

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 prématuration 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

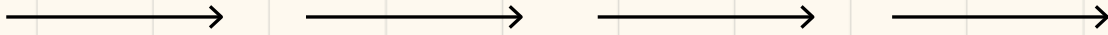
¹ Michie, S., van Stralen, M.M. and West, R., 2011. La roue du changement comportemental : une nouvelle méthode pour caractériser et concevoir des interventions visant à modifier les comportements. *Implementation Science*, 6(1), p.42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

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 comportementaux courants, 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

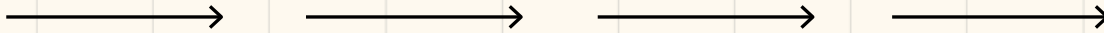
2 enquêtes quantitatives passées sur l'efficacité du programme AIA

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) ?

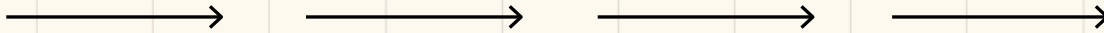
(SSP) et les agents de sensibilisation ne communiquent peut-être pas clairement sur les calendriers de vaccination, et les facteurs de stress quotidiens peuvent nuire à la capacité des parents à donner la priorité aux visites de suivi. Ces hypothèses s'appuyaient sur les rapports préliminaires du programme 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 8. Méthodes de recherche

TABLEAU 8A. MÉTHODES DE RECHERCHE QUALITATIVES

MÉTHODE	UTILE POUR	POINTS FORTS	LIMITES
<p>Entretiens semi-structurés approfondis</p> <p>Conversations individuelles guidées par une série de questions visant à explorer les expériences et les motivations</p>	<p>Exploration approfondie des croyances individuelles, des motivations et des sujets sensibles.</p>	<p>Le format flexible permet aux participants de partager leurs expériences personnelles avec leurs propres mots, ce qui favorise la confiance et l'ouverture.</p>	<p>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.</p>
<p>Discussions de groupe</p> <p>Discussions animées avec un petit groupe afin de mettre en évidence les normes, les perceptions et les expériences communes.</p>	<p>Compréhension des normes du groupe, de la dynamique sociale et des attitudes communes.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>

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>

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.

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

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

QUESTION	RÉPONSE	CONSEILS SUPPLÉMENTAIRES
<p>Un examen éthique ou une approbation institutionnelle seront-ils probablement nécessaires ?</p> <p><i>(Pour plus d'informations sur la manière de déterminer si un examen éthique est nécessaire, consultez la « Sous-étape 5 : Approbation éthique »).</i></p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Peut-être <input type="checkbox"/> Non	<p>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.</p>
<p>Y aura-t-il une collecte de données auprès de populations vulnérables (par exemple, des enfants, des réfugiés) ou les concernant ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Peut-être <input type="checkbox"/> Non	<p>La collecte de données auprès de populations vulnérables nécessite une approbation éthique.</p>
<p>La recherche impliquera-t-elle la collecte d'informations personnelles, sensibles ou liées à la santé ?</p>	<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>
<p>La recherche impliquera-t-elle des enregistrements audio, vidéo ou d'images des participants ?</p>	<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>
<p>Les résultats de la recherche seront-ils soumis pour publication universitaire ou diffusion officielle ?</p> <p><i>(Le conseil de poursuite se trouve sur la page suivante)</i></p>	<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.

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

TABLEAU 10. STRATÉGIES D'ÉCHANTILLONNAGE

STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE	LE PLUS ADAPTÉ POUR	POINTS FORTS	LIMITES	QUAND L'UTILISER
<p>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.</p>	<p>Recherche quantitative. Idéal pour les enquêtes ou les expériences nécessitant une inférence statistique. Rare dans la recherche qualitative.</p>	<p>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.</p>	<p>Cette stratégie nécessite une liste complète et précise de la population, ce qui peut être difficile à obtenir dans certaines régions.</p>	<p>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.</p>
<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>

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE	LE PLUS ADAPTÉ POUR	POINTS FORTS	LIMITES	QUAND L'UTILISER
<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>
<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>

STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE	LE PLUS ADAPTÉ POUR	POINTS FORTS	LIMITES	QUAND L'UTILISER
<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>
<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>

(Le tableau se poursuit à la page suivante)

STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE	LE PLUS ADAPTÉ POUR	POINTS FORTS	LIMITES	QUAND L'UTILISER
<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"/> Formulaires 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"/> Formulaires de consentement éclairé

MÉTHODE	MATÉRIEL NÉCESSAIRE
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"/> Formulaires 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)
Données issues des services et registres administratifs	<input type="checkbox"/> Accord formel ou autorisation écrite du propriétaire des données (par exemple, ministère de la Santé, administrateur scolaire) pour utiliser les données <input type="checkbox"/> 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
(Le tableau se poursuit à la page suivante)
- 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

OUTIL	RESSOURCES PERTINENTES
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
Activités participatives (à utiliser dans les IDI et les FGD) <i>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</i>	<ul style="list-style-type: none"> • UNICEF (2019), Tout le monde veut appartenir à un groupe : guide pour aborder et exploiter les normes sociales dans les programmes de changement du 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
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

NOM	QUAND L'UTILISER	SOURCE
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

Le 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.

Plan de recherche primaire

Reprenez 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.

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 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 Yammine, 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.

Méthode	Objectif
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.
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 leaden.

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

Activité (ex. : test pilote des outils)	Période (mois/année)
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.

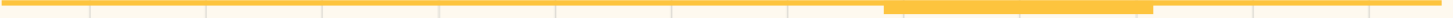
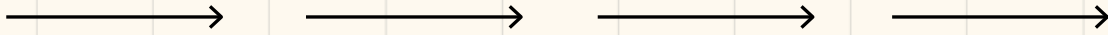
- Aucune donnée individuelle ou relative aux ménages ne sera partagée ; seuls des résultats agrégés et anonymisés seront communiqués.

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

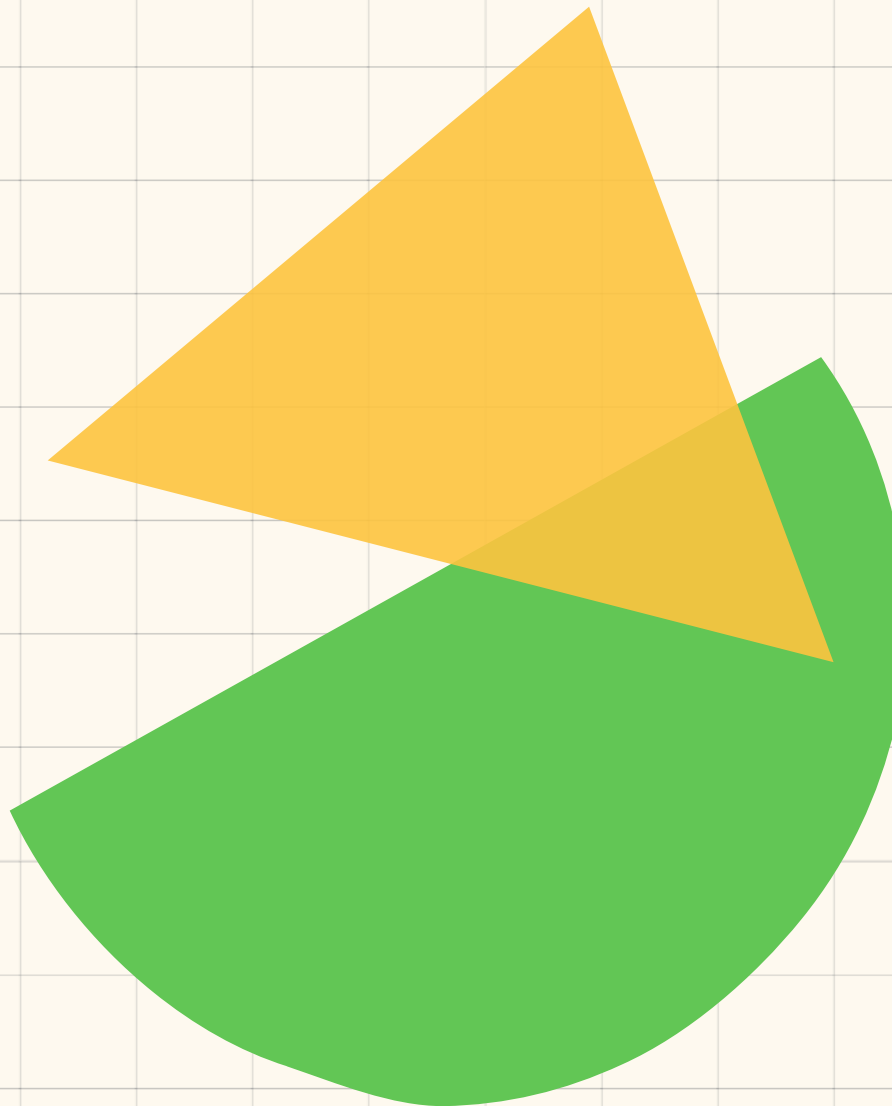


ÉTAPE 4 :

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.

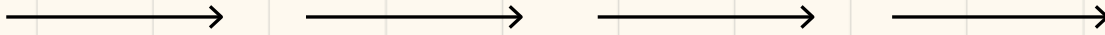
i. Les protocoles de sécurité et de sûreté sont élaborés : avant le début du travail sur le terrain, les chercheurs doivent s'assurer que tous les membres de l'équipe connaissent les procédures de sécurité pertinentes, en particulier lorsqu'ils travaillent dans des zones difficiles d'accès ou touchées 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.

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.

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

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.

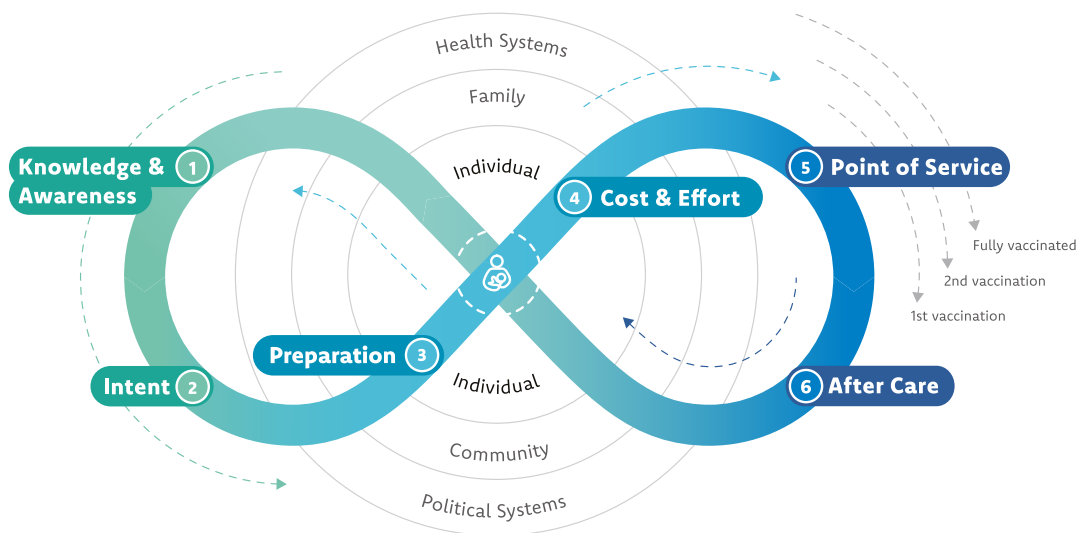
Un exemple est le parcours vers la santé et la vaccination développé par l'UNICEF, qui décrit la séquence de décisions et d'actions qu'un soignant doit suivre pour accéder et effectuer une vaccination de routine ou d'autres services de santé. Common Thread propose également un [modèle simple et un guide 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



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. Entretenir 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.

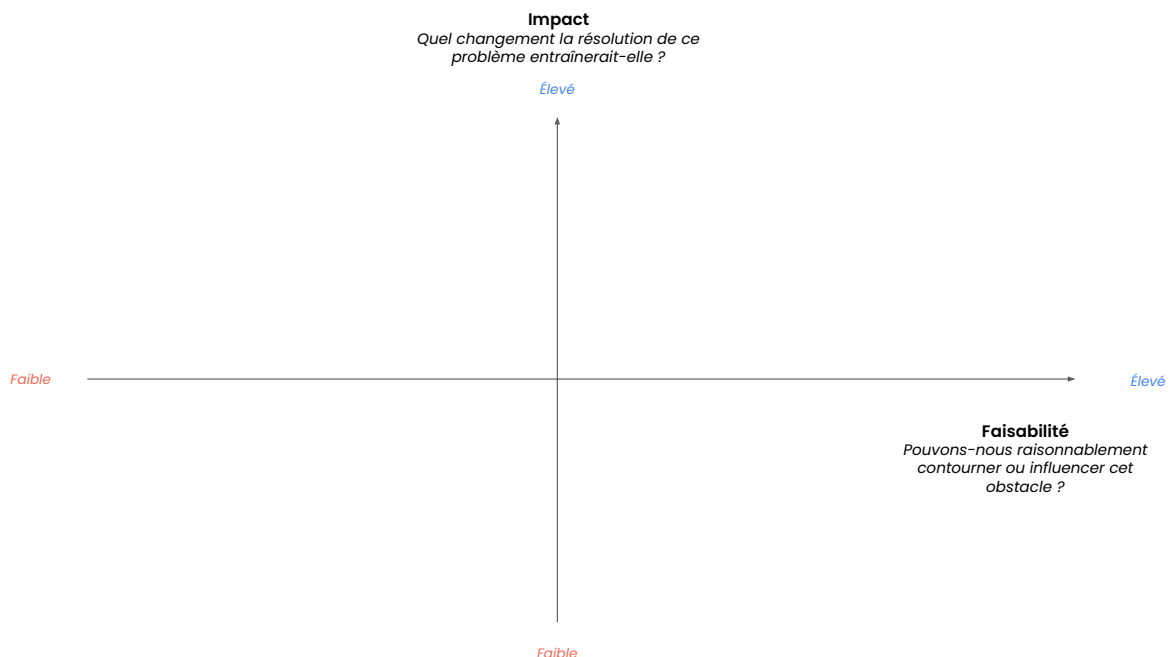
- **Tenez compte des besoins en matière de reporting et de diffusion.** La feuille de travail sert d'outil pour structurer l'analyse, mais elle ne doit pas nécessairement constituer le résultat final. En fonction de la manière dont les résultats seront partagés, la carte peut être développée sous la 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'empêcheraient 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 confirme verbalement 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 : 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.

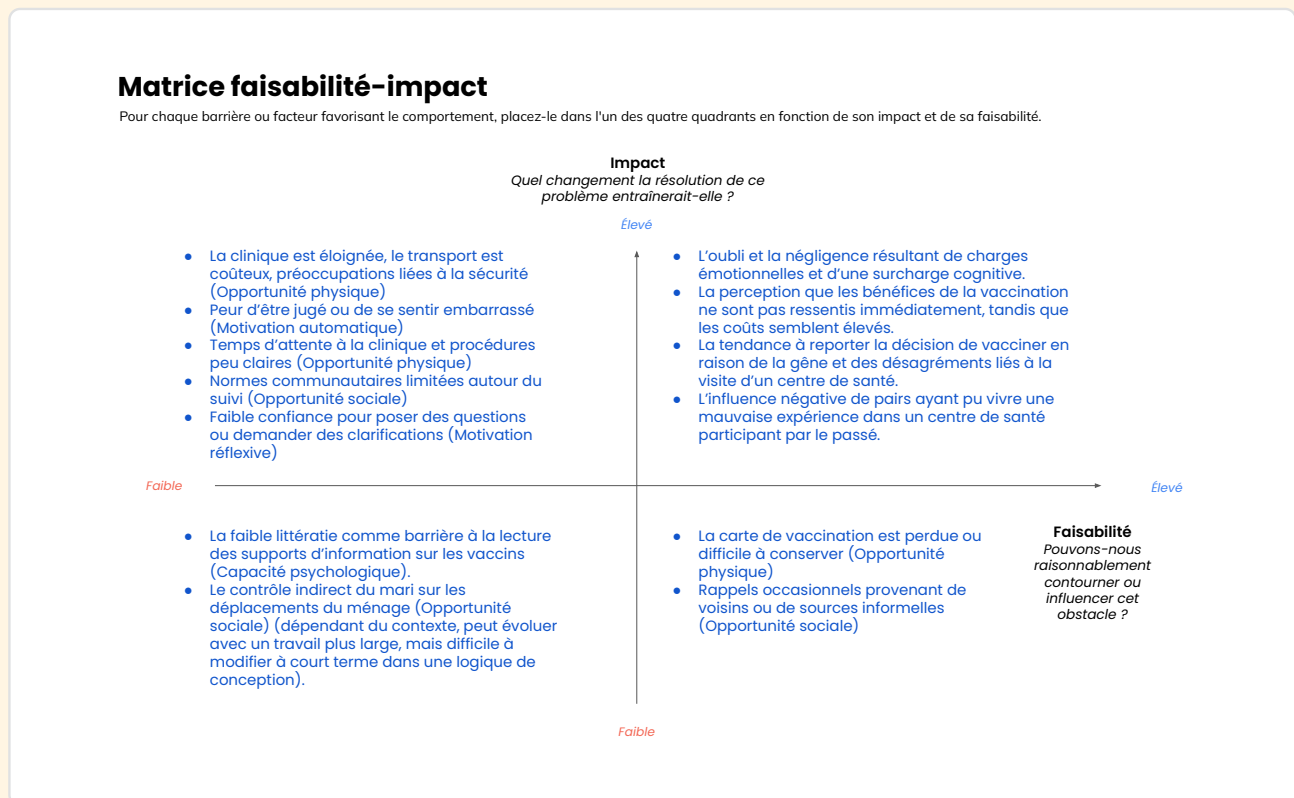
Appliquer une matrice faisabilité-impact

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



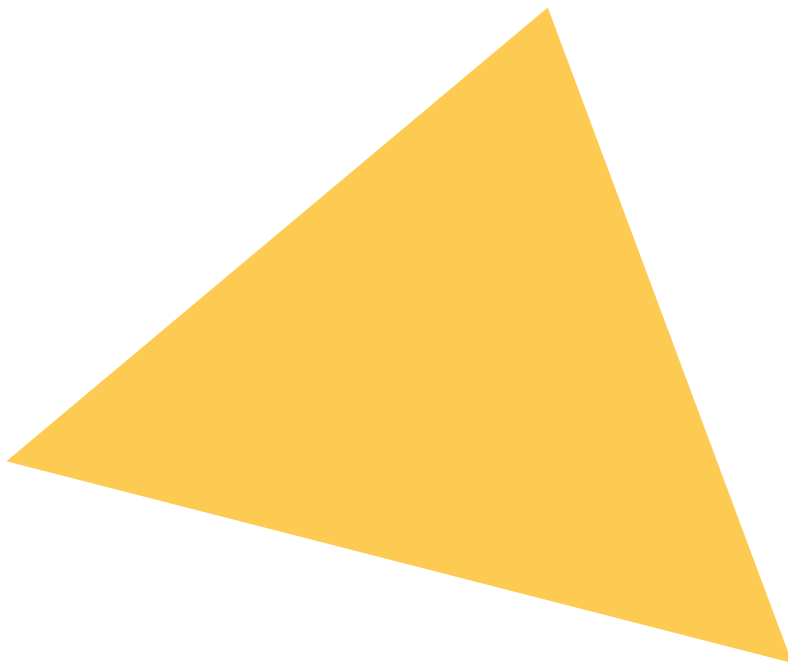
En organisant ces informations dans la matrice, l'équipe a identifié un ensemble ciblé de défis comportementaux afin d'orienter la conception des interventions. Cela a permis de garantir que leurs efforts étaient à la fois stratégiques et adaptés aux expériences quotidiennes des soignants.

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.gradeapro.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>>.