçoivent un SMS de rappel 24 heures avant un rendez-vous programmé. |
| Session de dialogue communautaire | Les participants se sentent plus confiants pour discuter des vaccins. | Décrit un changement psychologique, donc un résultat intermédiaire, et non un output mesurable immédiatement. | Des membres de la communauté assistent à une séance de dialogue facilitée par des pairs formés. |
| Aide au travail pour les agents de santé | Les agents de santé ont fourni de meilleurs conseils. | Suppose une amélioration sans observation directe de son utilisation réelle. | Les agents de santé utilisent le nouvel aide-mémoire pendant les séances de conseil. |

7. Identifier les résultats intermédiaires

Les résultats intermédiaires sont des changements à court terme — souvent cognitifs ou émotionnels — qui apparaissent après la mise en œuvre de l'intervention, mais avant que le comportement cible ne change réellement. Ils indiquent si l'intervention commence à fonctionner et si elle influence les leviers nécessaires au changement, tels que l'attention, l'intention, la motivation, la planification ou les normes sociales. Pour rendre ces résultats intermédiaires concrets et mesurables, il est préférable d'utiliser des indicateurs observables, plutôt que des termes génériques. Au lieu de dire « la motivation a augmenté », il vaut mieux décrire à quoi cela ressemble dans la pratique. Par exemple :

- Les aidants apportent leur carte d'engagement lors de la visite suivante (proxy de planification et de suivi).
- Les participants initient eux-mêmes des conversations sur le sujet avec leurs pairs (proxy d'intérêt accru ou de perception d'importance).
- Les adolescents se souviennent correctement du calendrier vaccinal après une séance interactive (proxy d'attention et de mémorisation améliorées).

Le Tableau 12 compare des activités d'intervention fréquentes avec des exemples de bons résultats intermédiaires, ainsi que des formulations incorrectes souvent confondues avec eux. Utilisez ce tableau pour vous assurer que les résultats intermédiaires sont réalistes, mesurables et fondés sur ce qui peut réellement être observé ou évalué.

TABLEAU 12 EXEMPLES UTILES VS MOINS UTILES SUR LES RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

| INTERVENTION | RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES FAIBLES | POURQUOI SONT-ILS FAIBLES ? | RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES UTILES |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Carte d'engagement | Les aidants reçoivent la carte. | Il s'agit d'un output (ce qui est distribué), et non d'un changement de perception ou de comportement. | Les aidants rapportent la carte lors du prochain rendez-vous (proxy de planification et de suivi). |
| Séance de groupe | Les participants se sentent «plus autonomes». | Formulation vague, subjective et difficile à mesurer. | Les participants initient spontanément des discussions sur le sujet avec leurs pairs (proxy de confiance et d'appropriation). |
| Formation des agents de santé | Les prestataires sont formés à un nouveau script. | Il s'agit d'un output (activité effectuée), pas d'un changement comportemental. | Les prestataires commencent à utiliser de nouvelles expressions pendant le counseling (proxy d'adoption du nouveau comportement). |
| SMS de rappel | Les aidants sont motivés à venir. | La notion de « motivation » est abstraite et non mesurable directement. | Les aidants déclarent avoir planifié le transport ou l'organisation de la garde d'enfants (proxy d'intention et de planification). |

8. Noter le résultat comportemental principal

Dans la septième colonne de la feuille de travail Théorie du changement, inscrivez le comportement spécifique que l'intervention cherche à changer. Il s'agit du comportement ciblé et mesurable, identifié lors des phases Définir et Explorer & Diagnostiquer. Par exemple, cela peut correspondre à :

- Se rendre à un rendez-vous de vaccination prévu
- Suivre le calendrier vaccinal complet
- Amener un enfant à temps dans un établissement de santé

Le résultat comportemental principal doit découler logiquement des résultats intermédiaires et refléter l'action prioritaire que l'intervention vise à modifier.

9. Cartographier l'impact escompté

La dernière colonne résume l'impact global recherché par l'intervention. Celui-ci doit être aligné avec l'énoncé de résultat formulé lors de la phase Définir.

L'impact doit s'appuyer directement sur l'étape précédente : le résultat comportemental principal. Par exemple, si davantage d'aidants (parents ou tuteurs) amènent leurs enfants aux rendez-vous vaccinaux prévus, la couverture vaccinale augmente, en particulier dans les districts à haut risque. Cela réduit les retards ou absences de vaccination et diminue la probabilité d'épidémies telles que la rougeole ou les oreillons, protégeant ainsi les enfants et l'ensemble de la communauté.

Dans cet exemple, le résultat comportemental est l'augmentation du respect, par les aidants, des rendez-vous vaccinaux programmés. Ce changement contribue à l'objectif plus large d'accroître l'achèvement en temps opportun des vaccinations de routine chez les enfants non ou sous-vaccinés dans les zones ciblées par le programme Accelerated Immunization Activities (AIA) au Liban. En retraçant clairement le cheminement entre l'intervention, l'action attendue, et l'impact à long terme, cette étape permet de confirmer la logique, la pertinence et le potentiel d'impact des interventions comportementales.

Tenez compte des conseils suivants lors de l'élaboration d'une **théorie du changement** :

- **Utilisez des chaînes « afin que... » pour articuler les liens et renforcer la logique.** Par exemple : Nous fournissons aux ASC des outils de conseil afin qu'ils se sentent plus confiants pour répondre à l'hésitation vaccinale, afin qu'ils abordent plus systématiquement les préoccupations des aidants, afin que davantage d'aidants complètent le calendrier de vaccination. Ce type de formulation dévoile les éventuelles étapes manquantes et empêche les raisonnements trop rapides.

- **Attribuez un « niveau de risque » à chaque hypothèse de la théorie du changement.** Après avoir rédigé

la théorie du changement, créez une matrice rapide dans laquelle chaque lien de causalité ou dépendance se voit attribuer un niveau de confiance :

- Vert → Élevé = Basé sur des preuves locales solides ou des tests utilisateurs cohérents
- Jaune → Moyen = Basé sur des précédents mondiaux, mais non testé localement
- Rouge → Faible = Basé sur l'intuition de l'équipe ou une hypothèse optimiste

Cela permet de mettre en évidence les risques et d'indiquer les éléments à tester en priorité dans le cadre de projets pilotes ou à surveiller de près lors du déploiement.

Théorie du changement

Remplissez cette fiche pour chaque intervention qui fera l'objet d'une phase pilote ou d'une expérimentation.

Nom de l'idée : Carte de rappel de rendez-vous

| Acteurs | Besoins | Ressources | Activités | Psychologique/Comportement. | Produits / Résultats immédiats | Résultats intermédiaires | Résultat comportemental principal | Impact |
|--|---|---|---|--|---|---|--|---|
| <p>Parties prenantes essentielles à la réussite de l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestataires de soins (principalement des mères syriennes et libanaises vivant dans des milieux défavorisés) • Les professionnels de santé et le personnel chargé de la vaccination (distribution et explication de la carte de rendez-vous) • Centres de soins de santé primaires (intégration de l'outil dans les flux de travail AIA existants) • Ministère de la Santé publique et partenaires de mise en œuvre (supervision, soutien, extension) | <p>Barrières principales à l'action qui doivent être surmontées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oubli du calendrier de vaccination après la première dose • Faible capacité de planification ou accès limité aux rappels mobiles • Surcharge cognitive et priorités concurrentes • Absence de rappels concrets ou faisant autorité | <p>Culture, contexte, capacités, financement, exigences</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visites existantes des soignants pour les vaccinations de première dose • Personnel de santé et personnel des établissements formés • Fournitures de papier et d'impression • Acceptabilité culturelle des outils papier • Faible accès aux smartphones parmi la population cible • Infrastructure du programme AIA déjà en place pour la distribution des vaccins | <p>Quelles mesures sont prises ou fournies pour surmonter l'obstacle et conduire ce changement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le personnel de santé remet une carte de rendez-vous papier après que l'enfant a reçu la première dose de vaccin • La carte comprend le nom de l'enfant, la date de la prochaine visite de vaccination, le nom/le cachet du centre de santé et un repère visuel • Explication verbale de son importance par le professionnel de santé • Dans certaines branches de l'étude : améliorations visuelles et autocollants pour accroître la visibilité | <p>Quels leviers comportementaux ou psychologiques sous-jacents cette activité déclenche-t-elle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la charge cognitive : la carte simplifie le rappel en externalisant la date du prochain vaccin. • Visibilité : une carte visible et tangible permet de garder le rendez-vous à l'esprit. • Signal d'engagement : le fait d'écrire le nom et la date de l'enfant crée un sentiment d'obligation. • Effet d'autorité : le cachet ou la signature du professionnel de santé signale l'importance officielle, ce qui augmente la conformité. • Signal de norme sociale : les personnes qui s'occupent des enfants peuvent considérer la carte tamponnée comme responsable de la part des parents, renforçant ainsi une norme. | <p>Mécanismes de changement résultant directement des activités, y compris les actions ciblées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les parents quittent la clinique avec un rappel tangible et visible de la date du prochain vaccin de leur enfant. • Augmentation de la disponibilité mentale et de la saillance de la date de retour. • Amélioration de la planification grâce à un signal d'engagement spécifique • Perception accrue de l'obligation formelle (grâce au cachet du professionnel de santé et à la formulation du rendez-vous). | <p>Effet de l'intervention sur les mécanismes intermédiaires susceptibles d'entraîner un changement de comportement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intention accrue des parents de revenir pour le prochain vaccin • Amélioration de la mémoire et de la responsabilité personnelle. • Carte placée dans un endroit visible à la maison comme indicateur • Perception accrue des attentes ou des responsabilités sociales | <p>Effet de l'intervention sur le changement du comportement cible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes chargées de s'occuper des enfants reviennent à l'heure pour la prochaine vaccination de routine prévue de leur enfant | <p>Quel est l'impact de l'intervention sur les résultats formulés dans la phase de définition ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'achèvement des calendriers complets de vaccination des enfants, réduisant les taux d'abandon après les premières doses • Soutien l'objectif du ministère de la Santé publique du Liban visant à augmenter la couverture vaccinale systématique et à prévenir les épidémies |

ÉTUDE DE CAS

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Cette théorie du changement n'a pas été élaborée par l'équipe de projet d'origine. Il s'agit d'un exemple recréé à partir de données et d'un contexte réels du projet.

L'équipe a élaboré une Théorie du Changement claire afin d'assurer un alignement interne et de préciser ce que l'intervention visait à accomplir et comment elle devait y parvenir.

Les acteurs concernés comprenaient : les aidants (principalement des mères syriennes et libanaises), les agents de santé en première ligne chargés de distribuer les cartes, ainsi que le Ministère de la Santé Publique et l'équipe du programme AIA, responsables de l'appui et du déploiement.

Les barrières identifiées lors des étapes précédentes ont été intégrées dans la ToC : de nombreux aidants oubliant les dates de retour, se sentaient débordés par les exigences quotidiennes, ou n'avaient pas accès à des rappels fiables. Les contraintes de ressources (faible pénétration des smartphones, infrastructures numériques limitées, cliniques surchargées) justifiaient une solution simple, à faible coût et non digitale.

L'activité était volontairement minimaliste : après l'administration de la première dose vaccinale, les agents de santé remettaient une carte de rendez-vous indiquant la prochaine date de visite. La carte intégrait des symboles visuels et un tampon du centre de santé pour renforcer son importance. L'objectif n'était pas seulement d'informer, mais d'inciter subtilement au retour, en intégrant un rappel concret dans le quotidien des aidants. Cette intervention activait plusieurs mécanismes comportementaux clés :

- **Réduction de la charge cognitive** : la carte externalisait la mémoire, évitant aux aidants de devoir se souvenir seuls de la date.
- **Saillance** : un support visible et tangible aidait à garder l'échéance à l'esprit.
- **Signal d'engagement** : le nom de l'enfant et le tampon officiel renforçaient la notion d'obligation et de sérieux.
- **Signal de norme sociale** : posséder une carte tamponnée renforçait l'idée que « les parents responsables respectent le calendrier vaccinal ».

Les produits immédiats (outputs) étaient modestes, mais décisifs : les aidants quittaient la clinique avec un dispositif visible d'engagement qui simplifiait le rappel de la prochaine visite. Au fil du temps, cela conduisait à des résultats intermédiaires clairs : intention renforcée de revenir, mémorisation facilitée de la date, et parfois même exposition volontaire de la carte au domicile, agissant comme un rappel continu.

Ce processus aboutissait au résultat comportemental principal recherché : les aidants revenaient à temps pour la vaccination suivante de leur enfant. À l'échelle, l'intervention contribuait ainsi à améliorer la couverture vaccinale infantile et à prévenir les maladies évitables par la vaccination dans les communautés à haut risque.



Liste de vérification finale avant de passer à la prochaine phase

- Questions « Comment pourrions-nous »
- Idées d'intervention, en appliquant le Cadre EAST
- Idées classées par ordre de priorité à l'aide de critères et de considérations éthiques
- Feuille de travail – Description du prototype
- Feuille de travail – Synthèse du prototypage après avoir terminé les tests utilisateurs
- Théorie du changement

Facultatif:

- Provocations de conception
- Données probantes localisées sur des interventions antérieures

Pour en savoir plus :

Ce guide pratique est conçu pour outiller les équipes avec des méthodes, cadres et outils appliqués afin d'intégrer les sciences comportementales dans une variété de défis réels. Comme les sciences comportementales mobilisent plusieurs disciplines — dont la conception centrée sur l'humain (HCD), l'économie expérimentale, et la pensée systémique — nous avons sélectionné une diversité d'approches qui reflètent cette pluralité. La section suivante propose des ressources complémentaires pour approfondir certains thèmes introduits dans le guide, ainsi que des options pour poursuivre un apprentissage en autonomie.

« Je souhaite explorer différentes méthodes de conception pour l'idéation et le prototypage. »

[101 Design Methods](#), rédigé par Vijay Kumar, professeur à l'Institut de design de l'Illinois Institute of Technology, offre une boîte à outils structurée pour l'innovation, aidant les équipes à passer des résultats de recherche à des idées concrètes grâce à des étapes claires. Cette ressource est particulièrement utile lorsque l'idéation de groupe nécessite un cadre de facilitation. Pour des conseils pratiques sur le prototypage, le Design Kit d'IDEO propose des outils tels que « [Déterminer ce qu'il faut prototyper](#) », qui aide à clarifier ce qu'il faut tester, avec quel niveau de fidélité, et auprès de qui.

« Je souhaite explorer davantage la créativité et les activités de brainstorming. »

[La boîte à outils de brainstorming d'IDEOU](#) propose des exercices pratiques pour stimuler les idées, encourager la participation et élargir la pensée collective. Pour une approche structurée de la pensée créative, les méthodes de [de pensée latérale](#) d'Edward de Bono offrent des outils pour remettre en question les hypothèses et générer des solutions inattendues. Pour affiner la génération d'idées, le [guide de l'Interaction Design Foundation sur les questions « Comment pourrions-nous »](#) explique comment formuler des amorces d'idéation à la fois ciblées, ouvertes et génératives.

« Je souhaite en savoir plus sur la conception participative et la voix de la communauté. »

Equity-Centered Community Design (Conception communautaire axée sur l'équité) du Creative Reaction Lab propose une approche pratique et centrée sur la justice pour travailler avec des groupes marginalisés.

Leur guide pratique met l'accent sur les dynamiques de pouvoir et la co-création responsable. Le site web [HCD for Health \(HCD pour la santé\)](#) est une autre excellente ressource pour ceux qui travaillent dans le domaine de la santé mondiale. Il propose des outils et des études de cas qui montrent comment la conception centrée sur l'humain peut être intégrée dans des projets sur le terrain.

« Je veux renforcer les fondements comportementaux derrière les interventions. »

Le [Modèle des déterminants comportementaux](#) (BDC) et MINDSPACE offrent des moyens pratiques d'appliquer des cadres comportementaux au-delà de l'EAST. Alors que le premier cadre (BDC) est utile pour concevoir des interventions visant spécifiquement à améliorer la vaccination, le second est un cadre général qui peut être utile pour générer tout type d'idée.

« Je veux mieux comprendre le rôle de l'éthique dans le prototypage et les tests utilisateurs. »

[Le rapport Belmont](#) reste une ressource fondamentale pour les principes éthiques dans la recherche avec des sujets humains, en mettant l'accent sur le respect, la bienfaisance et la justice. Pour les équipes travaillant au sein d'institutions, le [programme CITI](#) propose des modules de formation accessibles sur l'éthique de la recherche, le consentement éclairé et le travail avec les populations vulnérables. Pour un aperçu plus court et plus appliqué des principes d'éthique de la recherche dans la pratique, [l'université St. George's](#) propose un résumé digeste des principaux sujets. Enfin, le [Hub des Sciences comportementales pour le Bien](#) est un cadre utile pour déterminer si les interventions comportementales qui seront mises en œuvre sont éthiques.

« Je veux approfondir ma compréhension de la Théorie du Changement et des chaînes d'impact. »

[Le site web SBC Guidance](#) propose des orientations claires pour articuler une Théorie du Changement reliant comportements, données probantes et résultats. On y trouve des amorces pour relier une intervention aux objectifs plus larges en santé et développement.

Ressources :

1. And Academy. Guide to Ideation in Design Thinking (With Techniques). Accessed July 2025. <<https://www.andacademy.com/blog/guide-to-ideation-in-design-thinking>>.
2. Arouanda. The Essential Ideation Techniques for Design Thinking. Accessed July 2025. <<https://arouanda.medium.com/the-essential-ideation-techniques-for-design-thinking>>.
3. behavioural Insights Team. EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights. London: BIT, 2014. <<https://www.bi.team/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/>>.
4. behavioural Insights Team. MINDSPACE: Influencing Behaviour through Public Policy. London: BIT, 2010. <<https://www.bi.team/publications/mindspace/>>.
5. Bioethics Center. "CITI Training." Accessed July 2025. <<https://bioethicscenter.net/citi-training/>>.
6. Cambridge University Press. "Nudge FORGOOD." Behavioural Public Policy. Accessed July 2025. <<https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-public-policy/article/abs/nudge-forgood/O6BC9E9032521954E8325798390A998A>>.
7. CITI Program. "About Us." Accessed July 2025. <<https://about.citiprogram.org/>>.
8. CRx Lab. Field Guide to Equity-Centered Community Design. Accessed July 2025. <<https://crxlab.org/shop/p/field-guide-equity-centered-community-design>>.
9. de Bono Group. "Lateral Thinking – Core Programs." Accessed July 2025. <<https://www.debonogroup.com/services/core-programs/lateral-thinking/>>.
10. Demand Hub. behavioural Integration for Impact (BII) Evaluation Guide. Accessed July 2025. <<https://demandhub.org/bii-evaluation-guide/>>.
11. Design Kit. "Determine What to Prototype." IDEO.org. Accessed July 2025. <<https://www.designkit.org/methods/determine-what-to-prototype.html>>.
12. Design Kit. The Human-Centered Design Toolkit. IDEO.org. Accessed July 2025. <<https://www.designkit.org/resources/1.html>>.
13. HCDEXchange. HCD4Health. Accessed July 2025. <<https://www.hcd4health.org/>>.
14. Human Behaviour-Change Project. Theory and Technique Tool. Accessed July 2025. <<https://theoryandtechniquetool.humanbehaviourchange.org/>>.
15. IDEO. Design Kit: Methods. Accessed July 2025. <<https://www.designkit.org/methods>>.
16. IDEO U. "10 Idea Generation Activities for Better Ideas." Accessed July 2025. <<https://www.ideo.com/blogs/inspiration/10-idea-generation-activities-for-better-ideas>>.
17. IDEO U. "Brainstorming Resources." Accessed July 2025. <<https://www.ideo.com/pages/brainstorming-resources>>.
18. Innovation for Poverty Action. Guiding Your Program to Build a Theory of Change. Accessed July 2025. <<https://www.poverty-action.org/sites/default/files/Guiding-Your-Program-to-Build-a-Theory-of-Change.pdf>>.
19. Interaction Design Foundation. "How Might We." Accessed July 2025. <<https://www.interaction-design.org/literature/topics/how-might-we>>.
20. Interaction Design Foundation. "Prioritisation Frameworks." Accessed July 2025. <<https://www.interaction-design.org/literature/topics/prioritization>>.
21. International Design Foundation. "What Is Ideation?" Accessed July 2025. <<https://www.interaction-design.org/literature/topics/ideation>>.
22. Makelt.Tools. "Makelt." Accessed July 2025. <<https://www.makeit.tools/>>.
23. SBCC Implementation Kit. "Selecting Results." Accessed July 2025. <<https://www.sbcguidance.org/create/selecting-results>>.

24. St. George's University of London. "Principles of Research Ethics." Accessed July 2025. <<https://www.citystgeorges.ac.uk/research/support/integrity-and-ethics/ethics/principles>>.
25. Sullivan, Claire M., and Donna Spiegelman. "Implementation Science: A Cross-Disciplinary Perspective." *Implementation Science* 6, no. 42 (2011). <<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-6-42>>.
26. Tudor, Grant, and Benjamin Hickler. Demand for Health Services Field Guide: A Human-Centred Approach. Accessed July 2025.
27. UNICEF. Co-Creation Playbook for Community Solutions to Child Marriage and FGM. Accessed July 2025. <<https://www.unicef.org/documents/co-creation-playbook-for-community-solutions>>.
28. UNICEF. HCD for Health Guide. Accessed July 2025
29. UNICEF. The Behavioural Drivers Model. Amman: UNICEF MENA, 2020. <https://www.unicef.org/mena/media/5586/file/The_Behavioural_Drivers_Model_0.pdf>.
30. UNICEF. UNICEF Publications – Latin America and the Caribbean. Accessed July 2025. <<https://www.unicef.org/lac/en/publications>>.
31. UNICEF ROSA. Social and Behaviour Change (SBC) Programme Guidance. Kathmandu: UNICEF ROSA, 2021. <<https://www.unicef.org/rosa/media/10356/file>>.
32. UNICEF. Results Framework and Theory of Change. Accessed July 2025. <<https://www.unicef.org/rosa/documents/results-framework-and-theory-change>>.
33. U.S. Department of Health & Human Services. The Belmont Report. Washington, DC: Office for Human Research Protections, 1979. <<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>>.
34. Vijay Kumar. 101 Design Methods: A Structured Approach for Driving Innovation in Your Organization. Hoboken, NJ: Wiley, 2013. <<http://www.101designmethods.com/>>.



Tester les hypothèses

Bienvenue dans le chapitre consacré à la phase “*Tester les hypothèses*”!

Cette phase examine si l'intervention retenue contribue à des changements mesurables du comportement ciblé, en s'attaquant aux principales barrières comportementales (identifiés lors des phases *Définir* et *Explorer*).

Les enseignements générés à ce stade permettent de déterminer si une intervention doit être ajustée, mise à l'échelle ou abandonnée, et constituent le fondement de la phase *Scale*, au cours de laquelle les données probantes sont traduites en actions élargies.

Contrairement aux chapitres précédents, qui se concentrent sur des étapes et des outils spécifiques pour appliquer les sciences comportementales, ce chapitre est organisé légèrement différemment.

Réaliser des évaluations rigoureuses visant à mesurer l'efficacité des interventions comportementales est une tâche complexe qui dépasse la portée de ce guide. Toutefois, ce chapitre propose des orientations essentielles pour comprendre la valeur des évaluations d'impact, les difficultés liées à l'établissement de la causalité, ainsi que les principaux éléments et décisions impliqués dans la conception et la coordination d'expérimentations. L'objectif est de fournir une compréhension de base du test d'hypothèses d'intervention afin de faciliter une collaboration plus efficace avec les spécialistes de l'évaluation.

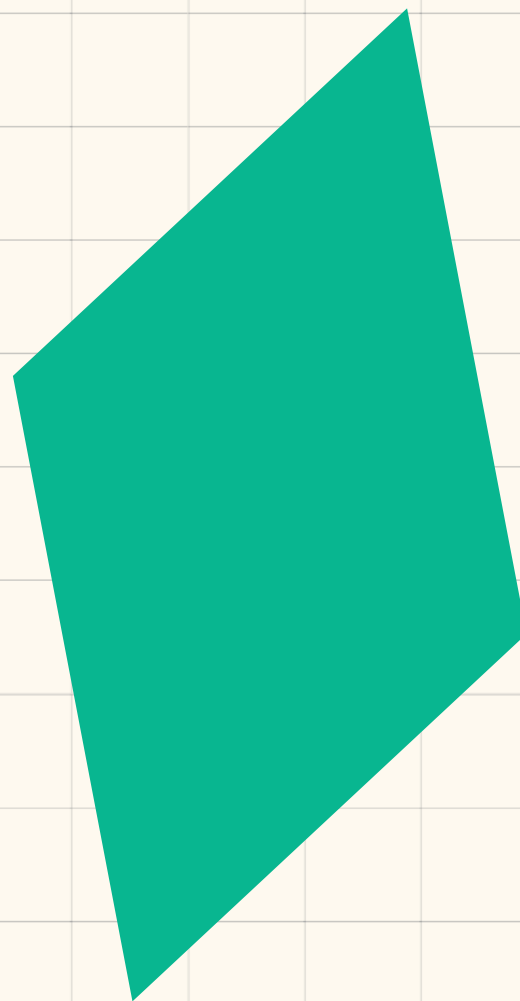
Compte tenu de la diversité des approches d'évaluation disponibles, ce chapitre présente les méthodes les plus couramment utilisées dans les sciences comportementales. Nombre de ces activités nécessitent une expertise technique avancée. Il est donc recommandé de consulter des spécialistes de l'évaluation et d'utiliser ce chapitre pour comprendre le type d'expertise requis, les questions pertinentes à poser aux spécialistes, ainsi que les défis susceptibles de se présenter. Pour celles et ceux souhaitant mener directement des évaluations, des manuels supplémentaires et ressources pratiques sont disponibles tout au long du chapitre, ainsi que dans la section « En savoir plus » à la fin de cette phase.

Pourquoi tester les hypothèses ?

Cette section explore les quatre facteurs suivants :

1. **L'importance de l'évaluation**
2. **Le défi de la causalité**
3. **Le cadre contrefactuel** : comprendre ce qui se serait passé autrement
4. **Comment la randomisation crée la norme de référence pour les contrefactuels**

Cet ensemble de notions constitue la base permettant de sélectionner la méthode d'évaluation appropriée et d'utiliser les données probantes pour renforcer les interventions.



1. L'importance de l'évaluation

Imaginons une situation dans laquelle un patient est malade et un médecin lui propose un nouveau médicament. Lorsque le patient demande si ce médicament est efficace, le médecin répond : « Nous ne l'avons pas testé formellement, mais il fonctionne probablement. Plusieurs patients qui l'ont pris semblaient aller mieux, et notre équipe en est assez convaincue. » Il faut alors se demander si le patient accepterait de prendre ce médicament. La plupart des gens refuseraient, et à juste titre.

Pourtant, dans le domaine des programmes sociaux et des interventions comportementales, l'inverse est fréquemment observé. Des programmes sont mis en œuvre sur la base de bonnes intentions, de cadres théoriques prometteurs et d'histoires anecdotiques de réussite, mais sans preuves rigoureuses de leur impact. Pourquoi, dès lors, les interventions sociales sont-elles soumises à des exigences moins strictes que celles de la médecine, alors que toutes deux visent à améliorer le bien-être humain ?

Quand les histoires de réussite sont trompeuses

Le développement international est marqué par une longue histoire de programmes bien accueillis, attirant l'attention, mobilisant des financements et semblant promettre des résultats révolutionnaires — jusqu'à ce que leur impact soit évalué de manière rigoureuse. L'exemple le

plus célèbre est celui de la microfinance. Apparue dans les années 1980, la microfinance a été saluée comme un outil transformateur de réduction de la pauvreté. En offrant de petits prêts aux personnes vivant dans des contextes à faibles revenus, elle visait à encourager l'entrepreneuriat et la croissance économique. Le modèle s'est diffusé rapidement et a suscité un enthousiasme mondial.

Au fil du temps, toutefois, les évaluations rigoureuses ont révélé un tableau plus nuancé. Si la microfinance a effectivement amélioré l'accès au crédit, son impact sur la réduction de la pauvreté, la mobilité économique et le bien-être à long terme est resté moins évident. Des études de recherche approfondies ont mis en évidence l'alourdissement de la dette chez certains emprunteurs, une mise à l'échelle limitée, des performances économiques modestes et une faible contribution à la lutte contre la pauvreté structurelle^{12 3}. Des articles et des livres, tels que [« Big Money Backs Tiny Loans That Lead to Debt, Despair and Even Suicide »](#) et [« More Than Good Intentions » \(Plus que de bonnes intentions\)](#), illustrent la désillusion qui a suivi, ainsi que le rôle crucial des évaluations pour révéler ce que les anecdotes ne pouvaient pas montrer.

La microfinance n'est pas un cas isolé. D'autres programmes très médiatisés, tels que PlayPump⁴, Un ordinateur portable par enfant⁵ et le projet Millennium Villages⁶, ont suscité un enthousiasme initial, mais n'ont pas confirmé leur impact lorsqu'ils ont été évalués de manière rigoureuse.

1 John, B. (14 novembre 2024). *Défis et limites de la microfinance dans la réduction à grande échelle de la pauvreté et la création d'emplois* [Document de travail].

2 Akbari, M., Nikijoo, I., Khodapanah, B., Foroudi, P., & Padash, H. (2025). Quarante ans de recherche sur la microfinance et son impact sur les consommateurs : examen et programme de recherche à l'aide du cadre ADO-TCM. *International Journal of Consumer Studies*, 49(4), e70101.

3 Blanc, J. (2014). *Microfinance, dette et surendettement : jongler avec l'argent*, Isabelle Guérin, Solène Morvant-Roux et Magdalena Villarreal (dir.). Éditions Routledge, Londres, Royaume-Uni, 2014, 316 pages. *Revue internationale de l'économie sociale : recma*, (334), 122-124.

4 UNICEF. (2007). *Évaluation du système d'approvisionnement en eau PlayPump® en tant que technologie appropriée pour les programmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène* https://www-tc.pbs.org/frontlineworld/stories/southernafrica904/flash/pdf/unicef_pp_report.pdf

5 Cristia, Julian, Ibarra, Pablo, Cueto, Santiago, Ana et Severin, Eugenio, Technologie et développement de l'enfant : données issues du programme « Un ordinateur portable par enfant » (février 2012). Document de travail de la BID n° IDB-WP-304, disponible sur SSRN : <https://ssrn.com/abstract=2032444>.

6 Mitchell, S., Gelman, A., Ross, R., Chen, J., Bari, S., Huynh, U. K., ... Sachs, J. D. (2018). *Le projet Millennium Villages : une évaluation rétrospective, observationnelle et finale*. *The Lancet Global Health*, 6(5), e500–e513. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30065-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30065-2)

Le piège des suppositions : pourquoi les bonnes intentions ne suffisent pas

Même avec les meilleures intentions, nous avons tendance à formuler des suppositions qui peuvent orienter les interventions dans la mauvaise direction. Ce « piège des suppositions » opère à plusieurs niveaux :

- **Supposer que l'on comprend le problème.** Souvent, les enjeux sont diagnostiqués à partir de perspectives individuelles plutôt qu'à partir d'une compréhension approfondie de l'expérience vécue par les communautés. Ce qui semble évident de l'extérieur peut ignorer ou manquer des éléments essentiels de contexte et de complexité.
- **Supposer que l'on sait ce qui fonctionnera.** Sur la base d'une expertise personnelle ou d'expériences passées, certaines personnes peuvent être convaincues que certaines approches réussiront, sans disposer de preuves suffisantes. Pourtant, il est fréquent que les facteurs susceptibles d'influencer les résultats n'aient pas encore été observés.
- **Supposer que la mise en œuvre suivra le plan prévu.** Il est courant de sous-estimer les défis pratiques et de surestimer la capacité des interventions à suivre fidèlement leur conception lorsqu'elles sont appliquées dans des contextes réels.
- **Supposer que quelques témoignages positifs prouvent le succès.** Lorsque des retours favorables sont recueillis ou que l'on observe des moments positifs, il est fréquent de généraliser ces expériences, en leur accordant un poids excessif dans l'évaluation du résultat global.
- **Supposer que la corrélation signifie la causalité.** Lorsque la situation s'améliore après une intervention, il est naturel d'attribuer ce changement à notre action, même lorsque d'autres facteurs peuvent en être responsables.

Ces suppositions ne proviennent ni de la négligence ni de l'incompétence : elles découlent du fonctionnement même de notre cognition. Comme mentionné dans les modules précédents, l'esprit humain cherche des modèles, préfère les informations qui confirment ses croyances, et construit des récits cohérents — même lorsque la réalité est plus complexe. Si ces tendances nous sont souvent

utiles, elles peuvent nous induire en erreur lorsqu'il s'agit d'évaluer des interventions sociales complexes.

Sans évaluation systématique, ces suppositions ne sont jamais remises en question. Cela peut conduire à investir dans des programmes qui paraissent efficaces, mais qui ne produisent en réalité aucun changement significatif, ou pire, qui peuvent générer des effets indésirables. L'évaluation offre le processus structuré nécessaire pour aller au-delà des suppositions et comprendre l'impact réel du travail accompli.

La proposition de valeur : pourquoi l'évaluation vaut l'investissement

Les évaluations ne sont pas de simples exercices académiques : elles génèrent une valeur concrète :

- **Optimisation des ressources :** Dans des contextes où les ressources sont limitées, l'évaluation permet d'orienter les financements vers des interventions dont l'efficacité est démontrée.
- **Correction de trajectoire :** Une évaluation réalisée en temps opportun aide à identifier et à résoudre les problèmes de mise en œuvre avant le passage à l'échelle, évitant ainsi la diffusion de stratégies inefficaces.
- **Renforcement de la confiance des parties prenantes :** Une évaluation rigoureuse renforce la crédibilité auprès des bailleurs, des gouvernements et des communautés, facilitant les partenariats et le soutien à long terme.
- **Mise à l'échelle et répliation :** Les programmes bien évalués offrent un modèle reproductible, permettant à des approches efficaces de bénéficier à un plus grand nombre de communautés.
- **Prévention des préjudices :** L'évaluation peut détecter des conséquences négatives imprévues d'interventions bien intentionnées, avant qu'elles n'affectent des populations plus larges.

2. Le défi de la causalité

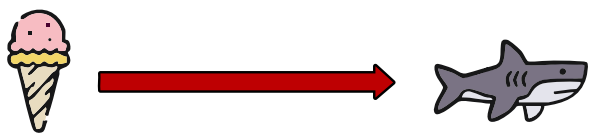
Au-delà du « avant et après »

Lorsqu'un programme est mis en œuvre et que l'on observe des améliorations, il semble naturel de supposer que l'intervention a fait la différence. Par exemple : une campagne de vaccination est lancée et les taux de maladie diminuent ; un programme d'éducation parentale commence et la fréquentation scolaire augmente. Ces liens paraissent évidents, mais ils peuvent être trompeurs.

Le défi fondamental de l'évaluation consiste à déterminer si l'intervention a réellement causé les changements observés, ou si ces changements se seraient produits pour d'autres raisons. Cette question est plus complexe qu'il n'y paraît à première vue.

Corrélation et causalité

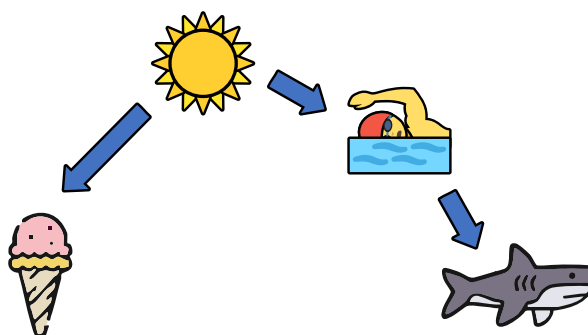
La corrélation signifie que deux événements se produisent en même temps, tandis que la causalité signifie que l'un provoque l'autre. Cette distinction est essentielle pour évaluer l'impact des programmes ou des interventions.



Prenons un exemple classique : les glaces et les attaques de requins. Les données montrent que lorsque les ventes de glaces augmentent, les attaques de requins augmentent également. Les ventes de glaces provoquent-elles les attaques de requins ? Bien sûr que non. Il s'agit de ce que les statisticiens appellent le « problème de la troisième variable » ou « confusion par cause commune », lorsqu'un facteur caché influence simultanément deux variables. Dans cet exemple, la température est la variable cachée qui influence indépendamment les deux phénomènes. Pendant les mois d'été :

- Des températures plus élevées augmentent la consommation de glaces
- Les mêmes températures plus élevées amènent davantage de personnes à se baigner dans l'océan
- Plus de nageurs dans l'eau accroît la probabilité de rencontres avec des requins

Ce phénomène peut être illustré par un diagramme causal simple ou graphe acyclique dirigé. Les flèches bleues représentent les influences causales. Il n'y a pas de flèche reliant les ventes de glaces aux attaques de requins, car il n'existe aucun lien causal direct entre elles. Elles sont corrélées (elles se produisent en même temps), mais non causales (l'une ne provoque pas l'autre).



Pourquoi cela est essentiel pour les programmes:

Sans compréhension claire de la différence entre la corrélation et la causalité, on risque de tirer de mauvaises conclusions, ainsi que de concevoir ou de mettre à l'échelle des interventions qui ne sont pas réellement responsables du changement observé.

Prenons un exemple concret de développement. Imaginons qu'un programme de nutrition de l'UNICEF soit mis en œuvre dans plusieurs communautés. Peu de temps après,

les indicateurs de croissance des enfants commencent à s'améliorer. Il peut sembler intuitif d'attribuer cette amélioration au programme, mais que pourrait-il se passer d'autre ?

Voici quelques explications possibles :

- Peut-être est-ce la saison des récoltes, ce qui augmente naturellement la disponibilité alimentaire
- Peut-être qu'une autre organisation a commencé à fournir de l'eau potable, réduisant les maladies diarrhéiques
- Ou peut-être que le gouvernement a mis en place une politique économique qui a augmenté les revenus des ménages au même moment

Chacun de ces facteurs pourrait expliquer ou contribuer à l'amélioration observée. En supposant que le programme soit la cause du changement — alors qu'il découle en réalité d'autres facteurs — on risque d'investir dans ou de mettre à l'échelle des interventions qui ne fonctionnent pas réellement. Pire encore, on peut passer à côté de ce qui a véritablement généré le changement, et perdre l'occasion de reproduire ou de renforcer les solutions les plus efficaces.

Comprendre la différence entre la corrélation et la causalité permet d'éviter ces écueils, en encourageant plutôt de meilleures questions, des évaluations plus intelligentes et des décisions mieux éclairées.

Facteurs de confusion : pourquoi les effets sont difficiles à isoler

Lorsqu'une intervention est mise en œuvre et que ses résultats sont mesurés, de nombreux facteurs autres que le programme peuvent influencer les changements observés. Ces facteurs indépendants sont appelés variables de confusion. Si l'on ne tient pas compte de ces variables, on risque d'attribuer à l'intervention des effets qui sont en réalité causés par autre chose.

Ce défi est appelé endogénéité : une situation où la relation entre une intervention et ses résultats est faussée parce que d'autres variables interviennent. Reconnaître ce phénomène permet de comprendre pourquoi de simples comparaisons « avant/après » peuvent être trompeuses.

Ci-dessous figurent quelques-uns des facteurs de confusion les plus courants, illustrés par des exemples issus de contextes typiques des programmes de l'UNICEF :

Facteurs de confusion liés au temps :

Changements qui se seraient produits indépendamment de notre intervention.

- **Variations saisonnières.** Les indicateurs nutritionnels s'améliorent après le lancement d'un programme d'alimentation, mais celui-ci a débuté juste avant la saison des récoltes, lorsque la nourriture est naturellement plus disponible.
- **Tendances préexistantes.** La scolarisation augmente après une campagne éducative, mais les données montrent que les taux étaient déjà en hausse grâce au développement économique à long terme.

Facteurs de confusion liés à la sélection :

Différences entre les personnes qui participent à un programme et celles qui n'y participent pas.

- **Biais d'auto-sélection.** Les familles qui rejoignent un programme parental peuvent être déjà plus investies dans l'éducation de leurs enfants, donnant l'impression que le programme est plus efficace qu'il ne l'est réellement.
- **Biais de ciblage.** Un programme WASH cible des communautés présentant des taux élevés de diarrhée. Même sans intervention, ces taux extrêmes pourraient diminuer avec le temps, simplement en raison d'une variation naturelle.

Facteurs de confusion liés à l'environnement :

Des événements externes survenant au même moment.

- **Programmes simultanés.** Une campagne de protection de l'enfance est lancée au moment où le gouvernement renforce l'application des lois sur le travail des enfants. Il devient alors difficile de déterminer quelle initiative est à l'origine des changements observés.
- **Changements de politique publique.** Un programme de nutrition préscolaire est déployé au moment où une subvention nationale sur les denrées alimentaires est introduite. Les deux peuvent contribuer à l'amélioration des indicateurs nutritionnels.

Facteurs de confusion liés à la mesure :

Changements dans la manière de suivre ou de détecter les résultats

- **Amélioration du suivi.** Après l'introduction d'un nouveau système de signalement, parallèlement à une initiative de lutte contre la traite, le nombre de cas augmente. Cette hausse ne traduit pas une augmentation de la traite, mais une amélioration de la détection.

Ces exemples montrent qu'il est difficile de déterminer si une intervention est réellement à l'origine des changements observés. Lorsque plusieurs facteurs influencent les résultats en même temps, comment isoler le véritable impact d'un programme ?

3. Le cadre contrefactuel : comprendre ce qui se serait produit autrement

Au cœur de l'inférence causale se trouve une question en apparence simple : Que se serait-il passé si l'intervention n'avait pas eu lieu ?

Ce scénario alternatif — où le programme n'existe pas — est appelé le contrefactuel. Il constitue le point de référence auquel on compare le résultat observé afin de déterminer si le programme a réellement fait une différence.

Prenons l'exemple d'un enfant qui reçoit un vaccin et ne contracte pas la maladie. Le vaccin a-t-il réellement empêché l'infection, ou l'enfant serait-il resté en bonne santé même sans vaccination ? Les deux situations — l'enfant vacciné et non vacciné — ne peuvent pas être observées simultanément. Ce dilemme est ce que les chercheurs appellent « le problème fondamental de l'inférence causale ». Il est tout simplement impossible d'observer à la fois le réel et le contrefactuel pour un même individu.

À défaut, le contrefactuel est approximé en identifiant ou en créant un groupe de comparaison valide. Ce groupe doit être aussi similaire que possible au groupe bénéficiant de l'intervention et soumis aux mêmes conditions externes — par exemple, les variations saisonnières, les changements économiques ou les réformes politiques — mais sans recevoir l'intervention.

Si les deux groupes font face au même contexte, tout écart significatif entre leurs résultats peut être attribué au programme lui-même. Il s'agit là de la base de toute évaluation crédible. Un contrefactuel construit avec rigueur permet de dépasser les suppositions et de répondre avec confiance à une question essentielle : L'intervention a-t-elle fait la différence, ou le changement se serait-il produit de toute façon ?

Résultats potentiels : une manière formelle de penser les contrefactuels

Pour raisonner sur l'impact causal, les statisticiens utilisent ce que l'on appelle le cadre des résultats potentiels (potential outcomes framework). Ce cadre offre une structure formelle permettant d'évaluer la différence qu'une intervention produit en imaginant plusieurs réalités possibles pour chaque unité d'observation. Une unité peut être une personne, un ménage, une école ou une communauté, et pour chacune, il existe deux résultats potentiels :

- Y_1 : le résultat si l'unité **reçoit** le traitement / l'intervention
- Y_0 : le résultat si l'unité **ne reçoit pas** le traitement / l'intervention

L'effet causal est la différence entre ces deux résultats potentiels : $Y_1 - Y_0$.

Voici le réel défi : il n'est possible d'observer qu'un seul de ces deux résultats pour un individu donné. Lorsqu'un enfant reçoit un vaccin, nous pouvons observer ce qui se passe avec vaccination (Y_1). En revanche, il est impossible d'observer ce qu'il serait advenu du même enfant sans vaccination (Y_0). Cette alternative non observée — le contrefactuel — reste à jamais inconnue.

C'est le problème fondamental de l'inférence causale : pour établir la causalité, il faudrait connaître à la fois ce qui s'est produit et ce qui se serait produit autrement, alors que seule une réalité peut être observée.

Enfant A (Groupe de traitement) → A reçu l'intervention → Résultat observé : Y_1

Enfant B (Groupe de comparaison) → N'a PAS reçu l'intervention → Résultat observé : Y_0

Effet causal = $Y_1 - Y_0$

La solution aux contrefactuels : passer d'un contrefactuel individuel à un contrefactuel de groupe

Puisqu'il est impossible d'observer simultanément les deux résultats pour une même personne (nous ne pouvons pas encore cloner les individus ni voyager entre des réalités parallèles !), il faut déplacer l'analyse du niveau individuel au niveau des groupes. En construisant avec soin des groupes de comparaison très similaires, il devient possible d'estimer ce qui se serait produit chez les personnes ayant reçu l'intervention, et chez celles qui ne l'ont pas reçue.

Au lieu de demander : « Cet enfant a-t-il pris du poids grâce au programme ? », la question devient plutôt : « En moyenne, combien de poids supplémentaire les enfants prennent-ils lorsqu'ils participent au programme de nutrition, par rapport à ceux qui n'y participent pas ? ».

Désormais, l'attention étant portée sur des groupes plutôt que sur des individus, il est nécessaire d'examiner comment créer des contrefactuels valides au niveau collectif. Autrement dit, comment constituer un groupe de comparaison qui soit aussi similaire que possible sur un grand nombre de facteurs/variables observables et non observables.

Le défi de la construction de contrefactuels valides

Maintenant que l'on comprend la nécessité de comparer des groupes plutôt que des individus, la question suivante est de savoir comment créer un groupe qui représente fidèlement ce qui se serait produit en l'absence de l'intervention.

La construction de ce groupe de comparaison (ou contrefactuel) est l'une des étapes les plus importantes – et les plus complexes – de l'évaluation causale. Comme mentionné précédemment, les facteurs de confusion peuvent facilement fausser les conclusions. La qualité de l'inférence causale dépend entièrement de la capacité du groupe de comparaison à refléter le groupe traité sur tous les aspects, à l'exception d'un seul : celui-ci n'a pas reçu le traitement ou l'intervention.

C'est ici que le choix du dispositif d'évaluation devient essentiel. Différentes approches permettent d'estimer ce qui se serait produit pour le groupe traité s'il n'avait pas reçu l'intervention (le contrefactuel). Chaque approche comporte des arbitrages entre rigueur, faisabilité et risque de biais. Certaines conceptions permettent de formuler des conclusions causales plus solides, mais nécessitent davantage de contrôle ou de ressources ; d'autres sont plus flexibles, mais introduisent davantage d'incertitude.

1. Comparaison avant-après – Contrefactuel faible

Une approche courante mais problématique consiste à comparer les résultats avant et après une intervention. Cette méthode mesure les résultats juste avant le début d'un programme, puis après sa mise en œuvre, en attribuant tout changement observé à l'intervention. Bien que simple et intuitive, cette approche est fortement vulnérable aux facteurs de confusion qui influencent les résultats dans le temps, indépendamment du programme. Parmi ces facteurs :

- **Facteurs de confusion liés au temps** : variations saisonnières ou tendances à long terme (par exemple, un programme de formation agricole montre une augmentation des rendements, mais la période d'évaluation coïncide avec la saison de croissance naturelle).
- **Facteurs de confusion liés à l'environnement** : programmes ou changements politiques simultanés (par exemple, un programme de

nutrition semble efficace, mais le gouvernement a introduit gratuitement des repas scolaires dans la même zone au même moment).

- **Facteurs de confusion liés à la mesure :** le fait de mesurer modifie les comportements (par exemple, des enquêtes répétées sensibilisent les ménages à l'importance du lavage des mains, entraînant des changements indépendamment du programme).

Tous ces éléments peuvent créer une illusion d'impact, alors qu'en réalité, le changement aurait pu se produire sans intervention.

Par exemple, un programme de santé communautaire lancé en avril montre des résultats encourageants en août. Or, le mois d'août correspond également au début de la saison sèche, période durant laquelle les maladies hydriques diminuent naturellement. L'amélioration observée peut donc n'avoir aucun lien avec l'intervention. La logique de l'approche « avant-après » repose sur l'idée que « le même groupe, à un autre moment » peut servir de contrefactuel à lui-même. Dans des contextes dynamiques, cette hypothèse est généralement fautive, ce qui rend ce dispositif très faible pour tirer des conclusions causales fiables.

2. **Groupe de comparaison non équivalent - une approche meilleure, mais imparfaite**

Une alternative légèrement plus robuste consiste à comparer le groupe traité à un groupe de comparaison non équivalent, c'est-à-dire un groupe qui ne reçoit pas l'intervention, mais qui est observé sur la même période. Ce dispositif permet de limiter plusieurs facteurs de confusion liés au temps, puisque les deux groupes sont exposés aux mêmes conditions externes (saisons, politiques publiques, tendances économiques, etc.).

Cependant, ce type de comparaison demeure vulnérable aux facteurs de confusion liés à la sélection, c'est-à-dire aux différences entre les groupes qui peuvent influencer les résultats indépendamment du programme. Parmi ces biais :

- **L'auto-sélection :** les ménages qui choisissent de participer peuvent déjà être plus motivés, mieux informés ou plus soucieux de leur santé.

- **La sélection administrative :** les programmes sont parfois ciblés intentionnellement sur des zones à fort besoin ou à fort potentiel de réussite, biaisant les comparaisons.
- **Différences initiales :** avant même l'intervention, les communautés de comparaison peuvent différer sur des facteurs essentiels (infrastructures, niveau de revenu, démographie, etc.).

Les chercheurs tentent souvent d'apparier les groupes sur des caractéristiques observables, mais cette stratégie présente des limites : de nombreux facteurs déterminants (motivation, aspirations, résilience, génétique, etc.) ne peuvent pas être observés et peuvent néanmoins influencer les résultats.

Ainsi, bien qu'elle constitue une amélioration par rapport au design « avant-après », la comparaison non équivalente ne suffit généralement pas à établir une causalité robuste, sauf si elle est complétée par d'autres méthodes (ajustements statistiques, expériences naturelles, etc.).

3. Comment la randomisation crée la norme de référence (“gold standard”) des contrefactuels

La nécessité de meilleurs contrefactuels.

Comme indiqué précédemment, les comparaisons « avant-après » et les groupes de comparaison non équivalents présentent des limites. Elles peuvent permettre d’observer un changement, mais elles ont du mal à déterminer ce qui a réellement causé ce changement — en particulier lorsque des facteurs de confusion, connus ou inconnus, sont en jeu.

Tout comme dans l’exemple des glaces et des attaques de requins, de nombreuses relations observées dans le monde réel sont influencées par des variables cachées. Dans l’évaluation de programmes, ces variables cachées sont souvent nombreuses, complexes et impossibles à mesurer entièrement.

Il est donc nécessaire de disposer d’un moyen permettant de créer des groupes de comparaison équilibrés sur les caractéristiques observables et non observables.

C’est là que l’échantillonnage aléatoire intervient. En commençant par sélectionner de manière aléatoire différents groupes (individus, écoles ou communautés) au sein de la population cible, puis en attribuant aléatoirement lesquels recevront l’intervention, on crée des groupes statistiquement équivalents. En moyenne, ces groupes seront similaires sur l’ensemble des caractéristiques, qu’elles soient observables ou non, puisqu’ils proviennent de la même population de départ et ont été sélectionnés de manière comparable. Cela signifie que des facteurs tels que la motivation, l’état de santé initial, le revenu, les croyances non mesurées ou encore les normes communautaires seront répartis de façon aléatoire entre les groupes.

Lorsqu’elle est correctement mise en œuvre, la randomisation garantit que la seule différence entre les groupes est le fait d’avoir reçu ou non l’intervention. Cette approche rend beaucoup plus probable que les

différences observées dans les résultats soient dues au programme lui-même, plutôt qu’à des facteurs externes ou à des différences préexistantes. C’est pour cette raison que la randomisation est qualifiée de « norme de référence » (gold standard) en inférence causale. Lorsqu’elle est bien menée et que la taille de l’échantillon est suffisante, cette méthode offre le niveau de confiance le plus élevé possible pour affirmer que l’intervention est la cause du changement observé.

La randomisation comme méthode de création de contrefactuels

En assignant aléatoirement les unités (c’est-à-dire les individus, ménages, écoles ou communautés) qui recevront une intervention, l’influence des facteurs de confusion est considérablement réduite. Tous les types de facteurs de confusion évoqués précédemment se retrouvent alors répartis de manière équilibrée entre les groupes, par construction. Concrètement, cela signifie que :

- Les variations saisonnières affectent les deux groupes de façon similaire
- Le biais d’auto-sélection est éliminé, car la participation est attribuée et non choisie
- Les tendances préexistantes se déploient de manière comparable dans les deux groupes
- Les programmes simultanés ou les changements de politique publique touchent les deux groupes au même moment
- Les effets liés à la mesure s’appliquent de la même manière dans les deux groupes

Ainsi, la seule différence systématique entre les groupes est le fait d’avoir reçu ou non l’intervention.

Cela permet d'attribuer directement à l'intervention toute différence observée dans les résultats, plutôt qu'à des facteurs externes ou cachés.

Pour illustrer, imaginons la mise en œuvre d'un programme destiné à encourager les parents à envoyer leurs enfants à l'école. Un grand nombre de parents sont éligibles, mais ils présentent une grande diversité de situations :

- Certains sont aisés, d'autres en difficulté financière
- Certains vivent près de l'école, d'autres très loin
- Certains ont fait des études supérieures, d'autres ont peu de scolarité formelle
- Certains ont des emplois flexibles, d'autres des horaires rigides
- Certains accordent une grande importance à l'éducation, d'autres sont plus sceptiques
- Certains ont un vécu scolaire positif, d'autres négatif
- Certains sont très motivés, d'autres moins

En assignant aléatoirement les parents soit au groupe bénéficiant de l'intervention, soit au groupe témoin (qui ne reçoit pas l'intervention), on s'assure que toutes ces caractéristiques sont réparties de façon similaire entre les groupes. Cela inclut les caractéristiques observables, comme le revenu ou la distance à l'école, ainsi que les caractéristiques non observables, comme les croyances ou la motivation.

Grâce à la randomisation, ces divers traits sont distribués de manière équilibrée entre les deux groupes. Dans cet exemple, toute différence constatée dans les taux de fréquentation scolaire après l'intervention peut donc être attribuée à l'intervention elle-même, et non à des différences préexistantes entre les parents qui l'ont reçue ou non.

Le chemin qui mène des bonnes intentions à un impact réel

Une évaluation rigoureuse n'est pas seulement une question de crédibilité scientifique : elle permet de s'assurer que les programmes améliorent réellement la vie des populations. Comme mentionné précédemment, des interventions bien intentionnées peuvent ne pas produire d'impact, gaspiller des ressources précieuses, voire causer des

effets négatifs inattendus lorsqu'elles reposent sur des suppositions plutôt que sur des données probantes. La distinction entre la corrélation et la causalité est donc essentielle : elle détermine si l'on met à l'échelle des solutions qui fonctionnent réellement, ou si l'on investit dans des programmes qui ne font que coïncider avec des changements positifs. En construisant des contrefactuels valides — idéalement grâce à la randomisation — l'analyse passe de ce qui semble fonctionner à ce qui fonctionne réellement, pour qui, et pour quelles raisons.

Cette connaissance transforme la manière de concevoir les programmes, d'allouer les ressources et, au final, de servir les communautés. Si l'évaluation rigoureuse peut sembler complexe, poursuivre des interventions sans connaître leur véritable impact est bien plus risqué.

Préoccupations fréquentes concernant la randomisation et pistes de réponse

Bien que la randomisation soit l'une des approches les plus rigoureuses pour répondre aux défis liés à la causalité et aux contrefactuels, elle suscite souvent des préoccupations. Celles-ci peuvent être regroupées en six grandes catégories :

1. Coût et ressources

PRÉOCCUPATION : les évaluations randomisées sont coûteuses et nécessitent beaucoup de ressources.

RÉPONSE :

- Bien que les évaluations rigoureuses demandent un investissement, leur coût doit être comparé à la valeur d'obtenir des données fiables.
- Tous les essais randomisés ne doivent pas être coûteux ni de grande ampleur : des études ciblées peuvent être rentables.
- Le coût de mise en œuvre à grande échelle d'un programme inefficace est largement supérieur aux coûts d'évaluation.
- L'utilisation de sources de données existantes et de conceptions méthodologiques ingénieuses peut parfois réduire considérablement les coûts.

2. Contraintes de temps

PRÉOCCUPATION : Les évaluations randomisées sont trop longues, alors que l'UNICEF doit agir rapidement.

RÉPONSE :

- Les tests rapides itératifs permettent de tester des interventions à petite échelle, de mesurer les résultats rapidement et d'ajuster les solutions.
- Les mises en œuvre par phases permettent une action immédiate tout en garantissant une évaluation rigoureuse.
- Du temps consacré à l'évaluation permet d'éviter des années de déploiement de programmes inefficaces.
- Certains résultats peuvent être mesurés à court terme (ex : observance des ARV), tandis que d'autres nécessitent un suivi plus long (ex : charge virale supprimée).

3. Préoccupations éthiques

PRÉOCCUPATION : Il est contraire à l'éthique de priver des groupes de programmes potentiellement bénéfiques.

RÉPONSE :

- Lorsque les ressources sont limitées, la randomisation peut représenter le mode d'allocation le plus équitable.
- Il est impossible de savoir si un programme est réellement bénéfique sans l'évaluer ; certains peuvent être inutiles voire nocifs.
- Les mises en œuvre par phases garantissent que tous les groupes bénéficient du programme si celui-ci s'avère efficace.
- Il existe une obligation éthique de s'assurer que les programmes améliorent réellement la vie des enfants.

4. Défis politiques et défis liés aux parties prenantes

PRÉOCCUPATION : Les partenaires gouvernementaux ou les communautés peuvent refuser la randomisation.

RÉPONSE :

- L'importance du cadrage : mettre en avant les bénéfices, y compris la possibilité de réaliser des évaluations à faible coût ou limitées dans le temps.
- Impliquer les parties prenantes dès la phase de conception permet de répondre aux préoccupations et de renforcer l'adhésion.
- Définir des procédures claires pour interrompre l'essai si des preuves solides d'efficacité émergent.
- Expliquer que l'évaluation renforce le plaidoyer en faveur des programmes efficaces

5. Pertinence contextuelle et généralisabilité

PRÉOCCUPATION : Les résultats obtenus dans un contexte ne sont pas applicables aux autres contextes où travaille l'UNICEF.

RÉPONSE:

- Une sélection stratégique des sites peut améliorer la généralisabilité.
- Mesurer les facteurs d'implémentation permet de comprendre quels aspects du contexte sont déterminants.

- Des preuves localisées valent mieux que l'absence de preuves.
- Des évaluations menées dans plusieurs contextes contribuent à construire un socle de connaissances plus large.

6. Capacité technique

PRÉOCCUPATION: Le personnel de l'UNICEF pourrait ne pas disposer des compétences techniques nécessaires pour concevoir et analyser des évaluations randomisées.

RÉPONSE:

- Des partenariats avec des institutions académiques peuvent compléter les compétences internes.
- Investir dans la formation du personnel permet de renforcer des capacités durables au sein de l'organisation.
- Des conceptions expérimentales simples peuvent être plus accessibles que certaines méthodes quasi-expérimentales complexes.
- Les spécialistes de l'évaluation au sein de l'UNICEF peuvent fournir un appui technique transversal aux programmes.

Considérations relatives à la conception d'une évaluation d'impact

Après avoir établi pourquoi l'évaluation est essentielle et comment la causalité peut être identifiée de manière crédible, l'attention se porte désormais sur la conception d'évaluations qui formulent les bonnes questions, mesurent les bons résultats et produisent des données probantes permettant d'orienter directement les décisions. La section suivante présente les principaux éléments de conception à prendre en compte pour mener des évaluations d'impact rigoureuses.

1. Définir les questions de recherche

Toute évaluation commence par un défi fondamental : clarifier les questions clés auxquelles il faut répondre. Cela implique de réunir les principales parties prenantes et de se demander :

- Quelles décisions dépendent de cette évaluation ?
- Que ferait-on différemment si l'on savait X plutôt que Y ?

Il convient de se concentrer sur 3 à 5 questions centrales, directement liées à des actions concrètes. Ces questions se répartissent généralement en trois catégories :

- **Efficacité:** L'intervention fonctionne-t-elle ? Au bout de combien de temps ? À quel moment les effets apparaissent-ils ?
- **Mécanisme:** Comment fonctionne l'intervention ?
- **Ciblage:** pour qui fonctionne-t-elle le mieux ?

Pour chaque question, il est essentiel de préciser comment la réponse orientera les décisions. Par exemple, si un programme de formation professionnelle augmente l'emploi de 10 %, faut-il l'étendre ? Et si l'effet n'est que de 5 % ? Et s'il fonctionne pour les hommes mais pas pour les femmes ? Définir ces seuils décisionnels à l'avance permet d'éviter toute rationalisation a posteriori et garantit que l'évaluation produira des éléments concrets d'aide à la décision. Il est également crucial d'anticiper les résultats positifs et les résultats nuls – savoir qu'une intervention ne fonctionne pas est tout aussi précieux pour l'allocation des ressources.

Une fois les questions de recherche clarifiées, l'étape suivante consiste à déterminer comment y répondre. Il s'agit de traduire des objectifs généraux en résultats mesurables et de sélectionner les bons indicateurs pour capter le changement réel.

2. Sélection des indicateurs principaux et de la stratégie de mesure

La réussite de l'évaluation dépend du fait de mesurer les bons éléments, de la bonne manière. Cela commence par la transformation de finalités générales en questions évaluatives formulées avec précision. Une question vague telle que « Ce programme de nutrition fonctionne-t-il ? » conduit à des réponses vagues et à des décisions incertaines. À l'inverse, une question précise telle que : « Le fait de fournir un conseil nutritionnel mensuel augmente-t-il les scores z taille-pour-âge d'au moins 0,2 écart-type chez les enfants de 6 à 24 mois dans les zones rurales, au cours d'une période de 12 mois ? »

En d'autres termes : « L'intervention [X] entraîne-t-elle [un changement mesurable précis, avec seuil si pertinent] chez [une population définie] dans [un délai et un contexte spécifiés] ? » Ce niveau de précision oriente toutes les décisions de mesure ultérieures et garantit que les résultats seront interprétables et exploitables.

Une fois les questions définies, il faut identifier les mesures de résultats qui permettront d'y répondre.

3. Choisir ce qu'il faut mesurer

Choisissez des résultats qui reflètent clairement ce que le programme cherche à accomplir. Il faut privilégier des indicateurs qui montrent directement si l'intervention produit l'effet attendu. Ceux-ci doivent être suffisamment spécifiques pour être

mesurés avec rigueur et suffisamment importants pour guider les décisions relatives au programme.

Tenez compte de la proximité des résultats par rapport à l'intervention. Les résultats proximaux, observables peu de temps après l'intervention, sont plus faciles à

modifier et à mesurer, mais ils ne reflètent pas toujours l'objectif final. Les résultats distaux, situés plus loin dans la chaîne des effets, reflètent l'impact réel, mais nécessitent généralement des échantillons plus importants et davantage de temps pour être détectés.

Par exemple, un programme d'alimentation scolaire peut entraîner rapidement une hausse de l'assiduité (résultat proximal), mais il faudra davantage de données et de temps pour mettre en évidence une amélioration des apprentissages (résultat distal). Les deux types de résultats sont utiles : les effets à court terme permettent de vérifier si le programme progresse comme prévu, tandis que les effets à long terme indiquent s'il produit réellement un changement significatif.

Une fois les résultats clairement définis, il devient essentiel de déterminer comment ils seront mesurés. Les différentes sources de données varient en termes de précision, de coût et de faisabilité. Reconnaître ces arbitrages permet de prendre des décisions de mesure qui renforcent — plutôt que compromettent — la crédibilité de l'évaluation.

Méthodes de collecte de données et compromis

Chaque source de données présente des avantages et des limites spécifiques :

Les enquêtes offrent une grande souplesse pour mesurer exactement ce dont on a besoin, mais elles comportent plusieurs défis. Les comportements autodéclarés sont souvent affectés par le biais de désirabilité sociale. Par exemple, les parents tendent à surestimer la vaccination ou à sous-déclarer les pratiques de discipline sévères. Les périodes de rappel jouent également un rôle majeur : interroger au sujet d'événements survenus la semaine précédente produit des résultats plus fiables qu'en demandant de se souvenir de faits remontant à une année. La fatigue liée aux enquêtes peut également compromettre la qualité des données lorsque les questionnaires sont trop longs. Par ailleurs, les groupes marginalisés peuvent être difficiles à atteindre via des enquêtes téléphoniques, et les personnes issues de communautés à faible niveau d'alphabétisation peuvent avoir du mal à comprendre certaines questions. Il est donc essentiel de réaliser des entretiens cognitifs lors de la phase pilote, afin de s'assurer que les questions sont culturellement appropriées et comprises comme prévu.

Les données administratives, telles que les registres scolaires, les dossiers cliniques ou les bases de données de programmes, constituent une source de mesure objective,

souvent moins coûteuse, mais présentent certaines limites. Elles se restreignent aux informations déjà collectées, qui ne correspondent pas toujours aux résultats recherchés. Les données concernant certains groupes ethniques ou populations marginalisées peuvent être incomplètes ou absentes. La qualité de ces données peut également varier considérablement : certains centres de santé tiennent des registres méticuleux, tandis que d'autres ne fonctionnent presque pas. L'utilisation de données administratives impose souvent d'aligner l'unité de randomisation sur les niveaux administratifs (écoles, cliniques), plutôt que sur les individus.

L'observation directe et les mesures comportementales

fournissent des évaluations objectives, mais leur mise en œuvre doit être rigoureuse. Les observateurs doivent recevoir une formation approfondie pour garantir la cohérence des mesures. Il est essentiel d'aborder les communautés avec sensibilité, de demander le consentement de manière appropriée, et d'éviter toute intrusion dans des espaces privés ou culturellement sensibles. Les technologies offrent désormais des possibilités de mesures discrètes (géolocalisation par GPS, capteurs), mais ces approches peuvent s'avérer impossibles dans certains contextes en raison de coûts élevés ou de contraintes techniques.

Les biomarqueurs et les mesures anthropométriques

fournissent des données objectives dans le cadre d'interventions sanitaires, mais nécessitent des compétences spécialisées et du matériel adéquat. Peut-on garantir la chaîne du froid pour les prélèvements sanguins ? Les participants accepteront-ils des procédures invasives ? Comment les erreurs de mesure provenant de différents enquêteurs seront-elles gérées, tout en veillant à ce que la collecte soit respectueuse et aussi peu contraignante que possible pour les participants ?

L'identification de sources de données appropriées est indispensable, mais insuffisante à elle seule ; le moment et la fréquence de la collecte sont tout aussi déterminants. Une collecte mal synchronisée peut masquer des effets réels ou déformer l'évaluation des performances d'un programme.

4. Calendrier et fréquence des mesures

Les résultats apparaissent selon des échelles de temps différentes. Les connaissances peuvent évoluer en quelques semaines, les comportements sur plusieurs mois, et les impacts sur la santé sur plusieurs années. Mesurer trop tôt expose au risque de conclure à l'absence d'effet pour des interventions qui nécessitent du temps pour produire un changement. Mesurer trop tard peut conduire à ignorer des effets qui s'atténuent ou sont modifiés par d'autres facteurs.

Il est souvent pertinent de prévoir plusieurs points de mesure afin de comprendre la dynamique des effets. L'impact augmente-t-il, se stabilise-t-il ou diminue-t-il avec le temps ? Un effet initial qui s'estompe peut indiquer la nécessité de mesures de renforcement — les phénomènes de « décroissance d'effet » sont fréquents dans les interventions de changement de comportement. Un changement progressif peut signaler que les effets se construisent au fil du temps et éventuellement par différents mécanismes. Idéalement, il convient de prévoir au moins un suivi après la période

immédiate post-intervention (par exemple, six mois plus tard) pour évaluer la persistance des effets.

Les variations saisonnières peuvent fausser les résultats si elles ne sont pas prises en compte. Par exemple, les résultats agricoles varient selon les cycles de récolte, les maladies suivent des tendances saisonnières, et les indicateurs scolaires fluctuent selon le calendrier académique. Il faut donc planifier la collecte de données de manière à éviter d'attribuer à l'intervention des changements dus à la saison, ou bien s'assurer que les groupes de traitement et de contrôle sont mesurés au même moment. Dans l'idéal, il faut également intégrer ces variations saisonnières dans l'analyse pour comprendre comment les effets interagissent avec celles-ci.

Le moment de la mesure indique quand le changement se produit, tandis que les mécanismes expliquent pourquoi. En mesurant tout au long de la chaîne causale, il devient possible de comprendre comment l'impact se construit, d'identifier les points de défaillance et d'améliorer la conception des programmes.

5. Mesurer les mécanismes tout au long de la chaîne causale

Comprendre pourquoi les programmes fonctionnent (ou ne fonctionnent pas) est tout aussi important que de savoir s'ils fonctionnent. La mesure des mécanismes remplit plusieurs fonctions :

Validation de la théorie : Les voies d'action supposées opèrent-elles réellement ? Par exemple, un programme de lavage des mains repose sur l'enchaînement suivant : information → connaissances → changement d'attitudes → changement de comportement → amélioration de la santé. Mesurer chacune de ces étapes permet de confirmer ou de remettre en question ces hypothèses.

Diagnostic des échecs : Lorsque les résultats n'évoluent pas, les mécanismes révèlent où la chaîne s'est rompue. Les enseignants ont-ils reçu la formation ? L'ont-ils comprise ? L'ont-ils mise en œuvre ? Les élèves ont-ils été réceptifs ? Chaque point de rupture appelle des solutions différentes.

Amélioration du programme : Plutôt que d'abandonner globalement un programme « inefficace », les données sur les mécanismes permettent d'y apporter des ajustements ciblés. Par exemple, si les parents ont reçu des informations nutritionnelles mais n'ont pas les moyens d'acheter des aliments diversifiés, l'ajout de coupons ou de transferts pourrait déclencher l'impact attendu.

Généralisation : Les programmes qui reposent sur des mécanismes universels, tels que les rappels, sont plus susceptibles d'être transférables dans différents contextes que ceux dépendant de caractéristiques institutionnelles spécifiques.

Ne vous limitez pas à mesurer les résultats finaux : suivez également les étapes intermédiaires. Dans le cadre d'un programme de nutrition visant à réduire la malnutrition infantile, cela pourrait se traduire par : les connaissances

des aidants (immédiat), les pratiques d'alimentation (court terme), la diversité alimentaire de l'enfant (moyen terme) et son statut nutritionnel (long terme). Chacun de ces indicateurs apporte une information précieuse sur la manière dont le programme fonctionne.

Comprendre les mécanismes permet de révéler comment le changement se produit. Toutefois, pour interpréter ces tendances avec exactitude, il est essentiel de veiller à ce que les données reflètent véritablement les populations que l'on souhaite servir. La représentativité et l'inclusion dans la mesure sont indispensables pour produire des preuves qui capturent la diversité des réalités, et non seulement celle des groupes les plus faciles à atteindre.

6. Assurer une mesure représentative et inclusive

Les personnes que l'on mesure comptent autant que ce que l'on mesure. Les enquêtes réalisées en milieu scolaire excluent systématiquement les enfants non scolarisés, souvent parmi les plus vulnérables. Les enquêtes téléphoniques excluent les personnes sans téléphone, et les données cliniques ne tiennent pas compte de celles qui ne sollicitent pas les services de santé ou qui en sont empêchées.

Concevez dès le départ des stratégies de mesure inclusives, en veillant à ce que les communautés participent à l'élaboration des indicateurs et des sources de données. Utilisez plusieurs sources de données pour couvrir différentes populations. Suréchantillonnez les groupes marginalisés afin de garantir leur représentation. Traduisez les outils dans les langues locales et testez-les auprès de répondants diversifiés. Formez des enquêteurs

issus des communautés enquêtées afin de renforcer la relation de confiance et la compréhension mutuelle.

Tenez compte du point de vue qui est recueilli. Les enfants, les parents, les enseignants et les agents de santé peuvent faire des déclarations différentes au sujet d'un même phénomène. Même au sein d'un groupe donné (par exemple les mères), les expériences peuvent varier selon l'identité sociale, le parcours ou la position au sein de la communauté. La triangulation entre différents répondants peut révéler des dynamiques importantes, mais elle nécessite des protocoles clairs pour traiter les divergences.

Même les instruments les mieux conçus peuvent s'avérer insuffisants s'ils ne peuvent pas être mis en œuvre efficacement dans des conditions réelles et quotidiennes. Il est donc essentiel de garantir que les approches de mesure soient réalisables, fiables et adaptées aux contraintes du terrain.

7. Considérations pratiques relatives à la mesure

Au cours du processus de mesure, il convient de garder à l'esprit les éléments suivants :

Réaliser des tests pilotes approfondis. Ne jamais présumer que des outils efficaces ailleurs fonctionneront dans un autre contexte. Il faut tester les instruments auprès d'un petit groupe de répondants dans des conditions proches du terrain réel. Vérifiez les logiques de saut, le temps de passage, les traductions et la compréhension. Organisez des débriefings approfondis avec les enquêteurs, car ils repèrent souvent des problèmes que les répondants ne signalent pas.

Trouvez le juste équilibre entre exhaustivité et faisabilité. Des instruments longs produisent des données riches,

mais entraînent de la fatigue chez les répondants, des coûts plus élevés et une baisse de la qualité. La plupart des effets peuvent être détectés à l'aide d'outils ciblés. Il est préférable de réserver les mesures longues aux études de mécanismes à petite échelle, plutôt qu'aux évaluations d'impact de grande envergure.

Anticiper l'erreur de mesure. Toute mesure comporte une marge d'erreur : l'évaluation anthropométrique varie d'un enquêteur à l'autre, et les scores de tests dépendent des conditions d'examen. Il faut prévoir des dispositifs de contrôle de qualité, tels que des exercices de standardisation pour les enquêteurs, la répétition de mesures sur des sous-

échantillons et la validation des données à partir de sources externes lorsque cela est possible.

Tout documenter. Élaborer des protocoles détaillant précisément la manière dont chaque résultat est mesuré, codé et construit. Les futurs utilisateurs doivent comprendre et, si nécessaire, reproduire les mesures choisies. Les annexes devraient inclure les questionnaires, les supports de formation, ainsi que le code de construction des variables.

Des pratiques de mesure rigoureuses garantissent la qualité des données ; toutefois, leur valeur dépend également de la capacité de l'étude à détecter de véritables effets. Une puissance statistique adéquate permet d'éviter des conclusions erronées, en s'assurant que les données ne se contentent pas de décrire ce qui a été observé, mais permettent de révéler ce qui a réellement fonctionné.

8. Déterminer la taille de l'échantillon et la puissance statistique

La puissance statistique correspond à la capacité d'une évaluation à détecter un effet réel lorsqu'il existe. On peut la comparer à un radar suffisamment sensible pour repérer un avion qui s'approche. À l'inverse, une étude dont la puissance est insuffisante revient à chercher quelque chose avec une lampe torche trop faible : l'effet peut exister sans jamais être détecté. Cette notion devient particulièrement importante lorsqu'il s'agit de déterminer le nombre de participantes nécessaires. Si l'échantillon est trop petit, on risque de conclure que le programme n'a eu aucun effet alors qu'en réalité il en a eu (ce que l'on appelle un « faux négatif »). À l'inverse, enquêter un nombre excessif de participantes conduit à un gaspillage de ressources. Plusieurs facteurs influencent la puissance, notamment :

- La taille attendue de l'effet du programme : les effets importants sont plus faciles à détecter.

- Le degré de variation naturelle dans la mesure des résultats : plus cette variation est élevée, plus l'échantillon requis sera grand.
- L'unité de randomisation choisie : la randomisation au niveau des communautés exige des échantillons plus importants que la randomisation au niveau individuel.

Il est essentiel d'intégrer des hypothèses réalistes concernant l'attrition (10 à 20 % est courant), la non-observance (le groupe traité ne reçoit pas totalement l'intervention) et la contamination (le groupe témoin accède à l'intervention). Ces éléments réduisent la taille effective de l'échantillon. Il vaut mieux recruter 20 % de participantes supplémentaires que de découvrir, une fois les données collectées, que l'étude est sous-dimensionnée.

9. Architecture de randomisation

Lors de l'évaluation d'une intervention, le choix du niveau de randomisation est essentiel. Il s'agit de déterminer si l'intervention sera attribuée aux individus, aux groupes, aux écoles, aux communautés, ou à toute autre unité pertinente pour le projet. Le niveau choisi doit correspondre à la manière dont l'intervention est réellement mise en œuvre. Par exemple, si un nouveau programme scolaire ne peut être appliqué qu'à une classe entière et non à des élèves individuellement, alors la classe devient l'unité la plus appropriée pour la randomisation.

Le niveau de randomisation dépend également du type d'information pouvant être collectée. Si les données ne peuvent être mesurées qu'à un niveau agrégé — comme les dépenses des ménages ou l'assiduité scolaire — il est alors logique de randomiser au même niveau.

TABLEAU 8. DIFFÉRENTS TYPES D'UNITÉS DE RANDOMISATION

| UNITÉ DE RANDOMISATION | AVANTAGES | CONSIDÉRATIONS | QUAND L'UTILISER | EXEMPLE |
|---|---|---|---|---|
| Randomisation au niveau individuel | Nécessite une taille d'échantillon plus faible que les autres niveaux ; forte efficacité statistique. | Risque d'effets de débordement (« spillovers ») lorsque les individus interagissent ; difficultés logistiques pour fournir des interventions différentes au sein d'un même environnement (ex. communauté, salle de classe). | Adaptée lorsque l'interaction entre individus est limitée et que l'intervention peut être ciblée facilement sur des personnes spécifiques. | Rappels SMS de vaccination envoyés à des aidants choisis aléatoirement dans un grand district urbain. |
| Randomisation au niveau des ménages | Permet de saisir les décisions prises au niveau du foyer ; correspond à la manière dont de nombreux comportements et résultats sont déterminés. | Les débordements restent possibles lorsque les voisins interagissent ; nécessité de définir clairement ce qu'est un « ménage » ; l'analyse peut nécessiter de tenir compte de la taille du foyer. | Appropriée lorsque les interventions concernent ou impliquent l'ensemble des membres d'un ménage (ex. visites à domicile, transferts monétaires conditionnels). | Transferts monétaires conditionnels accordés à des ménages tirés au sort avec enfants de moins de cinq ans. |
| Randomisation au niveau de la communauté ou du village (randomisation par grappes) | Réduit le risque de contamination ou de débordement ; souvent plus facile à gérer sur les plans politique et opérationnel. | Nécessite davantage de grappes (communautés) pour obtenir une puissance statistique suffisante ; grande variation entre communautés → augmente la variance ; logistique d'implémentation plus complexe à grande échelle. | Utile lorsque les individus d'une même communauté sont susceptibles de s'influencer mutuellement ou lorsque l'intervention est délivrée de manière publique (ex. mobilisation communautaire). | Campagnes de vaccination menées par des agents de santé communautaires, testées dans des villages sélectionnés aléatoirement. |

| UNITÉ DE RANDOMISATION | AVANTAGES | CONSIDÉRATIONS | QUAND L'UTILISER | EXEMPLE |
|--|--|---|--|--|
| Randomisation au niveau des établissements (par exemple, écoles, cliniques) | Pratique dans des dispositifs de prestation institutionnelle ; alignée avec les structures organisationnelles existantes ; adaptée aux interventions ciblant le personnel ou l'ensemble d'une structure. | Les structures peuvent varier en taille, qualité ou taux de rotation du personnel ; chevauchement des zones de recrutement → risques de débordement ; la puissance statistique est limitée par le nombre de structures disponibles. | Appropriée pour évaluer des interventions délivrées via des institutions, en particulier lorsque le ciblage au niveau individuel n'est pas envisageable. | Formation en communication interpersonnelle dispensée au personnel de centres de santé sélectionnés aléatoirement. |

10. Lorsque la randomisation n'est pas possible

Il arrive que la randomisation ne soit pas réalisable pour des raisons politiques, éthiques ou pratiques. Les parties prenantes peuvent considérer l'attribution aléatoire comme injuste, les programmes peuvent déjà être déployés, ou les tailles d'échantillon peuvent être trop faibles pour permettre une randomisation pertinente. Dans ces cas, les méthodes quasi-expérimentales visent à créer des comparaisons valides en utilisant des techniques statistiques pour approximer le contrefactuel qu'aurait fourni la randomisation.

Ces approches consistent à identifier et contrôler les facteurs qui influencent à la fois la participation au programme et les résultats, ce que l'on appelle parfois « fermer les chemins rétrospectifs ». Bien que ces méthodes puissent fournir des preuves utiles, elles reposent sur des hypothèses plus fortes concernant les données et le contexte. Elles exigent généralement des échantillons plus importants, une collecte de données plus complète et des analyses plus complexes que les essais randomisés contrôlés (ERC). Surtout, elles demeurent vulnérables aux biais provenant de facteurs non observés — biais que la randomisation aurait éliminés.

Pour davantage de conseils sur les approches quasi-expérimentales, voir l'annexe 1. Il est recommandé de n'utiliser ces méthodes qu'avec l'appui d'experts, car leur validité repose sur des hypothèses spécifiques au contexte, souvent impossibles à vérifier.

Liste de vérification pratique pour la mise en œuvre d'une évaluation d'impact

Protocole d'évaluation

Avant de développer un protocole d'évaluation, il est utile de définir les objectifs d'apprentissage à l'aide d'un outil tel que [l'Agenda d'apprentissage](#). Cet outil permet de formuler et d'organiser les principales questions auxquelles l'évaluation d'impact devra répondre. Son utilisation est illustrée à l'annexe 2 à travers **l'étude de cas sur l'augmentation de la couverture vaccinale des enfants au Liban**.

Une fois l'agenda d'apprentissage établi, il est alors possible d'élaborer le protocole d'évaluation. Le protocole fournit un cadre structuré et un plan détaillé expliquant comment l'intervention sera évaluée. Élaborer un protocole transforme les décisions de conception en un document technique complet qui guide la mise en œuvre et l'analyse. On peut l'envisager comme un contrat avec son "soi futur", empêchant les analyses sélectives et garantissant l'intégrité scientifique. Un protocole solide pré-spécifie toutes les décisions analytiques avant d'observer les résultats, protégeant ainsi contre les biais conscients et inconscients visant à obtenir des effets positifs.

Éléments essentiels d'un protocole:

- Description détaillée de l'intervention : ce qui sera délivré, par qui, et à quelle fréquence
- Théorie du changement avec des chaînes causales explicites
- Questions d'évaluation associées à des hypothèses précises
- Calculs de puissance statistique avec toutes les hypothèses rendues explicites

- Définitions précises des indicateurs, incluant les questions exactes des enquêtes (si les indicateurs proviennent d'enquêtes)
- Procédures de randomisation, y compris les variables de stratification
- Modèles analytiques avec les équations de régression exactes
- Liste des covariables déterminée par la théorie, et non par les données
- Analyses de sous-groupes assorties d'une justification claire
- Procédures pour gérer l'attrition et la non-observance
- Tests de robustesse pour vérifier la sensibilité des résultats

La pré-spécification du plan d'analyse est particulièrement cruciale pour :

- les résultats primaires vs secondaires, afin d'éviter le changement opportuniste de critères d'évaluation
- les analyses de sous-groupes, afin d'éviter la recherche d'effets significatifs a posteriori
- les critères d'inclusion/exclusion de l'échantillon d'analyse
- le traitement des valeurs aberrantes et des données manquantes
- Ajustements pour tests multiples

Toute déviation par rapport au protocole doit être clairement signalée comme exploratoire dans les rapports.

À titre de référence, voir l'étude de cas au Liban, où le protocole d'évaluation complet est disponible.

Envisagez d'enregistrer le protocole dans des registres publics (AEA Social Science Registry, RIDIE, ClinicalTrials.gov) avant le début de la collecte de données. L'enregistrement fournit un horodatage attestant la pré-spécification des analyses et permet à la communauté

scientifique de suivre l'ensemble des études, et non uniquement celles ayant abouti à des résultats positifs. Il convient d'inclure suffisamment de détails pour qu'un autre chercheur puisse répliquer l'évaluation, tout en préservant une flexibilité opérationnelle permettant d'apporter les adaptations de terrain nécessaires sans compromettre la conception fondamentale de l'étude.

Plan de mise en œuvre

Le plan de mise en œuvre est la feuille de route opérationnelle détaillée qui traduit la conception de l'évaluation en actions concrètes sur le terrain. Il transforme le protocole technique en instructions quotidiennes indiquant qui fait quoi, quand, où, et avec quelles ressources, sur l'ensemble du cycle de l'évaluation. Ce plan comprend notamment :

- des calendriers détaillés avec dates précises et jalons
- des attributions de rôles claires, avec une personne responsable identifiée pour chaque tâche
- les besoins en ressources (temps du personnel, matériel, transport, technologie)
- des indicateurs de suivi de l'exécution
- des plans de contingence pour les problèmes fréquents
- des protocoles de communication entre membres de l'équipe et partenaires

L'outil « [Plan de mise en œuvre](#) » peut servir de modèle simple et utile pour développer un guide étape par étape. Un exemple d'utilisation de cet outil est présenté à l'annexe 2.

Pourquoi c'est important ?

La différence entre une excellente conception d'évaluation et un échec sur le terrain provient généralement d'une planification opérationnelle insuffisante. Même les conceptions les plus rigoureuses échouent lorsque les tablettes ne sont pas chargées, que les questionnaires ne sont pas correctement traduits ou que les équipes ignorent qui est responsable du recrutement des participants. Le plan de mise en œuvre évite une multitude de petits dysfonctionnements susceptibles d'invalider une évaluation bien conçue. Il garantit la coordination entre de multiples acteurs (équipe de recherche, partenaires de mise en

œuvre, autorités publiques, leaders communautaires) aux priorités et modes de travail parfois différents.

Sans planification opérationnelle claire, on risque de découvrir trop tard que la campagne de vaccination coïncide avec la collecte de données, que des membres clés de l'équipe sont indisponibles à un moment crucial, ou que les documents n'ont pas été imprimés à temps. Le plan constitue également un outil de gestion permettant de suivre l'avancement d'opérations complexes et d'identifier rapidement les problèmes avant qu'ils ne compromettent l'évaluation.

Gardez à l'esprit ces considérations clés :

- **Planifiez en tenant compte des contraintes fixes.** Partez des dates non flexibles (saisons agricoles, calendrier scolaire, fêtes religieuses, cycles budgétaires) pour construire un calendrier réaliste, puis ajouter 20–30 % de marge pour les retards inévitables. Si la collecte de données est estimée à trois semaines, en prévoir quatre.
- **Attribuez une responsabilité claire et unique pour chaque activité.** Évitez les responsabilités partagées, qui se traduisent souvent par une absence réelle de responsabilité. Par exemple, remplacer « l'équipe fera la formation » par : qui dirige, qui assiste, et qui est responsable en cas d'échec.
- **Suivez la mise en œuvre, pas seulement les résultats.** Incluez des indicateurs simples, suivis chaque semaine : nombre de participants recrutés vs objectif, enquêtes réalisées par jour, sessions réalisées comme prévu. Ces indicateurs portent uniquement sur l'exécution, pas sur les effets.

- **Prévoyez un budget complet.** Inclure les coûts souvent négligés : services de traduction, transport pour les superviseurs, crédits téléphoniques pour les suivis, rafraîchissements lors de réunions communautaires, remplacement du matériel abîmé, etc.
- **Précisez la chaîne de gestion des données.** Indiquez comment les données seront transférées des formulaires papier à la base numérique, qui les vérifiera, qui y aura accès, à quelle fréquence, et où elles seront stockées.
- **Planifiez des solutions face aux problèmes fréquents rencontrés sur le terrain, à l'aide de mesures de contingence spécifiques.** Que se passera-t-il si de fortes pluies empêchent les déplacements pendant la période d'enquête ? Si des membres clés de l'équipe tombent malades ou démissionnent ? Si les priorités gouvernementales changent soudainement

et que l'agence partenaire est réaffectée ? Si les participants sont occupés par les récoltes au moment prévu pour le suivi ? Utilisez [l'outil « Risques de mise en œuvre et stratégies d'atténuation »](#) pour documenter de façon systématique les risques anticipés ainsi que les stratégies prévues pour y répondre. Pour un exemple d'utilisation concrète de cet outil, consultez l'annexe 2 pour l'étude de cas au Liban, qui illustre son application pratique.

- **Fournissez des outils pratiques.** Incluez des modèles et des procédures opératoires standard en annexe, afin que les équipes de terrain disposent d'outils concrets et non seulement de plans théoriques — cela signifie, par exemple, des scripts prêts à l'emploi pour le recrutement, des guides détaillés étape par étape pour la saisie des données, ainsi que des listes de contrôle pour la mise en œuvre de l'intervention.

Obtenir l'approbation éthique

L'approbation éthique est le processus formel d'obtention de l'autorisation d'un comité d'éthique ou du comité d'éthique de la recherche (CER), impliquant la navigation des exigences administratives, des délais et des procédures institutionnelles. Ce processus est indispensable pour garantir que l'évaluation puisse être menée légalement et de manière éthique.

Au-delà de la compréhension des principes éthiques, ce processus exige la gestion de tâches administratives concrètes, notamment :

- identifier quel CER ou comité d'éthique a juridiction (une université, un ministère de la santé, l'UNICEF ou plusieurs instances)
- compléter les formations obligatoires en éthique pour tous les membres de l'équipe
- préparer des dossiers documentaires complets dans des formats spécifiques
- répondre aux commentaires des évaluateurs et aux demandes de clarification
- maintenir la conformité tout au long de l'étude, y compris au travers des amendements, des déclarations d'événements indésirables et des renouvellements annuels

Pourquoi est-ce important ?

L'autorisation éthique est juridiquement obligatoire pour toute recherche impliquant des êtres humains : mener une évaluation sans cette approbation peut invalider l'ensemble de l'étude, exposer les institutions à des risques légaux et compromettre durablement la confiance des communautés. De plus, de nombreuses revues scientifiques refusent de publier des résultats sans preuve de validation éthique, et les bailleurs exigent de plus en plus cette autorisation avant de financer les projets. Le défi pratique est que l'examen éthique peut prendre entre 2 et 6 mois, avec plusieurs cycles de révision. Tout retard dans ce processus affecte l'ensemble du calendrier. Ainsi, même la meilleure conception d'évaluation devient inutilisable si la collecte de données ne peut commencer faute d'approbation. Assurer la conformité pendant toute la mise en œuvre impose également de disposer de systèmes permettant de documenter toute déviation du protocole, de signaler les événements indésirables et de garantir que tous les membres de l'équipe suivent les procédures approuvées.

Gardez à l'esprit ces considérations clés :

Commencez tôt. Initiez le processus éthique avant même que tous les détails ne soient finalisés — des amendements pourront être soumis par la suite. Obtenir l'approbation initiale permet de démarrer le calendrier.

Identifiez les autorités compétentes. Déterminez quelles instances doivent approuver le projet. Les IRB universitaires exigent souvent une affiliation ; les comités nationaux (ex. ministère de la santé) sont parfois requis pour les recherches liées à la santé ; plusieurs approbations peuvent être nécessaires dans des projets multi-pays ; certains bailleurs ont également leurs propres exigences éthiques.

Prévoyez des délais réalistes. Comptez : 2 à 3 semaines pour préparer le dossier, 4 à 8 semaines pour l'examen initial (plus long en cas d'examen en comité plénier), 2 à 3 semaines pour répondre aux commentaires, 2 à 4 semaines pour l'approbation finale, auxquels peuvent s'ajouter des délais locaux ou nationaux supplémentaires.

Préparez un dossier complet. Celui-ci doit inclure : un protocole détaillé (contexte, objectifs, méthodes), des formulaires de consentement dans toutes les langues locales avec rétrotraduction, les questionnaires (même encore en cours d'ajustement), les CV et attestations de formation des personnels impliqués, un plan de gestion des données avec mesures de sécurité, les modalités de compensation avec justification, ainsi que les protocoles d'atténuation des risques et d'orientation.

Comprenez le niveau d'examen susceptible d'être requis, car cela influe sur le calendrier. Une revue exemptée (risque minimal, catégories spécifiques) prend 2 à 3 semaines ; une revue accélérée (risque minimal, non exemptée) prend 4 à 6 semaines ; une revue complète en comité plénier (risque plus qu'à minimal, populations vulnérables) peut prendre 2 à 3 mois et ne se tient en général qu'une fois par mois.

Éviter les erreurs courantes telles que : dossiers incomplets, formulaires de consentement trop techniques ou incomplets, évaluation des risques insuffisante, montants de compensation jugés coercitifs, procédures de protection des données peu claires, signatures manquantes, ou absence d'autorisation institutionnelle.

Une fois l'autorisation obtenue, veillez à respecter la conformité. Cela implique de former tout nouveau membre de l'équipe, de documenter et signaler toute déviation au protocole, de soumettre tout amendement avant sa mise en œuvre, de fournir des rapports de suivi annuels, puis de clôturer officiellement l'étude à son terme.

Suivi de la mise en œuvre et évaluation du processus

Il s'agit d'un système complet de suivi de la manière dont l'intervention est réellement mise en œuvre sur le terrain. Il combine des routines de suivi opérationnel régulier avec une documentation systématique des processus. Cela implique des points de contrôle structurés (quotidiens, hebdomadaires ou bihebdomadaires selon l'intensité de l'intervention), à l'aide d'outils standardisés permettant d'évaluer plusieurs dimensions de la mise en œuvre :

- **Fidélité :** l'intervention a-t-elle été délivrée conformément à sa conception initiale ?
- **Couverture :** quelle proportion de la population cible a effectivement reçu l'intervention ?
- **Dose :** quelle a été la fréquence et l'intensité de la mise en œuvre ?
- **Qualité :** dans quelle mesure l'intervention a-t-elle été mise en œuvre correctement ?
- **Engagement des participants :** les participants ont-ils compris, participé et appliqué ce qui leur a été proposé ?

- **Facteurs contextuels :** quels éléments du contexte ont influencé la mise en œuvre ?

Il comprend le suivi en temps réel des taux de recrutement par rapport aux objectifs, le suivi des tendances d'attrition afin de préserver la puissance statistique, la documentation de toutes les adaptations apportées lors de la mise en œuvre, ainsi que la collecte de retours de la part des équipes de terrain et des participantes sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Pourquoi est-ce important ?

De nombreuses évaluations n'observent aucun impact – non pas parce que l'intervention est inefficace, mais parce qu'elle n'a jamais été correctement mise en œuvre. L'absence de suivi systématique représente un risque majeur : par exemple, après une coûteuse collecte de données de fin de programme, on peut découvrir que la moitié du groupe traité n'a jamais reçu l'intervention, que des personnes du groupe témoin y ont eu accès, ou encore que les équipes de terrain ont modifié l'intervention au point de la rendre méconnaissable. L'évaluation des

processus permet de distinguer une défaillance de la théorie (l'intervention ne fonctionne pas, même lorsqu'elle est correctement appliquée) d'une défaillance de la mise en œuvre (l'intervention n'a pas été appliquée comme prévu, ce qui empêche d'en évaluer réellement l'efficacité).

Ces informations sont essentielles pour interpréter les résultats. Par exemple, si aucun impact n'est observé, est-ce parce que la théorie était erronée ou parce que seulement 30 % des participants ont réellement reçu l'intervention complète ? À l'inverse, si des effets positifs sont constatés, comprendre ce qui a effectivement été mis en œuvre facilite la reproduction de l'intervention ailleurs. Le suivi en temps réel permet d'apporter des corrections alors qu'il est encore possible d'agir. Par exemple, si le recrutement prend du retard, les efforts peuvent être intensifiés avant que cela ne menace la puissance statistique ; si certains sites n'assurent pas une mise en œuvre adéquate, un soutien supplémentaire peut être fourni ; si des barrières inattendues apparaissent, des solutions peuvent être développées.

Les données issues de l'évaluation des processus fournissent également des informations déterminantes pour les décisions d'extension à plus grande échelle : quels contextes ont facilité une mise en œuvre fluide, quelles adaptations ont été nécessaires, quels défis risquent de persister lors du passage à l'échelle, et quel niveau de qualité est réellement atteignable dans les conditions routinières, par opposition aux conditions contrôlées de recherche.

Gardez à l'esprit ces considérations clés :

- **Mettez en place des routines de suivi adaptées à l'intensité de la mise en œuvre, mais qui ne surchargent pas les équipes de terrain.** Cela peut se traduire par des réunions quotidiennes pour les interventions intensives, des appels hebdomadaires pour les programmes standards ou des bilans mensuels pour les interventions légères.
 - **Créez des outils simples.** Des fiches de suivi standardisées peuvent permettre de collecter les informations essentielles sans générer une charge administrative excessive.
 - **Suivez les indicateurs clés de mise en œuvre séparément des données de résultats.** Cela peut inclure le pourcentage de sessions prévues réalisées, les taux moyens de fréquentation ou de participation, le pourcentage de personnes ayant reçu la dose
- complète de l'intervention, le temps entre les différentes composantes de l'intervention ou les notes de qualité issues d'observations standardisées.
 - **Mettez en place des systèmes de contrôle de la qualité des données.** Ceux-ci peuvent combiner : des contrôles à haute fréquence (examens automatisés quotidiens ou hebdomadaires pour repérer les valeurs aberrantes, données manquantes ou anomalies), et des contre-vérifications (réinterroger 10 à 20 % des participants pour vérifier l'exactitude des données et détecter d'éventuelles fraudes).
 - **Surveillez en permanence les facteurs susceptibles d'affecter la puissance statistique :** examinez les taux de recrutement par rapport aux objectifs (le projet est-il en voie d'atteindre la taille d'échantillon prévue ?), taux d'attrition global (quel pourcentage est perdu de vue ?), attrition différentielle (le taux d'abandon est-il plus élevé dans le groupe traité ou témoin ?), taux de conformité (quel pourcentage du groupe traité reçoit effectivement l'intervention ?), et contamination (le groupe témoin a-t-il accès à l'intervention ?).
 - **Documentez chaque adaptation à l'aide de cadres structurés.** Notez précisément ce qui a été modifié par rapport au protocole, la raison de ce changement (barrière rencontrée, demande d'un partenaire, contrainte opérationnelle), le moment de l'adaptation, la personne ayant pris la décision, si le changement était planifié ou réactif, et enfin, si celui-ci remet en cause la théorie d'intervention.
 - **Créez des boucles de rétroaction rapides avec les équipes de mise en œuvre.** Par exemple, utilisez des groupes WhatsApp pour résoudre les problèmes en temps réel, organisez de courtes réunions hebdomadaires axées sur les difficultés rencontrées et les solutions possibles, et réalisez des revues mensuelles des données de suivi afin d'identifier les tendances.
 - **Distinguez les composantes essentielles des composantes adaptables.** Différenciez les éléments fondamentaux, qui doivent impérativement être maintenus pour garantir la validité de la théorie d'intervention, des éléments périphériques pouvant être ajustés au contexte. Documentez ces deux catégories, mais traitez-les différemment lors de l'analyse.

- **Recueillez le retour des participant·es.** Intégrez des mécanismes de rétroaction, tels que de brefs entretiens en fin de session, des groupes de discussion périodiques avec les participant·es, ainsi que des dispositifs anonymes comme des boîtes à suggestions ou des lignes téléphoniques dédiées.
- **Suivez les facteurs contextuels susceptibles d'influencer la mise en œuvre ou les résultats.** Notez, par exemple : la présence d'autres programmes ou politiques visant la même

population, les facteurs saisonniers (jours fériés, saisons agricoles, conditions climatiques), la situation politique ou sécuritaire, ainsi que les crises sanitaires ou autres perturbations éventuelles.

- **Tenez des registres détaillés.** Ceux-ci sont essentiels pour interpréter les résultats, guider les décisions de mise à l'échelle et contribuer au renforcement de la base de connaissances sur les défis et solutions liés à la mise en œuvre.

Analyse coûts-bénéfices

Il s'agit d'un calcul systématique de l'ensemble des ressources nécessaires pour mettre en œuvre l'intervention et atteindre les impacts mesurés, afin de produire des indicateurs standardisés qui permettent de comparer différentes interventions, modalités de mise en œuvre ou options d'investissement. Cette comptabilité complète dépasse les simples budgets de programme et inclut le coût économique réel de l'obtention des résultats, notamment :

- les coûts directs du programme (personnel, matériel, opérations)
- les coûts indirects souvent répartis dans d'autres budgets (supervision, administration, frais généraux)
- les coûts d'opportunité des ressources mobilisées (temps des volontaires, temps du personnel gouvernemental, temps des participant·es)
- les coûts de démarrage versus les coûts de fonctionnement
- les coûts marginaux liés à l'ajout de nouveaux participant·es

L'analyse génère des indicateurs tels que : coût par enfant vacciné, coût par point de pourcentage d'augmentation des scores scolaires, coût par année de vie sauvée, ou ratio de retour sur investissement, que les décideurs peuvent comparer à des références ou à d'autres interventions. Consultez l'Outil [d'analyse coûts-bénéfices](#) ici pour vous aider à identifier, quantifier et comparer les coûts et les bénéfices des interventions. Pour voir un exemple d'application de cet outil à **l'étude de cas au Liban**, reportez-vous à l'annexe 2.

Pourquoi est-ce important ?

Même des interventions très efficaces peuvent ne pas être adaptées à un passage à l'échelle si elles s'avèrent trop coûteuses par rapport à d'autres options possibles. L'analyse coûts-bénéfices permet alors de transformer l'évaluation, qui ne se limite plus à démontrer qu'une intervention fonctionne, pour devenir une véritable orientation stratégique en répondant à la question essentielle : « Ce programme constitue-t-il un bon usage des ressources ? » Cette analyse est particulièrement déterminante dans un contexte où les bailleurs exigent des preuves combinant impact et efficacité, où les gouvernements, contraints par des budgets limités, doivent maximiser les résultats obtenus pour chaque unité dépensée, et où les décisions de mise à l'échelle requièrent une compréhension fine de la manière dont les coûts évoluent lorsque l'intervention change d'ampleur.

Un programme qui génère une amélioration de 10 % peut sembler performant, jusqu'au moment où l'on découvre qu'il coûte cinq fois plus cher qu'une alternative permettant une amélioration de 8 %. Comprendre la structure des coûts permet également de repérer des marges d'efficacité : il est parfois possible d'atteindre 80 % de l'impact pour 50 % du coût en simplifiant certaines composantes, ou de constater que des coûts fixes élevés lors d'un projet pilote deviennent négligeables à grande échelle. Sans une analyse rigoureuse des coûts, des programmes risquent d'être abandonnés à tort parce qu'ils paraissent « trop chers » sur la base d'informations incomplètes, ou au contraire d'être étendus avec enthousiasme sans que leur structure de coûts ne soit viable à long terme.

Gardez à l'esprit ces considérations clés :

- **Commencez tôt.** Il est essentiel de collecter les données de coûts dès le premier jour de mise en œuvre : reconstruire les coûts a posteriori est souvent peu fiable et parfois impossible lorsque les reçus sont égarés, que le personnel oublie comment son temps a été alloué ou que les contributions en nature n'ont pas été documentées.
- **Saisissez tous les coûts, pas seulement ceux du budget.** Il peut s'agir, par exemple, du temps du personnel, y compris pour la préparation et la formation (même si celles-ci sont financées par des partenaires), du temps des bénévoles valorisé au taux salarial local pour un travail équivalent, du temps du personnel gouvernemental même s'il n'est pas rémunéré par le projet, ainsi que des coûts supportés par les participants (transport, perte de revenus, garde d'enfants). Les matériaux ou locaux mis à disposition doivent être valorisés au prix du marché, et les frais généraux imputables au projet doivent également être inclus.
- **Distinguez les différentes catégories de coûts, car elles évoluent différemment à l'échelle.** Cela inclut les coûts fixes (développement de la formation, mise en place initiale) qui ne varient pas en fonction du nombre de participants, les coûts variables (matériels par participant, incitations) qui augmentent de manière linéaire, et les coûts « en paliers » (supervision, ouverture de nouveaux sites) qui augmentent à certains seuils.
- **Suivez les coûts selon plusieurs perspectives, car les parties prenantes ne se préoccupent pas des mêmes indicateurs.** Il est utile de considérer la perspective de l'exécutant (quel est le coût pour l'équipe qui met en œuvre ?), celle du gouvernement (combien coûterait l'intégration dans les systèmes existants ?), celle de la société (en incluant tous les coûts, quel que soit celui qui les finance), ainsi que celle des participants (quel est le coût de leur participation ?).
- **Calculez plusieurs mesures de coût-efficacité afin de permettre différentes comparaisons.** Cela peut inclure le coût par participant atteint/ inscrit/ayant complété l'intervention ; le coût par unité de changement sur l'indicateur principal ; le coût par taille d'effet standardisée pour des comparaisons académiques ; ou encore les ratios de coût-efficacité incrémentale lorsque plusieurs variantes sont comparées.
- **Comparez les résultats à des références pertinentes.** Tenez compte d'interventions similaires dans le même contexte, de la disposition du gouvernement à payer pour des résultats comparables, de normes internationales (comme les seuils de l'OMS pour les interventions de santé) et d'alternatives pouvant atteindre les mêmes objectifs.
- **Intégrez des analyses de sensibilité montrant comment le rapport coût-efficacité varie selon différents scénarios.** Par exemple, les effets persistent-ils un an ou deux ? L'intervention est-elle mise en œuvre avec des salaires gouvernementaux ou des ONG ? Que se passe-t-il à différentes échelles (100, 1 000 ou 10 000 participants) ? Comment les résultats changent-ils avec des niveaux différents de conformité ou d'attrition ?
- **Documentez de façon transparente les facteurs qui influencent les coûts.** Qu'est-ce qui rend cette intervention coûteuse ou abordable ? Certains éléments peuvent-ils être modifiés pour réduire les coûts sans compromettre l'efficacité ? Quelles économies ou inefficiences apparaîtront à grande échelle ? Quels coûts cachés pourraient survenir dans une mise en œuvre en routine plutôt qu'en contexte de recherche ?
- **Présentez les résultats de manière accessible pour les décideurs.** Cela peut inclure des indicateurs simples tels que le coût par résultat obtenu, plutôt que des modèles économiques complexes, ainsi que des comparaisons visuelles avec des interventions connues, des indications claires sur les intervalles de confiance, et des implications concrètes pour la planification budgétaire.
- **Interprétez avec discernement les résultats en matière de coût-efficacité.** Le moins coûteux n'est pas toujours le meilleur : certaines interventions plus coûteuses peuvent être justifiées si leurs effets sont proportionnellement plus importants, ou si elles permettent d'atteindre des populations que des alternatives moins onéreuses ne parviennent pas à toucher.

Des tests rigoureux renforcent le lien entre la conception des programmes et la prise de décision. En fondant les

conclusions sur des preuves plutôt que sur des suppositions, les évaluations d'impact permettent à l'UNICEF et à ses partenaires d'identifier les interventions efficaces, celles qui nécessitent des adaptations et celles qui devraient être abandonnées. Grâce à des mesures systématiques et à une analyse transparente, les connaissances comportementales et les hypothèses de conception sont transformées en données probantes crédibles et exploitables, qui éclairent les décisions relatives à la mise à l'échelle, aux politiques publiques et à l'allocation des ressources.

À mesure que les programmes passent à la phase « *Mettre à l'échelle* » du processus DEPTHS, les preuves générées par *les hypothèses de test* sont appliquées. Les résultats issus d'évaluations rigoureuses orientent la manière dont les interventions sont ajustées, intégrées aux systèmes existants et développées de manière responsable. Cela garantit que les décisions d'élargissement ou de reproduction des interventions reposent sur des impacts démontrés, et non sur des suppositions.

Annexe

ANNEXE 1 :

Alternatives quasi expérimentales lorsque la randomisation n'est pas possible

Cette annexe fournit des orientations techniques supplémentaires pour les praticiens qui conçoivent des évaluations d'impact dans des conditions réelles et routinières. Bien que le chapitre principal mette en avant les dispositifs randomisés comme la méthode la plus fiable pour établir une relation de causalité, certaines contraintes pratiques peuvent parfois en limiter l'usage. Dans ces cas, les évaluateurs peuvent être amenés à envisager des approches alternatives à la randomisation, tout en cherchant à produire des résultats crédibles et fondés sur des données probantes.

La priorité dans la conception d'une évaluation doit être de recourir à la randomisation, car celle-ci demeure la méthode la plus fiable pour établir un lien de causalité. La randomisation élimine les différences systématiques entre les groupes, offrant ainsi une plus grande confiance dans le fait que les effets observés sont attribuables à l'intervention elle-même. Toutefois, il existe des situations où la randomisation n'est pas possible en raison de contraintes politiques, éthiques, logistiques ou pratiques. Dans ces cas, des approches alternatives peuvent être envisagées.

Bien que ces approches puissent fournir des enseignements utiles, elles impliquent une complexité opérationnelle accrue et des exigences statistiques plus importantes. Surtout, elles présentent un risque plus élevé de biais. Il est donc fortement recommandé de mobiliser des experts en inférence causale et en conception d'évaluation lorsque des dispositifs non randomisés sont utilisés.

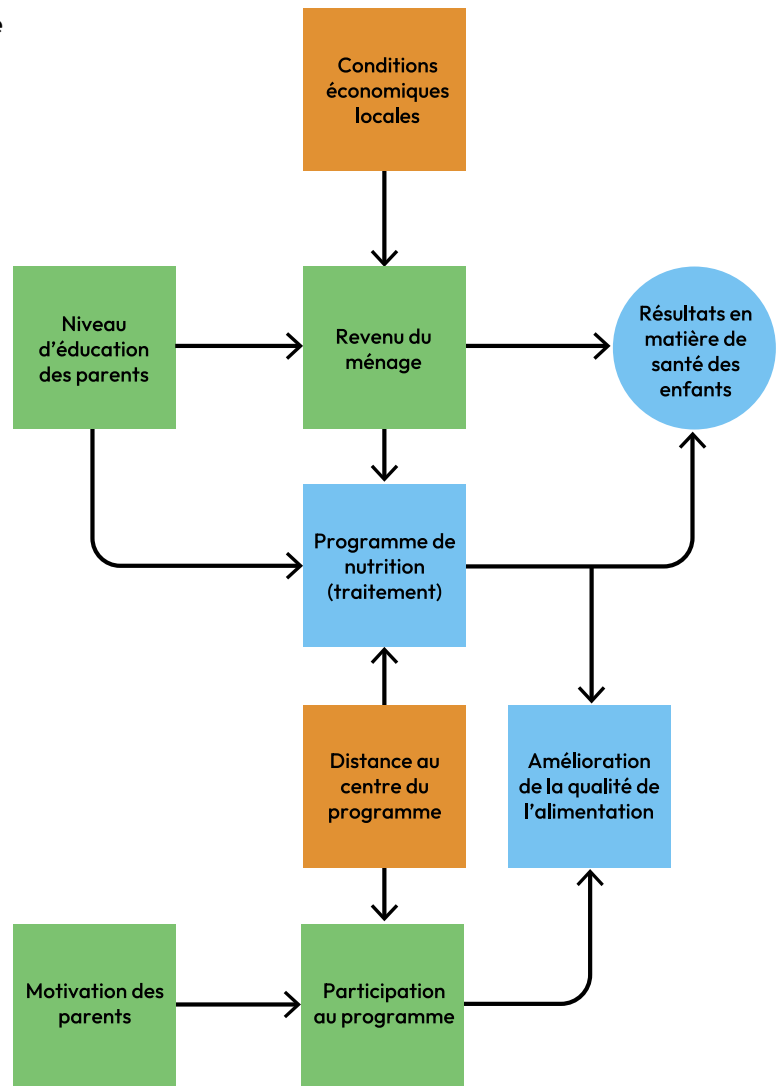
1. **Fermer les chemins rétrospectifs : une perspective basée sur les DAG.**

Lorsque la randomisation n'est pas possible, il devient essentiel d'identifier et de contrôler les facteurs de confusion – une approche connue, en inférence causale, sous le nom de « fermeture des chemins rétrospectifs ». Les graphiques acycliques dirigés (DAGs) offrent un cadre utile pour comprendre ce processus.

Considérons un DAG illustrant l'évaluation d'un programme communautaire de nutrition ciblant les enfants :

Dans un tel diagramme :

- Les flèches représentent des effets causaux directs
- Les variables (nœuds) désignent les facteurs qui influencent les résultats ou la participation au programme
- Les chemins entre les variables représentent des associations potentielles, qu'elles soient causales ou non causales



2. **Identification des chemins rétrospectifs.**

Un « chemin rétrospectif » est tout chemin reliant le traitement (participation au programme nutritionnel) et le résultat (état de santé de l'enfant) qui ne suit pas la direction causale directe. Ces chemins introduisent des associations susceptibles de biaiser l'estimation de l'impact.

Dans l'exemple de DAG, plusieurs chemins de biais peuvent exister:

- **Programme ← Niveau d'éducation des parents → Santé de l'enfant** : des parents plus éduqués peuvent s'inscrire plus fréquemment au programme tout en fournissant de meilleurs soins à leur enfant.
- **Programme ← Niveau d'éducation des parents → Revenu du ménage → Santé de l'enfant** : le niveau d'éducation des parents influence le revenu, qui affecte à son tour la participation et les résultats sanitaires.

3. **L'objectif : fermer tous les chemins rétrospectifs.**

Pour isoler l'effet causal du programme nutritionnel, tous les chemins de biais doivent être fermés. Un chemin est considéré comme fermé lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

- **Une variable située sur ce chemin est contrôlée (conditionnée).** Par exemple : contrôler le revenu du ménage ferme le chemin Programme → Revenu du ménage → Santé de l'enfant.
- **Le chemin contient un collisionneur.** Un collisionneur est une variable influencée par deux variables ou plus. Par exemple, « Participation au programme » peut être influencée à la fois par la « Distance au centre » et la « Motivation des parents ». Ce chemin est fermé naturellement, sauf si l'on conditionne à tort sur le collisionneur, ce qui aurait pour effet de le rouvrir.
- **Le chemin comprend un médiateur qui est intentionnellement laissé sans contrôle.** Par exemple, « Amélioration de la qualité de l'alimentation » se trouve sur la chaîne causale entre la participation au programme et l'état de santé de l'enfant. Si l'objectif est d'estimer l'effet total du programme, cette variable ne doit pas être contrôlée

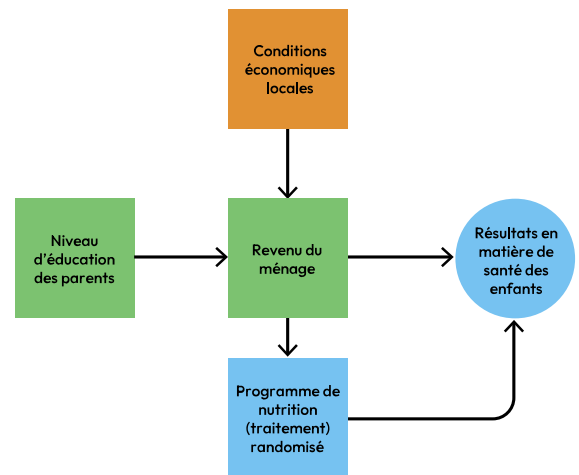
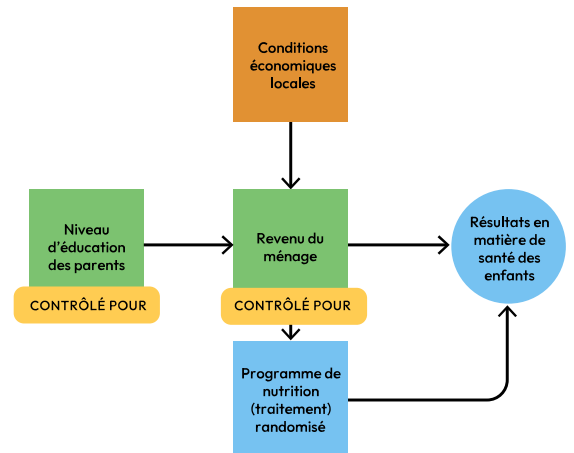
Lorsque la randomisation est appliquée, toutes les flèches pointant vers le nœud « Participation au programme » sont, en pratique, coupées. La participation devient alors indépendante de tous les facteurs de confusion, ce qui ferme simultanément l'ensemble des chemins rétrospectifs. C'est l'avantage central de la randomisation : elle supprime la nécessité d'identifier et de mesurer chaque source potentielle de biais.

4. **Fermer les chemins rétrospectifs sans randomisation.** En l'absence de randomisation, des méthodes statistiques sont utilisées pour fermer les « backdoor paths ». Deux stratégies courantes incluent :

a. Contrôle des facteurs de confusion observés.

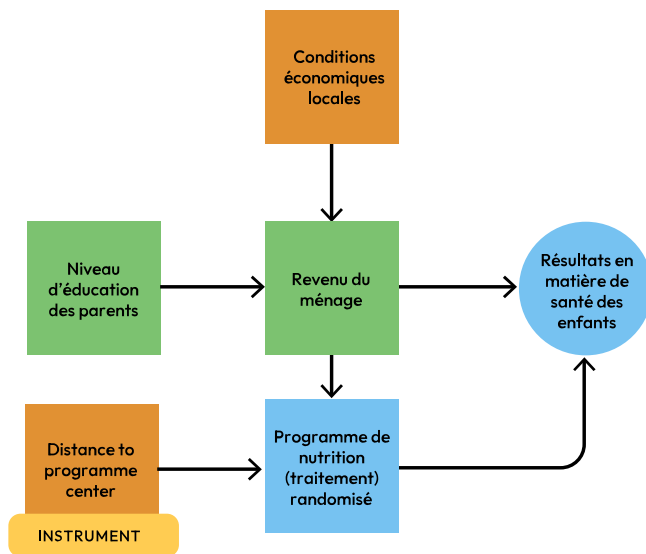
Cela consiste à mesurer et à ajuster les variables telles que le niveau d'éducation des parents ou le revenu du ménage à l'aide de méthodes comme les ajustements par régression ou l'appariement. Cette approche exige :

- l'identification de tous les facteurs de confusion pertinents
- la mesure précise de ces facteurs
- la modélisation correcte de leurs relations avec le traitement et les résultats.



b. Utilisation des variables instrumentales. Cette méthode repose sur une variable qui influence la participation au programme sans être directement liée au résultat. Par exemple, la distance au centre du programme peut déterminer la participation, sans affecter directement la santé de l'enfant. Cette variation peut être utilisée pour estimer des effets causaux même en présence de facteurs de confusion non observés.

Les opportunités et les limites de chacune de ces méthodes dépendent du contexte et de la disponibilité des données. Différentes situations offrent différents leviers pour fermer les chemins de biais, et le choix de l'approche appropriée nécessite une analyse minutieuse des contraintes liées à la conception de l'étude et aux données disponibles.



Le tableau 3 de l'étape 1 de ce chapitre comprend une description des différentes approches à utiliser lorsque la randomisation n'est pas possible.

ANNEXE 2 :

Le cas de l'augmentation de la couverture vaccinale des enfants au

Cette phase s'appuie également sur l'étude de cas présentée dans les phases précédentes, portant sur l'augmentation de la vaccination des enfants dans des contextes à faibles ressources au Liban. Elle illustre l'utilisation d'outils au sein du processus DEPTHS.

Contexte de l'étude de cas :

Au cours des phases *Définir, Explorer et Prototyper*, l'équipe au Liban a identifié le comportement cible à modifier — le retour des aidants avec leurs enfants pour l'administration de la prochaine dose de vaccin — ainsi que les principaux barrières comportementales associées : surcharge cognitive liée aux multiples tâches quotidiennes, stress émotionnel lors des visites en clinique, et influence des perceptions sociales façonnées par la communauté. Ils ont également testé un prototype de solution potentielle : une carte de rendez-vous papier, conçue pour rendre la prochaine visite vaccinale plus saillante et plus facile à mémoriser.

L'intervention a été évaluée au moyen d'un essai randomisé contrôlé incluant 12 332 enfants non ou sous-vaccinés, répartis dans 6 160 ménages. Les ménages ont été assignés aléatoirement soit à un groupe de traitement recevant la carte de rendez-vous lors des visites de sensibilisation, soit à un groupe de contrôle n'en recevant pas. Le résultat principal a été défini au niveau du ménage : au moins un enfant éligible du ménage recevait-il le vaccin requis dans un délai de 21 jours après son échéance ?

Cette mesure binaire, au niveau du ménage, a été retenue car elle reflète mieux la prise de décision des aidants, sachant que le coût marginal de la vaccination supplémentaire d'un second enfant dans un même foyer est généralement faible. L'analyse a utilisé une régression logistique pour estimer l'effet en intention de traiter, avec erreurs standards robustes regroupées au niveau des agents de sensibilisation. Les variables

de base contrôlées incluaient : la taille du ménage, la nationalité et l'historique vaccinal antérieur.

L'essai a montré que les ménages recevant la carte de rendez-vous étaient significativement plus susceptibles de revenir pour la vaccination, avec une augmentation de 6,7 points de pourcentage par rapport au groupe de contrôle. Ces résultats indiquent qu'une intervention comportementale simple et peu coûteuse peut améliorer de manière mesurable la couverture vaccinale infantile lorsqu'elle vise des moments clés de décision. Les conclusions ont alimenté des discussions politiques en cours et démontrent l'utilité d'un processus structuré de test d'hypothèses dans les programmes de santé publique comportementale.

Conformément au guide, cette annexe présente un exemple complet afin d'illustrer l'application pratique des outils et d'aider les équipes à les utiliser facilement et de manière cohérente. Ces outils incluent :

- Agenda d'apprentissage
- Plan de mise en œuvre
- Analyse des risques liés à la mise en œuvre
- Analyse coûts-bénéfices

Application de l'Agenda d'apprentissage

Cet Agenda d'apprentissage n'a pas été élaboré par l'équipe de projet initiale. Il s'agit d'un exemple reconstruit à partir de données et du contexte réel du projet.

La section suivante illustre comment appliquer **l'Agenda d'apprentissage** présenté dans le guide, en utilisant l'étude de cas menée au Liban. Cet outil montre comment formuler et hiérarchiser les principales questions d'apprentissage qui orientent à la fois la conception de l'évaluation et l'interprétation des résultats. L'exemple met en évidence qu'un Agenda d'apprentissage clair — centré sur ce que l'équipe doit apprendre, pourquoi cela est important et comment les résultats seront utilisés — garantit que l'évaluation soit intentionnelle, exploitable et adaptable.

Agenda d'apprentissage

Intervention : [Carte de rappel de rendez-vous](#)

Problème Les parents de jeunes enfants, en particulier dans les communautés syriennes et libanaises à faible revenu, oublient souvent ou ne savent pas quand revenir pour le prochain rendez-vous de vaccination de leur enfant. Cela entraîne des retards ou des absences dans les vaccinations de routine, exposant les enfants à des maladies évitables par la vaccination et augmentant le nombre d'abandons du calendrier vaccinal.

PICOS

Population Personnes chargées de s'occuper des enfants âgés de 0 à 15 mois fréquentant les cliniques de santé publique au Liban, en particulier ceux issus de foyers syriens et libanais résidant dans des milieux défavorisés.

Intervention Une carte de rappel de rendez-vous (au format carte postale) tenant compte des comportements, remise aux parents après une visite de vaccination. La carte comprend : (a) la date du prochain rendez-vous de vaccination de l'enfant, (b) un cachet du ministère de la Santé publique, (c) des repères visuels pour renforcer la visibilité, et (d) un format simple, peu coûteux et peu technologique, conçu pour servir de dispositif d'engagement et de rappel environnemental.

Comparaison

[X] Groupe témoin randomisé

Résultat

1. Résultat principal : taux de retour pour le rendez-vous de suivi prévu pour la vaccination (binaire : retourné vs non retourné).
2. Résultats secondaires :
 - a. Intention de retour déclarée par les personnes chargées de s'occuper des enfants
 - b. Capacité des personnes chargées de s'occuper des enfants à se souvenir de la date exacte du suivi
 - c. Perceptions déclarées par les personnes chargées de s'occuper des enfants quant à l'utilité de la carte de rappel

Type d'étude et d'évaluation

[X] Impact

Principaux enseignements

Si les résultats sont positifs :

L'intervention peut être mise à l'échelle en tant que solution peu coûteuse et fondée sur le comportement afin d'augmenter les taux de suivi vaccinal dans les milieux défavorisés. Les enseignements tirés guideront le ministère de la Santé publique et les équipes du programme AIA dans l'institutionnalisation de la carte postale dans le cadre de la prestation de services standard. D'autres améliorations comportementales (par exemple, le message, la couleur, l'emplacement dans le foyer) pourraient être testées.

Si les résultats sont nuls ou non concluants :

La conception de la carte postale, le processus de livraison ou les mécanismes de soutien devront peut-être être adaptés. Les améliorations possibles comprennent la fourniture d'une explication verbale de la date de retour, le ciblage d'autres membres du ménage (par exemple, les grands-mères) ou l'intégration de mesures incitatives supplémentaires. Les adaptations doivent s'appuyer sur les commentaires qualitatifs des soignants et du personnel de première ligne.

Si les résultats sont négatifs (l'intervention se retourne contre elle-même) :

Recherchez les effets indésirables (par exemple, confusion, méfiance ou obligation perçue). Analysez si des dynamiques opérationnelles ou sociales ont interféré avec l'intervention (par exemple, désinformation, mauvaise communication, stigmatisation). La carte postale devra peut-être être repensée ou remplacée par un autre incitatif mieux adapté aux routines et aux normes locales.

L'équipe au Liban a d'abord élaboré un Agenda d'apprentissage simple visant à clarifier ce qu'elle souhaitait apprendre grâce à l'évaluation et pour quelles raisons. Elle a identifié un problème spécifique : les aidants libanais et syriens ne respectaient pas les calendriers de vaccination de leurs enfants, souvent parce qu'ils oublieraient ou comprenaient mal la date du prochain rendez-vous. L'intervention — une carte de rendez-vous conçue selon des principes comportementaux — visait à répondre à ce problème en servant de rappel physique.

La principale question d'apprentissage formulée était : « Le fait de fournir une carte personnalisée de rappel de rendez-vous augmente-t-il la réalisation en temps opportun des vaccinations infantiles au sein des communautés libanaises et syriennes à faible revenu ? »

Les questions secondaires portaient sur la manière dont l'intervention influençait l'intention de revenir à la clinique et le rappel de la date du suivi. Des interprétations anticipées des résultats ont également été cartographiées.

Par exemple, si la couverture vaccinale augmentait, l'intervention pourrait être mise à l'échelle. Si les résultats étaient mitigés ou nuls, des ajustements de conception et des tests supplémentaires pourraient être nécessaires. En cas d'effet inverse, l'équipe étudierait les effets indésirables tels que la méfiance ou les interprétations erronées.

Application du plan de mise en œuvre

Ce Plan de mise en œuvre n'a pas été élaboré par l'équipe de projet initiale. Il s'agit d'un exemple reconstruit à partir de données et du contexte réel du projet.

La section suivante illustre comment appliquer le Plan de mise en œuvre présenté dans le guide, en utilisant l'étude de cas menée au Liban. Cet outil montre comment traduire la conception de l'évaluation en une planification opérationnelle structurée — en définissant les activités clés, les rôles, les calendriers et les indicateurs de suivi. L'exemple fournit une référence pratique pour élaborer des plans de mise en œuvre favorisant la coordination, la transparence et la responsabilité tout au long du processus d'évaluation.

Élaboration d'un Plan de mise en œuvre

Pour opérationnaliser l'évaluation, l'équipe au Liban a également élaboré un Plan de mise en œuvre clair, décrivant les étapes pratiques, les responsabilités et le calendrier du déploiement. Ce plan détaille chaque phase, depuis la finalisation de la conception de la carte postale et la réalisation d'un pré-test restreint, jusqu'à la collecte des données de référence et à l'assignation des participants aux groupes de traitement ou de contrôle. Chaque étape était associée à des responsables désignés (par exemple : l'équipe de projet de l'UNICEF, J-PAL MENA, le Ministère de la Santé Publique), à un calendrier défini, ainsi qu'à des indicateurs spécifiques pour suivre les progrès, tels que les taux d'inscription, la couverture de distribution ou les contrôles de qualité des données. Ce plan a servi non seulement d'outil de coordination, mais également de base pour assurer transparence et responsabilisation tout au long de la mise en œuvre.

Plan de mise en œuvre

Intervention : [Carte de rappel de rendez-vous](#)

Utilisez cette fiche de travail pour décomposer votre intervention en étapes réalisables. Pour chaque domaine prioritaire, définissez les activités clés, attribuez les responsabilités, fixez un calendrier et identifiez les ressources et les indicateurs de suivi qui seront nécessaires pour suivre les progrès.

| Domaine prioritaire <i>[insérer la priorité]</i> | Activités clés <i>[Énumérer 1 à 2 actions]</i> | Responsable <i>[Responsable et soutiens]</i> | Calendrier <i>[MM/AA]</i> | Ressources et budget <i>[Contributions nécessaires]</i> | Indicateurs de suivi <i>[par exemple, % des activités réalisées]</i> |
|---|---|---|------------------------------|---|--|
| Essai pilote réalisé | Finalisation de la conception de la carte postale et réalisation d'un petit test préalable dans 1 à 2 cliniques | Équipe du programme AIA, unité de conception du ministère de la Santé publique, équipe du projet UNICEF | 23/03 | Consultant en conception, transport | Finalisation de la conception de la carte postale et intégration des commentaires |
| Collecte des données de référence | Collecte des données de référence sur les taux de retour des soignants et les performances des cliniques | Équipe d'évaluation (J-PAL MENA), ministère de la Santé publique, équipe de projet de l'UNICEF | 03-04/23 | Temps consacré par les enquêteurs, déplacements, tablettes | Pourcentage d'enquêtes de référence réalisées, contrôles de la qualité des données |
| Recrutement effectué | Identifier et inscrire les personnes chargées de s'occuper des enfants éligibles lors des visites régulières à la clinique | Agents de santé, personnel administratif de la clinique, équipe du projet UNICEF | 05-07/23 | Orientation du personnel, listes des cliniques | Nombre de soignants inscrits : taux de consentement |
| Mission effectuée | Répartir de manière aléatoire les personnes chargées de s'occuper des enfants entre le groupe « carte postale » (traitement) et le groupe « soins standard » (contrôle) | Équipe d'évaluation, soutien à la mise en œuvre de l'AIA, équipe de projet de l'UNICEF | 05-07/23 | Protocole de Randomisation, formulaires de données | Randomisation terminée, vérification des contrôles d'équilibre |
| Début de l'intervention | Début de la distribution des cartes postales aux soignants du groupe de traitement après la vaccination | Personnel clinique, supervisé par l'équipe de terrain de l'AIA et l'équipe du projet de l'UNICEF | 23/05 | Cartes postales imprimées, formulaires de suivi | Pourcentage de soignants éligibles ayant reçu une carte postale |
| Vérification de la mise en œuvre | Effectuer des appels de supervision à mi-parcours et des visites sur le terrain pour évaluer la fidélité et la portée | Équipe de terrain de l'AIA, points focaux de district du MoPH, équipe de projet de l'UNICEF | 23/06 | Coûts liés aux communications téléphoniques/données et aux visites sur site | Pourcentage de cliniques rendant compte de la routine, écarts constatés |
| Fin de l'intervention | Conclure la phase de distribution et arrêter l'inscription de nouveaux participants | Personnel de la clinique, équipe d'évaluation informée, équipe de projet UNICEF | 23/07 | N/A | Date limite appliquée sur tous les sites pilotes |
| Données collectées | Réalisation d'enquêtes de suivi auprès des soignants : extraction des dossiers de retour des cliniques | Enquêteurs J-PAL, personnel M&E des cliniques, équipe de projet UNICEF | 08-09/23 | Outils d'enquête, transport, incitations | Pourcentage d'enquêtes de suivi réalisées, dossiers extraits |
| Nettoyage et analyse des données | Nettoyage des ensembles de données, réalisation d'analyses statistiques sur les résultats primaires et secondaires | Analystes d'évaluation (J-PAL MENA), équipe de projet de l'UNICEF | 10-11/23 | Temps consacré par les analystes, logiciels | Plan d'analyse final achevé : résultats validés |

Munie du Plan d'évaluation et du Plan de mise en œuvre, l'équipe était prête à soumettre le projet à un comité d'éthique afin d'obtenir l'examen éthique et l'autorisation nécessaires avant de mettre en œuvre et d'évaluer l'intervention.

Application de l'outil d'atténuation des risques

Ce qui suit illustre comment utiliser **l'outil Risques de mise en œuvre et stratégies d'atténuation** présenté dans le guide principal, en s'appuyant sur l'étude de cas menée au Liban. Cet outil permet d'identifier et de gérer de manière systématique les risques opérationnels, contextuels et comportementaux susceptibles d'affecter l'évaluation. L'exemple ci-dessous constitue une référence pratique pour les équipes souhaitant anticiper et surmonter les défis de mise en œuvre, afin de préserver l'intégrité de l'évaluation et la réussite du programme.

Gestion des risques pendant la mise en œuvre

L'équipe a utilisé l'outil Risques de mise en œuvre et stratégies d'atténuation de façon dynamique, non seulement lors de la phase de planification, mais aussi tout au long de la mise en œuvre active. Trois principaux risques ont émergé :

| RISQUES | PROBABILITÉ | IMPACT | MESURES D'ATTÉNUATION |
|--|------------------|--------|---|
| Les cartes n'arrivent pas à temps | Moyenne | Élevé | l'équipe de l'UNICEF a travaillé avec un service de messagerie pour échelonner les calendriers de livraison et fournir un stock tampon. |
| Les infirmières ne remettent pas les cartes les explications appropriées | Élevée | Moyen | Un module de formation audio (note vocale) a été diffusé et des fiches explicatives plastifiées ont été distribuées. |
| Perte ou égarement de la carte par les aidants | Moyenne | Moyen | Utilisation de pochettes en plastique transparent et rappels de coller la carte postale près du calendrier à la maison. |
| Mise à jour irrégulière des registres de suivi | Moyenne | Élevé | Un rappel rapide a été intégré en fin de service via un message automatisé sur WhatsApp. |
| Perturbations contextuelles (grève des transports, conditions météorologiques, etc) | Faible à moyenne | Élevé | Des points focaux locaux ont été désignés afin d'adapter rapidement les itinéraires de distribution en fonction des contraintes. |

Chaque risque a été attribué soit à l'équipe de l'UNICEF, soit à un superviseur du ministère de la Santé publique pour le suivi, avec des échéances alignées sur le calendrier de mise en œuvre.

Application de l'analyse Coûts-Bénéfices

Ce qui suit illustre comment appliquer l'outil **d'Analyse Coûts-Bénéfices** présenté dans ce guide, en utilisant l'étude de cas menée au Liban. Cet outil montre comment identifier, quantifier et comparer de manière systématique les coûts et les bénéfices d'un programme afin d'évaluer sa rentabilité. L'exemple fournit une référence pratique pour les équipes cherchant à estimer l'efficacité économique d'interventions comportementales et à orienter les décisions de mise à l'échelle, d'adaptation ou d'allocation des ressources.

Analyse Coûts-Bénéfices

L'objectif principal de l'intervention était d'accroître la couverture vaccinale en temps opportun dans des cliniques urbaines à faibles ressources au Liban. En l'absence d'intervention, les données indiquent que de nombreux aidants retardaient leur retour à la clinique, augmentant ainsi le risque de vaccinations manquées ou incomplètes. La carte-rappel, conçue comme un signal comportemental simple, visait à modifier cette trajectoire.

Les coûts de l'intervention étaient relativement modestes. Bien que l'étude n'ait pas rapporté directement les données financières, une estimation raisonnable situe le coût par carte imprimée à moins de 0,20 USD, y compris la conception

Analyse coûts-bénéfices

Intervention : **Carte de rappel de rendez-vous**

Définir l'objectif

Le projet visait à améliorer la ponctualité des vaccinations infantiles grâce à une carte postale de rappel simple et peu coûteuse. Les personnes chargées de s'occuper des enfants, en particulier les familles peu alphabétisées et les familles de réfugiés, ont bénéficié d'un rappel clair de la prochaine visite. Sans cette intervention, les taux d'abandon et de vaccinations manquées restaient élevés.

Liste de tous les coûts

- Directs : conception, impression, formation et distribution des cartes (environ 0,20 \$ par carte).
- Indirects : temps de travail du personnel, supervision et suivi.
- Opportunité : minime, car la distribution a eu lieu lors des visites existantes.
- Total : Estimé à moins de 10 000 \$ pour la phase pilote.

Énumérer tous les bénéfices

- Directs : augmentation du nombre d'enfants vaccinés dans les délais.
- Indirects : réduction du nombre d'abandons, moins de rendez-vous manqués, meilleur engagement des soignants.
- Équité : impact plus fort parmi les groupes syriens et peu alphabétisés.

Attribuer des valeurs

- Coûts évalués en fonction des tarifs d'approvisionnement/de personnel.
- Avantages : augmentation de 7 points de pourcentage des retours dans les délais, environ 350 enfants supplémentaires vaccinés.
- Valeur approximative par vaccination effectuée dans les délais : environ 50 à 150 dollars (selon les estimations de l'OMS).

Comparaison des coûts et des bénéfices

- Coût par vaccination supplémentaire effectuée en temps opportun : environ 28 \$
- Ratio coûts-bénéfices estimé : -3:1
- Fort retour sur investissement.

Tester les hypothèses

Les contrôles de sensibilité ont montré que les résultats se maintenaient dans les conditions suivantes :

- Taille de l'effet de moindre ampleur (3 à 5 %)
- Coûts plus élevés des cartes postales
- Même dans les pires scénarios, les avantages ont dépassé les coûts.

Évaluer

L'intervention est rentable, évolutive et équitable. Recommandée pour une mise à l'échelle dans des contextes similaires à faibles ressources, avec des boucles de rétroaction continues pour optimiser la distribution.

et la distribution. Pour un pilote de petite envergure (par exemple, moins de 10 000 aidants), le coût total serait probablement inférieur à 10 000 USD, en incluant les matériaux, la supervision et le temps de travail du personnel.

Du côté des bénéficiaires, l'étude a montré que la carte augmentait les retours en clinique de sept points de pourcentage. Selon la littérature en santé publique, chaque vaccination réalisée en temps opportun contribue, à long terme, à la prévention des maladies, à la réduction de la mortalité infantile et à la diminution des dépenses de santé. Selon des estimations de l'OMS, la valeur sociétale d'une vaccination réalisée à temps peut être évaluée entre 50 et 150 USD. Appliquée à l'ensemble du groupe exposé, cette estimation se traduit par des gains importants, avec un ratio bénéfice-coût vraisemblablement compris entre 3:1 et 5:1.

Afin d'évaluer la robustesse de ces résultats, l'équipe a testé plusieurs hypothèses. Même dans les scénarios les plus pessimistes (par exemple, coûts plus élevés ou effets plus faibles), l'intervention restait rentable, en grande partie grâce à son faible coût unitaire et à son potentiel de mise à l'échelle.

L'équipe a également pris en compte les enjeux d'équité et d'inclusion. L'intervention a été particulièrement bénéfique pour les aidants marginalisés, notamment les familles syriennes, ce qui souligne son potentiel comme stratégie à faible coût réduisant les inégalités d'accès à la vaccination. La carte-rappel n'était donc pas seulement rentable, mais aussi porteuse d'équité — un critère clé pour les décisions futures d'expansion.

Pour en savoir plus

Ce guide fournit des outils pratiques, des cadres et des supports pour aider les équipes à appliquer les sciences comportementales à des défis réels de développement. Cependant, aucun guide ne peut tout couvrir. Les sciences comportementales se situent à l'intersection de plusieurs disciplines, notamment le design centré sur l'humain, la science de l'implémentation, l'éthique, la mesure et l'évaluation. Cette section vise donc à offrir des ressources complémentaires à celles et ceux qui souhaitent approfondir leurs connaissances, intégrer davantage de rigueur éthique, améliorer la conception de l'implémentation ou affiner la sélection des mesures de résultat. Les sources ci-dessous constituent des points de départ pour un apprentissage autonome.

« Je souhaite obtenir un guide plus détaillé, étape par étape, sur la manière de conduire des expérimentations. »

Il existe de nombreux manuels, ressources et cours dédiés aux expérimentations appliquées aux programmes sociaux. Parmi les ressources gratuites utiles, citons [le site web du J-PAL sur l'introduction aux évaluations randomisées](#) et le [guide pratique de l'Évaluation d'impact de la Banque mondiale](#).

« Je souhaite améliorer mon approche de l'éthique dans les sciences comportementales appliquées. »

L'éthique est essentielle pour tout projet impliquant des personnes, qu'il s'agisse de rédiger des formulaires de consentement, d'évaluer des risques ou de gérer des asymétries de pouvoir. Les ressources suivantes offrent des orientations pratiques :

- [La boîte à outils éthique de l'UNICEF pour les projets de sciences comportementales appliquées](#) aide les équipes à réfléchir dès le début aux risques éthiques et à intégrer des mesures de protection tout au long de la mise en œuvre.

- [La procédure de l'UNICEF sur les normes éthiques en matière de recherche, d'évaluation, de collecte et d'analyse de données](#) qui présente les protocoles et exigences institutionnels.
- [La liste de contrôle pour le consentement éclairé \(J-PAL\)](#) est un modèle annoté expliquant les éléments à intégrer dans les formulaires de consentement.
- [Les modèles de consentement de l'UNICEF](#) (voir page 41) comprenant des formulaires éditables pour les participants, les aidants et les responsables légaux.

« Je dois suivre un cours d'éthique pour un comité d'éthique. »

Plusieurs organismes proposent des formations donnant droit à un certificat reconnu par divers comités éthiques. Pour des formations externes :

- [Formation sur la protection des personnes participant à la recherche du HHS](#) (basée aux États-Unis, certification gratuite, environ 5 à 6 heures)
- [Cours sur la politique des trois conseils en Éthique de la recherche](#) (basé au Canada, certification gratuite, environ 4 heures)

« Je souhaite améliorer la manière dont je conçois et mesure l'implémentation. »

Comprendre ce qui a été fait et comment cela a été fait est essentiel pour savoir si une intervention comportementale a fonctionné. [L'Implémentation Outcome Repository](#) propose des conseils et des exemples pour mesurer des concepts tels que la faisabilité, la fidélité et l'acceptabilité..

« Je souhaite améliorer ma manière de sélectionner ou d'adapter les mesures des résultats. »

Une bonne mesure ne se limite pas à tester l'efficacité ; elle doit capturer le comportement cible de manière appropriée. Pour les mesures portant sur le changement comportemental ou sur des indicateurs indirects, la

ressource [Psychometric Properties of Implementation Measures](#) analyse la validité et la fiabilité d'outils fréquemment utilisés en science de l'implémentation.

« Je souhaite évaluer la qualité et la rigueur des rapports et des études d'évaluation. »

Lorsqu'on examine, commande ou interprète des études, il est essentiel de savoir si les résultats sont fiables. Les outils suivants aident à évaluer la rigueur des études, qu'elles soient quantitatives, qualitatives ou mixtes.

Évaluer la conception globale et la rigueur des rapports

- [L'outil d'évaluation DAC \(DAT\)](#) permet d'évaluer si une étude a été correctement conçue, analysée et rapportée.
- L'article « [Publier des articles quantitatifs avec rigueur et transparence](#) » propose des recommandations accessibles pour produire des résultats transparents et robustes.

Évaluer la rigueur des revues systématiques

L'outil [Evidence Project Risk of Bias Tool](#) aide à évaluer la rigueur des études randomisées et non randomisées dans les revues systématiques et les synthèses mixtes.


Évaluer la rigueur de la recherche qualitative

- [L'article Indicators of Rigor in Qualitative Research](#) décrit comment évaluer la crédibilité, la transférabilité et la fiabilité des recherches qualitatives.
- [La puissance informationnelle dans l'échantillonnage qualitatif](#) propose une alternative au concept de « saturation » pour justifier les tailles d'échantillons en entretiens.

Ressources:

1. Akbari, M., Nikijoo, I., Khodapanah, B., Foroudi, P., & Padash, H. (2025). Forty Years of Microfinance Research and Its Impact on Consumers: A Review and Research Agenda Using the ADO-TCM Framework. *International Journal of Consumer Studies*, 49(4), e70101.
2. Behavioural Insights Team. How to Run Simple Behavioural Insight Projects. 2022. <https://www.bi.team/wp-content/uploads/2022/11/BI-Handbook-How-to-run-simple-BI-projects.pdf>.
3. Blanc, J. (2014). *Microfinance, Debt and Over-Indebtedness: Juggling with Money*, Isabelle Guérin, Solène Morvant-Roux et Magdalena Villarreal (dir.). Editions Routledge, Londres, Royaume-Uni, 2014, 316 pages. *Revue internationale de l'économie sociale: recma*, (334), 122-124.
4. Bloomberg. "Big Money Backs Tiny Loans That Lead to Debt, Despair and Even Suicide." Bloomberg.com, May 3, 2022. <https://www.bloomberg.com/graphics/2022-microfinance-banks-profit-off-developing-world/>.
5. Clemens, Michael A., and Gabriel Demombynes. "When Does Rigorous Impact Evaluation Make a Difference? The Case of the Millennium Villages." *Journal of Development Effectiveness* 3, no. 3 (2011): 305–339. <https://doi.org/10.1080/19439342.2011.587017>.
6. Cristia, Julian, Pablo Ibararán, Santiago Cueto, Ana Santiago, and Eugenio Severín. "Technology and Child Development: Evidence from the One Laptop per Child Program." *American Economic Journal: Applied Economics* 9, no. 3 (2017): 295–320. <https://doi.org/10.1257/app.20150385>.
7. Evaluation Hub. "Run Evaluations." <https://www.bitevaluationhub.com/run-evaluations>.
8. John, B. (2024, November 14). Challenges and limitations of microfinance in achieving large-scale poverty reduction and job creation [Working paper].
9. J-PAL. "Design and Iterate the Implementation Strategy." <https://www.povertyactionlab.org/resource/design-and-iterate-implementation-strategy>.
10. J-PAL. "Ethical Conduct of Randomized Evaluations." <https://www.povertyactionlab.org/resource/ethical-conduct-randomized-evaluations>.
11. J-PAL. "Impact Evaluation Methods Table." <https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/research-resources/impact-evaluation-methods-table.pdf>.
12. J-PAL. "Power Calculations Exercise." https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/Exercise-PowerCalcs_0.pdf.
13. J-PAL. "Questionnaire Piloting." <https://www.povertyactionlab.org/resource/questionnaire-piloting>.
14. J-PAL. "Data Security Procedures for Researchers." <https://www.povertyactionlab.org/resource/data-security-procedures-researchers>.
15. J-PAL and IPA. *Implementing Impact Evaluations: Case Study*. 2023. <https://poverty-action.org/sites/default/files/2023-03/Case-Study-Implementing-Impact-Evaluations.pdf>.
16. Karlan, Dean, and Jacob Appel. *More Than Good Intentions: Improving the Ways the World's Poor Borrow, Save, Farm, Learn, and Stay Healthy*. Penguin, 2011.
17. NYU Office of Research. "IRB Decision Tree." <https://www.nyu.edu/content/dam/nyu/research/documents/IRB/IRBDecisionTree.pdf>.

18. Shelly, Sarah, et al. "Improving Communication with Participants in Behavioural Trials." 2023.
19. UNICEF. An Evaluation of the PlayPump® Water System as an Appropriate Technology for Water, Sanitation and Hygiene Programmes. 2007. http://www-tc.pbs.org/frontlineworld/stories/southernafrica904/flash/pdf/unicef_pp_report.pdf.
20. UNICEF. Ethical Considerations When Applying Behavioural Science to Programmes with Children. Innocenti, 2021. <https://www.unicef.org/innocenti/media/5186/file/UNICEF-Ethical-Considerations-Behavioural-Science-Children-2021.pdf>.
21. UNICEF. "UNICEF Procedure for Ethical Standards in Research, Evaluation, Data Collection and Analysis." <https://www.unicef.org/evaluation/documents/unicef-procedure-ethical-standards-research-evaluation-data-collection-and-analysis>.
22. UK What Works Evaluation Hub. "Pilot Impact Studies." <https://evaluationhub.eif.org.uk/pilot-impact-studies/>.
23. University of California Santa Barbara Library. "Data Evaluation Checklist." <https://www.library.ucsb.edu/sites/default/files/attachments/data-curation/resources/DataEvaluationChecklist.pdf>.
24. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. 2010. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44708/9789241502320_eng.pdf.
25. Australian Institute of Family Studies. Process Evaluation. 2025. https://aifs.gov.au/sites/default/files/2025-03/2502%20EES%20process%20evaluation_1.pdf.
26. Tableau. "What Is Data Cleaning?" <https://www.tableau.com/learn/articles/what-is-data-cleaning>.
27. BetterEvaluation. "Data Cleaning." <https://www.betterevaluation.org/methods-approaches/methods/data-cleaning>.



Mettre à l'échelle

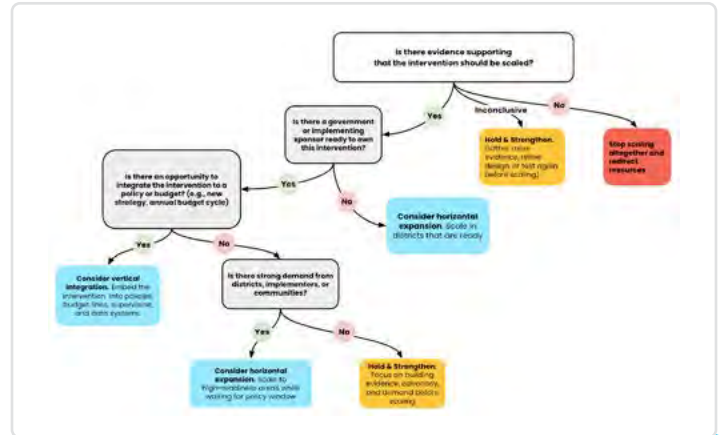
Bienvenue dans le chapitre consacré à la phase “Mettre à l'échelle” !

Cette phase explore comment une intervention testée peut s'appuyer sur les enseignements tirés, tout en planifiant son expansion, que ce soit pour atteindre une population plus large, s'adapter à de nouvelles régions ou être intégrée dans des politiques et des systèmes.

L'objectif de la mise à l'échelle d'une intervention est simple : étendre sa portée et l'adapter à de nouveaux contextes sans en perdre l'efficacité. Cela implique d'identifier les éléments essentiels qui déterminent l'efficacité de l'intervention, de mettre en place les infrastructures nécessaires et de mobiliser les ressources indispensables à une mise en œuvre durable.

Les activités clés de cette phase comprennent :

- Décider s'il convient d'étendre l'intervention horizontalement (dans de nouvelles zones géographiques ou auprès de nouveaux groupes) et/ou verticalement (en l'intégrant dans les politiques et les systèmes) à l'aide d'un **Arbre décisionnel de mise à l'échelle**.
- Réaliser une **Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle** afin d'évaluer si l'intervention est prête à être étendue.
- Préparer un **Plan de mise à l'échelle** détaillant les étapes, les rôles, les responsabilités et les aspects financiers de la mise à l'échelle.



Scale Decision Tree

Scale Readiness Checklist

To test whether the chosen scaling pathway (horizontal or vertical) is feasible and resilient under real-world conditions. This checklist integrates lessons from John List's Village Effect, the CORRECT attributes from WHO/ExpandNet, and real-world "stress test" considerations.

| Attribute | Readiness (Y/N/Unknown) | Notes / Actions |
|--|-------------------------|-----------------|
| Credibility (Do the pilot's findings generally align with local evidence or implementation best practices? Is there a credible source to ensure that impact claims are supported by rigorous or other credible evidence?) | | |
| Observability (Is the results visible and easy to see? (e.g., hospital, car, plant, product, habitat, or user choice?) | | |
| Believability (Does the government, sector, or local scaling partners for the targeted population believe that an expansion or replication is possible?) | | |
| Equity (In order to reach groups directly not yet reached, what are the barriers?) | | |
| Relative advantage (Does the intervention provide a relative scaling advantage, both benefits that outweigh costs?) | | |
| Ease of adoption (Can the intervention be adopted, modified, and used without unnecessary complexity?) | | |
| Compatibility (Is the program aligned with local values, norms, systems, and existing programs so that adoption leads to sustained use?) | | |
| Testability (Can the intervention be tested in a way that allows for a pilot or small-scale test before scaling?) | | |
| Feasibility (Can the scaling be done under normal conditions, influenced by multiple staff with typical budgets, skills, and time?) | | |
| Affordability & scalability of inputs (Can the scaling be done under normal conditions, influenced by multiple staff with typical budgets, skills, and time?) | | |
| Systems fit (Can the scaling be done under normal conditions, influenced by multiple staff with typical budgets, skills, and time?) | | |
| Ownership (Does a government and/or local partner committed to scaling and sustainability of the intervention?) | | |
| Risks & unintended effects (What could go wrong? Are there any risks or negative outcomes of scale, and what mitigation are there?) | | |
| Definition of success (What are the outcome measures and data sources that will be used to evaluate the effectiveness of the scaling?) | | |

Scale Readiness Checklist

Horizontal Scaling Plan

Use this canvas to plan how the pilot intervention will be adapted for horizontal scale, identifying who to reach, likely barriers, and contextual adjustments.

| | Pilot intervention | Horizontal adaptation |
|--|--------------------|-----------------------|
| Who (Who are the target population and the primary users of the intervention? Who else may be impacted?) | | |
| Potential new barriers (using COM-B) (What contextual, opportunity, motivation, norms, and ability barriers are likely to emerge in the new context? How can these be addressed?) | | |
| Location (Where are the pilot sites? What are the contextual conditions? Where will expansion occur, and what are the contextual factors likely to be considered?) | | |
| Horizontal scale plan | | |
| Dissemination & advocacy (How will the intervention be disseminated? Who will be responsible for the dissemination? What messages should be shared with the audience?) | | |
| Costs & resources (What are the costs of the intervention? What resources are needed? How will these be secured?) | | |
| Monitoring & evaluation (What are the outcome measures and data sources that will be used to evaluate the effectiveness of the scaling?) | | |

Scale Plan

Pourquoi mettre en œuvre la mise à l'échelle ?

Sans planification rigoureuse, même les interventions les plus prometteuses peuvent stagner, échouer ou entraîner des effets négatifs lorsqu'elles sont diffusées trop largement ou trop rapidement. Cette section montre pourquoi la mise à l'échelle est cruciale, les risques d'une diffusion sans adaptation, les défis liés à la durabilité et à l'intégration dans les systèmes, ainsi que le potentiel lorsque la mise à l'échelle est bien réalisée.

L'importance de la mise à l'échelle

Pour l'UNICEF, la mise à l'échelle consiste à garantir délibérément que des solutions éprouvées bénéficient aux enfants et aux communautés à l'échelle de la population, et non uniquement dans les sites pilotes. Comme les projets pilotes fonctionnent souvent dans des conditions particulières qui ne sont pas toujours présentes à grande échelle, la mise à l'échelle n'est pas une simple réplication : c'est un processus guidé et stratégique, qui nécessite une planification systématique et une attention particulière à la capacité institutionnelle et à la durabilité.

Le partage fait partie intégrante de ce processus. La diffusion intentionnelle des insights, des données probantes et des apprentissages permet à d'autres communautés, partenaires ou décideurs de les adopter, de les adapter et d'en multiplier l'impact dans leur propre contexte. Ce processus permet aux enseignants de transformer la pratique et les politiques, même lorsque la réplication complète d'une intervention n'est pas possible.

Cependant, l'efficacité démontrée lors de la phase pilote ne garantit pas le succès à grande échelle. Il est nécessaire d'examiner plusieurs facteurs :

- **Faisabilité** : l'intervention est-elle abordable et peut-elle être intégrée aux processus de routine ?
- **Stratégie** : l'intervention apporte-t-elle une valeur claire aux parties prenantes clés, comme le gouvernement ?

- **Adaptabilité** : l'intervention est-elle suffisamment flexible pour s'intégrer aux politiques et aux structures organisationnelles ?
- **Acceptabilité** : l'intervention est-elle reconnue, adoptée et bien perçue par la population cible ?

Même lorsque ces critères sont remplis, d'autres facteurs demeurent déterminants pour le succès à grande échelle, notamment : l'appropriation et l'expertise des équipes de mise en œuvre, la capacité de prestation, l'engagement politique, les modèles de financement et les opportunités d'intégration dans les politiques publiques.

Idéalement, la mise à l'échelle devrait être envisagée dès le début du processus DEPTHS, afin de concevoir des interventions adaptées aux systèmes réels et à leurs adaptations futures. Toutefois, il est tout aussi essentiel de résister à la pression de mettre à l'échelle trop tôt, avant que la faisabilité et l'efficacité de l'intervention ne soient confirmées. La mise à l'échelle dépend autant des systèmes, des relations et du contexte politique que des preuves de résultats. Reconnaître dès le départ les facteurs liés à l'intervention et ceux extérieurs à l'intervention qui influencent la scalabilité augmente la probabilité que les innovations dépassent le stade pilote pour devenir des solutions durables et institutionnalisées.¹

¹ World Health Organization (2010). Nine steps for developing a scaling-up strategy. Geneva: World Health Organization. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319_eng.pdf?sequence=1 [Accessed 26 Aug. 2025].

1. Les risques d'une mise à l'échelle sans adaptation ni soutien

Toutes les idées qui réussissent en contexte pilote ne produisent pas nécessairement le même impact ailleurs si les différences de contexte, de systèmes ou de capacités de mise en œuvre sont ignorées. La mise à l'échelle nécessite à la fois une adaptation à de nouveaux environnements (**mise à l'échelle horizontale**) et un soutien dans les systèmes existants (**mise à l'échelle verticale**).

Mise à l'échelle horizontale – ignorer les différences contextuelles

Le Community-Led Total Sanitation (CLTS) est une approche qui mobilise des communautés entières pour mettre fin à la défécation à l'air libre grâce à l'action collective, la pression sociale et la fierté locale — plutôt qu'au moyen de subventions ou de mesures répressives externes. Ce modèle s'est révélé très efficace au Bangladesh, où une forte cohésion communautaire a favorisé un changement de comportement rapide et l'adoption massive de latrines familiales.

Inspirés par ce succès, des gouvernements et des partenaires ont mis à l'échelle le CLTS en Afrique et en Asie. Pourtant, les résultats ont varié lorsqu'il a été introduit dans des contextes caractérisés par une cohésion sociale plus faible, un accès limité aux matériaux ou une facilitation moins intensive. Par exemple, de grandes évaluations d'impact menées au Mali² et en Indonésie³ ont montré que les progrès en matière d'assainissement étaient limités ou diminuaient avec le temps lorsque les conditions favorables locales — telles que la motivation collective et le suivi — étaient insuffisantes. Cet exemple montre que lorsque des modèles communautaires sont mis à l'échelle sans adaptation aux dynamiques sociales et aux ressources locales, leur succès initial peut rapidement s'estomper.

Mise à l'échelle verticale – négliger le soutien des systèmes

Un exemple provient du traitement du paludisme : les thérapies à base d'artémisinine, adoptées au début des années 2000, ont révolutionné les soins. Cependant, la mise à l'échelle rapide sans systèmes réglementaires solides a permis la circulation de médicaments de qualité inférieure ou contrefaits, favorisant la résistance aux traitements à base d'artémisinine et menaçant les progrès mondiaux.^{4,5} Cet exemple montre que mettre à l'échelle des innovations biomédicales sans investir dans l'assurance qualité, la régulation et la responsabilité institutionnelle peut compromettre les résultats sanitaires et la confiance du public.

Les programmes de changement social et comportemental (CSC) font souvent face à des défis similaires. Par exemple, les agents de santé communautaires ont joué un rôle essentiel dans l'augmentation de la demande de vaccination infantile au Népal, au Sénégal et en Zambie, grâce à leur sensibilisation en face à face. Pourtant, lorsque plusieurs de ces programmes ont été mis à l'échelle sans investissements soutenus dans la formation continue, la supervision et/ou des adaptations spécifiques aux pays, leur impact a diminué — démontrant que la mise à l'échelle durable nécessite des systèmes de soutien résilients et adaptés au contexte, et non une simple réplique.⁶

Mettre à l'échelle une intervention sans l'intégrer dans des systèmes de financement, de maintenance et de

2 Pickering, A. J., Djebbari, H., Lopez, C., Coulibaly, M., & Alzua, M. L. (2015). Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*, 3(11), e701–e711. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00144-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00144-8)

3 Cameron, L., Olivia, S., & Shah, M. (2019). Scaling up sanitation: Evidence from an RCT in Indonesia. *Journal of Development Economics*, 138, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2018.12.001>

4 Karunamoorthi K. The counterfeit anti-malarial is a crime against humanity: a systematic review of the scientific evidence. *Malar J*. 2014 Jun 2;13:209. doi: 10.1186/1475-2875-13-209. PMID: 24888370; PMCID: PMC4064812.

5 Newton PN, McGready R, Fernandez F, Green MD, Sunjio M, Bruneton C, et al. (2006) Manslaughter by Fake Artesunate in Asia—Will Africa Be Next? *PLoS Med* 3(6): e197. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030197>

6 Ogotu, E. A., Ellis, A. S., Hester, K. A., Rodriguez, K., Sakas, Z., Jaishwal, C., Yang, C., Dixit, S., Bose, A. S., Sarr, M., Kilembe, W., Bednarczyk, R., & Freeman, M. C. (2024). Success in vaccination programming through community health workers: a qualitative analysis of interviews and focus group discussions from Nepal, Senegal and Zambia. *BMJ open*, 14(4), e079358. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079358>

redevabilité peut produire un impact à court terme, mais n'assure pas la durabilité à long terme. Le succès à grande échelle ne repose jamais uniquement sur la réplique ; il exige une adaptation au contexte, des investissements dans

les systèmes de mise en œuvre, et une intégration dans des structures capables de maintenir les résultats dans le temps.

2. Pourquoi le partage est une composante essentielle de la mise à l'échelle

Le partage permet à d'autres d'adopter et d'adapter les solutions de manière à approfondir les insights, même lorsque la réplique à grande échelle est difficile ou impossible.

La chloration de l'eau, reconnue comme l'une des méthodes les plus efficaces pour sécuriser l'eau potable, en est un autre exemple. Lorsqu'elle a été testée pilote au début des années 2000, via la distribution de petits sachets de chlore pour un usage domestique, les premiers résultats étaient encourageants : les maladies diarrhéiques ont diminué, les ménages déclaraient moins de maladies chez les enfants, et beaucoup appréciaient la commodité d'une solution à domicile.

Cependant, lorsque ces programmes ont tenté une mise à l'échelle rapide, l'adoption a stagné. Une revue systématique des interventions de chloration au point d'utilisation a montré que les taux d'adoption se situaient généralement autour de 47 %, avec une forte baisse au fil du temps, et une amélioration seulement lorsque les ménages interagissaient fréquemment avec des agents de santé.⁷ Le goût de l'eau chlorée rebutait

certaines familles, les habitudes de stockage de l'eau étaient profondément ancrées, et l'utilisation régulière nécessitait des changements de comportement difficiles à soutenir dans la vie quotidienne. Des barrières de coût et de faiblesse des systèmes de distribution ont également compromis son utilisation durable.

Toutefois, les données issues de ces pilotes ont été précieuses. Les ONG et les gouvernements ont partagé leurs résultats largement, non seulement sur le produit lui-même, mais aussi sur les barrières comportementales rencontrées par les ménages. Ces insights ont fait évoluer les stratégies au-delà des sachets vers un éventail plus large de solutions adaptées aux besoins des communautés et aux comportements : chloration en vrac aux points d'eau communautaires, intégration de messages sur l'eau potable dans les visites des agents de santé, et traitement à l'échelle des systèmes dans les usines municipales.⁸ En partageant à la fois les données probantes comportementales et les leçons techniques, les pilotes ont déclenché des innovations qui ont finalement atteint un plus grand nombre de foyers.

3. Quand la mise à l'échelle est réussie

Une mise à l'échelle menée avec succès peut transformer la santé publique. L'exemple le plus marquant est l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite. Au milieu du XX^e siècle, la polio était l'une des maladies les plus redoutées au monde, paralysant des centaines de milliers d'enfants chaque année. Les premiers vaccins se sont révélés très efficaces dans des essais de petite envergure, mais le succès à l'échelle de la population nécessitait bien plus que le

produit lui-même : il exigeait des systèmes coordonnés, des partenariats mondiaux et la confiance des communautés.

La mise à l'échelle de la vaccination contre la polio s'est faite sur deux volets. Sur le plan des systèmes, l'OMS, l'UNICEF, les gouvernements et les partenaires ont développé d'immenses plateformes de prestation, allant de la chaîne du froid et des campagnes de vaccination de masse aux réseaux de surveillance capables de détecter et de répondre rapidement aux épidémies.

7 Crider, Yoshika & Tsuchiya, Miki & Mukundwa, Magnifique & Ray, Isha & Pickering, Amy. (2023). Adoption of Point-of-Use Chlorination for Household Drinking Water Treatment: A Systematic Review. *Environmental Health Perspectives*. 131. 10.1289/EHP10839.

8 Crider, Yoshika & Tsuchiya, Miki & Mukundwa, Magnifique & Ray, Isha & Pickering, Amy. (2023). Adoption de la chloration au point d'utilisation pour le traitement de l'eau potable domestique : une revue systématique. *Perspectives en matière de santé environnementale*. 131. 10.1289/EHP10839.

Sur le plan comportemental, des agents de santé de confiance et des leaders communautaires ont mené des activités porte-à-porte, répondant aux peurs, à la désinformation et à la résistance. Dans de nombreux contextes, le plaidoyer constant de leaders religieux et de champions locaux a été essentiel pour obtenir l'adhésion.

Les résultats sont historiques : les cas de polio ont chuté de plus de 99 % depuis 1988, et la maladie est aujourd'hui proche de l'éradication. Ce succès n'avait rien d'automatique : il est le fruit de l'association d'outils fondés sur des données probantes, de l'intégration délibérée dans les systèmes, d'un engagement politique fort et de stratégies comportementales favorisant l'adhésion.

Comment mettre à l'échelle ?

Tout comme la conception et le test d'interventions nécessitent des méthodes structurées, leur mise à l'échelle requiert des stratégies et des outils dédiés. Ce chapitre s'appuie sur les [neuf étapes pour l'élaboration d'une stratégie de mise à l'échelle définies par ExpandNet/OMS \(2010\)](#). Le cadre a été adapté afin de soutenir les interventions comportementales.

Chaque étape du processus est présentée ci-dessous, accompagnée d'une liste d'outils pratiques pour en faciliter la mise en œuvre.

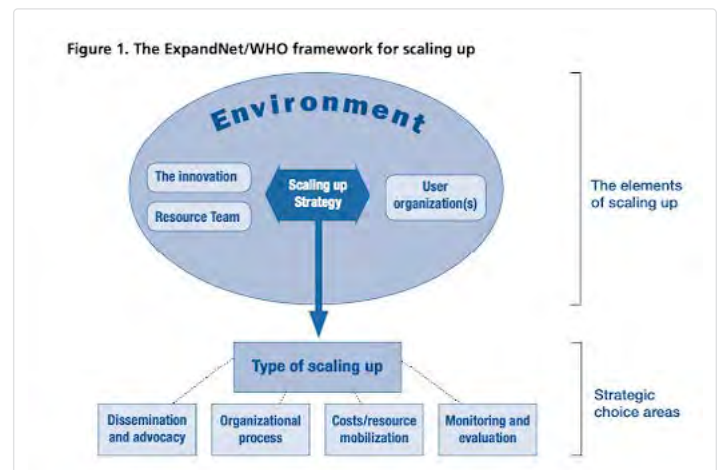
TABLEAU 1. SYNTHÈSE DE LA PHASE DE MISE À L'ÉCHELLE

| ÉTAPES | OUTILS |
|--|---|
| <p>Étape préliminaire : Avant de passer à la phase Mise à l'échelle, revisiter les produits / résultats immédiats (Outputs) de la phase <i>Tester les hypothèses</i> afin de s'assurer que les enseignements tirés sont pris en compte.</p> | <p>Routine de la mise en œuvre</p> <p>Cadre FRAME-IS adapté</p> <p>Plan de communication</p> <p>Analyse coûts-bénéfices (ACB)</p> |
| <p>Choisir la voie à suivre : Choisir l'approche (horizontale, verticale ou les deux) et évaluer la préparation de l'intervention à la mise à l'échelle.</p> | <p>Arbre décisionnel de mise à l'échelle</p> <p>Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle</p> |
| <p>Renforcer le soutien : Assurer l'appropriation de l'intervention et aligner les systèmes, rôles et responsabilités entre acteurs et parties prenantes.</p> | <p>Matrice d'appui des parties prenantes</p> |
| <p>Planifier la mise à l'échelle : Élaborer un plan en fonction de l'approche choisie à l'étape 1.</p> | <p>Plan de mise à l'échelle horizontale</p> <p>Plan de mise à l'échelle verticale</p> |

Pièges fréquents

Tout au long de la phase de mise à l'échelle, gardez en tête les difficultés potentielles suivantes :

- ➔ **Faible engagement des parties prenantes.** La mise à l'échelle nécessite un soutien fort des gouvernements, des partenaires et des équipes qui assurent la mise en œuvre de l'intervention. Construire des coalitions, aligner les incitations et négocier les rôles en amont peut réduire le risque d'échec. L'utilisation d'outils tels que la Matrice d'appui des parties prenantes peut faciliter cet alignement.
- ➔ **Sous-estimation des coûts et des ressources nécessaires.** La mise à l'échelle demande souvent plus de ressources que prévu. Chercher à servir plus de communautés exige du temps et des efforts supplémentaires, et au-delà de la phase pilote, les ressources humaines et financières ne sont souvent pas budgétisées. Si les coûts sont sous-estimés, les programmes ne peuvent pas être durables, compromettant leur mise en œuvre dans le temps.



- **Complexité croissante et financement à court terme.** À mesure que les interventions sont mises à l'échelle, des outils, des formations ou des technologies supplémentaires sont souvent ajoutés — en particulier lorsque de nouveaux partenaires ou bailleurs imposent leurs propres priorités. Cela peut rendre les programmes plus difficiles à délivrer pour les équipes et plus lourds à gérer pour les systèmes. Beaucoup d'efforts de mise à l'échelle reposent sur des financements temporaires ou des dons liés à des projets spécifiques ; lorsque ces financements cessent, les programmes se réduisent ou s'arrêtent, même lorsqu'ils fonctionnent. Cela se produit malheureusement lorsque les mécanismes de financement à long terme et les budgets gouvernementaux ne sont pas intégrés dès le départ.

Le cas de l'augmentation de la couverture vaccinale des enfants au Liban

Dans le chapitre précédent, Tester les hypothèses, l'équipe du projet a réalisé un essai contrôlé randomisé (ECR) sur la carte-rappel et a constaté qu'elle augmentait la vaccination de 6,7 points de pourcentage par rapport au groupe de comparaison. Bien que les preuves d'efficacité soient claires, l'équipe devait encore confirmer que l'intervention était réellement prête pour la mise à l'échelle.

Le Ministère de la Santé Publique (MoPH), partenaire clé, était prêt à soutenir l'intervention, et une forte demande provenait d'autres districts qui n'étaient pas inclus dans le pilote. Ces éléments ont conduit à une approche duale de mise à l'échelle : expansion horizontale (mise à l'échelle dans de nouvelles régions) et intégration verticale (intégration de la carte-rappel dans les systèmes de santé nationaux du MoPH). Bien que les résultats de l'évaluation soient prometteurs, l'équipe était consciente qu'une telle mise à l'échelle nécessiterait bien plus que des preuves d'efficacité.

Pour réduire les risques lors de la mise à l'échelle, l'équipe a utilisé une Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle, composée de bonnes pratiques et d'indicateurs à examiner avant de passer à l'expansion. Cet exercice lui a permis d'identifier plusieurs points clés. Par exemple, les résultats de l'ECR et l'analyse par sous-groupes ont renforcé la crédibilité de l'intervention, en montrant que l'approche pouvait améliorer l'équité en bénéficiant aux familles à faible revenu et réfugiées, à un coût inférieur à celui des pratiques existantes. Toutefois, un risque majeur a été identifié : l'alignement avec les systèmes n'était que partiel. Bien que faciles à utiliser, les cartes-rappel n'étaient pas encore intégrées dans les processus habituels de gestion des achats et des chaînes d'approvisionnement, ce qui risquait de provoquer des ruptures de stock à grande échelle.

Pour atténuer ce risque, l'équipe est retournée à la Carte des parties prenantes, élaborée lors de la phase Définir, et y a ajouté de nouveaux acteurs essentiels au succès de la mise à l'échelle. À partir de cette liste actualisée, elle a planifié l'approche d'engagement, cartographié les intérêts et déterminé ce que chaque acteur devait savoir et faire afin de soutenir l'intervention. Par exemple, le

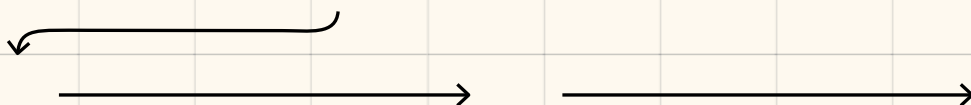
Ministère de la Santé Publique (MoPH) avait besoin de données d'analyse coûts-bénéfices (ACB) pour approuver une ligne budgétaire, tandis que les superviseurs des centres de santé nécessitent des supports de formation simples, et les bailleurs, quant à eux, devaient disposer de preuves d'une stratégie de sortie durable.

L'équipe a également veillé à ce que les bailleurs financent le gouvernement durant la phase de transition, jusqu'à ce que les systèmes soient prêts à intégrer la carte-rappel dans les chaînes d'approvisionnement routinières liées à la politique de vaccination.

Enfin, l'équipe a préparé des plans à la fois pour l'expansion géographique et démographique (mise à l'échelle horizontale) et pour l'intégration dans les systèmes du MoPH (mise à l'échelle verticale). Le Plan de mise à l'échelle horizontale détaillait un déploiement progressif dans trois nouvelles régions, en s'appuyant sur les chaînes d'approvisionnement vaccinales existantes pour la distribution, tout en utilisant un tableau de bord simple afin de suivre la fidélité, l'équité et l'efficacité. En parallèle, le Plan de mise à l'échelle verticale décrivait les étapes d'institutionnalisation : le MoPH publierait une circulaire (document officiel formalisant l'intégration de l'intervention dans les services de santé), un budget permanent serait alloué à l'impression, et la carte-rappel serait incluse dans les formulaires officiels de commande ainsi que dans les modules de formation.

En décidant de manière systématique de la voie à suivre, en vérifiant la préparation, en renforçant l'adhésion et en élaborant des plans détaillés, l'équipe a pu mettre stratégiquement l'intervention à l'échelle, élargissant son impact tout en l'intégrant dans les systèmes capables de la maintenir pendant de nombreuses années.

****Remarque:** Bien qu'il s'agisse d'un projet réel ayant suivi un processus très proche de DEPTHS, certains outils du kit n'ont pas été appliqués lors de la mise en œuvre. Dans ces cas, nous avons rétrospectivement appliqué les outils en utilisant les données réelles du projet afin d'illustrer à quoi ils auraient pu ressembler s'ils avaient été utilisés à l'époque.*

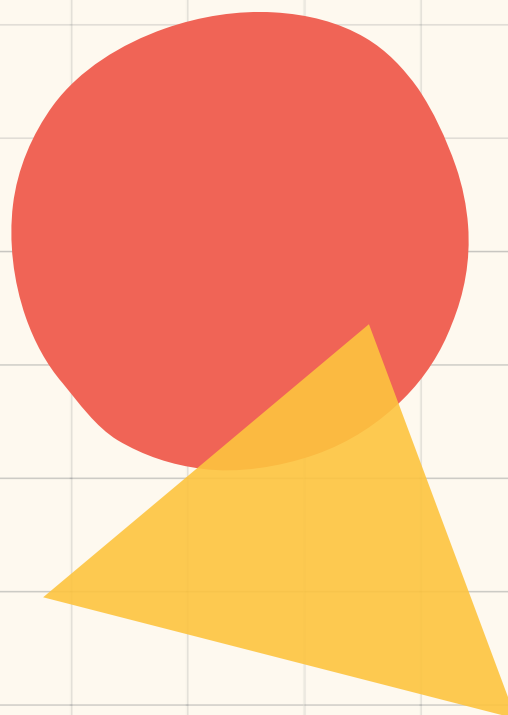


ÉTAPE 1 :

Décider de la voie

Outils associés :

- [Arbre décisionnel de mise à l'échelle](#)
- [Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle](#)



Objectif de cette étape :

Ici, l'accent est mis sur deux tâches clés :

1. Choisir la voie à suivre pour la mise à l'échelle.

Utilisez l'**Arbre décisionnel de mise à l'échelle** pour réfléchir à l'approche la plus appropriée pour l'intervention, parmi les options suivantes :

- Mise à l'échelle horizontale, où l'intervention est étendue à de nouvelles zones géographiques et/ou à de nouveaux groupes.
- Mise à l'échelle verticale, où l'intervention est intégrée dans les politiques, les budgets et les systèmes existants.

Si la demande politique et communautaire est faible, si les données probantes sont insuffisantes, ou si les résultats ne démontrent pas une valeur claire ou une faisabilité, il faut arrêter le processus de mise à l'échelle et renforcer l'intervention.

- #### 2. Vérifier l'état de préparation.
- Une fois que le type d'approche a été décidé, utilisez la Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle pour examiner si l'intervention est susceptible de rester efficace lorsqu'elle sera appliquée à plus grande échelle et dans des conditions de systèmes routiniers.

Pourquoi cette étape est importante ?

Se lancer dans la mise à l'échelle sans réfléchir d'abord à l'approche la plus adaptée peut entraîner les équipes dans la mauvaise direction et gaspiller du temps et des ressources.

En plus de résultats d'évaluation d'impact positifs, d'autres facteurs constituent de forts prédictors de réussite, notamment : le financement, la capacité de mise en œuvre, et le soutien politique. Par exemple, une équipe mobile de vaccination peut réussir dans une ville, mais rencontrer des difficultés dans des zones éloignées si les coûts de carburant sont élevés ou si le personnel n'est pas en mesure de se déplacer régulièrement.

Comment procéder :

1. Réfléchir à la meilleure voie de mise à l'échelle

- a. La première étape consiste à déterminer si la mise à l'échelle de l'intervention en vaut la peine et, si oui, si une voie horizontale ou verticale est la plus appropriée. Les deux peuvent être souhaitables au fil du temps, mais identifier une priorité dès le départ permet de concentrer les efforts là où l'impact sera le plus fort.

- **La mise à l'échelle horizontale** consiste à étendre une intervention à de nouveaux lieux ou groupes, tout en s'assurant qu'elle est adaptée aux conditions locales et qu'elle conserve les éléments comportementaux essentiels qui déterminent son impact. Cette approche peut également être appelée expansion ou réplique.
- **La mise à l'échelle verticale** renvoie à l'intégration d'une intervention dans des systèmes de niveau supérieur — tels que des politiques, des réglementations ou des cadres institutionnels — afin d'assurer son adoption formelle et son soutien à grande échelle. Par exemple, une intervention qui améliore la prestation de services peut être inscrite dans des directives nationales ou intégrée dans les budgets publics afin de perdurer sans soutien externe. La mise à l'échelle verticale dépend généralement du leadership

gouvernemental et d'un engagement à long terme, ainsi que d'un financement stable et d'un alignement politique.

La plupart des équipes ont déjà une idée de la voie qu'elles souhaitent poursuivre. **L'Arbre décisionnel de mise à l'échelle** permet de tester cette orientation préliminaire en posant des questions claires sur les données probantes, l'engagement gouvernemental, les opportunités politiques et la demande des utilisateurs.

- b. Pour commencer, il est nécessaire de revoir les résultats de la phase Tester les hypothèses. La mise à l'échelle ne doit être envisagée que lorsque l'évaluation montre que l'intervention a un impact positif significatif sur les résultats identifiés dans la Théorie du changement (ToC) élaborée lors de la phase Prototyper. Trois critères sont nécessaires pour déterminer si les données probantes justifient la mise à l'échelle d'une intervention :
- **Efficacité** : Les données de la phase Tester les hypothèses doivent démontrer une amélioration mesurable du comportement ciblé par l'intervention. Cette efficacité peut être démontrée par différents types de données probantes : dans certains cas, des essais rigoureux tels que les essais contrôlés randomisés (ECR) ou des quasi-

expériences fournissent des résultats statistiquement significatifs ; dans d'autres, des données observationnelles solides montrent des tendances cohérentes dans différents sites, ou des données de suivi à grande échelle révèlent des améliorations de la couverture et de la demande.

L'efficacité peut également être établie lorsque différentes sources de données convergent vers un impact significatif, ou lorsque les résultats sont jugés « suffisamment bons » pour justifier une adoption à grande échelle compte tenu du coût, de la faisabilité et de la demande. Par exemple, un rappel par SMS destiné à promouvoir l'utilisation de contraceptifs a été testé dans plusieurs cliniques et a systématiquement amélioré l'adhésion, avec des résultats constants dans différents contextes et non pas uniquement dans une seule structure.

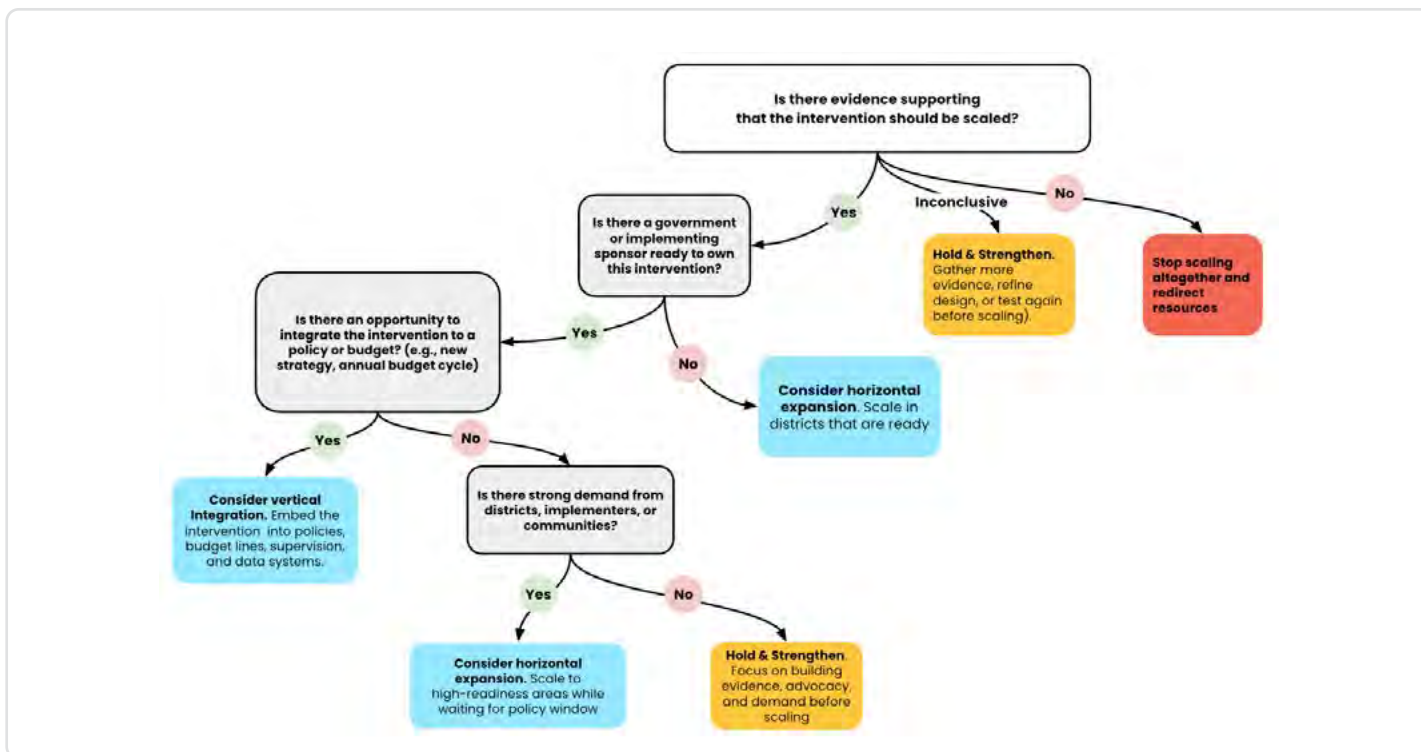
- **Équité :** Au-delà de l'efficacité, il est essentiel de vérifier si l'intervention profite également aux populations vulnérables, et pas uniquement à celles qui sont les plus faciles à atteindre. L'analyse par sous-groupes des résultats du pilote peut aider à évaluer cette dimension — par exemple, en désagrégeant les résultats selon le genre, l'âge, la zone géographique ou le statut socio-économique. Dans certains cas, une telle analyse n'est pas réalisable et l'évaluation de l'équité repose alors sur des appréciations plus subjectives ou contextuelles — par exemple, en examinant si l'intervention répond à des barrières connues rencontrées par des groupes marginalisés.

Par exemple, les messages de rappel concernant la contraception peuvent être évalués non seulement en fonction de leur impact auprès des femmes urbaines ayant un accès stable au téléphone, mais aussi en fonction de leur pertinence et de leur accessibilité pour les adolescents et les populations rurales qui sont confrontés à des barrières plus importantes.

- **Abordabilité :** L'analyse coûts-bénéfices (ACB) menée lors de l'étude pilote doit montrer que les coûts de l'intervention sont proportionnés à

son impact et peuvent être pris en charge dans les budgets routiniers. Par exemple, l'envoi groupé de SMS peut coûter seulement quelques centimes par utilisateur et par mois, ce qui rend réaliste leur intégration dans des plateformes nationales de communication existantes.

- c. Si l'évaluation ne montre aucune amélioration des résultats comportementaux, si les bénéfices sont limités aux groupes les plus faciles à atteindre, ou si les coûts dépassent ce que les systèmes peuvent raisonnablement supporter, alors la mise à l'échelle de l'intervention n'est pas justifiée. Dans ce cas, il faut stopper le processus de mise à l'échelle et se concentrer sur l'analyse des enseignements tirés.
- d. Si l'intervention ne satisfait pas les trois critères, les données probantes ne sont pas suffisamment solides pour justifier la mise à l'échelle. Dans ces situations, la mise à l'échelle doit être suspendue. Il convient d'envisager de raffiner l'intervention, de collecter des données supplémentaires ou de réaliser une nouvelle phase de test avant d'aller plus loin.
- e. En revanche, lorsque les données issues du pilote montrent qu'une intervention est efficace, équitable et abordable, la mise à l'échelle est justifiée. Toutefois, le choix de la voie de mise à l'échelle dépendra du contexte et des conditions existantes. Pour déterminer la voie à suivre, il est utile de se poser les trois questions suivantes:
 - **Un sponsor gouvernemental ou institutionnel est-il prêt à assurer l'appropriation de l'intervention ?** Si oui, l'étape suivante consiste à rechercher des opportunités pour intégrer l'intervention dans les politiques, les budgets ou les systèmes de prestation. Cela correspond à une voie de mise à l'échelle verticale. Par exemple, un service de rappel contraceptif pourrait être intégré dans la plateforme nationale de santé numérique ou financé par les budgets publics dédiés à la planification familiale.
 - **Si aucun sponsor n'est prêt, il faut alors demander : la demande est-elle forte au niveau des districts, des acteurs de mise en œuvre ou des communautés ?** Si la demande locale est importante, la mise à l'échelle horizontale peut



constituer la meilleure première étape. L'intervention peut étendre sa portée dans les zones les plus prêtes, tout en continuant à plaider en faveur d'un soutien gouvernemental. Par exemple, les cliniques de certains districts peuvent déjà disposer du personnel et des ressources pour déployer rapidement des messages de rappel contraceptif.

- **Si ni l'appropriation institutionnelle ni la demande communautaire ne sont clairement établies, la question devient : quelles conditions peuvent renforcer immédiatement ?** Dans ce cas, il est préférable de mettre l'accent sur la création de conditions favorables avant de poursuivre la mise à l'échelle. Cela peut impliquer un plaidoyer visant à renforcer la volonté politique, des tests supplémentaires pour adapter le design de l'intervention, ou un travail avec des partenaires afin de développer la capacité et l'intérêt. Par exemple, si les messages de rappel contraceptif n'ont pas encore suscité de demande communautaire ni d'adhésion gouvernementale, il peut être judicieux de suspendre la mise à l'échelle, le temps de recueillir davantage de données probantes, d'adapter le design et de mobiliser les parties prenantes pour renforcer leur soutien

La voie de mise à l'échelle la plus appropriée sera identifiée à la fin de **l'Arbre décisionnel de mise à l'échelle**, menant à l'étape suivante : examiner la préparation de l'intervention pour poursuivre la voie choisie.

2. Évaluer l'état de préparation

Une fois qu'une voie de mise à l'échelle a été définie, l'étape suivante consiste à évaluer rigoureusement la capacité de l'intervention à avancer dans cette direction. Évaluer la préparation implique de tester systématiquement l'intervention au regard de conditions clés, d'identifier celles qui sont déjà réunies, celles où des lacunes critiques persistent, ainsi que les investissements ou adaptations nécessaires pour permettre la mise à l'échelle.

La liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle facilite ce processus. Elle s'appuie sur trois cadres complémentaires :

- **Le cadre « Effet de déperdition à grande échelle » de John List⁹** : ce cadre analyse pourquoi des pilotes prometteurs échouent souvent lors de la mise à l'échelle, par exemple en raison d'une dépendance à des conditions particulières ou d'une sous-estimation des coûts réels.
- **Les Attributs CORRECT (OMS/ExpandNet¹⁰)** : ce cadre établit des critères pratiques de scalabilité, notamment la crédibilité, la pertinence, la facilité d'adoption et la compatibilité avec les systèmes existants.
- **Réflexion option C¹¹** : ce cadre teste la robustesse de l'intervention en posant la question suivante : peut-elle rester efficace lorsque les budgets sont réduits, que les systèmes sont surchargés ou que les conditions de mise en œuvre diffèrent de celles du pilote ?

Avant de compléter la Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle, il est important de revoir les dimensions opérationnelles qui déterminent si une intervention peut réussir dans des conditions routinières. Les pilotes bénéficient souvent de ressources supplémentaires ou de conditions idéales qui ne peuvent être garanties à grande échelle. L'annexe 2 présente les domaines

les plus susceptibles de rencontrer des difficultés lors de l'expansion, tels que le personnel et la supervision, les chaînes d'approvisionnement, le financement et l'accès communautaire. Examiner d'abord ces dimensions offre une base plus réaliste pour compléter la **Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle**, en aidant à repérer les risques cachés et à identifier les éléments nécessitant une adaptation ou un renforcement.

Pour compléter la **Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle** :

1. Commencez par consulter le Tableau 2 ci-dessous, qui explique pourquoi chaque attribut de préparation est important, les risques s'il n'est pas rempli, ainsi que les actions possibles pour combler les lacunes.
2. Pour chaque attribut figurant dans la **Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle**, déterminez si l'intervention répond à l'exigence de mise à l'échelle. Indiquez votre jugement par : Oui (prête), Non (pas prête) ou Incertain (les données probantes sont contradictoires ou insuffisantes).
3. Dans la colonne « Notes / Actions », décrivez ce qui manque et les mesures à prendre pour renforcer l'intervention avant la mise à l'échelle.

| Scale Readiness Checklist | | Intervention: |
|--|----------------------------|-----------------|
| <small>To test whether the chosen scaling pathway (horizontal or vertical) is feasible and resilient under real-world conditions, this checklist integrates lessons from John List's Village Effect, the CORRECT attributes from WHO/ExpandNet, and real-world "stress test" considerations.</small> | | |
| Attribute | Readiness (Yes/No/Unknown) | Notes / Actions |
| Credibility (Is the pilot's success plausible? Backed by local evidence or endorsement from regional institutions, rather than a one-off success that cannot be repeated by others or under unusual conditions?) | | |
| Observability (Are the results visible and easy to see in practice? For example, can you see, measure, track, or assess a simple metric?) | | |
| Relevance (Does the intervention solve a real and pressing problem for the intended population, rather than a marginal or "niche" issue?) | | |
| Equity (Do barriers to reach groups benefit the job that also are easiest to reach?) | | |
| Relative advantage (Does the intervention clearly outperform existing practices, with benefits that outweigh costs?) | | |
| Ease of adoption (Can the intervention be expanded, modified, and used without unnecessary complexity or training?) | | |
| Compatibility (Is it aligned with local values, norms, systems, and existing programmes, so that obstacles like malaise, not buy-in, or stigma?) | | |
| Testability (Can the intervention be tried in new locations or contexts, or at small scale under routine economic conditions, without a trigger?) | | |
| Feasibility (Can the success hold under normal conditions, delivered by routine staff with typical budgets, skills, and time?) | | |
| Affordability & scalability of inputs (Are the inputs and costs within manageable or stable, or do essential ingredients, like technology or materials, and financing, face a risk of unavailability?) | | |
| Systems fit (Are budget lines, supply chains, training, supervision, and data systems in place to sustain delivery, or scale?) | | |
| Ownership (Is there a government and/or credible partner committed to leading and institutionalising the intervention?) | | |
| Risks & unintended effects (Are there social, political, or cultural negative implications of scale, and when scaling, are there any risks?) | | |
| Definition of success (Are the outcome measures and data sources clear, and would those you confirmed the intervention is truly ready to scale?) | | |

9 Pour plus d'informations sur le cadre de l'Effet de déperdition à grande échelle de John List, voir l'annexe 1 à la fin du chapitre.

10 World Health Organization & ExpandNet. Nine Steps for Developing a Scaling-Up Strategy. WHO, 2010.

11 Al-Ubaydli, Omar, and John A. List. "Will It Scale?" Issues in Science and Technology 41, no. 1 (Fall 2024): 34–36.

TABLEAU 2. ATTRIBUTS DE LA LISTE DE VÉRIFICATION DE LA PRÉPARATION À LA MISE À L'ÉCHELLE

| ATTRIBUT | DESCRIPTION | EXEMPLE | MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES |
|---|--|---|---|
| <p>Crédibilité :</p> <p>Le succès de l'intervention est-il réel, étayé par des données probantes ou des endorsements fiables ?</p> | <p><i>L'effet de déperdition à grande échelle</i> de John List montre que de nombreux pilotes risquent d'être des « faux positifs » — c'est-à-dire qu'ils semblent efficaces dans des conditions particulières, mais échouent lorsqu'ils sont mis à l'échelle. Comme expliqué dans le chapitre Tester les hypothèses, un faux positif se produit lorsqu'une évaluation suggère un effet qui n'existe pas réellement — de la même manière qu'un test de grossesse peut afficher un résultat positif alors que la personne n'est pas enceinte.</p> | <p>Le programme Climate Schools était une intervention scolaire en ligne utilisant des leçons interactives et des scénarios animés pour prévenir la dépression et l'anxiété chez les adolescents. De petites études initiales ont montré des résultats prometteurs. Cependant, lorsqu'il a été évalué dans un essai de grande envergure impliquant 18 écoles, il n'a pas amélioré les indicateurs centraux de santé mentale, et dans certains cas, les élèves des écoles ayant reçu l'intervention ont obtenu de moins bons résultats que ceux du groupe de comparaison. Cet exemple met en évidence un risque majeur lié à la crédibilité : des résultats positifs précoces peuvent ne pas se maintenir dans des conditions routinières ou dans des contextes plus vastes et diversifiés.¹²</p> | <p>Pour garantir la crédibilité, il faut confirmer que les résultats du pilote sont statistiquement robustes et ne dépendent pas de circonstances exceptionnelles (par exemple, « impact observé uniquement dans un district bénéficiant d'un soutien exceptionnel du personnel »). Si ces vérifications n'ont pas été effectuées pendant la phase Tester les hypothèses, elles doivent inclure : des ajustements pour tests multiples, l'examen de la taille des effets et des intervalles de confiance, ainsi que des analyses de sensibilité et de robustesse.</p> |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

12 Andrews JL, Birrell L, Chapman C, Teesson M, Newton N, Allsop S, McBride N, Hides L, Andrews G, Olsen N, Mewton L, Slade T. Evaluating the effectiveness of a universal eHealth school-based prevention programme for depression and anxiety, and the moderating role of friendship network characteristics. *Psychol Med.* 2023 Aug;53(11):5042-5051. doi: 10.1017/S0033291722002033. Epub 2022 Jul 15. PMID: 35838377.

| ATTRIBUT | DESCRIPTION | EXEMPLE | MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES |
|--|---|---|--|
| <p>Observabilité :</p> <p>Les bénéfices de l'intervention peuvent-ils être vus et reconnus par d'autres ?</p> | <p>L'observabilité, l'un des attributs CORRECT identifiés par l'OMS/ExpandNet, renvoie à la capacité de rendre visibles les bénéfices d'une intervention. Les interventions ont davantage de chances d'être mises à l'échelle lorsque leurs effets sont visibles. Si les résultats ne sont pas naturellement observables, ils peuvent être rendus plus tangibles grâce à des stratégies telles que des démonstrations, des événements communautaires ou une reconnaissance publique.</p> | <p>Par exemple, dans un programme auprès d'étudiants américains, certains participants voyaient leur nombre de pas apparaître sur un tableau d'affichage public, tandis que d'autres recevaient uniquement un retour individuel. Ceux du groupe public ont marché davantage, montrant que la visibilité des résultats (ici, voir ses pairs faire de l'exercice) peut motiver une adoption plus large.¹³</p> | <p>Ainsi, il convient d'évaluer si les bénéfices de l'intervention sont visibles et reconnaissables pour d'autres. Si ce n'est pas le cas, il faut rendre les résultats plus visibles en utilisant des stratégies telles que des démonstrations publiques, des événements de reconnaissance, ou en présentant les données sous des formats compréhensibles par les communautés, les agents de santé ou les décideurs.</p> |
| <p>Pertinence :</p> <p>L'intervention répond-elle à un problème perçu comme urgent par la population ?</p> | <p>La pertinence, un autre des attributs CORRECT identifiés par l'OMS/ExpandNet, souligne que la mise à l'échelle est d'autant plus réussie lorsque le problème traité est perçu comme une priorité claire par les populations et les institutions. Si le problème n'est pas considéré comme important, la motivation à adopter l'intervention s'affaiblit. Il est donc essentiel que les équipes examinent si l'enjeu est reconnu comme prioritaire, et ajustent le cadrage si nécessaire.</p> | <p>En Espagne, l'étude EIRA visait à modifier plusieurs comportements néfastes — tabagisme, activité physique et alimentation — chez des adultes de 45 à 75 ans dans des centres de soins de santé primaires. Bien que l'intervention ait amélioré l'alimentation, elle a eu peu d'impact sur le tabagisme et l'activité physique. L'une des raisons est que certaines pratiques, en particulier l'augmentation de l'activité physique, n'étaient pas perçues comme urgentes par rapport à d'autres préoccupations de santé ou de vie quotidienne. Ce manque de résonance a réduit la motivation à s'engager, limitant ainsi l'adoption à plus grande échelle.¹⁴</p> | <p>Il convient donc d'évaluer si la problématique est perçue comme prioritaire par le groupe cible et les décideurs. Si ce n'est pas le cas, il faut adapter le cadrage de l'intervention. Par exemple, en la reliant à des préoccupations existantes auxquelles les populations accordent déjà de l'importance, telles que la protection de la santé de la famille, l'économie financière, ou la réduction du stress.</p> |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

13 Lee JJ, Kim Y, Welk GJ, Hannon JC. The effect of using onymous and anonymous normative feedback on physical activity in college students: a randomized controlled trial. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2020;12:27. doi:10.1186/s13102-020-00202-y.

14 Zabaleta-del-Olmo, E., Casajuana-Closas, M., López-Jiménez, T. et al. Multiple health behaviour change primary care intervention for smoking cessation, physical activity and healthy diet in adults 45 to 75 years old (EIRA study): a hybrid effectiveness-implementation cluster randomised trial. *BMC Public Health* 21, 2208 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11982-4>

| ATTRIBUT | DESCRIPTION | EXEMPLE | MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES |
|--|---|---|---|
| <p>Équité :</p> <p>L'intervention atteint-elle les populations marginalisées ou les plus à risque ?</p> | <p>La mise à l'échelle d'une solution efficace uniquement auprès de groupes déjà bien desservis risque d'accroître les inégalités. L'équité implique de s'assurer que les populations les plus difficiles à atteindre participent également et bénéficient de l'intervention, garantissant ainsi que l'expansion ne creuse pas davantage les écarts.</p> | <p>Aux États-Unis, un essai randomisé portant sur un programme de santé mobile pour des adultes atteints de diabète de type 2 a révélé une participation inégale : les personnes non blanches, celles ayant une littératie en santé plus faible et les personnes âgées étaient nettement moins susceptibles d'utiliser le programme. En conséquence, les groupes qui avaient le plus besoin de soutien étaient ceux qui en bénéficiaient le moins — un risque d'iniquité majeur si le programme avait été mis à l'échelle.¹⁵</p> | <p>Il est donc nécessaire d'examiner les résultats du pilote selon différents sous-groupes tels que l'âge, le genre ou la littératie. Si des écarts apparaissent, il faut planifier des adaptations avant de mettre à l'échelle l'intervention. Cela peut inclure des messages simplifiés, des appels vocaux, un accompagnement en face-à-face ou le recours à des pairs ou acteurs communautaires de confiance.</p> |
| <p>Avantage relatif :</p> <p>L'intervention surpasse-t-elle clairement les pratiques actuelles ?</p> | <p>Les personnes adoptent plus facilement des innovations qui leur permettent d'économiser du temps, des efforts ou de l'argent. Si l'avantage par rapport aux pratiques existantes est faible ou disparaît lorsque l'intervention est utilisée en conditions routinières, l'adoption diminuera. Il est donc essentiel que les améliorations soient claires, durables et perçues comme utiles par les utilisateurs.</p> | <p>Dans un grand essai contrôlé randomisé (ECR) en Inde, des foyers ont reçu des foyers améliorés (cuisinières propres) dont l'efficacité avait été vérifiée en laboratoire : ils réduisaient initialement l'exposition à la fumée. Cependant, cet avantage disparaissait au bout de deux ans. Aucune amélioration n'a été constatée en matière de santé ni de consommation de combustible, car les foyers étaient utilisés de manière irrégulière, mal entretenus et progressivement abandonnés. Les cuisinières ne présentaient pas un avantage relatif suffisamment fort par rapport aux pratiques existantes pour soutenir un changement à grande échelle.¹⁶</p> | <p>Lors de l'évaluation de l'avantage relatif, il convient d'identifier si l'intervention offre des améliorations claires et compréhensibles pour les utilisateurs et les institutions (par exemple : moins d'étapes, moins de temps requis, coûts réduits, meilleure fiabilité). Il faut également repérer les signes d'essoufflement observés lors du pilote — par exemple, une perte de bénéfice sans supervision supplémentaire, ou la baisse de valeur si la maintenance ou la formation deviennent trop lourdes. Si l'avantage relatif est faible, il faut envisager des adaptations avant la mise à l'échelle, telles que la simplification de l'entretien, l'intégration avec des services existants, ou la réduction de l'effort requis pour les utilisateurs.</p> |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

15 Nelson LA, Mulvaney SA, Gebretsadik T, Ho Y-X, Johnson KB, Osborn CY. Disparities in the use of a mHealth medication adherence promotion intervention for low-income adults with type 2 diabetes. *J Am Med Inform Assoc.* 2016;23(1):12-18.

16 Hanna R, Duflo E, Greenstone M. Up in Smoke: The Influence of Household Behavior on the Long-Run Impact of Improved Cooking Stoves. *American Economic Journal: Economic Policy.* 2016;8(1):80-114. doi:10.1257/pol.20140008.

| ATTRIBUT | DESCRIPTION | EXEMPLE | MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES |
|---|--|--|---|
| <p>Facilité d'adoption :</p> <p>L'intervention peut-elle être utilisée sans trop de formation, de supervision ou d'effort ?</p> | <p>Les interventions simples et pratiques se diffusent plus facilement. Si l'adoption requiert des compétences spécialisées, un soutien externe continu, ou si elle impose des effets secondaires gênants, l'utilisation restera limitée. Dans ce cas, des simplifications sont souvent nécessaires.</p> | <p>Un essai randomisé par grappes au Bangladesh a évalué l'utilisation de chlore au point d'usage pour l'eau potable. Bien que cette méthode ait réduit la diarrhée à court terme, l'adoption durable est restée très faible. Beaucoup de ménages trouvaient le dosage difficile, le processus contraignant, et le goût de l'eau chlorée décourageant. Malgré des bénéfices sanitaires, l'intervention manquait de facilité d'adoption, rendant sa mise à l'échelle difficile sans modifications importantes.¹⁷</p> | <p>Il faut donc évaluer si les utilisateurs peuvent appliquer l'intervention rapidement et régulièrement dans des conditions normales, sans soutien externe continu. Si l'intervention exige des compétences particulières, des rappels constants, ou une tolérance à des désagréments, ces contraintes doivent être identifiées. Avant la mise à l'échelle, les adaptations possibles incluent l'automatisation, l'intégration dans les services routiniers ou la simplification du design pour faciliter l'usage.</p> |
| <p>Compatibilité :</p> <p>L'intervention est-elle alignée avec les normes communautaires et les routines institutionnelles ?</p> | <p>Une intervention efficace peut échouer si elle entre en contradiction avec des valeurs culturelles ou des pratiques établies. La compatibilité augmente lorsque l'intervention s'intègre facilement dans la vie quotidienne et dans les systèmes existants.</p> | <p>Un essai contrôlé randomisé mené en Inde rurale sur la promotion de latrines domestiques (programme MANTRA) a montré que, même lorsque les latrines étaient construites, leur utilisation demeurait faible. Une raison majeure était l'incompatibilité culturelle : la défécation à l'air libre était perçue comme plus saine et pratique, tandis que les latrines étaient considérées comme inadaptées au sein des habitations. Malgré les subventions et infrastructures, la faible compatibilité avec les normes sociales a limité l'adoption et réduit l'impact de l'intervention.¹⁸</p> | <p>Lors de l'évaluation, il faut analyser si l'intervention s'aligne avec les pratiques institutionnelles et les valeurs communautaires. Si la compatibilité est faible, il faut identifier les adaptations nécessaires avant la mise à l'échelle, comme ajuster le design à la culture, reformuler les messages pour qu'ils correspondent aux valeurs locales, ou intégrer l'approche dans des systèmes déjà existants.</p> |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

17 Pickering AJ, Crider Y, Sultana S, Swarthout J, Goddard FG, Anjerul Islam S, Sen S, Ayyagari R, Luby SP. Effect of in-line drinking water chlorination at the point of collection on child diarrhoea in urban Bangladesh: a double-blind, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*. 2019 Sep;7(9):e1247-e1256. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30315-8. PMID: 31402005.

18 Clasen T, Boisson S, Routray P, Torondel B, Bell M, Cumming O, Ensink J, Freeman M, Jenkins M, Odagiri M, Ray S, Sinha A, Suar M, Schmidt WP. Effectiveness of a rural sanitation programme on diarrhoea, soil-transmitted helminth infection, and child malnutrition in Odisha, India: a cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2014 Nov;2(11):e645-53. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70307-9. Epub 2014 Oct 9. PMID: 25442689.

| ATTRIBUT | DESCRIPTION | EXEMPLE | MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES |
|--|---|--|--|
| <p>Testabilité :</p> <p>L'intervention peut-elle être mise à l'essai dans de nouveaux contextes sous conditions routinières avant une mise à l'échelle complète ?</p> | <p>Les individus et les institutions sont plus enclins à adopter une intervention lorsqu'ils peuvent la tester avant de s'engager pleinement. Les déploiements progressifs et les sites pilotes réduisent les risques et permettent des ajustements. Si l'intervention nécessite d'importants investissements initiaux, l'entrée doit se faire par étapes plus petites.</p> | <p>Au Kenya rural, des distributeurs de chlore ont été installés sur des points d'eau communautaires. Contrairement aux approches domestiques, ces distributeurs permettaient aux ménages de tester immédiatement le traitement de l'eau, avec peu de coûts et d'efforts. L'adoption était plus élevée et plus durable, car les utilisateurs pouvaient constater les bénéfices dans des conditions routinières avant de s'engager à long terme.¹⁹</p> | <p>Il convient d'évaluer si les coûts unitaires observés lors du pilote peuvent être maintenus ou réduits lors de la mise à l'échelle, et si les intrants essentiels (matériels, technologies, personnel, infrastructures) peuvent être fournis de manière fiable. Si les coûts augmentent ou si les chaînes d'approvisionnement sont fragiles, ces risques doivent être explicitement documentés. Les stratégies possibles incluent la diversification des canaux de distribution, les achats groupés, ou l'intégration dans des systèmes logistiques existants pour rendre l'intervention plus abordable et plus scalable.</p> |
| <p>Faisabilité :</p> <p>Le personnel habituel peut-il mettre en œuvre l'intervention avec des budgets et des charges de travail normaux ?</p> | <p>Les pilotes bénéficient souvent d'une supervision accrue, de financements supplémentaires ou d'incitations qui ne sont pas durables. La faisabilité signifie que l'intervention peut réussir dans des conditions routinières, avec le personnel et les ressources déjà en place.</p> | <p>Une revue systématique de stratégies visant à améliorer les pratiques des prestataires de soins dans des pays à revenu faible et intermédiaire a montré que de nombreuses interventions reposant sur une supervision intensive, des formations répétées ou de fortes incitations financières obtenaient de bons résultats en phase pilote, mais ne parvenaient pas à maintenir leur impact lors de la mise à l'échelle. Les systèmes de santé ne pouvaient pas reproduire le soutien exceptionnel fourni pendant les essais, soulignant que la faisabilité dépend de la capacité à mettre en œuvre les améliorations dans les limites des budgets et de la main-d'œuvre existants.²⁰</p> | <p>Il convient donc de vérifier si l'intervention peut être mise en œuvre par le personnel en première ligne dans des conditions normales (par exemple, charge de travail typique, formation disponible, budgets routiniers). Si le pilote dépendait d'une supervision supplémentaire, d'incitations ou de subventions des bailleurs, il faut noter ces écarts. Il est important d'identifier les adaptations possibles pour réduire les besoins en ressources et rendre le modèle faisable à grande échelle, notamment grâce à des protocoles simplifiés, des outils numériques ou l'intégration dans les processus de travail existants.</p> |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

19 Kremer M, Miguel E, Mullainathan S, Null C, Zwane AP. Spring cleaning: Rural water impacts, valuation, and property rights institutions. *Q J Econ.* 2011;126(1):145–205. doi:10.1093/qje/qjq010.

20 Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Chalker J, Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health.* 2018;6(11):e1163–e1175. doi:10.1016/S2214-109X(18)30398-X.

| ATTRIBUT | DESCRIPTION | EXEMPLE | MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES |
|---|--|---|---|
| <p>Accessibilité financière et évolutivité des intrants :</p> <p>Les coûts et les approvisionnements resteront-ils maîtrisables à grande échelle ?</p> | <p>Des intrants abordables lors d'un pilote peuvent devenir inaccessibles lorsqu'ils sont mis à l'échelle. Il est donc essentiel de s'assurer que les coûts unitaires et les chaînes d'approvisionnement seront viables et fiables au niveau national.</p> | <p>Une synthèse de données probantes menée dans plusieurs pays, incluant un essai contrôlé randomisé, a évalué l'utilisation de poudres de micronutriments (MNP) pour réduire l'anémie infantile au Népal. Bien que l'intervention ait été efficace dans de petits pilotes, les évaluations de déploiements plus larges ont révélé que les coûts d'achat et de distribution, combinés à la faiblesse des chaînes d'approvisionnement, rendaient difficile la mise en œuvre routinière. Les ruptures de stock étaient fréquentes, et le financement durable représentait un défi majeur pour les systèmes gouvernementaux. L'efficacité de l'intervention n'était pas remise en question, mais la scalabilité des intrants (coût et approvisionnement fiable des sachets de MNP) est devenue le principal obstacle à la mise à l'échelle.²¹</p> | <p>Il faut donc consigner si les coûts unitaires observés lors du pilote peuvent être maintenus ou réduits lors de la mise à l'échelle, et si les intrants essentiels (marchandises, technologies, personnel, infrastructures) peuvent être fournis de manière fiable. Si les coûts augmentent ou si les chaînes d'approvisionnement sont fragiles, ces risques doivent être explicitement documentés. Il peut être nécessaire d'envisager des stratégies telles que des canaux de distribution alternatifs, des achats groupés ou l'intégration dans les systèmes logistiques existants pour rendre les intrants plus abordables et plus facilement scalables.</p> |
| <p>Adéquation des systèmes :</p> <p>Les systèmes de soutien sont-ils suffisamment solides pour assurer la mise en œuvre ?</p> | <p>La mise à l'échelle nécessite des budgets, des chaînes d'approvisionnement, de la formation, de la supervision et des systèmes de données. Si ces éléments sont faibles, même les interventions les plus efficaces peuvent s'effondrer après l'expansion.</p> | <p>En Inde, le programme de transferts monétaires conditionnels Janani Suraksha Yojana (JSY) a permis d'augmenter les accouchements en établissement de santé, mais a exercé une pression importante sur la capacité du système de santé. Les évaluations ont révélé que de nombreux centres ne disposaient pas d'un personnel suffisant, ni de médicaments ou de fournitures en quantité suffisante pour faire face à l'afflux. Bien que l'adoption du programme ait été élevée, l'absence d'investissements parallèles dans l'infrastructure sanitaire et la supervision a compromis la qualité des soins et limité l'impact global du programme.²²</p> | <p>Il faut donc consigner si les systèmes clés (budgets, logistique, formation du personnel, supervision et suivi des données) sont suffisamment solides pour soutenir la prestation à grande échelle. Si des lacunes existent, elles doivent être clairement identifiées, ainsi que les investissements ou partenariats nécessaires pour y répondre. Sans un alignement avec les systèmes de soutien, la mise à l'échelle risque de provoquer une expansion rapide mais insoutenable, suivie d'un effondrement.</p> |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

21 Locks LM, Reerink I, Hedlund K, Peña-Rosas JP, Jefferds ME, Mclean MS, et al. Micronutrient powder programs: lessons learned for integrated infant and young child feeding. *Am J Clin Nutr.* 2017;105(5):1126–1136. doi:10.3945/ajcn.116.144055.

22 Lim SS, Dandona L, Hoisington JA, James SL, Hogan MC, Gakidou E. India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. *Lancet.* 2010;375(9730):2009–2023. doi:10.1016/S0140-6736(10)60744-1.

| ATTRIBUT | DESCRIPTION | EXEMPLE | MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES |
|---|--|--|---|
| <p>Appropriation :</p> <p>Les gouvernements, institutions et communautés s'engagent-ils réellement dans l'intervention ?</p> | <p>Sans appropriation, les interventions s'effondrent souvent lorsque l'appui externe prend fin. L'appropriation signifie que les dirigeants, les personnels et les communautés considèrent l'intervention comme « la leur » et s'engagent à mobiliser des ressources pour la maintenir.</p> | <p>En Zambie, une évaluation randomisée d'un programme de financement basé sur la performance (PBF) a montré que, même si le pilote avait amélioré les indicateurs de prestation de services, l'appropriation gouvernementale était limitée. Le programme était largement piloté par les bailleurs ; lorsque le financement externe et le soutien technique ont cessé, de nombreux gains n'ont pas été maintenus. Les analystes ont conclu que l'absence d'engagement gouvernemental fort en matière de financement et d'institutionnalisation du modèle était l'une des principales raisons expliquant l'échec du passage à l'échelle du PBF.²³</p> | <p>Il convient donc de noter si les gouvernements et les communautés considèrent l'intervention comme leur propre initiative, ce qui peut se refléter dans l'engagement politique, l'allocation de ressources nationales et l'intégration dans les institutions existantes. Si l'appropriation est faible, il peut être nécessaire de recourir à des actions telles que le plaidoyer, l'alignement avec les priorités nationales ou des processus de co-conception participative avant de procéder à la mise à l'échelle.</p> |
| <p>Risques et effets indésirables :</p> <p>Qu'est-ce qui pourrait mal se passer lors de la mise à l'échelle ?</p> | <p>La mise à l'échelle peut engendrer des problèmes tels que la surcharge des systèmes, des inégalités accrues ou des effets de débordement négatifs. Anticiper ces risques permet de concevoir des mesures de protection.</p> | <p>Une analyse portant sur sept interventions à grande échelle en Australie dans les domaines de l'activité physique et de la nutrition a montré que, même lorsque les programmes atteignaient leurs objectifs, la mise à l'échelle produisait parfois des conséquences inattendues. Celles-ci incluaient une augmentation de la charge de travail pour les travailleurs en première ligne, une baisse de la durabilité dans certains contextes, ou encore un changement des priorités qui diminuait la valeur du programme. L'étude a conclu que les mécanismes de mise à l'échelle peuvent générer à la fois des effets positifs et négatifs, et d'anticiper les risques est essentiel.²⁴</p> | <p>Il convient donc d'examiner ce qui pourrait mal se passer lors de la mise à l'échelle — par exemple une surcharge de services, des inéquités ou des effets de débordement non souhaités. Il faut analyser les résultats du pilote ou ceux d'interventions similaires ayant présenté de tels risques, et noter si des sauvegardes sont en place, telles qu'un déploiement progressif, des systèmes de suivi, ou un suivi de l'équité. Si les risques sont probables, les plans de mise à l'échelle doivent intégrer des stratégies d'atténuation, plutôt que supposer que l'expansion augmentera automatiquement les bénéfices.</p> |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

23 Friedman J, Qamruddin J, Chansa C, Das AK, McMahon S, McPake B. Impact evaluation of Zambia's health results-based financing pilot project. *Health Policy Plan.* 2016;31(9):1117–1124. doi:10.1093/heapol/czw049.

24 Koorts H, Eakin E, Estabrooks P, Timperio A, Salmon J, Bauman A. Mechanisms of scaling up: combining a realist perspective and systems analysis to understand successfully scaled interventions. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2021;18:61. doi:10.1186/s12966-021-01103-0.

| ATTRIBUT | DESCRIPTION | EXEMPLE | MESURES D'ATTÉNUATION POTENTIELLES |
|---|---|--|--|
| <p>Définition du succès :</p> <p>Les résultats et les sources de données sont-ils clairs et mesurables ?</p> | <p>Sans une définition claire du succès, il est difficile de déterminer si la mise à l'échelle fonctionne. Les résultats doivent être spécifiques, crédibles et significatifs pour les communautés, les gouvernements et les bailleurs.</p> | <p>Au Kenya, l'essai contrôlé randomisé WelTel Kenya1 a utilisé des SMS hebdomadaires pour soutenir l'adhésion au traitement antirétroviral. Contrairement à de nombreux pilotes de mHealth qui se contentent de mesurer l'engagement (par exemple, le nombre de messages envoyés), cet essai a défini le succès en termes d'adhésion vérifiée biologiquement et de suppression virale, mesurées à l'aide d'un suivi électronique et de résultats cliniques. En adoptant des définitions d'issue claires et rigoureuses, l'étude a donné aux bailleurs et aux décideurs la confiance nécessaire pour considérer l'intervention comme une option crédible pour un investissement plus large.²⁵</p> | <p>Il est donc essentiel de consigner si les résultats attendus sont définis de manière explicite et reliés à des sources de données probantes. Il faut se poser la question : À quoi ressemblerait le succès à grande échelle, et comment sera-t-il mesuré ? Si les résultats sont vagues (par exemple « amélioration de la sensibilisation »), il est nécessaire d'en préciser la définition. Dans la mesure du possible, les indicateurs doivent être liés au changement de comportement ou aux résultats de santé, et non uniquement à des mesures de processus, afin que les équipes et les bailleurs puissent suivre si la mise à l'échelle apporte réellement de la valeur.</p> |

25 Lester RT, et al. Lancet. 2010;376(9755):1838-1845. doi:10.1016/S0140-6736(10)61997-6.

Étude de cas : Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Les outils mentionnés dans cette étape de la phase Mettre à l'échelle n'ont pas été développés par l'équipe de projet initiale. Cette étude de cas est une reconstitution basée sur des données réelles du projet et son contexte.

La décision

Après examen des résultats d'évaluation, l'équipe a conclu que la mise à l'échelle horizontale et verticale était possible. Cependant, la priorité immédiate était l'expansion horizontale. Plusieurs districts en dehors de la zone pilote avaient déjà exprimé leur intérêt, et l'intervention par carte postale était simple et peu coûteuse à répliquer. En parallèle, l'équipe a décidé de préparer une intégration verticale dans le Programme Élargi de Vaccination (PEV) du Ministère de la Santé Publique (MoPH), ce qui nécessiterait des ajustements politiques et budgétaires. Cette approche duale permettait de combiner une expansion à court terme et une durabilité à long terme.

Vérification de l'état de préparation

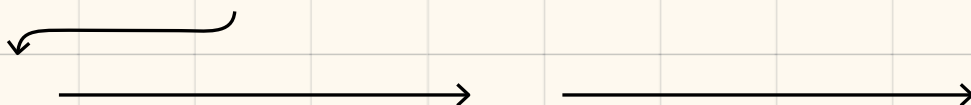
La décision prise, l'équipe a appliqué la Liste de vérification de la préparation à la mise à l'échelle pour tester si les cartes postales pouvaient tenir à grande échelle.

Scale Readiness Checklist

Intervention: _____

| Attribute | Readiness <i>Yes/No/Unclear</i> | Notes / Actions |
|--|---------------------------------|---|
| Credibility | Yes | The RCT showed a significant 6.7 percentage point increase in timely vaccination. Results were statistically robust. Action: Package findings into briefs and presentations endorsed by trusted institutions (e.g., Ministry of Public Health, UNICEF) to strengthen credibility. |
| Observability | Yes | Caregivers bring postcards to clinics, which staff can see. Benefits are tangible and easy to demonstrate. Action: Encourage staff to share stories and examples with district managers to reinforce visibility. |
| Relevance | Yes | Childhood vaccination is a national health priority, especially given pockets of under-immunisation among vulnerable groups. Action: Frame postcards as a low-cost way to meet immunisation targets. |
| Equity | Yes | Analysis showed positive effects even among low-income families and refugee households. Action: Monitor distribution to ensure marginalised groups continue to receive cards equitably. |
| Relative advantage | Yes | Postcards provide a reliable reminder compared to informal word of mouth. They are inexpensive, physical, and hard to miss. Action: Collect testimonials from caregivers to highlight added value over existing practices. |
| Ease of adoption | Mostly yes | Health workers reported postcards were simple to distribute and fill in, though training was needed for consistency. Action: Create a pictorial job aid for health workers to reduce variation. |
| Compatibility | Yes | Postcards fit naturally into clinic workflows and community norms. Caregivers are familiar with keeping health documents at home. Action: Link postcards to existing vaccination cards for smoother integration. |
| Testability | Yes | Districts can adopt postcards with minimal investment and test under routine conditions. Action: Plan phased introduction in 3-4 districts before national rollout. |
| Feasibility | Mostly yes | Clinics can manage postcard distribution under current staffing, but supervision may be inconsistent. Action: Add a tick-box in supervisory checklists to monitor use. |
| Affordability & scalability of inputs | Yes | Printing costs are low (less than \$0.20 per postcard). Cards can be bundled with vaccine shipments. Action: Secure framework agreements with local printers to keep costs stable. |
| Systems fit | Partly | Logistics and supply systems can handle postcard delivery, but budgets are not yet institutionalised. Action: Advocate for a dedicated budget line in the national immunisation plan. |
| Ownership | Unclear | Ministry of Public Health expressed interest but has not yet formalised commitment through policy or budgets. Action: Engage the EPI unit early, demonstrate results from district pilots, and prepare a circular for formal adoption. |
| Risks & unintended effects | Yes, some risks | Risks include stock-outs if printing is not managed well, novelty fade among caregivers, and inconsistent clinic use. Action: Plan design refreshes every 2 years and embed postcards into national supply chain codes. |
| Definition of success | Yes | Success is defined as increased on-time vaccination, measured through clinic records. Equity effects for vulnerable groups are tracked separately. Action: Maintain outcome measures linked to health impact, not only distribution numbers. |

- **Crédibilité :** L'essai contrôlé randomisé (ECR) a montré une augmentation de 6,7 points de pourcentage de la vaccination à temps. L'effet était cohérent entre les sites, réduisant le risque de faux positif.
- **Équité :** L'analyse par sous-groupes a montré que les familles à faible revenu et réfugiées en bénéficiaient également, et pas seulement les ménages aux revenus plus élevés. Ceci renforçait la justification d'une adoption nationale.
- **Observabilité et avantage relatif :** Les cartes postales étaient très visibles. Les agents de santé voyaient les aidants les apporter dans les cliniques, et les aidants trouvaient plus facile d'en suivre le contenu qu'avec des rappels verbaux. Cela constituait un avantage clair par rapport à la pratique existante.
- **Faisabilité et adaptation aux systèmes :** L'impression et la distribution étaient simples dans le pilote, mais pas encore intégrées dans les systèmes nationaux. Sans ligne budgétaire dédiée ou code d'approvisionnement, il existait un risque de ruptures de stock si le programme se développait trop vite.
- **Appropriation et calendrier :** Le ministère manifestait de l'intérêt, mais l'adoption formelle n'était pas encore institutionnalisée. L'équipe a noté l'importance de s'aligner sur le prochain cycle budgétaire pour créer une fenêtre d'opportunité d'intégration.
- **Risques :** Sans bonne gestion, les ruptures de stock pourraient nuire à la confiance. Les aidants pourraient aussi perdre de l'intérêt avec le temps. L'équipe a donc recommandé une actualisation du design tous les deux ans, ainsi qu'une intégration dans les chaînes d'approvisionnement pour réduire ces risques.
- **Définition du succès :** Le succès ne se mesurait pas au nombre de cartes postales distribuées, mais à l'amélioration de la vaccination à temps, en particulier auprès des groupes vulnérables.

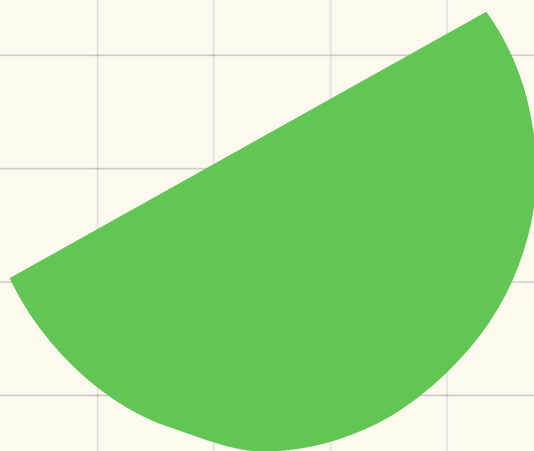


ÉTAPE 2 :

Obtenir le soutien

Outil associé :

- [Matrice d'appui des parties prenantes](#)



Objectif de cette étape :

La mise à l'échelle ne dépend pas uniquement de la solidité de l'intervention, mais aussi de l'alignement, de l'engagement et de la préparation des acteurs clés. Après avoir choisi la voie de mise à l'échelle et évalué la préparation, l'étape suivante consiste à préparer les personnes et les institutions qui porteront ce processus.

Il faut commencer par identifier les acteurs les plus influents, définir leurs rôles, et planifier quand et comment les engager. Il s'agit d'aller au-delà d'une simple liste de parties prenantes, en se posant les questions suivantes : Que doivent-ils savoir ? Quelles décisions doivent-ils prendre ? Quelles actions doivent-ils réaliser ? Cela permet de transformer une liste large et théorique en un plan d'engagement concret et opérationnel.

Pourquoi cette étape est importante ?

Même des interventions solides peuvent échouer si les parties prenantes ne sont pas alignées. Se préparer à la mise à l'échelle signifie intégrer ces acteurs le plus tôt possible, clarifier les responsabilités, et s'assurer qu'ils sont coordonnés, communiquent efficacement et avancent dans la même direction.

Comment procéder :

[La matrice d'appui des parties prenantes](#) est conçue pour clarifier quels sont les acteurs essentiels et le rôle que chacun doit jouer, en accordant une attention particulière à leur niveau d'influence, aux décisions dont ils ont le contrôle, ainsi qu'au type d'engagement nécessaire pour garantir leur mobilisation dans la durée.

1. Définir les principaux acteurs et parties prenantes impliqués dans la mise à l'échelle

- a. En s'appuyant sur l'outil Carte des parties prenantes et publics cibles, élaboré lors de la phase Définir (Définir), commencez par dresser la liste des acteurs et institutions dont les décisions, les ressources et les actions façonneront le processus de mise à l'échelle.

d'autres fourniront des ressources, et d'autres encore orienteront ou soutiendront le processus. La probabilité de réussite est renforcée lorsque chacun de ces rôles est défini dès le départ. Pour cela, utilisez le Tableau 3 afin d'identifier l'ensemble des groupes potentiels de parties prenantes.

La mise à l'échelle requiert une collaboration entre différents groupes de parties prenantes. Certains mettront en œuvre l'intervention,

Stakeholder Support Matrix

Intervention: _____

List the most important actors for scaling. For each, capture their role, influence, level of support, what they need to do/know, and how and when to engage them.

| Actor / Stakeholder <small>Who matters for scaling?</small> | Role in scaling <small>Policy, delivery, advocacy, funding?</small> | Influence <small>Do they have authority to enable or block scaling (High/Med/Low)?</small> | Level of support / interest <small>High/Med/Low</small> | What they need to do <small>Decisions, actions, commitments</small> | What they need to know <small>Evidence, costs, benefits, equity implications</small> | Timing / entry point <small>When is the best moment to engage?</small> | Best format / channel <small>How to reach them?</small> | Engagement strategy <small>How to build/sustain support?</small> |
|--|--|---|--|--|---|---|--|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Remarque : les exemples ci-dessus proviennent de différents secteurs de l'UNICEF — droits de l'enfant, santé et nutrition, éducation, WASH et intervention d'urgence — afin d'illustrer comment les principes de mise à l'échelle s'appliquent à des contextes variés.

TABLEAU 3 : PRINCIPAUX GROUPES DE PARTIES PRENANTES ET ACTEURS À PRENDRE EN COMPTE

| PARTIE PRENANTE/ ACTEURS | QUI SONT-ILS ? | CE QU'ILS FONT | POURQUOI SONT-ILS IMPORTANTS |
|---|---|--|--|
| Organisation responsable/ chef de file | L'organisation qui finira par posséder et mettre en œuvre l'intervention. Il peut s'agir de ministères de la santé, d'ONG ou de réseaux de prestataires (ex. groupes de cliniques ou hôpitaux). | Elle met en œuvre l'intervention à grande échelle : délivre les services, gère le personnel, intègre l'intervention dans les budgets et assure l'accès aux communautés. | Leur capacité et volonté à s'approprier l'intervention déterminent si la mise à l'échelle est possible et durable. Exemple : lorsqu'un ministère de l'Environnement adopte un système communautaire d'alerte aux inondations et l'intègre dans son cadre national de préparation aux catastrophes, l'intervention devient un élément de la résilience climatique à long terme plutôt qu'une activité ponctuelle de projet. |
| Équipes ressources | Partenaires techniques et individus ayant développé ou testé l'intervention. Exemples : équipes de projet, institutions de recherche, agences techniques. | Ils apportent une expertise sur le design, les données probantes et l'adaptation. Renforcent les systèmes et soutiennent l'organisation responsable et les autres parties prenantes pour une mise en œuvre à grande échelle. | Ils assurent le lien entre le pilote et le système, garantissant le transfert de connaissances et le maintien de la qualité lors de l'expansion. Exemple : une équipe de recherche universitaire ayant testé une plateforme numérique d'apprentissage peut aider un ministère de l'Éducation à adapter le contenu aux langues locales et aux écoles à faible connectivité. |
| Membres de l'équipe de l'UNICEF | Personnel UNICEF au siège, au niveau régional ou pays, impliqué dans la gestion des programmes, le plaidoyer ou l'appui technique. | Ils coordonnent les efforts, s'alignent sur les priorités gouvernementales et établissent des liens avec d'autres secteurs et ressources de l'UNICEF. | Leur influence et leur capacité à relier les partenaires peuvent accélérer l'adoption et intégrer les apprentissages à l'ensemble du travail de l'UNICEF. Exemple : des équipes pays peuvent aider une autorité nationale d'état civil à obtenir des financements pour numériser l'enregistrement des naissances et garantir l'accès des enfants aux services essentiels. |
| Bailleurs de fonds | Donateurs, banques de développement, fondations ou organismes publics de financement. | Ils fournissent des ressources financières, orientent les priorités de financement, et établissent les exigences de suivi et de reporting. | La mise à l'échelle durable dépend d'un financement fiable, aligné à la fois sur les plans gouvernementaux et les priorités des bailleurs. Exemple : un bailleur peut financer la première phase d'expansion des centres d'apprentissage, laissant au gouvernement le temps d'intégrer le programme dans son budget national de l'éducation. |

| PARTIE PRENANTE/ ACTEURS | QUI SONT-ILS ? | CE QU'ILS FONT | POURQUOI SONT-ILS IMPORTANTS |
|---------------------------------|---|---|--|
| Multiplicateurs | Acteurs pouvant augmenter l'influence et la portée : associations professionnelles, médias, réseaux régionaux ou initiatives mondiales. | Ils diffusent les données probantes, façonnent les messages, soutiennent le plaidoyer politique et encouragent l'adoption d'une intervention. | Ils permettent d'étendre l'impact au-delà du pilote en influençant les décideurs et les praticiens à l'échelle nationale et mondiale. Exemple : lorsqu'un syndicat national d'enseignants approuve des pratiques pédagogiques adaptées à l'enfant, cela encourage les écoles à les adopter et renforce le soutien politique à un environnement d'apprentissage plus sûr. |
| Acteurs locaux | Leaders communautaires, travailleurs de première ligne, sociétés civiles, autorités traditionnelles. | Ils mobilisent la demande, adaptent les interventions aux normes locales et maintiennent la confiance de la communauté. | Sans soutien local, les interventions risquent le rejet ou l'abandon lorsque le soutien externe cesse. Exemple : lorsque des conseils de village et des groupes de parents organisent des journées de nettoyage et gèrent les points d'eau, cela renforce l'appropriation locale des services d'eau et d'assainissement. |
| Autres parties prenantes | Acteurs pouvant fournir des ressources complémentaires : secteur privé, universités, ministères (ex. Éducation, Finance, Technologie). | Ils apportent des compétences, produits ou infrastructures qui soutiennent la mise en œuvre et l'adaptation. | Ils renforcent le programme en apportant des innovations extérieures au secteur concerné. Exemple : en situation d'urgence, des partenaires logistiques peuvent aider à acheminer rapidement l'eau potable, le matériel éducatif ou les kits nutritionnels aux communautés touchées. |

- b.** Commencez par identifier l'organisation responsable/chef de file. À partir de la liste de parties prenantes construite lors du remue-méninges, déterminez laquelle possède le mandat de diriger le processus de mise à l'échelle. L'organisation responsable est l'acteur qui détient la responsabilité formelle de la problématique — par exemple un département ministériel, une agence gouvernementale ou une institution mandatée. Cette organisation doit également démontrer une demande claire pour l'intervention et disposer de la capacité de la mettre en œuvre à grande échelle. Elle se distingue ainsi des parties prenantes de soutien, qui peuvent être très intéressées mais ne possèdent ni le mandat ni l'autorité pour diriger.

Pour identifier l'organisation responsable, référez-vous au Tableau 4, qui présente quatre domaines d'évaluation : la demande, la capacité, le calendrier et le contexte, associés à leurs forces et contraintes. Une fois l'organisation identifiée, inscrivez-la dans la colonne 1 de la feuille de travail.

TABLEAU 4. GUIDE D'ÉVALUATION DE L'ORGANISATION CHEF DE FILE

| DOMAINE À EXAMINER | EXEMPLE : IMAGINEZ UN PAYS ENVISAGEANT DE METTRE À L'ÉCHELLE LES VISITES À DOMICILE EFFECTUÉES PAR DES TRAVAILLEURS SOCIAUX COMMUNAUTAIRES AFIN D'IDENTIFIER ET DE SOUTENIR DES FILLES À RISQUE DE MARIAGE PRÉCOCE. |
|--|---|
| <p>Demande : L'intervention correspond-elle aux priorités de l'organisation ? Existe-t-il des champions internes capables de la porter ? Les bénéfices surpassent-ils les coûts ou les risques ?</p> | <p>Un ministère des affaires sociales peut s'engager publiquement à mettre fin au mariage des enfants, créant une forte demande politique. Cependant, si l'attention et les financements restent centrés sur les transferts monétaires ou l'assistance sociale, l'énergie institutionnelle disponible pour développer des programmes de travailleurs sociaux peut être limitée.</p> |
| <p>Capacité : Le personnel, les superviseurs et les systèmes logistiques peuvent-ils assumer de nouvelles tâches sans affaiblir d'autres services ?</p> | <p>Le ministère peut déjà employer des travailleurs sociaux communautaires, mais une charge de travail élevée et une supervision limitée peuvent rendre difficile l'ajout de nouvelles responsabilités. Un mentorat supplémentaire, des outils de rapport simplifiés ou un renforcement des liens avec des ONG locales pourraient être nécessaires pour maintenir la qualité.</p> |
| <p>Calendrier et contexte : Existe-t-il des opportunités (cycles budgétaires, nouvelles stratégies, fenêtres politiques favorables) ou, au contraire, des risques (élections, changements de leadership, préoccupations publiques) susceptibles de ralentir les progrès ?</p> | <p>La mise à l'échelle peut s'aligner avec une nouvelle stratégie nationale de protection de l'enfance ou avec une attention mondiale accrue portée à l'élimination du mariage des enfants, mais elle peut perdre en dynamisme si une restructuration gouvernementale modifie la tutelle du programme ou si les priorités des bailleurs changent.</p> |
| <p>Points forts et contraintes : Notez les deux: Documenter les actions nécessaires pour combler les lacunes crée une feuille de route claire pour renforcer l'appropriation et l'élan.</p> | <p>Le ministère peut avoir une forte coordination avec les comités locaux de protection, mais des systèmes numériques faibles pour le suivi des cas. Identifier cette lacune indique la nécessité de renforcer les outils numériques de rapport et de former le personnel avant une mise à l'échelle nationale.</p> |

- c. Ensuite, identifiez l'équipe de ressources (resource team), qui soutient l'organisation responsable dans la transition du pilote vers la mise à l'échelle. Cette équipe inclut souvent celles et ceux qui ont conçu ou testé l'intervention, mais doit également intégrer des compétences allant au-delà de l'expertise technique, telles que la gestion, le financement, le plaidoyer et le renforcement des systèmes. Pour identifier l'équipe de ressources, examinez les parties prenantes à travers les domaines pertinents du Tableau 5. Inscrivez ensuite l'équipe de ressources dans la colonne 1 de la feuille de travail.

Enfin, il faut identifier ce que chaque groupe de parties prenantes doit **savoir**, c'est-à-dire les preuves ou les informations nécessaires pour agir. Les décideurs peuvent avoir besoin de données concernant les coûts et l'équité, les **baillleurs de fonds** peuvent exiger des

cadres de rapportage clairs, et les leaders communautaires peuvent vouloir des preuves que l'intervention améliore le bien-être local. Adapter les informations à ces besoins garantit qu'elles soient utiles, pertinentes et mobilisatrices

3. Planifier l'engagement des parties prenantes

a. Déterminer le **moment** et les **points d'entrée** appropriés pour engager chaque groupe de parties prenantes. Certains acteurs fonctionnent selon des cycles fixes, comme les approbations budgétaires ou les révisions de politiques. D'autres peuvent être plus réceptifs lors de démonstrations **pilotes** ou de consultations communautaires. Planifier en fonction de ces fenêtres d'opportunité évite de manquer des occasions stratégiques. Par exemple, présenter les résultats juste avant un cycle budgétaire annuel peut augmenter les chances d'obtenir un financement.

c. Planifier la **stratégie d'engagement** la plus appropriée pour chaque groupe, en définissant comment construire et maintenir le soutien dans le temps. Cela peut inclure un plaidoyer ciblé, une gestion régulière des relations, ou l'identification et l'accompagnement de **champions** au sein des institutions. L'objectif est de transformer l'intérêt initial en engagement durable. Par exemple, désigner un responsable de district respecté comme champion peut permettre de maintenir l'élan même en cas de changement de leadership.

b. Choisir le **format** ou le **canal de communication** le plus adapté pour chaque groupe de parties prenantes. Par exemple, les hauts responsables gouvernementaux peuvent privilégier des notes de politique concises ou des réunions directes ; les acteurs de mise en œuvre peuvent interagir plus efficacement via des ateliers, tandis que les communautés peuvent mieux répondre à des messages radiophoniques ou à des événements locaux. Choisir le bon format accroît la clarté, la crédibilité et l'adoption de l'intervention.

Intervention: _____

List the most important actors for scaling. For each, capture their role, influence, level of support, what they need to do/know, and how and when to engage them.

| Actor / Stakeholder Who matters for scaling? | Role in scaling Policy, delivery, advocacy, funding? | Influence Do they have authority to enable or block scaling? (High/Med/Low) | Level of support / interest High/Med/Low | What they need to do Decisions, actions, commitments | What they need to know Evidence, costs, benefits, equity implications | Timing / entry point When is the best moment to engage? | Best format / channel How to reach them? | Engagement strategy How to build/sustain support? |
|---|---|--|---|---|--|--|---|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Les outils mentionnés dans cette étape de la phase Scale n'avaient pas été développés par l'équipe initiale du projet. Cette étude de cas est une reconstitution basée sur des données et un contexte réels du projet.

Définition des principales parties prenantes

L'équipe a commencé par réexaminer la Carte des parties prenantes et des audiences élaborée au début du projet, dans la phase Define. Elle l'a analysée puis enrichie avec de nouveaux acteurs jugés déterminants pour la mise à l'échelle. Parmi ces parties prenantes figuraient notamment le Programme Élargi de Vaccination (EPI) du Ministère de la Santé Publique, les centres de soins de santé primaires (PHCCs), des bailleurs potentiels tels que Gavi et l'Union européenne, les associations pédiatriques et les médias locaux, ainsi que des parties prenantes locales telles que des leaders communautaires, des travailleurs de santé et des ONG.

Identification de l'organisation chef de file

Le Ministère de la Santé Publique a été identifié comme organisation chef de file, en raison de son mandat et de sa capacité à superviser les services de vaccination au niveau national. L'équipe a évalué ce ministère selon quatre domaines :

- **Demande** : La vaccination constituait une priorité nationale, et des champions au sein de l'unité EPI manifestaient un fort intérêt pour les cartes-rappels.
- **Capacité** : Les systèmes d'approvisionnement et de distribution étaient relativement solides, mais le personnel devait être formé à l'utilisation régulière des cartes sans supervision supplémentaire.
- **Calendrier et contexte** : Des discussions budgétaires étaient en cours, offrant une fenêtre d'opportunité pour proposer une nouvelle ligne budgétaire dédiée à l'impression. Toutefois, des changements de leadership au ministère représentaient une incertitude, rendant nécessaire un plaidoyer à plusieurs niveaux.
- **Points forts et contraintes** : Le ministère possédait de bons systèmes d'achat mais une faible capacité de mobilisation communautaire. L'équipe a donc noté la nécessité d'appuyer ces lacunes via des partenariats avec des ONG.

Identification de l'équipe de ressources

L'équipe ressource était composée de personnel de l'UNICEF et des chercheurs ayant mené l'essai contrôlé randomisé (ECR). Ensemble, ils apportaient des preuves techniques, de la crédibilité et de l'expérience. Leur évaluation selon les quatre domaines a révélé :

- **Composition** : Les chercheurs apportaient une expertise technique à laquelle s'ajoutait l'expérience d'UNICEF en matière d'engagement gouvernemental et de gestion des chaînes d'approvisionnement.
- **Crédibilité et leadership** : Un pédiatre reconnu a été invité comme conseiller pour renforcer la confiance du ministère et des communautés.
- **Compétences et expérience** : L'équipe disposait d'une expertise en évaluation et en communication, mais avait peu d'expérience de mise à l'échelle nationale, ce qui a conduit à rechercher un mentorat auprès de collègues de l'UNICEF ayant piloté d'autres interventions étendues en santé.
- **Ressources et stabilité** : Un financement extérieur avait été sécurisé pour deux ans, suffisant pour l'expansion initiale mais insuffisant pour une mise à l'échelle durable, rendant essentielle l'allocation budgétaire gouvernementale.

Définition des autres parties prenantes

Au-delà du ministère et de l'équipe ressource, la mise à l'échelle dépendait d'un ensemble plus large d'acteurs. Le bureau pays de l'UNICEF assurait l'alignement politique et la coordination ; les bailleurs apportaient financement et légitimité ; les multiplicateurs, comme les associations professionnelles, renforçaient la visibilité et l'adhésion ; et les parties prenantes locales — leaders communautaires, ONG, personnel de première ligne — garantissaient la pertinence et la confiance dans la pratique quotidienne. Ensemble, ces groupes constituaient un écosystème où chaque rôle était distinct mais interconnecté.

Déterminer les rôles, l'influence et le soutien

La matrice d'appui des parties prenantes a permis de clarifier le rôle de chaque groupe. Le ministère disposait d'une forte autorité et d'un soutien moyen à élevé, avec des responsabilités telles que l'émission de circulaires et le financement. Les bailleurs exerçaient une influence élevée par les priorités budgétaires. UNICEF jouait un rôle de coordination entre les experts techniques et le gouvernement. Les multiplicateurs et les acteurs locaux avaient une influence formelle faible mais une influence informelle élevée, déterminante pour la confiance publique et l'adhésion.

Ce qu'ils devaient faire et savoir

Les responsabilités ont été définies précisément : le ministère devait approuver une ligne budgétaire, mettre à jour les directives et superviser la mise en œuvre ; les bailleurs devaient financer la phase de transition ; le personnel des PHCC devait distribuer et expliquer les cartes aux parents ; les acteurs locaux devaient encourager les familles à conserver et utiliser les cartes. Pour agir, chacun devait recevoir des informations adaptées : les décideurs politiques avaient besoin de données de coûts et d'équité, les bailleurs avaient besoin de preuves d'efficacité, et les communautés de preuves simples, compréhensibles et centrées sur l'utilité locale.

Calendrier, canaux et stratégies d'engagement

L'engagement a été planifié selon les points d'entrée naturels : cycle budgétaire pour le ministère, réunion du comité technique national de vaccination, forum de coordination des bailleurs, réunions communautaires et consultations dans les PHCC.

Les formats ont été adaptés : note de politique brève pour le ministère, présentation de coût-efficacité pour les bailleurs, supports illustrés pour les communautés. Les stratégies ont également été différenciées : plaidoyer de haut niveau auprès du gouvernement, gestion de relations avec les bailleurs, engagement participatif avec les leaders communautaires.

Tout mettre en place

En utilisant la matrice d'appui des parties prenantes, l'équipe a transformé une liste de parties prenantes en un plan d'engagement opérationnel. Chaque acteur a été associé à des rôles, des responsabilités et des points d'entrée. Ainsi, les plans de mise à l'échelle horizontale et verticale élaborés ultérieurement étaient ancrés dans des engagements concrets et alignés sur les institutions capables de soutenir l'intervention dans la durée.

Stakeholder Support Matrix

Intervention: _____

List the most important actors for scaling. For each, capture their role, influence, level of support, what they need to do/know, and how and when to engage them.

| Actor | Role in scaling | Influence | Level of support | What they need to do | What they need to know | Timing / entry point | Best format / channel | Engagement strategy |
|---|---|--|--|---|---|--|---|--|
| Ministry of Public Health (MOPH) | Policy financing, supervision | High | High | Evidence reminder postcards as part of national immunisation strategy, include in guidelines, allocate budget for printing and distribution | Evidence of improved vaccination uptake, affordability data (low per-child cost), potential for equity gains in underserved areas | Annual immunisation programme review, budget cycle | Policy briefs, technical programmes, high-level meetings | Position postcards as a cost-effective scalable intervention that strengthens routine immunisation. Link to national child health policies. |
| Primary Health Care Centres (PHCCs) | Delivery, supervision | Medium | Medium to High | Distribute vials/cards, train staff on filling and explaining them, track use through supervision | Evidence on simplicity of process, minimal additional workload, improved caregiver return rates | During staff training sessions and supervision cycles | Practical training materials, illustrated job-aids | Emphasise how postcards reduce missed appointments and/or late follow-up work. Provide supportive supervision to reinforce site. |
| Community health workers (CHWs) | Delivery, advocacy | Low to Medium | Medium | Encourage caregivers to use and keep postcards, answer questions, follow up in the community | Benefits for caregivers (fewer missed vaccinations, healthier children), evidence of ease of use | Community meetings, monthly outreach cycles | Illustration cards, simple pictorial materials | Position postcards as a tool that strengthens trust with families, reinforce role as trusted messengers |
| Caregivers / family members | End users, primary | Low individually, High collectively (through uptake and word of mouth) | Variable (high where trust in vaccination is strong, lower where hesitancy exists) | Bring postcards to visits, follow reminders, encourage peers | Evidence that postcards help protect children, stories of other caregivers benefiting, reassurance on confidentiality | Community gatherings, vaccination sessions | Posters in clinics, community radio, peer mothers' groups | Build demand through visible use of postcards, testimonials, and community endorsement |
| UNICEF Lebanon | Technical support, advocacy, funding leverage | High | High | Advocate with government, align with broader child health strategies, provide initial funding and technical assistance | Evidence of effectiveness from the RCT, costs, and response to UNICEF's child health agenda | Policy discussions with MOPH, donor meetings | Policy briefs, technical reports, joint MOPH-UNICEF presentations | Use UNICEF credibility to reinforce government ownership, ensure alignment with global immunisation initiatives |
| Donors (e.g. GAVI, EU, WHO, local donors) | Funding, advocacy | High | Medium to High | Provide financing for early scale-up, integrate into grants or projects | Cost-effectiveness data, sustainability pathway, potential impact at national level | Donor funding cycles, progress reviews | Funding proposals, results briefs, donor roadshows | Frame postcards as a "quick win" intervention with strong evidence and low cost, while highlighting integration into MOPH systems for sustainability |
| Local NGOs / CSOs | Advocacy, community engagement | Medium | Medium | Help raise awareness, integrate postcards into outreach, provide feedback from the ground | Local impact stories, evidence of caregiver acceptance, role in reducing dropouts | During project rollouts, community mobilisation activities | Community meetings, joint workshops with MOPH/UNICEF | Strengthen trust and local ownership by involving them in adaptation and feedback loops |

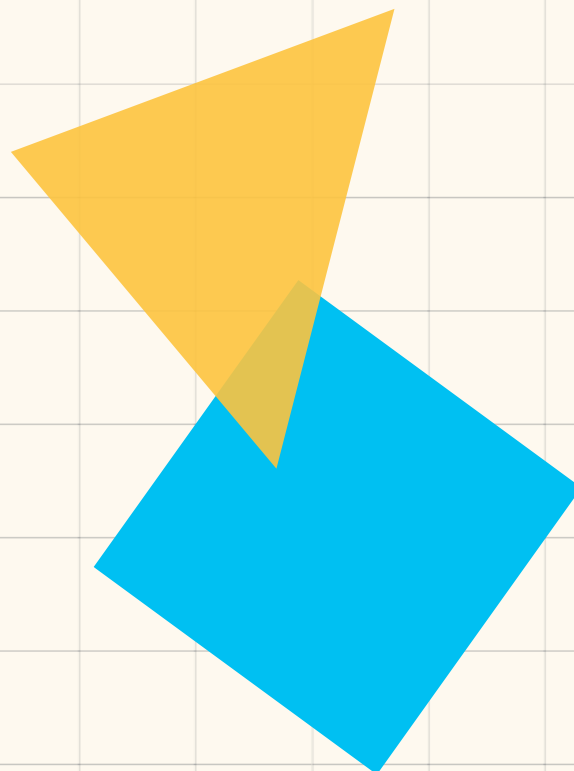


ÉTAPE 3 :

Planifier la mise à l'échelle

Outils associés :

- [Plan de mise à l'échelle horizontale](#)
- [Plan de mise à l'échelle verticale](#)



Objectif de cette étape :

La dernière étape consiste à élaborer un plan de mise à l'échelle correspondant à l'orientation définie lors de l'Étape 1. Mettre à l'échelle nécessite de faire des choix stratégiques : soit étendre l'intervention vers de nouveaux lieux, districts ou communautés (mise à l'échelle horizontale), soit l'intégrer dans les politiques, budgets et institutions (mise à l'échelle verticale). Les deux axes peuvent favoriser la durabilité à long terme, mais comportent des considérations distinctes.

La mise à l'échelle horizontale renforce la durabilité en démontrant qu'une intervention fonctionne dans divers contextes, tout en diffusant la demande et l'appropriation au sein de plusieurs communautés. Le défi réside dans la préservation des éléments

essentiels qui garantissent son efficacité, tout en permettant son adaptation à de nouvelles conditions.

La mise à l'échelle verticale assure des ressources et un engagement durable en institutionnalisant l'intervention au sein des systèmes gouvernementaux ; cependant, son succès dépend de la volonté politique et de la capacité institutionnelle.

Quelle que soit la voie choisie, la réussite repose sur la protection des éléments essentiels de l'intervention et sur la mise en place des partenariats, des systèmes et des ressources nécessaires pour qu'ils puissent perdurer à grande échelle.

Pourquoi cette étape est importante ?

Les données issues d'un pilote peuvent montrer qu'une intervention fonctionne, mais sans stratégie de croissance, elle risque de rester une réussite isolée. La mise à l'échelle est façonnée non seulement par la conception de l'intervention, mais aussi par les dynamiques politiques, les ressources et les institutions. Un plan clair permet de rendre visibles ces forces, aide les équipes à anticiper les défis et oriente les arbitrages. Il clarifie les rôles des différents acteurs et garantit que

les systèmes et les ressources nécessaires sont en place pour maintenir et étendre l'impact dans la durée.

Comment procéder :

Les outils de cette étape aident à identifier les éléments essentiels qui doivent être préservés, les adaptations nécessaires et les nouvelles barrières ou exigences susceptibles d'apparaître. Le résultat est une feuille de route concrète pour la mise à l'échelle.

1. Mise à l'échelle horizontale : Étendre la portée

En utilisant la partie I du [Plan de mise à l'échelle horizontale](#), les réalités du pilote avec les adaptations nécessaires pour l'expansion selon des dimensions clés : là où l'intervention sera mise en œuvre, qui elle vise, et comment les barrières comportementales peuvent évoluer lors de la mise à l'échelle.

- a. En commençant par la section « **Qui** » dans la partie supérieure de la fiche, indique les principaux utilisateurs ou bénéficiaires du pilote, ainsi que les acteurs ayant soutenu la mise en œuvre. Puis projetez-vous dans l'expansion : lorsque

l'intervention atteindra de nouvelles zones géographiques ou de nouvelles populations, ces mêmes groupes resteront-ils centraux ou faudra-t-il en mobiliser d'autres ?

- **Expansion vers de nouvelles zones géographiques :** Un pilote mené dans un district peut s'être appuyé sur un petit groupe d'enseignants dévoués et de jeunes volontaires communautaires. Une mise à l'échelle vers plusieurs districts peut vous amener à mobiliser des acteurs supplémentaires tels que des leaders religieux, des conseils locaux ou des associations de parents qui détiennent de l'influence dans ces nouveaux contextes.

- **Extension à de nouveaux groupes de population :** Lorsqu'elle est mise à l'échelle, une intervention conçue pour des adolescents non scolarisés pourra aussi nécessiter d'engager les parents, les enseignants et les mentors communautaires afin de favoriser l'inscription et la participation durable

Horizontal Scaling Plan Intervention: _____

Use this canvas to plan how the pilot intervention will be adapted for horizontal scale, identifying who to reach, likely barriers, and contextual adjustments.

| | Pilot intervention | Horizontal adaptation |
|---|--------------------|-----------------------|
| Who <small>Which groups or individuals are the primary users or beneficiaries? Who else must be engaged?</small> | | |
| Potential new barriers (using COM-B) <small>What capability, opportunity, or motivation barriers were addressed in the pilot? What additional or different barriers may appear in new contexts?</small> | | |
| Location <small>Where did the pilot take place and under what local conditions? Where will expansion occur, and what contextual factors need to be considered?</small> | | |

| Horizontal scale plan | |
|--|--|
| Dissemination & advocacy <small>Who are the key decision makers and influencers? How will the innovation be communicated? Are messages clear and tailored to the audience?</small> | |
| Costs & resources <small>What are expansion costs, can scale reduce expenses, can delivery be more efficient, and are resources available or need enabling?</small> | |
| Monitoring & evaluation <small>How will success be measured, and are intended results from the pilot still being achieved?</small> | |

Dans les deux cas — qu'il s'agisse d'une extension vers de nouvelles zones géographiques ou vers de nouveaux groupes de population — la mise à l'échelle horizontale nécessite de clarifier comment le « qui » évolue entre le pilote et la mise à l'échelle. Cela concerne non seulement les personnes directement atteintes par l'intervention, mais aussi les intermédiaires et les influenceurs dont l'implication est essentielle pour maintenir et élargir l'impact. Cartographier ces changements vous permettra d'anticiper l'étape suivante : identifier comment l'arrivée de nouveaux groupes peut introduire de nouvelles barrières qui devront être prévues afin de garantir la réussite de l'intervention à grande échelle.

- b. L'étape suivante consiste à examiner comment les déterminants comportementaux de ces nouveaux groupes peuvent différer de ceux du pilote. L'application du cadre COM-B offre une méthode structurée pour identifier les barrières potentielles liées à la capacité, à l'opportunité ou à la motivation à grande échelle, et pour les comparer avec les barrières déjà abordées lors du pilote.

- **Expansion à de nouvelles zones géographiques :** Dans un contexte, des rappels peuvent réduire une barrière de capacité en aidant les personnes à se souvenir de renouveler leur contraceptif ou de se présenter à des visites de suivi. Mais lorsque la même intervention est déployée dans des zones rurales, de nouvelles barrières peuvent apparaître. De plus grandes distances jusqu'aux bureaux des services sociaux peuvent empêcher les familles d'accéder à l'assistance juridique ou à la protection de l'enfance (barrière d'opportunité), et dans certaines régions, les agents sociaux peuvent manquer de formation pour identifier et gérer les risques liés à la sécurité des enfants (barrière de capacité).
- **Expansion à de nouveaux groupes de population :** Un système de rappels de présence scolaire conçu à l'origine pour les parents peut nécessiter une adaptation pour s'adresser directement aux élèves plus âgés. Cela peut introduire de nouvelles barrières — par exemple, certains adolescents peuvent percevoir les rappels comme inutiles ou intrusifs

(barrière de motivation), ou ne pas savoir comment modifier ou répondre aux messages sur la plateforme (barrière de capacité).

En comparant les barrières comportementales abordées lors du pilote avec celles susceptibles d'émerger dans de nouvelles zones géographiques ou auprès de nouveaux groupes de population, vous pourrez identifier avec précision les adaptations nécessaires pour maintenir l'efficacité de l'intervention.

- c. La mise à l'échelle exige de comparer minutieusement les **conditions** du pilote avec celles des lieux où l'expansion se fera. La géographie, les infrastructures, les systèmes de prestation de services et les dynamiques locales peuvent faciliter ou freiner l'efficacité. Il est donc essentiel de se demander : quels facteurs ont soutenu la réussite du pilote, et qu'est-ce qui sera différent dans le nouveau contexte ? Documenter ces différences permet d'éviter l'hypothèse selon laquelle ce qui a fonctionné dans un lieu réussira automatiquement ailleurs.

- **Expansion vers de nouvelles zones géographiques :** Un programme ayant réussi dans un district urbain disposant de transports fiables, d'écoles bien équipées et d'un effectif d'enseignants stable peut rencontrer des difficultés dans des zones rurales où les écoles sont éloignées les unes des autres, où les transports sont coûteux et irréguliers, et où les ressources arrivent de manière inconstante. Ces différences peuvent compliquer l'assiduité des élèves et limiter la capacité des enseignants à dispenser leurs cours de façon efficace.
- **Expansion vers de nouvelles populations :** Un pilote testé dans un contexte linguistique ou culturel spécifique peut nécessiter des adaptations importantes lorsqu'il est introduit dans des régions où les langues, normes sociales ou comportements diffèrent. Par exemple, des messages conçus pour des communautés où les mères prennent les décisions de santé peuvent ne pas être adaptés dans des contextes où les pères ou les personnes âgées jouent un rôle majeur, ou encore lorsque la traduction dans des langues locales modifie la clarté ou le ton du message.

La deuxième partie du Plan de mise à l'échelle horizontale consiste à planifier les éléments supplémentaires nécessaires pour garantir la réussite à grande échelle. Vous devrez examiner la manière de communiquer et de faire le plaidoyer en faveur de l'intervention, comment sécuriser et allouer les ressources, ainsi que la façon de suivre et d'évaluer les progrès afin d'assurer la pérennité des résultats au fur et à mesure que l'intervention étend sa portée.

d. Commencez par la diffusion et le plaidoyer.

La mise à l'échelle vers de nouvelles régions ou de nouveaux groupes dépend de la capacité à mobiliser l'appui de personnes et d'institutions pouvant soit faciliter, soit freiner les progrès. Cette section s'appuie directement sur la Carte d'appui des parties prenantes, élaborée à l'Étape 2, et transforme cette analyse en un plan d'action clair.

À l'aide de la fiche, produisez un paragraphe unique, cohérent et accessible répondant à trois questions essentielles :

- Qui sont les principaux décideurs et influenceurs ?
- Comment l'intervention leur sera-t-elle communiquée ?
- Les messages sont-ils adaptés à leurs priorités ?

e. Réfléchissez ensuite aux coûts et aux ressources.

L'expansion exige de prendre des décisions explicites sur la manière dont les coûts évolueront d'un contexte à l'autre et sur la capacité à mobiliser durablement les ressources à grande échelle. Cette partie du Plan de mise à l'échelle horizontale met l'accent sur l'évaluation de l'abordabilité et de la durabilité à long terme, en anticipant des variations de coûts entre les contextes plutôt qu'en supposant une uniformité.

La mise à l'échelle horizontale révèle souvent des différences cachées. Par exemple, les zones rurales peuvent nécessiter davantage de transport, de supervision ou d'incitation pour atteindre des populations dispersées, tandis que les zones urbaines peuvent nécessiter un investissement plus important dans les canaux de communication et la mobilisation

communautaire. Voici quelques questions utiles pour mieux planifier les coûts et les ressources nécessaires lors d'une mise à l'échelle horizontale:

- **Quel sera le coût de l'expansion selon les contextes ?** Estimez les besoins financiers liés à la formation, aux équipements, au transport, à la supervision et à la communication pour les nouvelles zones géographiques ou populations. Identifiez où les coûts risquent d'augmenter et où les économies d'échelle peuvent les compenser. Par exemple, les districts ruraux peuvent nécessiter des frais supplémentaires de carburant et des indemnités pour les équipes d'outreach, tandis que dans les zones urbaines denses, il est courant de dépenser davantage en mobilisation communautaire.
 - **Quelles ressources existantes peuvent être mobilisées ?** Analysez quelles ressources ont soutenu le pilote — telles que le temps du personnel, les infrastructures ou les contributions bénévoles — et évaluez si elles peuvent être étendues pour soutenir l'échelle. Identifiez les lacunes à combler. Par exemple, les comités scolaires et les groupes locaux d'usagers de l'eau peuvent organiser des activités d'hygiène lors de réunions communautaires, et les systèmes existants — comme les registres de maintenance ou les applications mobiles — peuvent servir à suivre les réparations à réaliser.
 - **Comment les nouvelles ressources seront-elles mobilisées ?** Déterminez si l'expansion sera financée par des budgets districtaux ou nationaux, des partenariats avec des bailleurs, ou par une intégration dans des mécanismes de financement sectoriels. Planifiez des stratégies pour sécuriser et maintenir les ressources afin que les coûts ne deviennent pas un frein à l'échelle. Par exemple, UNICEF peut aider le ministère de l'Éducation à inclure les supports de formation et les indemnités des enseignants dans le budget annuel de l'éducation, et à collaborer avec des stations de radio locales pour diffuser du contenu éducatif à coût réduit.
- f.** Enfin, planifiez le **suivi et l'évaluation (M&E)**. Lorsque les interventions s'étendent vers de nouvelles zones géographiques ou de nouveaux

groupes de population, les systèmes de suivi doivent trouver un équilibre entre comparabilité et adaptation : les indicateurs doivent être suffisamment cohérents pour suivre la performance entre sites, tout en restant assez flexibles pour intégrer les adaptations locales. Par exemple, une ligne d'assistance nationale pour enfants peut suivre un indicateur central tel que « nombre d'appels traités en moins de 24 heures », tout en permettant des mesures propres au contexte, comme « appels reçus en langues locales » ou « pourcentage d'aiguillages effectués avec succès », afin de refléter des priorités spécifiques.

Le M&E doit également vérifier si la mise à l'échelle touche bien l'ensemble des groupes visés, si les résultats se maintiennent dans des contextes diversifiés et si les mécanismes comportementaux essentiels ayant assuré la réussite du pilote demeurent intacts. Les comparaisons entre les sites du pilote et ceux de la mise à l'échelle sont particulièrement importantes pour repérer où et pourquoi les résultats s'affaiblissent.

Par exemple, si une campagne de lecture pilote a amélioré l'assiduité et les compétences en lecture dans des écoles urbaines, le M&E à grande échelle devra inclure des mesures portant sur la qualité de l'enseignement et l'engagement des élèves, afin de s'assurer que les enfants dans des écoles rurales ou disposant de ressources limitées soient tout autant atteints et bénéficiaires.

Vous trouverez ci-dessous quelques questions utiles à prendre en compte lors de l'élaboration d'un plan de M&E.

- **Comment le succès sera-t-il mesuré ?** Les plans de M&E doivent être conçus pour mesurer plus que la portée. Les données doivent permettre d'identifier si l'intervention est mise en œuvre comme prévu (processus), si elle continue de produire les changements recherchés (résultats), et si elle contribue à des transformations plus durables (impacts). Sélectionnez un nombre restreint d'indicateurs équilibrant la faisabilité (données pouvant être collectées de manière réaliste sur plusieurs sites) et la pertinence (données

confirmant que l'intervention génère l'impact attendu et que les mécanismes comportementaux se maintiennent).

- **Quels systèmes et outils seront utilisés ?** La durabilité dépend de l'intégration du suivi dans les structures existantes lorsque cela est possible. Analysez comment intégrer de nouveaux indicateurs dans les systèmes gouvernementaux ou dans les statistiques de services existantes. Lorsque les systèmes routiniers sont faibles, envisagez des outils complémentaires plus légers, tels que des formulaires de rapport simplifiés ou des systèmes de suivi via mobile, permettant de collecter des données en temps utile sans alourdir la charge du personnel.
- **Quelles évaluations supplémentaires sont nécessaires ?** Le suivi de routine ne couvre généralement pas l'ensemble des enjeux. Des études qualitatives rapides, des discussions de groupe ou des outils de retour communautaire peuvent aider à comprendre pourquoi les résultats varient selon les sites ; et des évaluations spécifiques peuvent être nécessaires pour tester les résultats ou les impacts de manière plus rigoureuse. Ces évaluations complémentaires garantissent que la mise à l'échelle ne soit pas uniquement suivie, mais aussi comprise.
- **Comment les résultats éclaireront-ils la stratégie ?** Les données n'ont de valeur que si elles sont utilisées. Préparez des mécanismes de revue réguliers (tableaux de bord mensuels, réunions trimestrielles de réflexion, ou revues conjointes avec les parties prenantes) afin que les résultats alimentent directement la prise de décision. Les constats doivent guider les ajustements éventuels dans la mise en œuvre, affiner les stratégies de délivrance et garantir que les partenaires soient tenus responsables de leur contribution à la mise à l'échelle.

2. Mise à l'échelle verticale : institutionnalisation et changement des systèmes

Alors que la mise à l'échelle horizontale est plus courante, la mise à l'échelle verticale est tout aussi essentielle. Lorsqu'une activité est intégrée dans les systèmes, les politiques et les budgets, elle devient un élément de la prestation courante et produit des résultats durables. La mise à l'échelle verticale dépend de l'alignement avec les décideurs politiques, les bailleurs, les fonctionnaires et les instances gouvernementales capables de formaliser et de pérenniser les actions. En résumé, son succès dépend de la mesure dans laquelle les activités peuvent s'inscrire dans les institutions et les systèmes existants.

Par exemple, une activité de nutrition scolaire peut très bien fonctionner en phase pilote, mais ne pourra durer que si elle est incluse dans la formation des enseignants, intégrée dans les budgets de l'éducation et suivie au travers des inspections scolaires.

[Le Plan de mise à l'échelle verticale](#) permet d'identifier les catégories de changement, de spécifier les ajustements nécessaires et de définir la manière dont le changement sera communiqué, financé et suivi.

- a. La première étape consiste à clarifier le type de mise à l'échelle verticale dans la colonne de gauche du tableau de travail. Posez la question : *Quel type de mise à l'échelle est visé ?* Le tableau ci-dessous résume les types les plus courants de mise à l'échelle verticale et fournit des indications sur les moments où chacun peut être le plus utile.

Vertical Scaling Plan

Use this canvas to plan how the pilot intervention will be adapted for vertical scale.

Intervention: _____

Type of Scale-Up
Choose all that apply

New programme or policy rollout – Create and launch a completely new programme or policy based on the intervention.

Policy integration into an existing programme – Embed the intervention into an established programme, service, or policy framework.

Service-level integration – Incorporate the intervention into routine service delivery platforms (e.g., adding to health worker protocols, school curricula).

Institutionalisation – Make the intervention part of standard operating procedures, guidelines, or job descriptions, with dedicated budget lines.

Legislative or regulatory adoption – Codify the intervention through laws, regulations, or formal government mandates.

| Category of change | Change needed <small>(yes/no/unknown)</small> | Describe specific changes needed <small>or how needs should be assessed</small> |
|--|--|--|
| Policy | | |
| Political commitment | | |
| Legal change | | |
| Regulations, norms, guidelines | | |
| Financing and budgets | | |
| Logistics | | |
| Management information systems | | |
| Supervision | | |
| Staff evaluation, performance incentives | | |
| Training curricula and approaches | | |
| Health workforce changes | | |
| IEC materials | | |
| Other | | |

Dissemination
Who are the key decision-makers and influencers? How will the innovation be communicated (training, peers, media, briefs)? Are messages clear and tailored to the audience?

Costs & resources
What will expansion cost, can scale reduce expenses, can delivery be more efficient, and are resources available or need mobilising?

Monitoring & evaluation
How will scale-up be monitored, and are intended results from the pilot still being achieved?

TABLEAU 7. TYPES DE MISE À L'ÉCHELLE VERTICALE

| TYPE DE MISE À L'ÉCHELLE | SITUATION DANS LAQUELLE CE TYPE EST LE PLUS UTILE | EXEMPLE |
|--|--|---|
| Lancement d'un nouveau programme ou d'une nouvelle politique : Créer et lancer un nouveau programme national ou infra-national fondé sur l'intervention. | Lorsque l'intervention n'a pas d'ancrage institutionnel évident ; une forte visibilité ainsi qu'un déploiement coordonné sont nécessaires. | Le ministère de la Santé lance un Programme national d'appels de suivi, qui impose un créneau hebdomadaire de deux heures d'appels dans toutes les cliniques, financé par le gouvernement. |
| Intégration dans les politiques ou programmes existants : Intégrer l'intervention dans un programme déjà établi afin qu'elle devienne un composant standard. | Lorsqu'un programme existant peut absorber l'intervention avec des ajustements mineurs. | Le programme national de vaccination met à jour sa politique pour y inclure des appels hebdomadaires aux retardataires, les ajoute aux plans annuels et les aligne avec les activités de supervision et de rapportage. |
| Intégration au niveau des services : Incorporer l'intervention dans les procédures de travail et la supervision de routine. | Lorsque le principal changement concerne la pratique des prestataires, plutôt que la politique ; l'adoption peut se faire rapidement. | Les cliniques ajoutent un créneau hebdomadaire de deux heures d'appels dans les emplois du temps, les infirmier·ères utilisent un script de 60 secondes, et les superviseurs vérifient une fiche d'appel d'une page lors de leurs visites régulières. |
| Institutionnalisation (procédures opérationnelles standard, rôles, budgets) : Intégrer l'intervention dans les procédures standard (SOP), les fiches de poste, les outils de supervision, les indicateurs, et lui attribuer une ligne budgétaire dédiée. | Lorsque la durabilité financière et institutionnelle à long terme doit être garantie ; passage d'un projet à une pratique courante. | Les fiches de poste des infirmier·ères incluent les appels aux parents en cas de rendez-vous manqué ; les formulaires de supervision comportent une case de vérification ; une petite ligne budgétaire mensuelle pour le crédit téléphonique est intégrée aux budgets des cliniques ; un indicateur simple d'appels est ajouté aux rapports de routine. |
| Adoption législative ou réglementaire : Codifier l'intervention dans des normes ou des lois afin d'établir une autorité, des standards de confidentialité, et des pratiques minimales. | Lorsque la clarté juridique est nécessaire (ex. : consentement/confidentialité), lorsque le renouvellement des décideurs est fréquent, ou lorsque les normes doivent être protégées indépendamment des changements politiques. | Une réglementation sanitaire autorise des appels téléphoniques courts de la part des cliniques vers les parents, en utilisant un script approuvé respectant la confidentialité, définit les règles de traitement des données et exige un enregistrement minimal des appels effectués. |

b. La prochaine étape consiste à déterminer quels éléments du système doivent évoluer pour que l'activité puisse passer d'un pilote à une politique ou à une prestation de routine. La colonne centrale du Plan de Mise à l'Échelle Verticale répertorie les domaines à examiner : politique publique, engagement politique, financement, supervision, formation, et systèmes d'information. Pour chaque domaine, indiquez si un changement est nécessaire et décrivez l'ajustement requis. Cette comparaison permet d'identifier les transformations institutionnelles indispensables pour aller au-delà de projets à court terme.

- **Politique :** La mise à l'échelle exige-t-elle une nouvelle directive ou l'intégration de l'intervention dans un cadre politique existant ? Par exemple, ajouter les rôles et protocoles de rapportage des agents communautaires de protection de l'enfance à la politique nationale afin que les activités de proximité deviennent un service gouvernemental de routine.
- **Engagement politique :** Faut-il des champions au sein des hautes instances gouvernementales pour soutenir l'institutionnalisation ? Le leadership politique peut être essentiel pour obtenir l'approbation ou accélérer l'adoption.
- **Financement et budgets :** Faut-il créer de nouvelles lignes budgétaires ou le financement peut-il être absorbé dans les allocations sectorielles existantes ? Par exemple, intégrer les coûts de formation des enseignants pour une initiative de lecture dans le budget national de l'éducation plutôt que de s'appuyer sur des financements externes temporaires.
- **Supervision et gestion des performances :** L'institutionnalisation exige-t-elle de nouvelles structures de supervision, des critères d'évaluation ou des lignes hiérarchiques adaptées ? Par exemple, garantir que les responsables de district incluent l'intervention dans leur supervision régulière.

- **Formation et programmes d'études :** Des supports de formation initiale ou continue sont-ils nécessaires pour institutionnaliser les pratiques des agents de santé, enseignants ou autres travailleurs de première ligne ?
- **Systèmes d'information :** De nouveaux indicateurs doivent-ils être ajoutés aux bases de données administratives, aux registres scolaires ou à d'autres plateformes de rapportage afin d'assurer la durabilité et la redevabilité ?

c. Réfléchissez ensuite aux **besoins de diffusion**. La mise à l'échelle verticale repose sur la visibilité, la légitimité et l'adhésion partagée entre les institutions qui définissent les politiques et contrôlent les financements. À ce stade, l'objectif se déplace de la simple communication des résultats vers la défense d'un changement systémique, en utilisant des canaux capables d'influencer les décideurs, les responsables budgétaires et les dirigeants institutionnels.

L'action de plaider peut inclure de courtes notes de politique avec des recommandations claires, des réunions avec des ministères et partenaires clés, l'identification de champions internes, ainsi que des visites de terrain permettant aux décideurs de voir l'activité en pratique. Une participation aux processus nationaux ou infranationaux — tels que les revues budgétaires ou les plans sectoriels — constitue souvent le moment stratégique où l'adoption durable peut être sécurisée.

Un objectif central est d'instaurer une large appropriation. L'activité doit être présentée comme faisant partie intégrante de la prestation de services, et non comme un ajout optionnel. Les messages doivent être adaptés aux hauts responsables, aux gestionnaires de programmes, aux personnels de première ligne, ainsi qu'aux représentants communautaires, afin que chacun comprenne son rôle dans la pérennisation de l'intervention.

En alignant les canaux formels et informels sur les moments clés d'élaboration des politiques et sur les priorités institutionnelles, l'activité peut être perçue comme crédible et essentielle à la prestation de services de routine.

Cette section du formulaire doit synthétiser les éléments de la Matrice de Soutien au Scaling (étape 2) en un plan ciblé. Elle doit identifier les acteurs prioritaires, préciser la manière de les atteindre, et s'assurer que les messages sont simples, adaptés et alignés avec les priorités institutionnelles.

- d. La mise à l'échelle verticale nécessite des **ressources dédiées**. Les projets pilotes s'appuient souvent sur des financements externes ou de courte durée, tandis que l'institutionnalisation dépend de l'intégration des coûts dans les budgets gouvernementaux et ceux des partenaires. La tâche essentielle consiste à montrer comment les coûts récurrents liés à la formation, à la supervision, à la logistique et aux fournitures pourront être intégrés dans les budgets existants de la santé, de l'éducation ou de la protection sociale. L'objectif est de passer d'un financement temporaire à un investissement stable, afin que l'activité ne soit pas vulnérable aux cycles de projets ou aux changements de bailleurs.

Cette section doit produire un paragraphe clair répondant aux quatre questions suivantes :

- Quel sera le coût de l'expansion verticale ?
- L'extension à grande échelle peut-elle réduire les coûts ou rendre la prestation plus efficace ?
- Quelles ressources sont déjà disponibles ?
- Quelles nouvelles ressources sont nécessaires, et à travers quels budgets ou partenariats seront-elles mobilisées ?

- e. Enfin, il convient de planifier le **suivi-évaluation (M&E)**. La mise à l'échelle verticale doit mesurer à la fois les résultats et les progrès en matière d'institutionnalisation. Alors que les pilotes se concentrent sur l'évolution des comportements et l'utilisation des services, le suivi à grande échelle doit également montrer si l'activité est

intégrée dans les systèmes, les politiques et les budgets, et si elle continue d'obtenir des résultats une fois institutionnalisée. Par exemple, il faut suivre l'existence de lignes budgétaires dédiées à l'impression de rappels, ainsi que la manière dont les superviseurs consignent ces rappels lors de leurs visites de routine.

Il s'agit de commencer par poser la question suivante : comment la mise à l'échelle verticale sera-t-elle suivie et évaluée, et quels indicateurs sont appropriés ? Cela peut impliquer :

- **Suivre les étapes importantes de l'institutionnalisation** : nouvelles politiques, lignes budgétaires, mises à jour des formations, ou encore intégration d'indicateurs simples dans les systèmes de données de routine.
- **Le suivi des résultats à grande échelle** : vérifier que les effets comportementaux observés lors du pilote sont maintenus.
- **Utiliser les statistiques existantes sur les services** : intégrer les indicateurs dans les dispositifs de suivi de routine afin de garantir la durabilité et l'alignement avec les priorités sectorielles.
- **Compléter par des études supplémentaires** : recherches qualitatives rapides pour identifier les barrières au moment où l'activité devient routinière, ainsi que des vérifications simples permettant d'évaluer si elle est bien mise en œuvre et continue d'atteindre les résultats attendus.
- **Réaliser des corrections de trajectoire** : des revues régulières permettant d'utiliser les résultats pour adapter les plans en cas de blocages politiques, financiers ou organisationnels

Combiner des indicateurs institutionnels à des données de résultats permet de confirmer qu'une activité est intégrée dans des systèmes capables de la maintenir dans le temps. Par exemple, si une initiative scolaire de lavage des mains a amélioré la fréquentation et les comportements d'hygiène lors d'un pilote, la mise à l'échelle nationale devrait aussi suivre la présence de cette activité dans les

listes de supervision du Ministère de l'Éducation, les plans de formation des enseignants et les budgets annuels — autant de signes d'institutionnalisation.

Cette section du document doit produire un paragraphe clair présentant l'approche de suivi. Il doit indiquer les principaux indicateurs d'institutionnalisation à mesurer, préciser comment les résultats seront vérifiés à grande échelle, et expliquer comment les constats orienteront les décisions afin que les stratégies soient ajustées en temps réel. L'objectif est de disposer d'un plan concis qui montre à la fois comment l'institutionnalisation sera mesurée et comment l'efficacité sera préservée.

Le Plan de Mise à l'Échelle Verticale permet aux ministères, aux partenaires et aux bailleurs de s'accorder sur les priorités, d'établir un ordre d'action réaliste et de suivre les progrès dans le temps. Il clarifie également les responsabilités liées aux changements de politiques, aux budgets et au suivi, afin que les engagements se traduisent en pratiques routinières. Ce plan doit rester un document évolutif, révisé à intervalles réguliers, avec des mécanismes explicites d'ajustement en cas de risques ou de retards.

Les outils de cette phase permettent de tester la préparation à l'échelle, d'ancrer les efforts dans les données probantes et l'alignement institutionnel, et de définir des trajectoires claires pour l'adaptation horizontale et l'institutionnalisation verticale — transformant ainsi les résultats prometteurs d'un pilote en changement durable.

ÉTUDE DE CAS :

Augmenter la couverture vaccinale des enfants au Liban

Les outils mentionnés dans cette étape de la phase Mettre à l'échelle n'avaient pas été développés par l'équipe initiale du projet. Cette étude de cas est une reconstitution fondée sur de vraies données et sur le contexte réel du projet.

Choisir les voies à suivre

Puisque la préparation à l'échelle avait été confirmée à l'Étape 1 et l'implication des acteurs consolidée à l'Étape 2, l'équipe devait décider comment étendre l'intervention : s'étendre à différents contextes (scaling horizontal) tout en l'intégrant aux systèmes (scaling vertical). La Stakeholder Support Map suggérait la viabilité des deux voies : les responsables de districts et les acteurs communautaires étaient prêts pour l'expansion, et le Programme élargi de vaccination (PEV) du Ministère de la Santé exprimait son intention d'institutionnaliser l'approche, à condition qu'une phase de déploiement progressif soit réalisée.

L'équipe planifia un double parcours : une expansion horizontale contrôlée dans trois nouvelles régions présentant des caractéristiques géographiques et démographiques différentes, en parallèle à un processus d'intégration verticale pour inscrire l'intervention dans les politiques nationales, les budgets et les systèmes de supervision.

Plan de mise à l'échelle horizontale — Partie I : comparaison entre le projet pilote et la mise à l'échelle.

L'équipe confirma les acteurs centraux : les aidants comme utilisateurs principaux, les travailleurs de proximité et superviseurs comme metteurs en œuvre, et le PEV/UNICEF comme facilitateurs. Ils répertorièrent les changements anticipés selon le modèle COM-B:

- **Capacité** : proportion plus élevée de soignants peu alphabétisés dans les zones rurales, nécessitant des versions illustrées et multilingues des cartes.
- **Opportunité** : risque de distribution inégale dans les districts ne disposant pas de canaux de sensibilisation établis et dépendance à l'égard d'une supervision standard (non spécifique au projet).
- **Motivation** : la nouveauté pourrait s'estomper si le design des cartes restait inchangé.

| Horizontal Scaling Plan | | Intervention: <u>Appointment reminder card</u> |
|---|---|---|
| Use this canvas to plan how the pilot intervention will be adapted for horizontal scale, identifying who to reach, likely barriers, and contextual adjustments. | | |
| | Pilot intervention | Horizontal adaptation |
| Who <i>Which groups or individuals are the primary users or beneficiaries? Why are they being engaged?</i> | Primary users/beneficiaries: Caregivers of un- or under-vaccinated children, mainly in vulnerable households. | Other engaged actors: Outreach workers delivering postcards; supervisors overseeing fidelity; Ministry of Health approving design; UNICEF providing technical support. |
| Potential new barriers (using COM-B) <i>What potential capability, motivation, or opportunity barriers were not addressed in the pilot? What additional or different barriers may appear in new contexts?</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Capability: Caregivers lacked planning capability (forgetting dates). • Motivation: Low salience. • Opportunity: Weak prompts to attend clinics. | <ul style="list-style-type: none"> • Capability: higher-literacy groups may ignore visuals; while low-literacy groups may need more pictorial adaptation • Opportunity: Distribution may be inconsistent if supply chain is weak. • Motivation: Novelty may fade if postcards are not refreshed; competing priorities in households may reduce motivation to act. |
| Location <i>Where are the pilot base plans and implementation focus conditions? Where will expansion occur and what contextual factors should be considered?</i> | Implemented in select low-resource communities with strong outreach presence, during a short-term vaccination campaign. | Planned for routine immunisation in urban, peri-urban, and rural areas. Contextual factors include varying literacy rates, mobile/migrant populations, and different levels of trust in government health services. |
| Horizontal scale plan | | |
| Dissemination & advocacy <i>Who are the key decision-makers and influencers? How will the intervention be communicated? Are messages clear and tailored to the audience?</i> | Key decision-makers and influencers: Ministry of Health leadership, district health directors, outreach supervisors. Tailoring: Use multi-language and pictorial formats for caregivers; emphasize cost-effectiveness and equity for policymakers/donors. | Communication approach: <ul style="list-style-type: none"> • Policymakers: policy briefs with cost-benefit results. • Donors: slide decks showing equity and cost-effectiveness. • Outreach workers: simple training/job aids. • Communities: human-interest stories and local demonstrations. |
| Costs & resources <i>What are the major costs and resources? How will costs be monitored, and the resources needed to deliver the pilot and scale?</i> | Pilot costs: \$0.20 per postcard, less than \$10,000 total for 10,000 households. Scaling estimate: Printing 500,000 postcards annually (~\$100,000 - with potential bulk printing discounts). Resources needed: Funding for printing and replenishment, integration with vaccine supply logistics, and small training modules. Efficiency: Economies of scale likely, especially if bundled with vaccine shipments and procured nationally. | |
| Monitoring & evaluation <i>How will scale-up be monitored, and the relevant results from the pilot and being achieved?</i> | Monitoring methods: Supervisors check postcard distribution during outreach visits. Routine immunisation registers track uptake and completion. Household caregiver surveys capture recall and usefulness. Cost-tracking templates for procurement and logistics. | Success criteria: (1) More than 5 percentage point increase in timely vaccine completion across diverse contexts; (2) Fidelity of 80% (postcards correctly filed and delivered); (3) equity gap reduction between vulnerable and non-vulnerable populations; (4) stable cost per additional vaccinated child less than \$10. |

Ils notèrent également des différences contextuelles : le pilote se déroulait dans un district urbain pendant une campagne intensive, alors que l'extension impliquait une prestation continue et annuelle, dans des zones urbaines périphériques et reculées aux infrastructures plus limitées.

Plan de mise à l'échelle horizontale – Partie II : Diffusion, ressources et suivi

La comparaison fut traduite en actions concrètes. Les responsables de district reçurent un bref document « pourquoi maintenant », les superviseurs animèrent une courte séance d'application pratique lors de la réunion mensuelle, et les centres utilisèrent une fiche visuelle simple pour expliquer la carte aux parents. Les coûts furent inscrits directement dans le plan, incluant un contrat d'impression maintenant l'unité à moins de vingt cents et la production initiale d'environ 150 000 cartes. La distribution fut intégrée aux envois de vaccins existants, et la formation intégrée aux sessions de rafraîchissement de deux heures.

Le suivi a été volontairement simplifié et intégré aux systèmes routiniers, avec quatre indicateurs clés assortis de seuils, permettant de comparer les performances des trois régions et d'identifier les besoins d'adaptation. Il s'agissait : d'une fidélité d'au moins 80 % dans la complétion

correcte des cartes, d'une augmentation d'au moins cinq points de pourcentage des doses administrées à temps par rapport à des districts comparables, d'une réduction des écarts d'équité au bénéfice des familles marginalisées, et d'un coût par enfant entièrement vacciné supplémentaire demeurant inférieur à dix dollars. Une règle décisionnelle simple a été inscrite en langage clair : ne poursuivre l'expansion que si au moins deux des trois régions atteignent tous les seuils après deux trimestres ; dans le cas contraire, mettre l'extension en pause, corriger, puis ré-tester.

Plan de mise à l'échelle verticale – Sélection de la voie

En parallèle, l'équipe a sélectionné les voies verticales prévues dans le plan : l'intégration de l'intervention dans les politiques de l'EPI (Programme élargi de vaccination), son intégration au niveau des services via des SOP (procédures opérationnelles standard), des formulaires de supervision et des systèmes de commande, ainsi que son institutionnalisation par une circulaire ministérielle, une ligne budgétaire dédiée à l'EPI et un module de formation. Il a été noté qu'aucune modification législative n'était requise pour l'adoption immédiate.

| Vertical Scaling Plan | | | Intervention: <u>Appointment reminder card</u> |
|---|--|---------------|--|
| Type of Scale-Up | Category of change | Change needed | Describe specific changes needed |
| <p>[X] Policy integration into an existing programme – Embed the intervention into an established programme, service, or policy framework.</p> <p>[X] Service-level integration – Incorporate the intervention into routine service delivery platforms (e.g. adding to health worker protocols, school curricula).</p> <p>[X] Institutionalisation – Make the intervention part of standard operating procedures, guidelines, or job descriptions, with dedicated budget lines.</p> | Policy | Yes | Postcards must be included in MoH vaccination operational guidelines and demand-generation policies. |
| | Political commitment | Yes | Ministers and senior officials must endorse and champion postcards as a national priority. |
| | Legal change | No | Not required. |
| | Regulations, norms, guidelines | Yes | Add postcards to immunisation SOPs, supervision checklists, and reporting templates. |
| | Financing and budgets | Yes | Secure a dedicated budget line for postcard design, printing, and distribution. |
| | Logistics | Yes | Integrate postcard supply with existing vaccine distribution chains. |
| | Management information systems | To be defined | May need small adjustments to record postcard distribution and track fidelity. |
| | Supervision | Yes | Supervisors must include postcard use in standard monitoring visits. |
| | Staff evaluation, performance incentives | To be defined | Postcard delivery may be linked to outreach performance, but this needs assessment. |
| | Training curricula and approaches | Yes | Add postcards to outreach worker training modules and refresher sessions. |
| | Health workforce changes | No | No new staff needed; uses existing staff. |
| | IEC materials | Yes | Postcards must be co-branded with MoH/UNICEF logos, translated into multiple languages, and pictorially adapted for low-literacy groups. |
| | Other | Yes | Mechanism for periodic redesign (to prevent message fatigue) should be established. |

Dissemination

- Decision-makers: MoH, UNICEF, WHO district directors.
- Approach: Policy briefs and cost summaries for MoH/Minors; peer learning for managers; job aids for workers; evidence briefs/webinars for multipliers.
- Message: Low-cost, equity-enhancing, easy to integrate.

Costs & resources

- Costs: At scale, \$0.20 per postcard; 500,000 postcards annually (~\$100,000).
- Efficiency: Economies of scale achievable with bulk printing and bundling with vaccine shipments.
- Resources needed: Donor co-financing in early phases; eventual transition to MoH budget line. Communications experts for design adaptation.

Monitoring & evaluation

- Monitoring: Supervisors check postcard use; immunisation data track uptake/timeliness; spot surveys assess caregiver recall.
- Key indicators: % postcards distributed correctly; % increase in on-time vaccination; equity gap reduction; cost per additional child vaccinated.
- Evaluation: Quasi-experiment to assess impact on vaccination uptake.

Plan de mise à l'échelle verticale — Catégories de changement

Chaque catégorie de changement renvoie à une composante du système devant être adaptée pour que l'activité devienne routinière — telles que la politique, le financement, la logistique, la formation, la supervision ou les systèmes d'information. Chacune a été associée à un responsable, ainsi qu'à un document ou un processus à modifier.

Les politiques et les lignes directrices nécessitaient la publication d'une circulaire ministérielle ainsi que des révisions des directives opérationnelles de l'EPI afin de formaliser l'usage de la carte postale dans la vaccination de routine. Le **financement** exigeait la création d'une ligne budgétaire EPI dédiée, initialement soutenue par des fonds de donateurs puis progressivement absorbée par des financements nationaux. La logistique demandait un code de commande spécifique pour les cartes de rappel, leur intégration systématique dans les envois de vaccins, ainsi que des inventaires trimestriels au niveau des districts. La **formation** ajoutait un module court sur l'utilisation de la carte postale, intégré à la fois aux formations continues et préalables au service. La **supervision** incorporait une case à cocher attestant la complétion correcte de la carte dans les fiches de visite mensuelles, assortie de mécanismes de reconnaissance pour les équipes performantes. Les **systèmes d'information** restaient légers, en recourant aux indicateurs existants de vaccination pour suivre les résultats, tandis qu'un calendrier simple de refonte périodique des cartes assurait le maintien de l'intérêt des utilisateurs.

Plan de mise à l'échelle verticale — Prise de décision et diffusion

La dissémination des décisions verticales a suivi le plan à la lettre. La direction de l'EPI a reçu une note technique de deux pages et une courte présentation décisionnelle, tandis qu'une visite discrète sur le terrain a précédé la présentation au Comité national consultatif sur l'immunisation (NITAG). Rien n'a été scénarisé : une soignante consultait la carte au domicile d'une famille, lisait la prochaine date inscrite, et la mère la montrait. Les demandes adressées au ministère étaient ciblées et concrètes : publier la circulaire, activer la ligne budgétaire, ajouter la case de supervision, et activer le code de commande. Le NITAG a donné son aval, et la circulaire a été signée la semaine suivante.

Pour en savoir plus :

Ce guide pratique présente des outils concrets pour aider les équipes à évaluer la préparation à la mise à l'échelle, mobiliser les parties prenantes, et planifier l'échelle. Toutefois, la mise à l'échelle est un domaine complexe à part entière, s'appuyant sur des connaissances issues de la science de la mise en œuvre, du changement systémique, de l'économie politique, et de la gestion organisationnelle. Aucun guide ne peut à lui seul capturer toutes les perspectives, enseignements ou stratégies existantes. C'est pourquoi cette section présente des ressources complémentaires pour celles et ceux qui souhaitent approfondir le sujet — que ce soit pour explorer plus en détail les cadres introduits ici, ou pour élargir leur compréhension des défis et approches de la mise à l'échelle.

« Je souhaite en savoir plus sur [l'effet de déperdition à grande échelle de John List](#). »

Cet ouvrage décrit les potentielles « pertes de voltage » qui surviennent lorsque des interventions prometteuses en pilote perdent leur efficacité ou leur rentabilité lorsqu'elles changent d'échelle (voir l'Annexe 1 pour plus de détails)..

« Je souhaite vérifier rapidement et de manière structurée la scalabilité avant d'investir. »

[L'outil d'évaluation de l'évolutivité des interventions \(ISAT\) développé par Milat et al.](#) fournit aux décideurs publics et aux équipes de mise en œuvre une liste de contrôle pratique pour évaluer la préparation à l'échelle, selon des critères tels que la solidité des preuves, les coûts, la fidélité, et le contexte.

« Je souhaite compléter la Phase « Mettre à l'échelle » du processus DEPTHS par une autre alternative de mise à l'échelle. »

[OMS/ExpandNet : Neuf étapes pour élaborer une stratégie de mise à l'échelle \(Neuf étapes pour élaborer une stratégie de mise à l'échelle\)](#) offre une feuille de route éprouvée, couvrant quoi mettre à l'échelle, qui l'adoptera, les besoins en ressources, les partenariats, et le suivi. Associez-la à [ExpandNet : Beginning with the End in Mind \(Commencer par la fin en tête\)](#) afin de concevoir des pilotes avec la future mise à l'échelle en tête dès le départ (budgets, rôles, systèmes de données).

Une autre option est le [BehaviourWorks Scale-up Toolkit](#), qui aide à distinguer les éléments centraux vs. adaptables, planifier les voies d'adoption, anticiper les pertes de voltage, et choisir des tactiques d'échelle (ex. : déploiement par étapes, nouveaux canaux). C'est un bon pont opérationnel entre les Plans d'Échelle horizontale et d'Échelle verticale.

« Je veux des cadres de mise en œuvre solides pour comprendre le contexte avant la mise en œuvre. »

Les équipes peuvent utiliser le [CFIR \(Consolidated Framework for Implementation Research\)](#), qui permet d'identifier les barrières et facteurs facilitateurs liés à l'intervention, aux contextes, aux acteurs, et aux processus. [L'EPIS \(Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment\)](#) apporte une vision séquentielle et met en avant les « facteurs de liaison » entre les systèmes et les services. Pour les équipes débordées, utiliser CFIR pour structurer le registre des risques/hypothèses, et EPIS pour planifier quand et comment les adaptations seront réalisées.

« Je dois concevoir des adaptations sans perdre l'essentiel. »

[Le processus d'adaptation dynamique \(DAP\)](#) montre comment planifier et documenter les adaptations tout en protégeant les fonctions centrales. Ce cadre est utile lorsque votre plan d'Adaptation horizontale requiert des changements liés aux langues, aux canaux ou aux modèles de ressources humaines.

« Je veux planifier une adaptation à long terme, pas seulement un lancement. »

[Le cadre de durabilité dynamique \(DSF\)](#) propose l'idée que le contexte évolue, et que les interventions doivent évoluer avec lui. Il aide à mettre en place des boucles d'amélioration continues simples (ex. : examens trimestriels de fidélité + résultats) durant la mise à l'échelle, afin que l'intervention reste efficace malgré les évolutions contextuelles.

« Je dois surveiller la portée, la fidélité et le maintien pendant la phase de mise à l'échelle. »

[RE-AIM \(Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance\)](#) propose cinq dimensions claires, mesurables, et compréhensibles avec des données de routine. Il peut être combiné avec PRISM, qui ajoute des éléments liés au contexte (flux de travail, leadership, systèmes d'information). Ensemble, ils aident à sélectionner un petit nombre d'indicateurs pertinents pour vos tableaux de bord de mise à l'échelle.

« Je souhaite suivre et communiquer la valeur publique au sens large. »

Le modèle [Translational Sci](#) aide à documenter les bénéfices communautaires, cliniques, économiques et politiques au-delà des effets principaux. Il est particulièrement

UNICEF met également à disposition une expertise interne solide pour soutenir la mise à l'échelle. Des membres du personnel ayant une expérience directe, ainsi que des documents et orientations internes, peuvent accompagner les équipes. Mobiliser ces ressources rend la mise à l'échelle plus accessible — particulièrement parce qu'elle est souvent la partie la plus complexe de l'application des sciences comportementales en pratique.

utile pour les notes aux bailleurs, les argumentaires budgétaires, et les politiques liées à l'échelle verticale.

« Je dois transformer les preuves en décisions et en produits. »

[Le cadre d'utilisation de la recherche de FHI 360](#) propose un parcours concret de la preuve à l'action — cartographie des parties prenantes, conception de produits, et institutionnalisation. Pour la rédaction et la planification, [la boîte à outils de transfert de la recherche du PRB](#) fournit des modèles de notes politiques, de plans de parties prenantes et de passerelles preuve-à-action. Le [cadre de diffusion de la recherche à valeur ajoutée](#) offre une approche simple et complète pour diffuser et utiliser les résultats de recherche.

| RESSOURCE | CE QU'IL OFFRE ET SON UTILITÉ POUR LA MISE À L'ÉCHELLE |
|--|--|
| Guide du programme de changement social et comportemental : tous les outils (Guide SBC de l'UNICEF) | Un ensemble d'orientations internes, documents de cadrage et outils pour les programmes de changement de comportement. Utile pour concevoir, mettre en œuvre et ajuster des programmes de changement de comportement, afin d'assurer cohérence et qualité lors de la mise à l'échelle. |
| Ressources pour la recherche sur la mise en œuvre (UNICEF) | Des orientations pratiques et des études de cas sur l'utilisation de la recherche de mise en œuvre pour adapter et mettre à l'échelle des interventions dans des contextes réels. Utile pour identifier les barrières, tester les adaptations, et éclairer une mise à l'échelle durable. |
| Mise à l'échelle de la protection de l'enfance : un cadre (volumes 1 et 2) | Propose une feuille de route conceptuelle et pratique pour la mise à l'échelle de programmes, politiques et services en protection de l'enfance. Les étapes incluent : construire le consensus, évaluer la scalabilité, élaborer une stratégie de mise à l'échelle, mettre en œuvre, suivre, et adapter. |
| Compendium de recherche sur la mise en œuvre (UNICEF) | Une série d'études de cas provenant de neuf pays montrant comment la recherche de mise en œuvre aide dans les contextes réels, surtout pour l'adaptation et la mise à l'échelle. |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

| RESSOURCE | CE QU'IL OFFRE ET SON UTILITÉ POUR LA MISE À L'ÉCHELLE |
|---|---|
| <p>Mise à l'échelle de l'innovation pour chaque enfant (UNICEF)</p> | <p>Principes et recommandations du Groupe Innovation de l'UNICEF concernant la mise à l'échelle des innovations, particulièrement numériques, au sein de l'écosystème UNICEF.</p> |
| <p>Outils et éthique pour l'application des connaissances en comportement : boîte à outils de base (Sommet de la connaissance de l'UNICEF)</p> | <p>Outils et cadre éthique pour appliquer les sciences comportementales. Utile pour garantir que la mise à l'échelle se fait de façon responsable, en évitant les risques potentiels, effets inattendus ou usages inappropriés lorsque l'intervention gagne en ampleur.</p> |

Annexes

Annexe 1 : Cinq chutes de tension (Voltage Drops) selon John List²⁶

| SIGNE VITAL | SIGNIFICATION | EXEMPLE |
|--|--|--|
| Faux positifs | Le pilote semblait efficace, mais l'effet n'était pas réel ou ne pouvait pas être reproduit. | Avec le programme DARE (Drug Abuse Resistance Education), les premiers pilotes scolaires ont montré des évolutions encourageantes d'attitudes et d'intentions, ce qui a poussé à un déploiement dans des milliers d'écoles. Plus tard, des études indépendantes, mesurant les comportements réels et non les intentions, n'ont constaté que peu ou pas de réduction de l'usage de drogues, voire de légers effets inverses. Le succès initial provenait donc de mesures auto-rapportées à court terme. La leçon : confirmer les effets avec des résultats objectifs et des répliques avant une mise à l'échelle. |
| Représentativité de la population | Le pilote a fonctionné pour une population test, qui diffère largement de la population à l'échelle. | Un curriculum préscolaire dans une banlieue de Chicago a davantage amélioré les résultats scolaires chez les enfants hispaniques que chez les enfants blancs ou noirs. Une explication : les familles hispaniques y étaient souvent multigénérationnelles, avec des grands-parents pouvant aider lorsque les parents étaient absents. Une mise à l'échelle sans nuance aurait conduit à sur-investir pour des groupes qui auraient moins bénéficié de l'intervention. Comprendre pour qui l'intervention fonctionne permet donc d'ajuster la cible et l'adaptation. |
| Effets de débordement | L'intervention affecte des groupes non ciblés, ce qui change l'impact observé lors du pilote par rapport à l'impact à l'échelle. | Dans un cas préscolaire, des enfants non inscrits ont progressé simplement en jouant avec des camarades qui participaient au programme : il s'agissait d'un spillover positif. Une mise à l'échelle aurait amplifié l'impact global. |
| Côté offre | Même si l'efficacité persiste, l'effet de déperdition à grande échelle peut venir de coûts qui augmentent de façon disproportionnée (diseconomies of scale). | Une équipe a anticipé les coûts et la capacité de déploiement en concevant le programme Chicago Heights pour qu'il puisse être délivré par des enseignants "moyens" dans des communautés ordinaires. Le modèle était donc conçu dès le départ pour être scalable — financièrement et opérationnellement. |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

²⁶ List, J.A. Optimally generate policy-based evidence before scaling. *Nature* 626, 491–499 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06972-y>

| SIGNE VITAL | SIGNIFICATION | EXEMPLE |
|-------------------------------------|--|---|
| Représentativité du contexte | L'intervention a fonctionné dans un contexte trop particulier pour être reproduit à l'échelle. | Un programme de petite enfance a réussi grâce à un nombre restreint d'enseignants très performants. En recruter 30 000 était impossible. De même, le programme Early Head Start dépendait de parents ayant beaucoup de temps libre — une ressource qui disparaissait lors de la mise à l'échelle. En résumé : le contexte qui a permis le succès du pilote ne pouvait pas être reproduit. |

Annexe 2 : Dimensions opérationnelles qui échouent le plus souvent à grande échelle.

Les pilotes fonctionnent souvent parce qu'ils bénéficient de financements supplémentaires, d'une supervision renforcée, ou de conditions idéales qui disparaissent lors d'une mise à l'échelle. Le tableau ci-dessous présente les domaines opérationnels qui se brisent le plus dans des conditions routinières, de l'affectation du personnel à l'accès communautaire. Les examiner permet d'anticiper les ajustements nécessaires pour rendre l'expansion réellement scalable.

| DIMENSION OPÉRATIONNELLE | CONSIDÉRATIONS |
|---------------------------------------|---|
| Personnel et charge de travail | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de membres du personnel en service par session • Répartition des tâches (infirmières, agentes d'accueil, agents communautaires) • Fréquence des congés maladie ou départs, et modalités de remplacement • Temps protégé vs. tâches concurrentes • Temps nécessaire pour chaque tâche • Organisation des horaires et règles d'heures supplémentaires • Fiabilité des bénévoles • Limites liées à ce que chaque rôle est autorisé à faire • Rapidité avec laquelle les remplaçants peuvent être recrutés |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

| DIMENSION OPÉRATIONNELLE | CONSIDÉRATIONS |
|--|--|
| Formation et intégration | <ul style="list-style-type: none"> • Durée et format de la formation (classe, pratique sur site) • Temps de pratique et critères de validation • Ratio formateurs/participants • Langues utilisées et lisibilité des supports • Qui forme qui (équipe centrale ou superviseurs locaux) • Fréquence des recyclages • Disponibilité d'outils d'aide (job aids) • Modalités d'intégration des nouveaux ou remplaçants • Intégration au budget et aux réunions existantes |
| Supervision et assurance qualité | <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence et durée des visites de supervision • Nombre de personnel supervisé par superviseur • Outils utilisés (checklists simples, fiches d'observation), et retour d'information • Signalement des problèmes : par qui, comment, délais de résolution • Proportion des sessions observées • Disponibilité de mentorat ou soutien entre pairs • Réalisme des visites de supervision compte tenu |
| Organisation de la prestation de services | <ul style="list-style-type: none"> • Jours et horaires d'ouverture • Fréquence des activités d'approche mobile et mode d'organisation • Durée d'une session, ponctualité de début • Organisation des flux de bénéficiaires (files, priorités, périodes de forte affluence) • Taux de rendez-vous manqués • Couplage de services (ex. suivi de croissance + vaccination) • Conflits avec d'autres événements (campagnes, marchés) • Variations saisonnières |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

| DIMENSION OPÉRATIONNELLE | CONSIDÉRATIONS |
|--|---|
| Charge de travail | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen d’usagers par jour ou par session • Part des nouvelles visites vs. visites de suivi • Taille et dispersion de la zone de couverture • Périodes de forte activité • Abandon entre les doses (drop-out) • Nombre d’individus nécessitant un suivi hebdomadaire • Objectifs de couverture et tendances récentes • Écarts entre quartiers ou groupes • Fréquence de mise à jour des listes cibles, et exactitude |
| Approvisionnement et logistique | <ul style="list-style-type: none"> • Responsables des prévisions de besoins et méthode utilisée • Fréquence des livraisons et délais habituels • Capacité de stockage dans les salles et dans les réfrigérateurs/congérateurs • Méthodes de contrôle de la chaîne du froid (températures) • Niveau de stock tampon convenu • Fréquence et durée des ruptures de stock • Gestion du gaspillage et utilisation des produits proches de la date de péremption • Disponibilité des kits complets (seringues, boîtes de sécurité, coton, gants) • Sécurité et rangement des stocks • Exactitude des registres de stock |
| Transport et accessibilité | <ul style="list-style-type: none"> • Temps de trajet jusqu’aux sites d’approche • Disponibilité des véhicules et modalités de réservation • Règles et budgets liés au carburant • Pannes et maintenance • Conditions routières et météorologiques • Fiabilité du transport public • Checkpoints ou contrôles de sécurité • Options alternatives (motos, voitures louées) • Coûts et autorisations requises pour les déplacements |

| DIMENSION OPÉRATIONNELLE | CONSIDÉRATIONS |
|------------------------------------|---|
| Données et IT | <ul style="list-style-type: none"> • Source principale des données (registre papier, fiches de comptage, registre électronique) et circulation des informations • Fréquence d'envoi des rapports, respect des délais et complétude • Nombre d'utilisateurs partageant un même appareil • Couverture réseau et options hors ligne • Batteries et problèmes de recharge • Assistance en cas de panne et délai de résolution • Erreurs fréquentes (doublons, fautes de noms) • Respect des règles de confidentialité et de consentement • Accès aux tableaux de bord et utilisation lors des réunions |
| Paiements et incitations | <ul style="list-style-type: none"> • Règles et barèmes pour les indemnités journalières, repas ou déplacements • Soutien en crédit téléphonique/données pour les appels ou messages • Primes éventuelles de performance, critères d'attribution et rapidité de paiement • Indemnités ou reconnaissance des bénévoles • Perception d'équité par le personnel • Durée du processus administratif, du dépôt de demande au paiement • Stabilité et sécurité de la source de financement |
| Les canaux de communication | <ul style="list-style-type: none"> • Méthodes officielles de transmission des décisions (mémos, circulaires, réunions régulières) et délai nécessaire pour que les changements parviennent au personnel de première ligne. • Canaux informels (groupes WhatsApp) et personne responsable de leur modération. • Canaux communautaires (radio locale, annonces publiques, groupes confessionnels). • Lisibilité des messages et utilisation des langues appropriées. • Manière dont les retours d'information du personnel de terrain remontent aux responsables. |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

| DIMENSION OPÉRATIONNELLE | CONSIDÉRATIONS |
|---|---|
| Passation de marchés et finance | <ul style="list-style-type: none"> • Délai nécessaire pour acquérir des impressions, des équipements de protection, des fournitures de bureau, ou des pièces de réfrigération. • Existence ou non d'accords-cadres avec les fournisseurs vs. achats ponctuels. • Personnes autorisées à valider les dépenses selon les montants, et temps requis pour cette validation. • Limites liées à la petite caisse. • Blocages ou interdictions de dépense en fin de trimestre ou d'année. • Fiabilité des fournisseurs et risques de paiements tardifs. • Risques liés au taux de change ou à l'inflation. • Exemptions fiscales ou douanières. • Documents requis pour les contrôles financiers. |
| Politique et gouvernance | <ul style="list-style-type: none"> • Approbations nécessaires (note ministérielle, validation par un groupe technique, avis éthique si requis). • Conformité des plans avec les directives et procédures en vigueur. • Règles pouvant limiter le partage des données ou le consentement. • Répartition du pouvoir décisionnel (niveau national, district, structure). • Modalités de redevabilité. • Fréquence des inspections ou contrôles. • Alignement avec les règles des partenaires (ONU/ONG). |
| Environnement et sécurité (le cas échéant) | <ul style="list-style-type: none"> • Couvre-feux ou restrictions de mouvement. • Conflits ou violence potentielle selon les zones. • Saisons de catastrophes (inondations, tempêtes, chaleur extrême) et plans de contingence. • Itinéraires sécurisés pour les activités d'approche communautaire. • Assurance ou couverture de risques. • Acceptation communautaire et risque de rejet. • Stress et soutien pour le personnel. • Stocks de contingence et dispositifs mobiles de chaîne du froid. |

Le tableau se poursuit à la page suivante.

**DIMENSION
OPÉRATIONNELLE**

CONSIDÉRATIONS

**Contraintes liées à
l'équité et à l'accès**

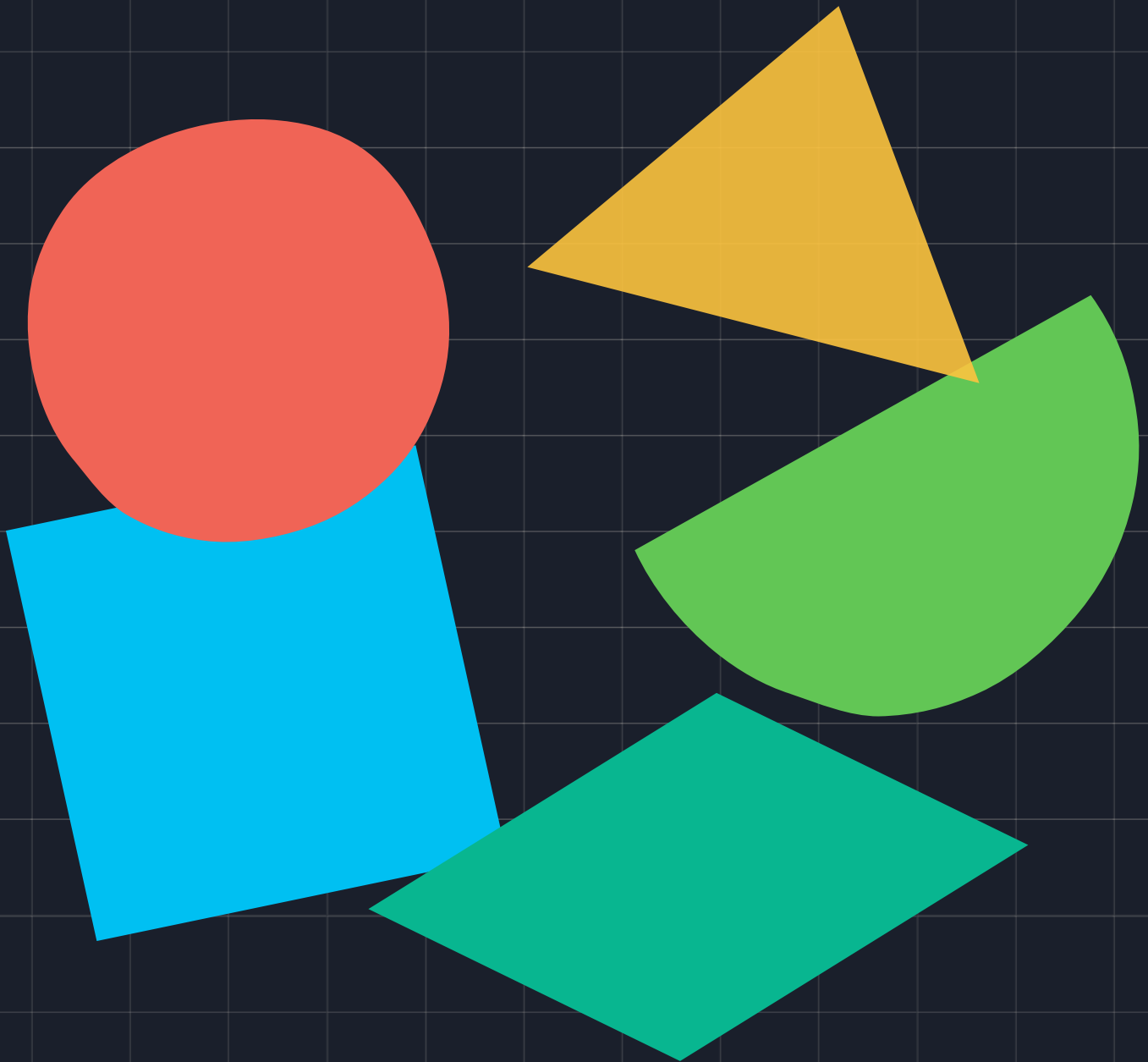
- Langues et niveaux d'alphabétisation.
- Accessibilité pour les personnes en situation de handicap (rampes, signalétique, aides à la communication).
- Normes de genre influençant la présence ou la prise de décision.
- Temps et coûts de déplacement pour les bénéficiaires.
- Nécessité de documents d'identité, et nombre de personnes qui en sont dépourvues.
- Statut des réfugiés ou migrants et leurs droits d'accès.
- Calendriers culturels ou religieux.
- Risques de stigmatisation ou discrimination.
- Solutions adaptées (interprètes, horaires flexibles, respect de la confidentialité pendant les visites).

Ressources :

1. Al-Ubaydli, Omar, and John A. List. 2022. "Scaling for results in development: Option C thinking." *Issues in Science and Technology* 38 (4). <https://issues.org/scaling-option-c-al-ubaydli-list/>
2. Al-Ubaydli, Omar, and John A. List. 2023. "Scaling for impact: The road ahead." *Issues in Science and Technology*. <https://issues.org/scaling-option-c-al-ubaydli-list/>
3. BehaviourWorks Australia. n.d. "Chapter 12: Making the most of an effective intervention." <https://www.behaviourworksaustralia.org/the-method-book/chapter-12-making-the-most-of-an-effective-intervention>
4. Centre for Economic and Social Studies (CESS), V. Reddy, and N. Jayakumar. 2011. Financing the WASH sector in India: Cost of provision and budget allocations (WASHCost Working Paper No. 12; CESS Working Paper No. 100).
5. Crider, Yoshika, Miki Tsuchiya, Magnifique Mukundwa, Isha Ray, and Amy J. Pickering. 2023. "Adoption of point-of-use chlorination for household drinking water treatment: A systematic review." *Environmental Health Perspectives* 131. <https://doi.org/10.1289/EHP10839>
6. Damschroder, Laura J., David C. Aron, Rosalind E. Keith, Susan R. Kirsh, Jeffery A. Alexander, and Julie C. Lowery. 2009. "Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science." *Implementation Science* 4 (1): 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
7. Karunamoorthi, K. 2014. "The counterfeit anti-malarial is a crime against humanity: A systematic review of the scientific evidence." *Malaria Journal* 13: 209. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-13-209>
8. List, John A. 2024. "Optimally generate policy-based evidence before scaling." *Nature* 626: 491-499. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06972-y>
9. List, John A., F. Momeni, A. Peysakhovich, and D. Suskind. 2023. "A behavioral framework for scaling." *Nature* 624: 85-90. <https://www.nature.com/articles/s41586-023-06972-y>
10. List, John A., F. Momeni, and Yves Zenou. 2023. "The voltage effect in scaling." *Nature* 623: 963-970. <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06972-y>
11. Luke, Douglas A., Ana A. Baumann, Benjamin J. Carothers, John Landsverk, Enola K. Proctor, and Aurelio J. Figueredo. 2018. "Forging a link between mentoring and capacity building in implementation science." *Translational Behavioral Medicine* 8 (4): 652-659. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibx071>
12. Milat, Andrew J., Kirsten Lee, Katy Conte, Alethea Grunseit, and Luke Wolfenden. 2020. *Intervention Scalability Assessment Tool (ISAT): A decision support tool for health policy makers and implementers*. Sydney: Centre for Epidemiology and Evidence, NSW Ministry of Health. <https://www.health.nsw.gov.au/research/isat>
13. Ogutu, E. A., A. S. Ellis, K. A. Hester, K. Rodriguez, Z. Sakas, C. Jaishwal, C. Yang, S. Dixit, A. S. Bose, M. Sarr, W. Kilembe, R. Bednarczyk, and M. C. Freeman. 2024. "Success in vaccination programming through community health workers: A qualitative analysis of interviews and focus group discussions from Nepal, Senegal and Zambia." *BMJ Open* 14 (4): e079358. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079358>
14. Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI). n.d. "Dissemination and implementation framework and toolkit." <https://www.pcori.org/implementation-evidence/putting-evidence-work/dissemination-and-implementation-framework-and-toolkit>
15. Sanders, Michael, Veerle Snijders, Michael Hallsworth, and Eamonn Kirkman. 2021. "Scaling: A behavioural science perspective on scaling up behavioural insights interventions." *OSF Preprints*. https://osf.io/preprints/osf/scd3k_v1

16. United Nations Development Programme (UNDP). 2013. Guidance note: Scaling up development programmes. New York: UNDP. <https://www.undp.org/publications/guidance-note-scaling-development-programmes>
17. University of Washington. n.d. "Implementation science resource hub." Seattle: University of Washington. <https://impsciuw.org/>
18. World Health Organization. 2010. Nine steps for developing a scaling-up strategy. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319_eng.pdf?sequence=1
19. World Health Organization. 2011. Beginning with the end in mind: Planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44432/9789241500319_eng.pdf

Conclusion



Des connaissances à l'impact

Les sciences comportementales s'appuient sur les connaissances issues de la psychologie, de l'économie comportementale, de la pensée systémique, de la sociologie et de la conception centrée sur l'humain, afin d'expliquer les facteurs sociaux, environnementaux, structurels et psychologiques qui façonnent le comportement humain. Dans le domaine du développement international et des droits de l'enfant, ces connaissances remettent en question des hypothèses de longue date sur les moteurs du changement et révèlent de nouvelles façons concrètes de soutenir des comportements sains, protecteurs et équitables.

Les sciences comportementales appliquées transforment la compréhension en action. Elles permettent de révéler ce qui motive réellement les comportements et d'ancrer les programmes dans des données probantes plutôt que dans des suppositions. En testant et en apprenant de manière systématique, les équipes peuvent réduire le gaspillage, améliorer les résultats et développer à grande échelle ce qui fonctionne.

Ce que les sciences comportementales nous apprennent

Les sciences comportementales offrent plusieurs enseignements clés à l'UNICEF et à ses partenaires dans les domaines du développement international et de l'action humanitaire :

- **Les êtres humains sont sociaux.** Le comportement est façonné par les relations, les normes et les identités partagées — et pas uniquement par l'information ou l'intention. Les programmes qui s'appuient sur les réseaux sociaux de proximité et sur les valeurs communautaires ont davantage de chances de réussir.
- **Le contexte compte.** Les choix sont influencés par les systèmes et les environnements. Le changement durable survient lorsque ces environnements rendent les options saines et équitables les plus faciles à adopter.
- **L'efficacité dépend de données probantes, et non d'intuition.** Les perceptions et les jugements sont sujets à l'erreur. Les suppositions concernant ce qui modifie réellement les comportements sont souvent trompeuses. Tester les idées permet de distinguer ce qui fonctionne réellement de ce qui semble seulement juste. La mesure et l'expérimentation révèlent ce qui génère le changement, pour qui, et dans quelles conditions.
- **L'éthique et l'humilité sont essentielles.** Même des actions bien intentionnées peuvent causer du tort si elles ne sont pas conçues et testées avec un devoir de vigilance. Une pratique éthique exige un consentement éclairé réel, le respect de l'autonomie des personnes, la protection de la vie privée et la garantie que les résultats et les bénéfices soient partagés avec les communautés.

Un état d'esprit orienté vers l'action

Si les sciences comportementales appliquées offrent des outils et des méthodes précieuses pour produire des données plus solides, leur véritable valeur réside dans l'état d'esprit qu'elles proposent — une manière de penser le changement. Elles offrent une lentille structurée pour observer, comprendre et résoudre les problèmes, fondée sur la façon dont les individus pensent, décident et agissent réellement, dans les conditions concrètes de leur vie et de leur environnement. En remplaçant les suppositions par un processus systématique de test et d'apprentissage, cet état d'esprit permet aux équipes de concevoir, d'ajuster et de mettre à l'échelle des solutions qui fonctionnent en pratique, et pas seulement en théorie.

Le processus DEPTHS transforme cet état d'esprit en une approche pratique pour concevoir et améliorer des programmes éclairés par les sciences comportementales. Il offre un cadre structuré permettant de passer de l'analyse à la mise en œuvre, en garantissant des solutions fondées sur des données probantes, adaptées au contexte et durables. Pour rappel :

Définir : Clarifier le problème, les comportements ciblés et le périmètre afin d'orienter le travail.

Explorer : Recueillir et analyser des données pour comprendre les facteurs déterminants, les barrières et les facteurs contextuels qui façonnent les comportements ciblés.

Prototyper : Co-créer et ajuster les solutions avec les utilisateurs afin de garantir qu'elles soient pratiques, pertinentes et fondées sur des données probantes.

Tester les hypothèses : Mesurer si les interventions produisent le changement comportemental attendu et générer des données pour guider l'adaptation ou le passage à l'échelle.

Mettre à l'échelle : Mobiliser un appui et planifier l'expansion des solutions éprouvées afin d'assurer un impact durable.

Instaurer une culture de l'apprentissage

DEPTHS est plus qu'une succession d'étapes — c'est un changement dans notre manière de travailler. Il intègre l'expérimentation et la réflexion à chaque phase de la conception des programmes, faisant de la production et de l'utilisation de données probantes une composante normale de la mise en œuvre. Cela aide les équipes à tester les suppositions dès le départ, à apprendre rapidement et à s'adapter en continu. En bref, DEPTHS transforme l'incertitude en éclairages et les idées en impact.

Le processus ne doit pas être appliqué de manière rigide ni maîtrisé en une seule fois. De nombreuses équipes utilisent déjà des méthodes et principes similaires en tant que bonnes pratiques de conception et de programmation. Le processus DEPTHS ajoute des outils et des moments structurés permettant de renforcer la curiosité, de clarifier les problèmes et les mécanismes, et de tester et d'améliorer continuellement.

Commencer petit : poser des questions plus précises, tester une seule hypothèse ou co-créer de nouvelles solutions avec quelques membres de la communauté. Ces petits pas construisent progressivement des habitudes de curiosité, d'expérimentation et d'apprentissage qui se renforcent au fil du temps.

Le [BIRD Lab](#) appuie l'UNICEF et ses partenaires grâce à des formations, un accompagnement technique et du mentorat — depuis le diagnostic des défis comportementaux jusqu'au prototypage, au test et au passage à l'échelle des solutions. En partageant les expériences et les résultats, les équipes de l'UNICEF et leurs partenaires d'exécution peuvent renforcer leurs capacités collectives en sciences comportementales appliquées et générer un impact plus important pour les enfants.

Perspectives d'avenir

Les sciences comportementales continuent d'évoluer, approfondissant notre compréhension de la manière dont les individus prennent des décisions à travers les cultures et les contextes. Pourtant, une grande partie des données actuelles provient encore de sociétés dites WEIRD, tandis que les expériences issues du Sud global restent sous-représentées. En produisant des données là où elles sont rares, en adaptant les méthodes aux réalités de terrain et en diffusant largement les enseignements, l'UNICEF peut contribuer à façonner un domaine plus inclusif et véritablement pertinent à l'échelle mondiale.

Il ne s'agit pas d'une destination finale, mais d'un parcours continu, qui progresse à chaque nouvel éclairage et avec chaque communauté avec laquelle nous travaillons. En restant curieux, guidés par les données probantes et ancrés dans des pratiques éthiques, nous pouvons concevoir des programmes non seulement efficaces, mais transformateurs — créant un changement durable pour chaque enfant.

Appendix A: Termes clés

Cette liste regroupe l'ensemble des termes clés utilisés dans ce guide de terrain.

Core terms used in the Introduction Chapter

- **Sciences comportementales appliquée (SCA)** : L'étude de la manière dont les individus prennent des décisions et agissent dans leur vie quotidienne. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire qui s'appuie sur des données probantes pour identifier les obstacles empêchant les personnes de transformer leurs intentions en actions et pour influencer les comportements et les décisions dans des contextes réels.
- **Biais de disponibilité** : Un raccourci mental qui amène les individus à surestimer la probabilité d'un événement en se fondant sur la facilité avec laquelle des exemples similaires leur viennent à l'esprit — par exemple, les accidents d'avion ou les attaques de requins.
- **Économie comportementale** : Une discipline qui étudie comment les individus prennent réellement leurs décisions, souvent d'une manière qui diffère des modèles de choix rationnels.
- **Intervention comportementale** : Application pratique et fondée sur des données probantes des enseignements issus des sciences comportementales pour relever des défis précis liés aux programmes ou aux politiques publiques.
- **Sciences comportementales** : L'étude empirique de la manière dont les individus pensent, décident et agissent, en mettant l'accent sur l'observation, l'expérimentation systématique et l'évaluation.
- **Biais et heuristiques** : Raccourcis mentaux que l'esprit utilise pour prendre des décisions rapidement.
- **Architecture du choix** : Pratique consistant à concevoir la manière dont les choix sont présentés aux individus afin d'influencer leurs décisions.
- **Biais cognitif** : Schéma systématique de déviation par rapport au jugement rationnel, dans lequel les individus prennent des décisions de manière illogique, en raison de raccourcis mentaux, d'émotions ou de pressions sociales.
- **Biais de confirmation** : Tendance à remarquer, valoriser et croire davantage les informations qui confirment nos croyances existantes, tout en ignorant ou rejetant celles qui les contredisent.
- **Contexte** : Ensemble des facteurs internes et externes qui influencent la prise de décision et le comportement des individus. Le contexte résulte de l'interaction entre les personnes (caractéristiques sociodémographiques, normes, parcours personnel), un lieu (environnement physique, ressources disponibles), un moment précis (état d'esprit, stimuli locaux) et une histoire particulière (culture).
- **Biais par défaut** : Tendance des individus à choisir l'option proposée par défaut lorsqu'ils sont confrontés à plusieurs choix, car elle requiert le moins d'effort ou est perçue comme la norme implicite.
- **Phase « Définir » du processus DEPTHS** : Première étape du processus DEPTHS, axée sur l'identification claire du problème spécifique et des comportements à cibler.
- **Phase « Explorer » du processus DEPTHS** : Deuxième étape du processus DEPTHS, consistant à mobiliser la recherche pour comprendre les facteurs socioculturels, environnementaux et psychologiques qui influencent les comportements.
- **Phase « Prototyper » du processus DEPTHS** : Troisième étape du processus DEPTHS, qui consiste à co-créer et prétester des solutions potentielles directement avec les personnes qui les utiliseront.

- **Phase « Mettre à l'échelle » du processus DEPTHS :** Dernière étape du processus DEPTHS, qui vise à étendre les interventions efficaces à de nouveaux contextes (échelle horizontale) et à les intégrer durablement dans les politiques et les systèmes (échelle verticale).
- **Phase « Tester les hypothèses » du processus DEPTHS :** Quatrième étape du processus DEPTHS, qui consiste à piloter les interventions dans des conditions réelles afin de générer des données probantes et d'adapter la conception des solutions.
- **DEPTHS :** Acronyme d'un processus systématique développé par l'UNICEF pour appliquer les sciences comportementales. Il correspond à : Définir, Explorer, Prototyper, Tester les hypothèses, et Mise à l'échelle.
- **Théorie du double processus :** Modèle selon lequel notre esprit utilise simultanément deux systèmes pour la prise de décision : un système rapide et automatique (Système 1) et un système réfléchi et délibéré (Système 2).
- **Écarts d'empathie :** Difficulté qu'éprouvent les individus à prévoir la manière dont eux-mêmes ou d'autres personnes penseront, ressentiront ou se comporteront dans un état émotionnel ou situationnel différent.
- **Base de données probantes :** Ensemble des résultats de recherche, données et autres informations utilisées pour appuyer une recommandation, une décision ou une pratique donnée.
- **Erreur fondamentale d'attribution :** Tendance à surestimer les caractéristiques personnelles (comme le caractère ou les intentions) et à sous-estimer les facteurs situationnels lorsqu'on explique le comportement d'autrui.
- **Habitudes :** Comportements déclenchés automatiquement par des signaux de l'environnement et réalisés avec peu de réflexion consciente.
- **Conception centrée sur l'humain (HCD) :** Approche de conception fondée sur les expériences vécues des utilisateurs finaux, afin de garantir que les solutions soient pertinentes et adaptées au contexte.
- **Écart entre l'intention et l'action :** Phénomène courant où les individus ont véritablement l'intention d'agir/ adopter un comportement donné, mais ne passent pas à l'action.
- **Limites mentales / limites cognitives :** Les individus disposent d'un temps et d'une énergie mentale limités, et la majeure partie de leurs efforts cognitifs est consacrée à un petit nombre de décisions complexes chaque jour.
- **Raccourcis mentaux :** Heuristiques sur lesquelles les individus s'appuient pour prendre des décisions rapidement; par exemple, imiter le comportement des autres, suivre ce qui procure une sensation positive ou s'en tenir à des routines familières. Ces raccourcis sont utiles pour naviguer efficacement dans des environnements complexes, mais peuvent aussi conduire à des biais systématiques ou à des erreurs de jugement.
- **Biais du présent :** Tendance à accorder davantage de poids aux coûts et bénéfices immédiats qu'à ceux qui se produiront dans le futur.
- **Méthodes d'évaluation robustes (par exemple, les ECR) :** Les essais contrôlés randomisés (ECR) et d'autres méthodes expérimentales permettant de mesurer l'impact comportemental.
- **Changement social et comportemental (CSC) :** Processus stratégique fondé sur des données probantes qui utilise la communication pour promouvoir et maintenir des normes sociales positives et un changement de comportement durable au niveau individuel et communautaire. Le CSC va au-delà de la simple sensibilisation : il vise à aborder l'ensemble des facteurs individuels, sociaux et structurels qui influencent les choix et les actions des personnes. Son objectif ultime est de créer un environnement propice à un changement positif et durable pour le bien-être des communautés.
- **Biais du statu quo :** Tendance à s'en tenir aux conditions existantes même lorsqu'il existe de bonnes raisons de choisir autrement.
- **Système 1 :** Système de pensée rapide, automatique, impulsif et réactif. Il est souvent comparé à un « éléphant » : puissant, mais sensible aux signaux de l'environnement et aux biais cognitifs.
- **Système 2 :** Système de pensée lent, réfléchi, attentif et délibéré. Il est souvent comparé à un « cavalier » capable de diriger l'éléphant, mais au prix d'un effort conscient.

- **Pensée systémique** : Approche qui examine les facteurs structurels et systémiques influençant les comportements afin d'identifier les voies permettant d'étendre les solutions à grande échelle.
- **Sociétés WEIRD** : Acronyme désignant les sociétés occidentales, éduquées, industrialisées, riches et démocratiques. Ce terme souligne que les personnes issues de ces sociétés, qui ne représentent qu'environ 12 % de la population mondiale, constituent jusqu'à 80 % des participants aux recherches en psychologie.

Termes clés utilisés dans le chapitre « Définir »

- **Arbre comportemental** : Carte visuelle simple qui relie un résultat souhaité aux publics cibles clés ainsi qu'aux comportements spécifiques qui influencent ce résultat.
- **Comportement** : Action spécifique et observable réalisée par une personne, par opposition à ses pensées, sentiments ou croyances.
- **Facteurs déterminants / moteurs du comportement** : Facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux, tels que les croyances, les normes, les infrastructures ou les règles, qui influencent la probabilité qu'un comportement se produise.
- **Matrice de priorisation impact-faisabilité** : Outil permettant de concentrer les efforts en comparant plusieurs comportements selon deux critères : l'impact (dans quelle mesure le changement de comportement contribue au résultat souhaité) et la faisabilité (dans quelle mesure il est réaliste d'influencer ou de modifier ce comportement).
- **Analyse des points d'influence** : Processus consistant à utiliser une carte systémique pour identifier les points de levier, c'est-à-dire les aspects d'un système qui, s'ils étaient modifiés, auraient un fort impact sur les résultats souhaités.
- **Points d'influence** : Éléments spécifiques d'un système où un changement comportemental stratégique peut entraîner une amélioration significative des résultats.
- **Boucle de rétroaction négative (boucle d'équilibrage)** : Processus par lequel un système réagit à un changement en le contrebalançant ou en le corrigeant, ce qui aide le système à maintenir sa stabilité ou à revenir à son état initial.
- **Boucle de rétroaction positive (boucle de renforcement)** : Processus qui amplifie le changement en créant un cycle auto-renforçant, accélérant ainsi la dynamique initiale et poussant le système davantage dans la même direction.
- **Audience principale** : Individus ou groupes qui vivent directement un problème, influencent directement le résultat visé par leurs actions ou sont les plus susceptibles de bénéficier d'une solution.
- **Énoncé du problème et des résultats attendus** : Outil servant à préciser clairement le problème, le ou les résultats d'intérêt, les parties prenantes à mobiliser et les groupes de population à cibler.
- **Canvas du projet** : Document synthétique d'une page présentant le résultat visé, les points de levier, les acteurs et actions clés qui favoriseront le changement, ainsi que les rôles et responsabilités de chacun.
- **Audience secondaire** : Individus ou groupes qui influencent indirectement le résultat visé par leurs décisions, leurs habitudes ou leurs rôles. Ils façonnent l'environnement, les choix ou l'accès de l'audience principale, et peuvent inclure des gardiens, des influenceurs ou des décideurs.
- **Objectif SMART** : Objectif ou résultat qui est Spécifique, Mesurable, Atteignable, Pertinent et Temporellement défini.
- **Carte des parties prenantes et des audiences** : Outil permettant d'identifier les individus ou groupes les plus concernés par un problème, ainsi que leur niveau d'influence.
- **Carte systémique** : Représentation graphique illustrant les relations entre les différents facteurs d'un système, y compris les leviers et les obstacles à la réussite.
- **Pensée systémique** : Approche consistant à identifier les différentes composantes d'un problème, leurs interactions et la manière dont elles s'influencent mutuellement au fil du temps.

Termes clés utilisés dans le chapitre « Explorer »

- **Barrières :** Facteurs psychologiques, sociaux, structurels ou environnementaux spécifiques qui bloquent les progrès, empêchent l'action ou rendent plus difficile la réalisation d'un comportement souhaité.
- **Modèle des déterminants comportementaux (BDC) :** Guide conceptuel élaboré par l'UNICEF qui illustre les multiples déterminants du comportement et rappelle qu'une compréhension complète nécessite une attention portée aux influences psychologiques, sociales et environnementales.
- **Cartographie et diagnostic comportementaux :** Outil qui retrace les petites étapes observables (micro-comportements) le long d'un parcours comportemental et identifie les barrières et les facteurs facilitateurs qui les sous-tendent.
- **Profils comportementaux :** Outil permettant de synthétiser les informations sur les déterminants psychologiques, socioculturels et contextuels d'un comportement spécifique au sein d'une population cible, afin d'identifier les acteurs clés, les facteurs qui influencent leurs choix et les défis auxquels ils sont confrontés.
- **Principe de bienfaisance (selon le Rapport Belmont) :** Principe éthique issu du Rapport Belmont stipulant qu'il faut rechercher à maximiser les bénéfices potentiels pour les participants tout en réduisant au minimum les risques et préjudices possibles.
- **Capacité (dans le modèle COM-B) :** Capacité psychologique et physique à adopter un comportement, incluant les connaissances, compétences, aptitudes mentales et physiques nécessaires pour le réaliser.
- **Échantillonnage par grappes :** Méthode d'échantillonnage consistant à diviser la population en groupes (grappes), à sélectionner aléatoirement certaines grappes, puis à inclure dans l'étude tous les individus appartenant à ces grappes.
- **Cadre COM-B :** Modèle qui décompose le comportement en trois composantes essentielles : Capacité, Opportunité et Motivation, afin d'identifier les facteurs qui favorisent ou freinent un comportement.
- **Échantillonnage de commodité / Échantillonnage de convenance :** Méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner les personnes les plus faciles à atteindre et disposées à participer à l'étude.
- **Recherche documentaire (ou revue de la littérature) :** Processus consistant à examiner les données, rapports, études et autres sources existantes pour comprendre le contexte, les comportements et les populations avant la collecte de nouvelles données.
- **Échantillonnage stratifié disproportionné :** Méthode qui divise la population en strates, mais qui sélectionne intentionnellement un plus grand nombre de personnes dans certaines strates plus petites ou jugées prioritaires.
- **Points d'abandon :** Moments d'un parcours comportemental où une personne cesse d'avancer vers le comportement cible, soit en retardant, en sautant ou en ne réalisant jamais une étape.
- **Facteurs facilitateurs / leviers comportementaux :** Facteurs qui aident déjà une personne à progresser vers un comportement souhaité ou qui pourraient être renforcés pour rendre ce comportement plus simple, plus probable ou plus attractif.
- **Matrice faisabilité-impact :** Outil utilisé pour évaluer et hiérarchiser les obstacles et leviers comportementaux selon deux critères : leur impact potentiel sur le résultat souhaité et la faisabilité de leur modification.
- **Observations de terrain :** Observation directe et systématique des comportements et interactions dans leur environnement naturel.
- **Discussions de groupe :** Discussions guidées avec un petit groupe de participants visant à explorer leurs perceptions, attitudes, normes sociales et expériences partagées.
- **Littérature grise/ Littérature non conventionnelle :** Rapports, notes d'orientation ou documents de travail non publiés dans des revues scientifiques traditionnelles, mais pouvant contenir des informations programmatiques ou opérationnelles précieuses.

- **Entretiens semi-structurés approfondis :** Conversations individuelles guidées par un ensemble de questions ouvertes afin d'explorer en profondeur les expériences, motivations et perceptions d'une personne selon son propre point de vue.
- **Puissance informationnelle :** Concept utilisé dans l'échantillonnage qualitatif qui met l'accent sur la valeur de l'information apportée par chaque participant, plutôt que sur des règles arbitraires de « saturation » pour déterminer la taille de l'échantillon.
- **Comité d'éthique de la recherche (CER) :** Instance éthique chargée d'examiner et d'approuver les protocoles de recherche pour garantir qu'ils sont menés de manière responsable et avec des mesures de protection appropriées.
- **Échantillonnage raisonné par jugement :** Méthode d'échantillonnage dans laquelle le chercheur utilise son expertise pour sélectionner les personnes les plus pertinentes ou informées sur le sujet d'étude.
- **Principe de justice (selon le Rapport Belmont) :** Principe éthique du Rapport Belmont visant à promouvoir l'équité et à garantir que les risques et bénéfices de la recherche soient répartis de manière équitable.
- **Méga-analyses / méta-analyses :** Méthode statistique, considérée comme une forme de preuve scientifique très solide, qui combine les résultats de plusieurs études pour obtenir une estimation plus précise de l'effet d'une intervention.
- **Micro-comportements :** Petites étapes observables dans lesquelles un comportement complexe est décomposé pour en faciliter l'analyse et la compréhension.
- **Approche mixte (méthodes combinées) :** Stratégie de recherche combinant les forces complémentaires des techniques qualitatives et quantitatives afin de construire une compréhension plus riche et plus holistique.
- **Motivation (dans le modèle COM-B) :** Ensemble des processus réflexifs (croyances, intentions) et automatiques (émotions, habitudes) qui déterminent et orientent l'action.
- **Utilisateur mystère :** Chercheur formé qui simule l'expérience d'un utilisateur réel afin d'évaluer un processus ou un service et d'identifier les obstacles cachés.
- **Opportunité (dans le modèle COM-B) :** Conditions externes qui rendent le comportement possible, incluant les facteurs environnementaux, socioculturels et structurels.
- **Questions de recherche principales :** Questions de recherche claires et fondées sur une perspective comportementale, alignées avec les lacunes identifiées lors de la recherche documentaire, et visant à comprendre pourquoi les comportements se produisent ou non.
- **Recherche primaire :** Processus consistant à organiser et mettre en œuvre le travail de terrain (recrutement, formation, collecte de données) afin de combler les lacunes d'information identifiées lors de la recherche documentaire.
- **Échantillonnage stratifié proportionnel :** Méthode qui divise une population en sous-groupes (strates) et sélectionne des participants dans chaque strate en proportion de leur poids réel dans la population totale.
- **Méthodes qualitatives :** Techniques de recherche (entretiens, groupes de discussion, observations, etc.) qui permettent de comprendre le « pourquoi » des comportements en explorant leurs obstacles et leurs leviers.
- **Méthodes quantitatives :** Techniques de recherche (comme les enquêtes) permettant de mesurer le « quoi » des comportements en identifiant les tendances, fréquences et relations au sein d'une population plus large.
- **Échantillonnage raisonné par quotas :** Méthode d'échantillonnage qui garantit l'inclusion d'un nombre déterminé de personnes appartenant à certaines catégories précises de la population.
- **ECR (essais contrôlés randomisés) :** Type d'étude expérimentale considérée comme une forme de preuve solide à modérée, où les participants sont répartis aléatoirement dans différents groupes afin d'évaluer l'efficacité d'une intervention.

- **Protocole de recherche** : Document détaillé décrivant, étape par étape, la manière dont une recherche complexe, coûteuse ou éthiquement sensible sera conduite. Souvent requis pour l'examen éthique.
- **Principe de respect des personnes (selon le Rapport Belmont)** : Principe éthique du Rapport Belmont reconnaissant l'autonomie des individus et prévoyant une protection accrue pour ceux dont la capacité d'autodétermination est réduite.
- **Échantillonnage** : Processus consistant à sélectionner un sous-ensemble d'individus représentatif d'une population plus large pour participer à une recherche.
- **Saturation** : Point atteint dans une revue de littérature ou une recherche qualitative lorsqu'aucune nouvelle information significative n'émerge, indiquant que les principaux éléments ont été couverts.
- **Données issues des services et registres administratifs** : Données recueillies de manière routinière à partir de plateformes telles que les systèmes de santé, registres scolaires, bases d'état civil ou fichiers d'inscription.
- **Échantillonnage aléatoire simple** : Méthode où chaque individu d'une population a une probabilité égale d'être sélectionné.
- **Échantillonnage en boule de neige** : Méthode qui commence avec quelques participants qui en recommandent d'autres, utile pour accéder à des populations difficiles à atteindre.
- **Biais de désirabilité sociale** : Tendance des participants à donner des réponses qu'ils perçoivent comme socialement acceptables ou attendues, plutôt que leurs véritables opinions ou comportements.
- **Cartographie des réseaux sociaux** : Méthode permettant d'identifier les influenceurs, normes sociales, relations d'approbation ou de désapprobation autour d'un comportement.
- **Enquêtes** : Questionnaires structurés utilisés pour recueillir des données quantitatives auprès d'une population plus large.
- **Revue systématique** : Méthode de synthèse considérée comme une forme de preuve scientifique très solide, consistant à examiner et résumer de manière exhaustive les résultats d'études de haute qualité sur un sujet donné.
- **Échantillonnage systématique** : Méthode qui consiste à sélectionner chaque nième personne d'une liste après avoir choisi un point de départ aléatoire.

Termes clés utilisés dans le chapitre « Prototyper »

- **Behavioural Insights Team (BIT)** : Également connue sous le nom de « Nudge Unit », organisation qui a développé le cadre EAST pour appliquer les sciences comportementales aux politiques publiques.
- **Co-création** : Processus de conception participatif impliquant les membres de la communauté, les travailleurs de première ligne et les parties prenantes clés dans la génération et la mise en forme des solutions.
- **Avare cognitif** : Concept de la psychologie cognitive selon lequel les humains ont tendance à privilégier les modes de pensée simples et peu coûteux en effort mental pour prendre des décisions.
- **Modèle COM-B** : Cadre de compréhension du comportement stipulant que, pour qu'un comportement se produise, une personne doit disposer de la Capacité, de l'Opportunité et de la Motivation nécessaires.
- **Décideurs et responsables de la mise en œuvre à long terme** : Personnes ou entités — comme les gestionnaires de programme ou les responsables gouvernementaux — qui approuvent, influencent ou assurent la pérennité d'une intervention.
- **Opérateurs de mise en œuvre** : Personnes chargées d'appliquer l'intervention sur le terrain, telles que les agents de santé ou les enseignants.

Conclusion

- **Éthique de la conception** : Ensemble des considérations éthiques visant à garantir qu'une intervention est équitable, inclusive et attentive aux conséquences non intentionnelles pour les personnes concernées.
- **Provocations de conception** : Technique créative consistant à poser des questions hypothétiques "Et si... ?" pour remettre en question, approfondir et renforcer les idées d'intervention existantes.
- **Cadre EAST** : Cadre de conception comportementale fondé sur quatre principes : Facile (Easy), Attrayant (Attractive), Social (Social) et Tempestif (Timely), utilisés pour concevoir des interventions efficaces.
- **Utilisateurs finaux** : Individus ou groupes qui vivront directement l'intervention ou utiliseront la solution.
- **Fidélité (d'un prototype)** : Degré de détail, de réalisme et de fonctionnalité d'un prototype, indiquant à quel point il ressemble à la version finale de l'intervention.
- **Questions « Comment pourrions-nous »** : Questions structurées servant à transformer les constats de recherche en opportunités d'action, stimulant la créativité et la conception d'idées concrètes.
- **Idéation** : Processus créatif de remue-méninges visant à générer un large éventail d'idées d'interventions fondées sur les sciences comportementales.
- **Résultats intermédiaires** : Changements cognitifs ou émotionnels à court terme (ex. intention accrue, meilleure planification) qui précèdent le changement comportemental final après la mise en œuvre d'une intervention.
- **Enquêtes CAP (connaissances, attitudes, pratiques)** : Enquêtes utilisées pour mesurer les connaissances, attitudes et pratiques d'une population sur un sujet précis.
- **Micro-comportement** : Action spécifique et limitée qu'une personne est censée adopter et qui contribue à un objectif global de changement de comportement.
- **Produits / Résultats immédiats** : Résultats immédiats, observables et quantifiables des activités d'une intervention, démontrant que celle-ci est mise en œuvre comme prévu (ex. nombre de rappels distribués).
- **Tests parallèles (test A/B)** : Méthode d'évaluation où plusieurs versions d'un prototype sont présentées aux utilisateurs afin de comparer leurs réactions et préférences.
- **Résultat comportemental principal** : Action ou comportement spécifique et mesurable que l'intervention vise en définitive à modifier.
- **Prototype** : Version préliminaire, concrète et à faible coût d'une intervention (ex. croquis, maquette, jeu de rôle) conçue pour recueillir les retours des utilisateurs et des parties prenantes.
- **Prototypage** : Processus consistant à créer une version préliminaire et simplifiée d'une intervention pour la tester auprès d'utilisateurs et obtenir des retours précoces.
- **Types de prototypes** : Formats courants permettant de rendre les idées tangibles — storyboards, jeu de rôle, maquettes papier, modèles physiques, prototypes d'expérience, vidéos conceptuelles, plans de service, scripts de messages SMS.
- **Éthique de la recherche** : Ensemble des principes éthiques formels régissant la manière dont les personnes sont impliquées dans la recherche, incluant le consentement éclairé, la protection des données, la confidentialité et l'approbation par un comité d'éthique (CER/IRB).
- **Théorie du changement (ToC)** : Explication complète décrivant comment et pourquoi une intervention devrait produire les résultats comportementaux souhaités et l'impact global escompté.
- **Méthodes de test utilisateur** : Méthodes légères de recueil de retours utilisateurs : parcours commentés, jeux de rôle/simulations, discussions en petits groupes, observations, répétitions pour les agents de mise en œuvre, mini-pilotes.

Termes clés utilisés dans le chapitre « Tester les Hypothèses »

- **Cadre FRAME-IS adapté** : Cadre utilisé pour documenter et rapporter de manière systématique les adaptations et modifications apportées à des interventions fondées sur des données probantes ou à des stratégies de mise en œuvre au cours d'un projet.
- **Attrition / Perte d'échantillon** : Perte de participants au fil du temps dans une étude, ce qui peut réduire la puissance statistique et introduire des biais, notamment si la perte est différente entre les groupes expérimentaux.
- **Contre-vérifications** : Méthode de contrôle qualité consistant à revisiter un sous-échantillon de répondants pour leur poser à nouveau quelques questions clés afin de vérifier l'exactitude et la fiabilité des données initialement collectées.
- **Chemin de biais / chemin rétrospectif** : Dans un graphe causal orienté (DAG), il s'agit d'un chemin non causal alternatif entre une intervention et un résultat, susceptible d'introduire un biais. L'inférence causale vise à "bloquer" ces chemins pour isoler l'effet réel de l'intervention.
- **Comparaison avant-après** : Méthode d'évaluation simple mais faible, qui mesure les résultats avant et après un programme, en attribuant tout changement observé à l'intervention.
- **Effet causal** : Différence entre le résultat potentiel avec traitement et le résultat potentiel sans traitement ($Y1-Y0$).
- **Causalité** : Relation dans laquelle un événement ou une action entraîne directement un autre. Déterminer la causalité est l'un des défis centraux de l'évaluation.
- **Groupe de comparaison** : Groupe d'individus aussi similaire que possible au groupe d'intervention, mais ne recevant pas l'intervention. Il sert à estimer le contre-factuel.
- **Facteurs de confusion** : Influences externes autres que l'intervention étudiée qui peuvent affecter les résultats et fausser les conclusions, rendant difficile l'identification de l'effet réel de l'intervention.
- **Contamination** : Situation dans laquelle des participants du groupe de contrôle accèdent à l'intervention ou à ses effets, réduisant le contraste entre les groupes et affaiblissant la validité des résultats.
- **Corrélation** : Relation dans laquelle deux variables évoluent conjointement, sans que l'une ne cause nécessairement l'autre.
- **Analyse coûts-bénéfices (ACB)** : Approche systématique visant à estimer les forces et faiblesses d'une intervention en comparant l'ensemble de ses coûts à ses bénéfices, généralement exprimés en termes monétaires.
- **Contrefactuel** : Scénario hypothétique représentant ce qui se serait produit en l'absence de l'intervention. Il sert de point de référence pour mesurer l'impact réel.
- **Méthode des doubles différences (DiD)** : Méthode quasi-expérimentale comparant l'évolution des résultats dans le temps entre un groupe ayant reçu l'intervention et un autre ne l'ayant pas reçue, en supposant que les deux auraient suivi une tendance parallèle en l'absence d'intervention.
- **Graphiques acycliques dirigés (DAG)** : Schémas visuels représentant les relations causales entre différentes variables. Ils servent à identifier les facteurs de confusion potentiels et à concevoir des évaluations plus rigoureuses.
- **Taille de l'effet** : Amplitude ou intensité du changement qu'une intervention est censée produire.
- **Endogénéité** : Situation dans laquelle la relation entre une intervention et son résultat est faussée par des variables non observées ou liées simultanément aux deux, biaisant ainsi l'estimation de l'effet.
- **Expériences (essais contrôlés randomisés / ECR)** : Type d'évaluation d'impact où les participants sont assignés aléatoirement à un groupe de traitement ou à un groupe témoin afin de mesurer l'effet causal d'une intervention.
- **Problème fondamental de l'inférence causale** : Problème selon lequel il est impossible d'observer simultanément pour le même individu le résultat avec intervention et le résultat sans intervention.

- **Contrôles à haute fréquence (HFC) :** Revue régulière et rapide des données collectées sur le terrain pour détecter et corriger les erreurs, incohérences ou fraudes potentielles.
- **Évaluation d'impact :** Approche d'évaluation visant à déterminer l'effet causal d'un programme ou d'une intervention, en répondant à la question : « Ce programme a-t-il réellement causé le changement observé ? »
- **Comité d'éthique de la recherche (IRB) :** Comité chargé d'examiner les méthodes de recherche impliquant des sujets humains afin de garantir leur conformité éthique et de protéger les droits et le bien-être des participants.
- **Variables instrumentales :** Méthode quasi-expérimentale utilisant une variable dite instrumentale qui influence la participation à un programme mais n'affecte pas directement le résultat. Cela permet d'isoler l'effet causal du programme en présence de facteurs de confusion.
- **Effet en intention de traiter (ITT) :** Méthode d'analyse dans les essais randomisés où les participants sont analysés dans les groupes auxquels ils ont été initialement assignés, qu'ils aient ou non reçu ou complété l'intervention.
- **Corrélation intra-cluster (ICC) :** Mesure de la similarité entre individus au sein d'une même grappe (p. ex. village, école). Elle constitue un paramètre important dans les calculs de puissance des essais randomisés par grappes.
- **Méthodes d'appariement :** Techniques quasi-expérimentales créant un groupe de comparaison en associant chaque individu traité à un ou plusieurs individus non traités ayant des caractéristiques observables similaires.
- **Ajustements pour tests multiples :** Procédures statistiques (p. ex. contrôle de l'erreur familiale ou contrôle du taux de fausses découvertes – FDR) destinées à corriger les risques de fausses significations lorsqu'on teste plusieurs résultats ou sous-groupes.
- **Groupe de comparaison non équivalent :** Plan d'évaluation comparant un groupe ayant reçu l'intervention à un groupe ne l'ayant pas reçue durant la même période, mais sans randomisation. Ce plan améliore la comparaison avant-après, tout en restant vulnérable au biais de sélection.
- **Cadre des résultats potentiels :** Cadre statistique formel de l'analyse causale considérant deux résultats possibles pour chaque unité (individu, ménage, etc.) : le résultat avec traitement (Y_1) et celui sans traitement (Y_2).
- **Calculs de puissance statistique :** Procédure statistique réalisée avant le début d'une étude pour déterminer la taille minimale d'échantillon nécessaire afin de détecter de manière fiable un effet d'une taille donnée, s'il existe réellement.
- **Plan d'analyse préalable (PAP) :** Document élaboré avant l'analyse des données qui précise les hypothèses à tester et les méthodes statistiques exactes utilisées. Il permet d'éviter les biais de « data fishing » ou de sélection des résultats.
- **Évaluation du processus :** Approche d'évaluation centrée sur la mise en œuvre du programme : son déroulement, sa fidélité, sa portée et le contexte opérationnel. Elle répond à la question : « Comment le programme a-t-il été mis en œuvre ? »
- **Enregistrement du protocole (enregistrement de l'essai) :** Publication préalable et publique des éléments clés d'un protocole avant la collecte des données, afin d'horodater les pré-spécifications et de réduire les biais de déclaration.
- **Quasi-expériences :** Méthodes d'évaluation utilisées lorsque la randomisation n'est pas possible. Elles emploient des techniques statistiques pour créer un groupe de comparaison et estimer l'impact d'une intervention, mais comportent un risque de biais plus élevé que les essais randomisés.
- **Randomisation :** Processus consistant à attribuer de manière aléatoire les participants à un groupe d'intervention (traitement) ou à un groupe témoin (contrôle). Considérée comme la « référence absolue » (gold standard) pour établir la causalité, car elle crée des groupes statistiquement équivalents.
- **Tests rapides itératifs / cycles d'essai rapides :** Tests à petite échelle et répétés, menés pour mesurer rapidement, tirer des enseignements, et affiner une intervention avant de passer à des évaluations plus larges.

- **Régression sur discontinuité** : Méthode quasi-expérimentale utilisée lorsque l'éligibilité à un programme est déterminée par un seuil spécifique (ex. niveau de revenu). Elle compare les individus juste au-dessus et juste au-dessous du seuil pour estimer l'effet du programme.
- **Tests de robustesse / d'analyse de sensibilité** : Analyses préspecifiées visant à vérifier si les résultats restent valides sous différentes hypothèses ou spécifications alternatives.
- **Facteurs de sélection / biais de sélection** : Différences préexistantes entre les individus participant au programme et ceux n'y participant pas, susceptibles de brouiller l'interprétation causale. Inclut le biais d'auto-sélection et le biais de ciblage.
- **Puissance statistique** : Probabilité qu'une étude détecte un effet lorsqu'un effet réel existe. Un objectif courant de puissance est de 80 %.
- **Problème de la troisième variable (ou confusion par cause commune)** : Situation où un facteur caché influence simultanément deux autres variables, les faisant apparaître comme corrélées sans lien causal direct.
- **Facteurs de confusion liés au temps** : Changements qui se produisent au fil du temps indépendamment de l'intervention, tels que les variations saisonnières ou des tendances préexistantes, et qui peuvent être confondus avec l'effet du programme.
- **Unité de randomisation** : Niveau auquel se fait l'assignation aléatoire (individu, ménage, communauté/grappe, établissement), choisi pour équilibrer les besoins d'inférence, les risques de contamination, les considérations logistiques et la puissance statistique.

Termes clés utilisés dans le chapitre « Mettre à l'échelle »

- **Analyse des audiences** : Activité clé consistant à évaluer la préparation organisationnelle à la mise à l'échelle d'une intervention.
- **Approche d'engagement des audiences** : Activité clé visant à adapter la communication et la stratégie d'engagement aux différents publics impliqués dans la mise à l'échelle.
- **Environnement général** : L'un des quatre éléments essentiels de la mise à l'échelle, se référant au contexte externe dans lequel l'intervention sera déployée.
- **Représentativité du contexte** : Cause possible de la « chute de tension », lorsque les conditions du projet pilote diffèrent trop de celles du déploiement à grande échelle.
- **Attributs CORRECT** : Caractéristiques augmentant les chances de succès d'une intervention lors de la mise à l'échelle. L'acronyme signifie :
 - **Crédible** — fondée sur des preuves solides ;
 - **Observable** — dont les effets peuvent être observés ;
 - **Relevant** — pertinente pour le contexte local ;
 - **Relative advantage** — offrant un avantage par rapport aux alternatives ;
 - **Easy to install and understand** — simple à mettre en œuvre et à comprendre ;
 - **Compatible** — cohérente avec les valeurs et systèmes existants ;
 - **Testable** — pouvant être expérimentée avant adoption complète.
- **Point de décision** : Seuil prédéfini qui détermine s'il convient de poursuivre, de suspendre ou d'adapter une intervention au cours d'une mise à l'échelle progressive.
- **Évaluation de l'environnement** : Activité clé consistant à analyser la préparation de l'environnement au passage à la mise à l'échelle.
- **Faux positifs** : Cause possible de la « chute de tension », lorsque les résultats d'un projet pilote ne sont ni réels ni reproductibles.
- **Mise à l'échelle horizontale** : Extension ou reproduction d'une intervention dans de nouvelles zones géographiques ou auprès de nouveaux groupes de population.

Conclusion

- **Innovation** : L'un des quatre éléments essentiels de la mise à l'échelle, correspondant à l'intervention elle-même.
- **Réflexion option C** : État d'esprit qui pousse les équipes à se demander : « Est-ce que cela continuera à fonctionner dans des conditions réelles et à grande échelle ? » plutôt que simplement « Est-ce que l'idée fonctionne ? ».
- **Représentativité de la population** : Cause possible de la « chute de tension » (voltage drop), lorsque la population du projet pilote diffère trop de la population ciblée lors du déploiement à grande échelle.
- **Analyse post-mortem** : Activité clé consistant à analyser les enseignements tirés d'une évaluation.
- **Équipe de ressources** : Faisant référence aux personnes et aux organisations qui promeuvent et soutiennent l'adoption élargie de l'intervention.
- **Mettre à l'échelle et partager** : Étape consacrée à la planification de la manière dont une intervention évaluée peut intégrer les enseignements tirés et être étendue à une population plus large, à d'autres régions ou institutionnalisée sous forme de politique publique.
- **Mise à l'échelle** : Effort délibéré visant à accroître l'impact d'innovations ayant fait leurs preuves afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de personnes et de favoriser l'évolution durable des politiques et des programmes.
- **Partage** : Diffusion intentionnelle des connaissances, données probantes et enseignements afin que d'autres, qu'il s'agisse de communautés, de partenaires ou de décideurs, puissent adopter, adapter et multiplier l'impact dans leurs propres contextes.
- **Effets de débordement** : Cause possible de la « chute de tension », lorsque l'intervention influence des groupes autres que ceux inclus dans l'échantillon initial, modifiant ainsi l'impact net à grande échelle.
- **Test de résistance** : Activité clé consistant à soumettre les interventions à des conditions réalistes afin d'en vérifier la solidité et la faisabilité opérationnelle.
- **Côté offre (déséconomies d'échelle)** : Cause possible de la « chute de tension », lorsque les coûts d'expansion d'un programme augmentent de manière disproportionnée à mesure que celui-ci est étendu.
- **Organisation de mise en œuvre** : L'un des quatre éléments essentiels de la mise à l'échelle, désignant l'organisation ou les organisations chargées de mettre en œuvre l'intervention à grande échelle.
- **Mise à l'échelle verticale** : Processus consistant à intégrer une intervention dans les systèmes nationaux ou infranationaux par le biais de politiques publiques, de budgets ou de structures de prestation de services, afin de l'institutionnaliser. La mise à l'échelle verticale permet d'accroître le nombre de personnes (similaires) bénéficiant de l'intervention.
- **Effet de déperdition à grande échelle** : Activité clé consistant à tester si l'efficacité d'une intervention se maintient lors de sa mise à l'échelle, afin d'identifier et de prévenir la perte d'impact observée entre le pilote et le déploiement à grande échelle.
- L'UNICEF intervient dans les contextes les plus difficiles au monde afin d'atteindre les enfants et les adolescents les plus défavorisés et de protéger les droits de chaque enfant, partout. Présent dans 190 pays et territoires, nous faisons tout ce qu'il faut pour aider les enfants à survivre, s'épanouir et réaliser leur potentiel, de la petite enfance à l'adolescence. Et nous n'abandonnons jamais.
- UNICEF Innocenti – Bureau mondial de la recherche et de la prospective traite des enjeux actuels et émergents les plus cruciaux pour les enfants. Il impulse le changement grâce à la recherche et à la prospective sur un large éventail de thématiques liées aux droits de l'enfant, stimule le débat mondial et associe activement les jeunes à ses travaux. UNICEF Innocenti dote les leaders d'opinion et les décideurs de données probantes nécessaires pour construire un monde meilleur et plus sûr pour les enfants. Le bureau mène des recherches sur des questions non résolues et émergentes, en utilisant des données primaires et secondaires qui reflètent la voix des enfants et des familles. Il mobilise la prospective pour orienter l'agenda en faveur des enfants, notamment à travers la veille stratégique, l'analyse des tendances et le développement de scénarios. Le bureau produit une bibliothèque diversifiée et dynamique de rapports, d'analyses et de notes d'orientation de haut niveau, et offre une plateforme de débat et de plaidoyer sur un large éventail de questions liées aux droits de l'enfant.

Équipe projet (UNICEF) :

Ukasha Ramli, Benjamin Hickler, Madeline Quinlan, Floriza Gennari.

Groupe consultatif interne (UNICEF) :

Dorina Andreev-Jitaru, Cassia Ayres, Helena Ballester Bon, Noel Migabo Balume, Viviane Melo Bianco, Rudrajit Das, Michelle Dynes, Francine Elvia Ganter Restrepo, Amaya Gillespie, Karen Greiner, Gloria Lihemo, Ken Limwame, Taitos Matafeni, Mario Mosquera, Markel Roberto Mendez Hernandez, Neha Kapil, Deepa Risal Pokharel, Johary Randimbivololona, Sergiu Tomsa, Vincent Petit, Massimiliano Sani et Siddartha Shrestha.

Remerciements :

Ce guide de terrain fait partie d'un ensemble de ressources appliquées en sciences comportementales, développées en collaboration avec de nombreux collègues au sein de l'UNICEF. Nous adressons nos remerciements particuliers aux équipes Social and Behaviour Change des bureaux pays suivants, qui ont apporté leurs retours sur les premières versions des ressources de formation et des outils : Bolivie, Cambodge, Éthiopie, Ghana, Honduras, Inde, Indonésie, RDP lao, Malaisie, Mozambique, Myanmar, Nicaragua, Nigéria, Philippines, Sénégal, Sri Lanka, Tanzanie, Timor-Leste et Zambie.

Laboratoire de recherche et de design en sciences comportementales de l'UNICEF, DEPTHS : Guide de terrain pour les sciences comportementales appliquée, mars 2026.

Consortium de partenaires techniques : Ce guide a été recherché, rédigé, testé et conçu par un partenariat réunissant des experts de premier plan en sciences comportementales : sous la direction de Common Thread, avec Busara et Firsthand.

Avertissement : Il s'agit d'un document de travail. Il a été préparé afin de faciliter le partage des connaissances et de recueillir des retours. Le texte n'a pas été édité conformément aux normes officielles de publication et l'UNICEF décline toute responsabilité en cas d'erreur. Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les positions de l'UNICEF. Les désignations utilisées dans cette publication n'impliquent aucune prise de position quant au statut juridique d'un pays ou territoire, ni de ses autorités, ni quant à la délimitation de ses frontières.

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), mars 2026

À l'exception du logo de l'UNICEF, des photographies et des éléments portant une autre mention ©, cette œuvre est mise à disposition sous licence CC BY 4.0.

Le logo de l'UNICEF et les photographies incluses ne peuvent être utilisés que dans des copies exactes de la publication. Lorsqu'une autre mention © apparaît, vous devez demander l'autorisation au détenteur des droits indiqué pour utiliser l'élément en dehors de copies exactes de la publication.

Pour consulter une copie de cette licence, veuillez visiter : <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

