

# CONSIDÉRATIONS CLÉS : SURVEILLANCE À BASE COMMUNAUTAIRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**SSHAP**

Social Science  
in Humanitarian  
Action Platform

Les récentes épidémies et pandémies à grande échelle ont démontré l'importance d'engager les communautés en tant que partenaires pour prévenir, détecter et répondre aux situations d'urgence sanitaire. La surveillance à base communautaire (SBC), qui s'appuie sur les communautés pour communiquer des informations en matière de santé publique, peut constituer un élément essentiel pour la mise en œuvre d'interventions efficaces, inclusives et responsables dans les situations d'urgence humanitaire et de santé publique, ainsi que dans le cadre de la lutte à long terme contre les maladies.

Cette note stratégique propose des considérations clés pour les programmes de SBC visant à orienter les décideurs, les autorités sanitaires, les organisations de la société civile, les agents de santé, les chercheurs, les défenseurs et d'autres personnes impliquées dans le domaine de la surveillance sanitaire. Elle est basée sur un examen rapide des recommandations en matière de SBC et des publications en sciences sociales. Elle a été rédigée par Jennifer Palmer et Diane Duclos (London School of Hygiene & Tropical Medicine, LSHTM) avec la contribution de Mariam Sharif (École des Hautes Études en Sciences Sociales, EHESS). Elle a été revue par Ruwan Ratnayake (LSHTM), Maysoon Dahab (LSHTM) et Luisa Enria (LSHTM). Cette note stratégique relève de la responsabilité de la Plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP).

## CONSIDÉRATIONS CLÉS

Les enseignements tirés des sciences sociales sur l'engagement communautaire peuvent, et doivent, éclairer la conception des programmes de SBC. Les considérations clés ci-dessous mettent en évidence les meilleures pratiques et les approches développées à ce jour. Ces considérations sont également abordées plus en détail dans d'autres parties de la note stratégique.

- **Être attentif à la définition de « communauté ».** Les visions simplistes des communautés sont susceptibles d'occulter les relations de pouvoir et la politique locale, ce qui peut réduire l'efficacité des interventions, y compris la SBC, et marginaliser davantage les plus vulnérables.
- **Être attentif à la façon dont les communautés sont représentées.** Ne pas se fier uniquement aux canaux officiels pour la mobilisation. Les agents de santé communautaires ne doivent pas automatiquement être considérés comme « représentatifs » des communautés qu'ils servent.
- **Être conscient de la méfiance à l'égard de la « surveillance » et de ses conséquences négatives potentielles.** La surveillance présente des connotations spécifiques, souvent négatives, dans certains contextes. Les dynamiques sociales et politiques ainsi que les expériences antérieures peuvent contribuer au fait que les populations soient méfiantes vis-à-vis de toute forme de surveillance. En périodes d'incertitude, comme par exemple durant les crises sanitaires, humanitaires et migratoires, la méfiance existante est susceptible d'être amplifiée.
- **Être participatif dès le début.** L'identification des risques sanitaires dans un contexte social s'avère complexe et dépend de l'expertise locale. Les communautés doivent être mobilisées dès la phase de conception initiale afin de garantir leur pleine participation. Les orientations globales en matière de SBC doivent être adaptées aux besoins, aux intérêts et aux contextes locaux.
- **Discuter, élaborer et appliquer des définitions communes.** Utiliser les discussions, la formation et la supervision constructive pour créer une compréhension commune de la façon dont les conditions prioritaires pour les autorités sanitaires peuvent empiéter sur ou différer des manières locales d'identifier les maladies et clarifier les attentes quant aux pathologies qui devraient être signalées.

- **Faire preuve de flexibilité concernant les définitions de la surveillance pour reconnaître l'expertise et les priorités communautaires.** Les définitions de cas communautaires pour les « événements inhabituels » sont souvent volontairement flexibles afin d'encourager le signalement de préoccupations, avec des causes inconnues, que les membres de la communauté sont susceptibles d'être particulièrement aptes à reconnaître.
- **Encourager la diversité dans le recrutement des bénévoles.** Les bénévoles doivent être recrutés sur la base de la diversité et, idéalement, refléter tous les groupes qui seront mobilisés par le biais de la SBC.
- **Fournir des retours et des explications aux bénévoles et aux membres de la communauté.** Lorsque les préoccupations signalées ne sont pas prises en compte, cela mine la confiance, notamment en l'absence d'explication ou d'autres informations.
- **Mettre en œuvre des stratégies pour contrer les conséquences négatives potentielles sur les bénévoles.** Par exemple, la charge de travail temps est susceptible de contribuer à éloigner les bénévoles d'autres tâches et engagements, ou il peut être dangereux de se déplacer dans des zones de conflit ou à criminalité élevée.

## QU'EST-CE QUE LA SBC ?

---

La SBC est définie comme le fait d'inciter des membres de la communauté à collecter et à communiquer des informations sanitaires de manière systématique au sein de leurs communautés à des fins de surveillance sanitaire.<sup>1</sup> La production de données par les communautés peut s'avérer laborieuse, tout comme l'analyse par les autorités sanitaires. Par conséquent, il existe un élargissement du domaine de recherche quant à la manière dont les programmes de SBC devraient être conçus et mis en œuvre.<sup>1-3</sup>

Malgré le large éventail d'objectifs pour lesquels la SBC peut être utilisée, il existe un consensus croissant concernant ce à quoi ressemble une SBC efficace. La définition suivante a été adoptée par le groupe de travail de l'OMS sur la SBC en 2018 : « [La SBC] doit être intégrée au sein d'une structure de surveillance officielle, être exploitable dans un délai raisonnable, et présenter des avantages perçus pour la communauté, des mécanismes de signalement bien définis, un mécanisme de retours et un processus de suivi et d'évaluation ».<sup>1</sup>

À l'échelle communautaire, les principaux acteurs des programmes de SBC sont les superviseurs de la SBC et les bénévoles de la SBC. Les superviseurs ont tendance à posséder une formation médicale, épidémiologique ou sanitaire et occupent souvent des postes rémunérés au sein des services de santé publique ou des établissements de santé. Les bénévoles ont tendance à être sélectionnés pour leur capacité de communication avec différentes catégories de la population plutôt que pour leur expérience préalable en matière de santé publique, mais ils peuvent disposer d'une formation sanitaire minimale ou être des agents de santé communautaire. De manière générale, les bénévoles vivent dans la communauté au sein de laquelle ils travaillent. Ils peuvent être rémunérés ou recevoir des primes uniquement.

Les responsables de la mise en œuvre des programmes de SBC, tels que les ministères de la Santé, forment les superviseurs et les bénévoles de la SBC à l'identification et à l'utilisation des définitions de cas communautaires dans le cadre de leurs activités de surveillance. Ces définitions portent sur les maladies et syndromes spécifiques ainsi que sur les « événements inhabituels » (voir l'encadré 1) ayant des répercussions sur la santé publique.

## Responsabilités et engagement à l'échelle communautaire

---

Les programmes de SBC sont fondés sur la création de collaborations et de voies de communication avec différents groupes et intervenants. C'est cette collaboration et cette communication qui créent et maintiennent des structures de surveillance sanitaires communautaires solides. Les bénévoles et les superviseurs de la SBC doivent établir des relations avec les structures et les groupes de leadership communautaires existants, les réseaux de la société civile et des organisations communautaires,

ainsi qu'avec des intervenants locaux en dehors du secteur de la santé au sein et à l'extérieur du gouvernement.<sup>4,5</sup>

### Encadré 1. Définitions communes des « événements inhabituels »

La définition d'un « événement inhabituel » est volontairement souple afin d'encourager le signalement des préoccupations dont les causes sont inconnues. Il peut s'agir d'un événement isolé, ou d'une série d'événements, qui sont inhabituels pour une communauté spécifique ou qui surviennent au cours d'une certaine période de l'année. Voici des exemples de définitions couramment adoptées dans les programmes de SBC<sup>25</sup> :

- Deux personnes ou plus dans le même environnement (par exemple, au sein du foyer, sur le lieu de travail, à l'école ou dans la rue) qui présentent des maladies graves similaires en une semaine.
- Toute maladie humaine ou tout décès après exposition à des animaux ou à des produits d'origine animale (par exemple, après avoir mangé ou manipulé).
- Tout événement au sein de la communauté qui provoque l'inquiétude de l'opinion publique.

Dans le cadre du programme de SBC mis en œuvre par le ministère de la Santé au Soudan, les bénévoles de la SBC ont utilisé la catégorie « événement inhabituel » pour faire part de leurs préoccupations concernant des priorités locales spécifiques, telles que l'insécurité alimentaire et les inondations, ainsi que les besoins plus généraux des personnes récemment déplacées après un conflit armé. (Pour plus d'informations, voir *Renforcer la surveillance des informations sanitaires : Mise en œuvre de la surveillance à base communautaire au Soudan*)

Les bénévoles de la SBC, avec l'assistance des superviseurs de la SBC, jouent un rôle essentiel dans les activités communautaires visant à améliorer les connaissances en matière de santé publique, à échanger des informations sur les initiatives de surveillance et à encourager le signalement d'événements significatifs sur le plan de la santé publique. Les superviseurs de la SBC procèdent au tri et à la vérification des informations collectées par les bénévoles afin de déterminer l'existence d'un « événement » de santé publique qui nécessite être signalé aux responsables à l'échelle du district, de l'État, et nationale.

Les bénévoles et les superviseurs de la SBC constituent souvent un lien entre la communauté et les responsables de la mise en œuvre. En raison de son rôle clé, la formation, la supervision de soutien, l'évaluation et la recherche de l'équipe communautaire est souvent au centre de la mise en œuvre de la SBC.

### Quand et comment la SBC peut-elle être utilisée

La SBC est devenue une composante fondamentale des systèmes d'informations sanitaires dans les situations de crises humanitaires, par exemple en situation de conflit armé ou après une catastrophe naturelle. Dans ces contextes, les systèmes de santé publique peuvent être chroniquement fragiles. Les conceptions des programmes de SBC dans les situations de crises humanitaires sont extrêmement variables et les conceptions individuelles sont souvent modifiées en réponse à l'évolution des priorités en matière d'information des acteurs de la santé publique.<sup>2</sup> Par exemple, un programme de SBC peut passer de l'évaluation des taux et des facteurs de mortalité toutes causes confondues dans les situations d'extrême urgence, à la concentration sur la surveillance d'un nombre croissant de maladies épidémiques à mesure que les situations de crise se stabilisent et que les structures de gestion de l'information sont renforcées.

Dans les situations de crises humanitaires et en dehors, la SBC peut être intégrée aux approches d'alerte précoce, d'alerte et d'intervention, y compris la surveillance basée sur les événements.<sup>6</sup> La surveillance basée sur les événements comprend la collecte rapide et le signalement immédiat d'informations principalement ponctuelles concernant les risques sanitaires, y compris les rumeurs, recueillies auprès de différentes sources. Ces sources comprennent les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux ainsi que les médias, et la SBC peut constituer une autre source d'informations importante.

La SBC peut être utilisée dans le cadre d'une intervention d'urgence nationale à long terme. L'approche de la SBC est de plus en plus considérée comme un moyen essentiel pour les systèmes de santé de prendre en compte les besoins et les priorités des communautés affectées et à risque et d'y répondre durant le développement des capacités d'intervention d'urgence.

La SBC a souvent été utilisée pour accompagner des programmes verticaux de lutte contre les maladies individuelles, dans le cadre desquels elle peut contribuer à combler les limites du système de santé pour identifier les cas. Ce soutien se manifeste dans les situations d'urgence épidémique (comme la maladie à virus Ebola, le choléra et la COVID-19) lors desquelles les traceurs de contact communautaire jouent un rôle essentiel dans la limitation de la propagation de la maladie. La SBC joue également un rôle dans les programmes à long terme d'élimination et d'éradication des maladies rares, tels que les programmes de lutte contre la variole et la dracunculose. En outre, la SBC a été utilisée pour identifier les personnes affectées par des maladies extrêmement stigmatisantes, comme par exemple le VIH, qui sont susceptibles de ne pas se rendre dans les établissements de santé généraux.

Par ailleurs, la SBC peut être développée par des acteurs de la société civile indépendants afin de contester les données communiquées par des sources nationales officielles, telles que la collecte d'informations sur les décès et les accidents dus à la violence politique.<sup>7</sup>

## **Avantages de la SBC pour la collecte des données**

---

La SBC exploite les différentes formes d'expertise au sein des communautés pour identifier les risques, en faisant appel à un plus grand nombre d'observateurs et à une variété d'observateurs qui peuvent appliquer des cadres de référence locaux afin de « détecter » les cas inhabituels et de repérer les décès et les maladies susceptibles de constituer des préoccupations prioritaires en matière de santé publique. Dans les réponses éclairées par la SBC aux urgences sanitaires, l'expertise et les connaissances détenues par des professionnels non médicaux peuvent être utilisées pour permettre d'identifier et d'aborder les vulnérabilités qui se recoupent et qui sont façonnées par les contextes sociaux et politiques locaux et les inégalités.<sup>8</sup>

La SBC étend la surveillance au-delà des établissements de santé et, par ce biais, elle peut atteindre davantage de personnes. Par exemple, la SBC peut recueillir des données susceptibles d'être omises par les établissements de santé en raison de leur faible fréquentation. La fréquentation est souvent limitée dans les contextes au sein desquels les services ont été interrompus en raison d'une crise ou sont difficiles d'accès en raison d'obstacles financiers ou physiques. La fréquentation peut également être affectée par la « concurrence » des formes de soins de santé alternatives.<sup>3,9</sup> En outre, dans les contextes au sein desquels les ressources sont insuffisantes, le diagnostic de maladies inhabituelles peut nécessiter plusieurs visites dans les établissements de santé, mais, de manière générale, les foyers démunis n'ont pas les moyens de recourir aux soins pour une période prolongée.<sup>10</sup>

Même lorsque les établissements sont régulièrement fréquentés par les communautés, les publications en sciences sociales suggèrent une autre explication concernant les raisons pour lesquelles le personnel des établissements de santé peut omettre le diagnostic de maladies prioritaires. Les maladies relativement rares, telles que les maladies infectieuses et zoonotiques émergentes, ont tendance à ne pas être reconnues lorsque les professionnels de la santé les perçoivent comme peu communes. Les « algorithmes de diagnostic » internalisés que les professionnels de la santé utilisent souvent peuvent signifier, par exemple, que les diagnostics hors paludisme sont souvent omis.<sup>11</sup> En impliquant un large éventail de personnes, y compris celles qui n'ont pas d'expérience dans le domaine de la santé, les programmes de SBC peuvent aller au-delà des algorithmes de diagnostic utilisés par les professionnels de la santé.

# ENSEIGNEMENTS TIRÉS DES SCIENCES SOCIALES

## Enseignements tirés concernant l'engagement communautaire

L'utilisation des enseignements tirés des sciences sociales concernant l'engagement communautaire au sein des programmes de SBC peut favoriser l'ancrage de ces programmes dans les structures sociales et politiques locales existantes et à s'adapter aux nouvelles dynamiques sociales façonnées par les situations d'urgences. Un programme de SBC bien conçu peut apporter des changements positifs à la dynamique sociale existante en habilitant les personnes qui disposent de connaissances locales et en les intégrant au sein de la riposte sanitaire. L'utilisation d'approches participatives, fondées sur l'équité et sensibles aux dynamiques de genre contribue à reconnaître et à renforcer l'action des personnes engagées dans un programme de SBC et permet à la population cible de s'assurer que ses besoins sont pris en compte.

**Être attentif à la définition de « communauté ».** Les programmes de SBC définissent une « communauté » comme étant la population physiquement accessible aux personnels de la SBC et cohésive sur le plan social.<sup>1</sup> Toutefois, dans la pratique, de nombreux programmes de SBC se calquent sur les secteurs d'ores et déjà desservis par les agents de santé communautaires et, en réalité, ces zones sont susceptibles d'abriter des populations très hétérogènes. La déconnexion entre les communautés « imaginées » et la façon dont les communautés sont perçues à l'échelle locale doit être examinée de manière critique lors de la conception des programmes de SBC.<sup>12</sup>

**Être attentif à la façon dont les communautés sont représentées.** Savoir qui est responsable de la surveillance importe. Il ne faut pas présumer automatiquement que les agents de santé communautaires existants sont « représentatifs » des communautés qu'ils servent, et différents dirigeants peuvent être considérés comme légitimes par différentes communautés ou par différents groupes au sein d'une communauté.<sup>13</sup> Les préférences en matière de recours aux soins alternatifs sont susceptibles d'être dictées, du moins en partie, par la méfiance vis-à-vis des établissements de santé publique, de sorte que la participation d'autres fournisseurs de soins (p. ex., les guérisseurs traditionnels) aux activités du programme, comme par exemple les réunions communautaires et le suivi des cas, peut s'avérer extrêmement bénéfique, si l'on procède avec prudence.<sup>14</sup> Il est essentiel que les programmes de SBC utilisent des stratégies d'engagement multiples ou parallèles et ne s'appuient pas uniquement sur les canaux officiels.

**Être conscient de la méfiance et des conséquences négatives potentielles de la « surveillance ».** La surveillance peut présenter des connotations négatives dans certains contextes et certaines personnes sont susceptibles de se méfier de toute forme de surveillance. En périodes d'incertitude, comme par exemple durant les crises sanitaires, la méfiance existante peut être amplifiée. Les dynamiques sociales et politiques ainsi que les expériences antérieures peuvent contribuer au fait que les populations soient méfiantes vis-à-vis de toute forme de surveillance. En périodes d'incertitude, comme par exemple durant les crises sanitaires, humanitaires et migratoires, la méfiance existante est susceptible d'être amplifiée. Par exemple, durant la pandémie de COVID-19, la surveillance était parfois perçue comme menaçante, notamment dans les contextes au sein desquels la riposte sanitaire était militarisée.<sup>4</sup> Voir Encadré 2 ci-dessous. Certains groupes – comme par exemple les personnes déplacées de force, les minorités, et d'autres populations privées de leurs droits sur le plan politique – sont susceptibles d'avoir déjà vécu des expériences négatives en matière de surveillance, ce qui pourrait créer de la méfiance vis-à-vis des actions d'un programme de SBC.<sup>15</sup>

### Encadré 2. Connotations négatives de la « surveillance » – un exemple de l'Ouganda

En Ouganda, en 2020 et 2021, des militaires ont participé à la surveillance sanitaire liée à la COVID-19 et à l'application des mesures de confinement. Dans de nombreuses régions, cette surveillance n'était pas associée à la santé publique à l'échelle locale, mais plutôt à la corruption (p. ex., les points de contrôle pouvaient être franchis moyennant une « taxe »), à l'insécurité physique et économique accrue et à un régime autoritaire et ne faisant pas preuve de redevabilité.<sup>15</sup>



**Être participatif dès le début.** Des approches participatives devraient être utilisées à toutes les étapes de la programmation de la SBC, y compris la préparation, l'intervention d'urgence, la fermeture ou l'intégration au sein des structures existantes, et l'évaluation.<sup>3</sup> Les communautés devraient être mobilisées dès l'étape de la conception initiale du programme, et l'orientation globale de la SBC devrait être adaptée aux besoins et aux contextes locaux, y compris en sélectionnant les maladies et les événements qui présentent un intérêt pour les communautés.<sup>1</sup> Les meilleures pratiques participatives comprennent : encourager et mettre l'accent sur l'appropriation des programmes par les communautés concernées, s'engager à échanger des informations de façon significative et régulière, mobiliser un groupe diversifié d'informateurs communautaires, veiller à ce que les systèmes soient conçus de manière à instaurer la confiance et la bonne volonté pour la surveillance et la riposte sanitaire, et permettre aux membres de la communauté de prendre des décisions et de jouer plusieurs rôles au sein du programme de SBC.

**Faciliter le recrutement de bénévoles pour former une équipe diversifiée.** La plupart des lignes directrices en matière de SBC mettent en évidence le fait que les bénévoles de la SBC devraient être recrutés sur la base de la diversité et idéalement parmi les groupes de population qui seront mobilisés par l'intermédiaire de la SBC. Cette approche est essentielle pour permettre de comprendre les relations sociales et d'instaurer la confiance. Ces deux éléments sont nécessaires pour identifier les vulnérabilités de manière efficace, répondre aux besoins sanitaires<sup>16</sup> et contribuer à ce que les interventions de santé publique transmettent des normes et des pratiques nouvelles et positives.

Le recrutement équitable de bénévoles de la SBC a été reconnu comme un moteur du succès des programmes de SBC qui œuvrent avec les personnes déplacées de force, par exemple au Cameroun, et avec des groupements pastoraux en Éthiopie.<sup>3</sup> Les bénévoles de la SBC dans de nombreux contextes ont décrit les avantages conférés par la participation à un programme de SBC, notamment accroître leur réseau social, disposer d'opportunités de formation et être reconnus pour leur contribution à la lutte contre les maladies.<sup>3,17</sup> La mobilisation de personnes issues de différents groupes peut aider à diffuser les avantages matériels et symboliques inhérents à l'emploi bénévole. Les approches de recrutement de bénévoles fondées sur l'équité et sexospécifiques peuvent également aider les concepteurs de programmes de SBC à prendre en considération les conséquences sociales prévues et imprévues des programmes de SBC.<sup>18</sup>

**Mettre en œuvre des stratégies pour contrer les conséquences négatives potentielles sur les bénévoles.** Les bénévoles de la SBC ont souvent de nombreux engagements conflictuels au-delà de leur bénévolat, en particulier durant les crises humanitaires. Par conséquent, les responsables de la mise en œuvre des programmes doivent veiller à ce que le temps consacré au bénévolat n'ait pas d'impact négatif sur d'autres activités, telles que la génération de revenus et la prestation de soins. Les stratégies visant à réduire la charge de travail des bénévoles liée à la recherche de cas comprennent le passage à la détection passive dans la mesure du possible<sup>2</sup> et l'offre de tests en laboratoire gratuits aux personnes qui se présentent dans les établissements afin de réduire le temps consacré au diagnostic.<sup>10</sup> Un autre préjudice potentiel pour les bénévoles est l'insécurité, et les responsables de la mise en œuvre des programmes doivent établir des critères et des plans pour les cas où il s'avère trop dangereux pour les bénévoles de travailler dans des zones de conflit ou à forte criminalité.<sup>3</sup> Par exemple, dans certaines régions de la Somalie, les programmes de surveillance sont passés de bénévoles communautaires à des services sanitaires au sein des établissements de santé.<sup>19</sup>

**Éviter de créer une stigmatisation liée à la surveillance.** Une surveillance sanitaire accrue peut avoir des conséquences imprévues, y compris contribuer à renforcer ou à créer la stigmatisation, en particulier pour les groupes déjà marginalisés, racialisés et/ou enquêtés de manière excessive.<sup>20</sup> L'utilisation de centres de quarantaine et de traitement, par exemple, peut créer de la détresse sociale pour ceux qui partagent une identité avec les groupes perçus comme étant au centre d'autres types de sécurité ou de surveillance policière, tels que les migrants ou les travailleurs du sexe. La mise en quarantaine forcée peut engendrer de la peur, et les bénévoles de la SBC ainsi que d'autres agents de santé sont susceptibles de porter le poids du mécontentement de la communauté vis-à-vis des pratiques d'isolement et être confrontés à des critiques personnelles.

## Enseignements tirés concernant la détection des signaux et la gestion de l'information

La SBC reconnaît la valeur de la participation des communautés aux initiatives de surveillance sanitaire et exploite différentes formes d'expertise afin d'identifier les risques. Dans de nombreuses régions, les communautés sont les premiers intervenants en cas d'urgence sanitaire, notamment en dehors des zones urbaines mieux dotées en ressources.

**Mobiliser des sources plus variées dans la détection et le rapportage de signaux.** Comme il a été souligné ci-dessus, la SBC peut collecter des données à l'échelle de la communauté, qui auraient été susceptibles d'être omises.

La reconnaissance des symptômes d'une maladie ou d'un événement indésirable comme étant « inhabituel » et méritant d'être signalé peut s'avérer complexe, dans la mesure où l'interprétation du risque dépend du contexte matériel, social et culturel.<sup>21</sup> Par exemple, le fait que la « fatigue » soit perçue comme étant liée à des problèmes de santé ou à une raison sociale ou morale pertinente comme le fait de « trop travailler » ou d'« être paresseux » est lié à de nombreuses hypothèses et peut prendre du temps à comprendre.<sup>22</sup> Les vulnérabilités qui se recoupent, comme le fait qu'une personne soit une femme ou soit démunie, peut également avoir une influence sur les jugements concernant ce qu'il convient de signaler.<sup>12</sup> Les professionnels non soignants, y compris les membres de la famille et les voisins, peuvent jouer un rôle essentiel lorsqu'il s'agit de décider quand une personne doit avoir recours aux soins de santé et alerter lorsque quelque chose semble très inhabituel.

Une capacité de détection supplémentaire peut être intégrée aux programmes verticaux par l'intermédiaire de la SBC en demandant à davantage de personnes, comme par exemple les représentants des réseaux communautaires, de participer à l'évaluation des informations sociales et sanitaires qui les concernent.<sup>6</sup> Voir Encadré 3.

### Encadré 3. Les membres de la communauté sont les « yeux et oreilles » d'un programme de SBC

Les enseignants sont reconnus comme étant capables d'aider à détecter les épidémies de maladies évitables par la vaccination en informant un programme CBS des enfants non scolarisés.<sup>3</sup>

Les directeurs d'usine et les propriétaires peuvent également déclencher des alertes dans des situations où de nombreux employés sont absents ou que des personnes sont malades à la maison. Cependant, ce signalement peut être considéré par certains comme une forme négative de surveillance motivée par des considérations économiques ou politiques.

Les travailleurs de la santé peuvent faire des observations précieuses en dehors des heures de travail en tant que membres de leur propre communauté.<sup>22</sup>

D'autres personnes ayant des idées intéressantes de par leur rôle dans la communauté comprennent les guérisseurs traditionnels, les chefs de comité de santé du village, les pharmaciens, les agriculteurs, le personnel de santé vétérinaire, les commerçants, les prêteurs et les agents d'assurance.

**Discuter, élaborer et appliquer des définitions communes.** Pour les autorités sanitaires, qui sont susceptibles de recevoir plusieurs centaines de faux signalements d'événements, la SBC peut sembler extrêmement « bruyante » comparativement à d'autres formes de surveillance. Par conséquent, il est essentiel de parvenir à un accord et de dispenser une formation efficace quant à ce qui constitue un signal ou un événement et à la façon dont ceux-ci devraient être triés et vérifiés à chaque étape du signalement. De manière générale, les lignes directrices de la SBC recommandent que la formation communautaire soit précédée d'une discussion entre les responsables de la mise en œuvre des programmes et les intervenants communautaires concernant la manière dont les définitions des cas communautaires pourraient être élaborées et adaptées. Cette discussion est essentielle afin de créer une compréhension commune de la façon dont les maladies prioritaires, pour les autorités sanitaires, sont susceptibles de se recouper ou de différer des manières locales de reconnaître la maladie,<sup>22</sup> ainsi que pour clarifier les attentes concernant les maladies qui devraient être signalées. L'assouplissement de certaines définitions de la SBC, comme par exemple

concernant les « événements inhabituels », est une bonne façon de reconnaître à la fois l'expertise et les priorités de la communauté. Les bénévoles de la SBC nécessiteront probablement une étroite supervision formative au début d'un programme afin de discuter de la façon dont les instructions partagées lors de la formation sont appliquées dans la pratique et pour résoudre les problèmes avec les définitions formulées par les communautés. Ce processus de discussion, la formation et la supervision formative peuvent contribuer non seulement au contrôle de la qualité pour l'identification des menaces réelles, mais également à la perception de la SBC en tant qu'activité utile et valable.<sup>16</sup>

**Établir et maintenir des canaux de rétroaction.** Les responsables de la mise en œuvre de la SBC devraient discuter clairement des procédures de surveillance et d'intervention sanitaire avec les groupes communautaires dès le début afin d'aider à gérer les attentes. Suite à un signalement, les bénévoles devraient disposer de directives claires quant à la manière d'orienter les populations vers les services locaux pour répondre aux préoccupations immédiates en matière de santé ou autres. Les bénévoles doivent également savoir comment discuter des façons dont les données sont traitées, et les programmes devraient établir des procédures de communication bidirectionnelle, y compris des réunions régulières de retours communautaires. Lorsque les collectivités participent à l'identification et/ou au signalement de cas, elles s'attendent à une réponse. Une rétroaction insuffisante contribue à diminuer la confiance de la communauté vis-à-vis des programmes de SBC et des autres programmes d'intervention et peut donner l'impression que la collecte de données est extractive. Cette diminution de la confiance peut engendrer des refus de signaler des maladies, une augmentation des rumeurs, de fausses informations et la désinformation, ainsi que des menaces à l'encontre des bénévoles, ce qui a une incidence négative sur la surveillance.<sup>23,24</sup>

## **Enseignements tirés concernant le recrutement et l'encadrement des bénévoles de la SBC**

---

Comme mentionné ci-dessus, les bénévoles de la SBC font partie intégrante de tout programme de SBC. Les enseignements ci-dessous mettent en évidence certaines des meilleures manières de recruter et d'encadrer les bénévoles.

### **RECRUTEMENT DE BÉNÉVOLES POUR LA DIVERSITÉ**

---

La SBC reconnaît que la diversité des bénévoles contribue de manière significative à différents éléments inhérents à l'efficacité de la surveillance, y compris l'identification des menaces pour la santé, la sensibilisation des populations vulnérables, l'évitement de la stigmatisation et l'équité en matière d'emploi.

**Ne pas recruter uniquement des bénévoles expérimentés.** Le recours exclusif aux structures et programmes existants, tels que les équipes sanitaires au sein des villages, est susceptible de limiter la diversité parmi les bénévoles de la SBC. Le recrutement de personnes ne disposant pas d'expérience formelle en matière de programmes sanitaires peut nécessiter de consacrer davantage de ressources à la formation et à la supervision, mais ce temps supplémentaire est compensé par les avantages d'un engagement plus large.

**Assouplir les exigences en matière de bénévolat.** Les responsables de la mise en œuvre des programmes devraient examiner attentivement les besoins des bénévoles afin de déterminer ce qui est strictement nécessaire et ce qui ne peut qu'entraver le recrutement d'un groupe de bénévoles plus diversifié. Par exemple, le fait d'insister sur les exigences de l'enseignement supérieur est susceptible d'exclure les personnes ayant un accès limité à ce niveau d'éducation, telles que les femmes et les personnes issues de groupes défavorisés. De même, le fait d'exiger un certain nombre d'années d'expérience est susceptible d'exclure les jeunes et les personnes dont le temps a été consacré à des activités de prestation de soins et de génération de revenus. La flexibilité des exigences pour les bénévoles permet de garantir la représentation des groupes de population visés par la surveillance. Il s'agit d'un élément essentiel du renforcement de la confiance.<sup>16</sup>

**Être prêt à s'adapter aux réalités locales.** Bien qu'il existe des lignes directrices globales en matière de SBC, y compris en ce qui concerne le recrutement de bénévoles, ce qui fonctionne dans une région peut ne pas fonctionner dans une autre. Les responsables de la mise en œuvre doivent



être prêts à adapter leurs plans en fonction des enseignements tirés de la communauté. Par exemple, un programme de SBC basé dans une région au sein de laquelle les femmes ont culturellement tendance à ne pas conduire de moto mais où la conception initiale du programme exige des bénévoles pour couvrir une vaste zone devra investir dans la recherche d'une solution localement acceptable pour le recrutement et la logistique du programme.

## L'ENCADREMENT DES BÉNÉVOLES POUR L'EXCELLENCE

---

Un bon recrutement n'est que le début du processus. Les recommandations ci-dessous sont des exemples de la façon dont la motivation des bénévoles, la qualité des données et la confiance de la communauté peuvent être maintenus pendant toute la durée d'un programme de SBC.

**Discuter du langage et des concepts liés à la santé pour créer un vocabulaire commun.** Malgré les différences dans leur exposition à l'éducation biomédicale, les bénévoles de la SBC et le personnel de la SBC disposent souvent de cadres de référence qui se recoupent en ce qui concerne les maladies et les risques de développer des maladies.<sup>22</sup> Afin de s'assurer que toutes les personnes impliquées dans le programme de SBC utilisent les mêmes définitions, les responsables de la mise en œuvre devraient utiliser la formation et d'autres opportunités de discuter du langage et des concepts sanitaires spécifiques, en particulier ceux qui sont susceptibles d'avoir des significations différentes au sein de la communauté ou pour différents groupes.<sup>6,25</sup>

**Déterminer qui collecte les informations, comment et auprès de qui.** Déterminer périodiquement qui participe à la collecte des informations, comment les informations sont collectées et dans quels types d'espaces sociaux permettra d'identifier les lacunes ou les faiblesses. Par exemple, ce processus de cartographie peut déterminer qui est exclu par les pratiques actuelles de SBC. Les groupes susceptibles d'être omis dans le cadre de la surveillance comprennent les populations mobiles, les communautés pastorales et les travailleurs saisonniers.

**Encourager les bénévoles à élargir leurs connexions de collaboration.** En plus de renforcer la confiance et l'acceptation, de bonnes relations peuvent également ouvrir la voie à l'élargissement du programme de SBC si nécessaire. Par exemple, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge établit des voies de déclaration concertées entre les structures de santé humaine et animale durant les phases de préparation aux crises, ce qui lui permet d'être prêt à lancer la détection active des cas en cas de situation d'urgence.<sup>26</sup>

**Promouvoir et faire respecter la confidentialité.** Il est essentiel que les bénévoles de la SBC connaissent l'importance du rôle inhérent à la protection et à la confidentialité des données pendant la surveillance, dans la mesure où les manquements à la confidentialité sont susceptibles de nuire à la réputation du programme voire même à la riposte sanitaire globale. Par conséquent, les responsables de la mise en œuvre doivent renforcer la compréhension des questions inhérentes à la confidentialité dans le cadre de la formation et de la supervision des bénévoles.

**Aider les bénévoles à gérer le stress et les critiques.** Les bénévoles de la SBC, ainsi que les superviseurs et les agents de santé de la SBC, peuvent devenir l'objet des frustrations des membres de la communauté vis-à-vis d'une intervention de santé publique. Pour aider à réduire l'impact de cette critique, les bénévoles de la SBC devraient recevoir une aide psychologique et psychosociale. Il existe des orientations concernant la gestion du stress et des critiques par le biais de la formation des bénévoles.<sup>25</sup>

## Lectures complémentaires

---

1. Sharif, M.; Ahmed, R.; Duclos, D. and Palmer, J. (2023) Strengthening Health Information Surveillance: Implementing Community-Based Surveillance in Sudan. Social Science In Humanitarian Action (SSHAP) DOI: [www.doi.org/10.19088/SSHAP.2023.011](https://doi.org/10.19088/SSHAP.2023.011)
2. Africa CDC. (2018). Africa CDC Event-based Surveillance Framework. <https://africacdc.org/download/africa-cdc-event-based-surveillance-framework>
3. Ratnayake, R.; Tammaro, M.; Tiffany, A.; Kongelf, A.; Polonsky, J.A., AND McClelland, A. (2020). People-centred surveillance: A narrative review of community-based surveillance among crisis-

affected populations. *The Lancet Planetary Health*, 4(10), e483–95 [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30221-7](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30221-7)

4. Byrne, A. and Nichol, B. (2020). A community-centred approach to global health security: Implementation experience of community-based surveillance (CBS) for epidemic preparedness. *Global Security: Health, Science and Policy*, 5(1), 71–84

## REMERCIEMENTS

Cette note d'orientation a été rédigée en avril 2023 par Jennifer Palmer et Diane Duclos (les deux de la LSHTM) avec la contribution de Mariam Sharif (École des Hautes Études en Sciences Sociales). Elle a été révisée par Ruwan Ratnayake (LSHTM), Maysoon Dahab (LSHTM) et éditée par Nicola Ball (équipe de rédaction de la SSHAP).

La recherche et la rédaction ont été cofinancées par la SSHAP et une subvention accordée à la LSHTM par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) du Département de la Santé et des Services sociaux (HHS) des États-Unis dans le cadre de l'attribution de l'aide financière U01GH002319. Le contenu est celui de l'auteur ou des auteurs et ne représente pas nécessairement les opinions officielles du CDC/HHS ou du gouvernement des États-Unis, ni leur approbation. Cette note stratégique relève de la responsabilité de la SSHAP.

## CONTACT

Veillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à cette note stratégique, ou concernant des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers, veuillez contacter la Plateforme Social Science in Humanitarian Action en envoyant un e-mail à Annie Lowden ([a.lowden@ids.ac.uk](mailto:a.lowden@ids.ac.uk)) ou Juliet Bedford ([julietbedford@anthrologica.com](mailto:julietbedford@anthrologica.com)).

La Plateforme Social Science in Humanitarian Action est un partenariat entre l'[Institute of Development Studies \(IDS\)](#), [Anthrologica](#), le [CRCF Sénégal](#), l'[Université de Gulu](#), le [Groupe d'Études Sur Les Conflits Et La Sécurité Humaine \(GEC-SH\)](#), la [London School of Hygiene and Tropical Medicine \(LSHTM\)](#), l'[Université d'Ibadan](#), l'[Université de Djouba](#), et le [Sierra Leone Urban Research Centre](#). Ces travaux ont été financés par le Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth et le Wellcome Trust sous le numéro de subvention 225449/Z/22/Z. Les opinions exprimées ci-après sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des donateurs, ni les opinions ou politiques des partenaires du projet.

## RESTER EN CONTACT

 @SSHAP\_Action  [info@socialscience.org](mailto:info@socialscience.org)  [www.socialscienceinaction.org](http://www.socialscienceinaction.org)  SSHAP newsletter

**Référence suggérée** : Palmer, J. and Duclos, D. (2023) *Considérations Clés : Surveillance à Base Communautaire dans le Domaine de la Santé Publique*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). DOI : [www.doi.org/10.19088/SSHAP.2023.014](https://www.doi.org/10.19088/SSHAP.2023.014)

Publication Juin 2023

© Institute of Development Studies 2023



Ceci est un document en libre accès distribué selon les modalités de la version 4.0 de la licence internationale [Creative Commons Attribution \(CC BY\)](#), qui autorise l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et la source soient crédités et que toute modification ou adaptation soit indiquée.

## RÉFÉRENCES

1. Technical Contributors to the June 2018 WHO meeting. (2019). A definition for community-based surveillance and a way forward: Results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. *Eurosurveillance*, 24(2). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681>
2. Ratnayake, R., Tammaro, M., Tiffany, A., Kongelf, A., Polonsky, J. A., & McClelland, A. (2020). People-centred surveillance: A narrative review of community-based surveillance among crisis-affected populations. *The Lancet Planetary Health*, 4(10), e483–e495. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30221-7](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30221-7)
3. McGowan, C. R., Takahashi, E., Romig, L., Bertram, K., Kadir, A., Cummings, R., & Cardinal, L. J. (2022). Community-based surveillance of infectious diseases: A systematic review of drivers of success. *BMJ Global Health*, 7(8), e009934. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009934>
4. Duclos, D., Palmer, J. (2020). Background Paper: COVID-19 in the Context of Forced Displacement: Perspectives from the Middle East and East Africa.
5. Albahari, A., & Schultz, C. H. (2017). A Qualitative Analysis of the Spontaneous Volunteer Response to the 2013 Sudan Floods: Changing the Paradigm. *Prehospital and Disaster Medicine*, 32(3), 240–248. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/S1049023X17000164>
6. Africa CDC. (2018). Africa CDC Event-based Surveillance Framework. <https://africacdc.org/download/africa-cdc-event-based-surveillance-framework/>
7. Dahab, M., Abdelmagid, N., Osama, T., Nurelhuda, N., Abutalib, Z., Spiegel, P., Checchi, F., & Abdelgalil, S. (2019). Political violence in Sudan: The need for a coordinated, locally led humanitarian health response. *Lancet (London, England)*, 394(10198), 549–551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31618-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31618-6)
8. MacGregor, H., Leach, M., Wilkinson, A., & Parker, M. (2020, March 20). Covid-19—A social phenomenon requiring diverse expertise. Institute of Development Studies. <https://www.ids.ac.uk/opinions/covid-19-a-social-phenomenon-requiring-diverse-expertise/>
9. Guerra, J., Acharya, P., & Barnadas, C. (2019). Community-based surveillance: A scoping review. *PLOS ONE*, 14(4), e0215278. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215278>
10. Jephcott, F. L., Wood, J. L. N., & Cunningham, A. A. (2017). Facility-based surveillance for emerging infectious diseases; diagnostic practices in rural West African hospital settings: Observations from Ghana. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372(1725), 20160544. <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0544>
11. Chandler, C. I., Jones, C., Boniface, G., Juma, K., Reyburn, H., & Whitty, C. J. (2008). Guidelines and mindlines: Why do clinical staff over-diagnose malaria in Tanzania? A qualitative study. *Malaria Journal*, 7(1), 53. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-7-53>
12. SSHAP. (2020). One Size Does Not Fit All: COVID-19 Responses Across African Settings. SSHAP. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/one-size-does-not-fit-all-covid-19-responses-across-african-settings/>
13. Palmer, J. J., Kelly, A. H., Surur, E. I., Checchi, F., & Jones, C. (2014). Changing landscapes, changing practice: Negotiating access to sleeping sickness services in a post-conflict society. *Social Science & Medicine*, 120, 396–404. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.012>
14. Nichter, M. (2019). Social Science Contributions to BU Focused Health Service Research in West-Africa. In G. Pluschke & K. Röltgen (Eds.), *Buruli Ulcer: Mycobacterium Ulcerans Disease* (pp. 249–272). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-11114-4\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-030-11114-4_15)

15. Parker, M., Baluku, M., Ozunga, B. E., Okello, B., Kermundu, P., Akello, G., MacGregor, H., Leach, M., & Allen, T. (2022). Epidemics and the Military: Responding to COVID-19 in Uganda. *Social Science & Medicine*, 314, 115482. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115482>
16. Byrne, A., & Nichol, B. (2020). A community-centred approach to global health security: Implementation experience of community-based surveillance (CBS) for epidemic preparedness. *Global Security: Health, Science and Policy*, 5(1), 71–84. <https://doi.org/10.1080/23779497.2020.1819854>
17. Malik, E. M., Abdullah, A. I., Mohammed, S. A., Bashir, A. A., Ibrahim, R., Abdalla, A. M., Osman, M. M., Mahmoud, T. A., Alkhidir, M. A., Elgorashi, S. G., Alzain, M. A., Mohamed, O. E., Ismaiel, I. M., Fadelmula, H. F., Magboul, B. A. A., Habibi, M., Sadek, M., Aboushady, A., & Lane, C. (2022). Structure, functions, performance and gaps of event-based surveillance (EBS) in Sudan, 2021: A cross-sectional review. *Globalization and Health*, 18(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00886-6>
18. Smith, J. (2019). Overcoming the 'tyranny of the urgent': Integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gender & Development*, 27(2), 355–369. <https://doi.org/10.1080/13552074.2019.1615288>
19. Lubogo, M., Karanja, M. J., Mdodo, R., Elnossery, S., Osman, A. A., Abdi, A., Buliva, E., Tayyab, M., Omar, O. A., Ahmed, M. M., Abera, S. C., Abubakar, A., & Malik, S. M. M. R. (2022). Evaluation of the electronic Early Warning and Response Network (EWARN) system in Somalia, 2017–2020. *Conflict and Health*, 16(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13031-022-00450-4>
20. Bologna, L., Stamidis, K. V., Paige, S., Solomon, R., Bisrat, F., Kisanga, A., Usman, S., & Arale, A. (2021). Why Communities Should Be the Focus to Reduce Stigma Attached to COVID-19. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104(1), 39–44. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1329>
21. Andersen, R. S., Nichter, M., & Risør, M. B. (2017). Sensations, Symptoms and Healthcare Seeking. *Anthropology in Action*, 24(1), 1–5. <https://doi.org/10.3167/aia.2017.240101>
22. Palmer, J. J. (2020). Sensing Sleeping Sickness: Local Symptom-Making in South Sudan. *Medical Anthropology*, 39(6), 457–473. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1689976>
23. Nuriddin, A., Jalloh, M. F., Meyer, E., Bunnell, R., Bio, F. A., Mohammad B Jalloh, Paul Sengeh, Kathy M Hageman, Dianna D Carroll, Lansana Conteh, & Oliver Morgan. (2018). Trust, fear, stigma and disruptions: Community perceptions and experiences during periods of low but ongoing transmission of Ebola virus disease in Sierra Leone, 2015. *BMJ Global Health*, 3(2), e000410. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000410>
24. Vinck, P., Pham, P. N., Bindu, K. K., Bedford, J., & Nilles, E. J. (2019). Institutional trust and misinformation in the response to the 2018–19 Ebola outbreak in North Kivu, DR Congo: A population-based survey. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(5), 529–536. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30063-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30063-5)
25. WHO Africa. (2019). Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response in the African Region: Third edition. <https://www.afro.who.int/publications/technical-guidelines-integrated-disease-surveillance-and-response-african-region-third>
26. IFRC. (2021). Community-based Surveillance: Indonesian Red Cross experience. IFRC. [https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-12/CaseStudy\\_Indonesia\\_CommunityBasedSurveillance\\_IFRC-PMI\\_English\\_short.pdf](https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-12/CaseStudy_Indonesia_CommunityBasedSurveillance_IFRC-PMI_English_short.pdf)

