

**SOCIAL +
BEHAVIOUR
CHANGE**

ESAR

unicef 
pour chaque enfant

© UNICEF/UN106272971



Recueil des meilleures pratiques de CSC

Afrique de l'Est et australe

Avant-propos

Depuis des décennies, la section Changement social et comportemental (CSC) du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et australe (ESARO) est en première ligne en matière de CSC, offrant supervision, conseils et soutien technique aux 21 bureaux nationaux de l'UNICEF dans la région. Travaillant en collaboration avec les secteurs de la santé, de la nutrition, du VIH/SIDA, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH), de l'éducation, de la protection de l'enfance et de la protection sociale, l'équipe CSC pour la région de l'Afrique de l'Est et australe a renforcé les communautés, amélioré les services et suscité des changements sociaux et comportementaux positifs en faveur des enfants et des communautés de la région.

S'appuyant sur les connaissances inestimables acquises par les équipes CSC de l'UNICEF pour la région de l'Afrique de l'Est et australe, ces études de cas couvrent un éventail de sujets liés au CSC et formulent des recommandations pour soutenir les approches CSC innovantes. Notre objectif est d'inspirer les praticiens à relever les défis mondiaux et d'axer l'agenda CSC sur des cadres plus dirigés par les communautés et centrés sur les personnes, contribuant ainsi aux Objectifs de développement durable (ODD). L'aventure continue !

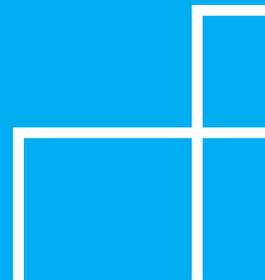
Siddartha Shrestha

Conseiller régional,
Changement social et comportemental
Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et australe

ESAR

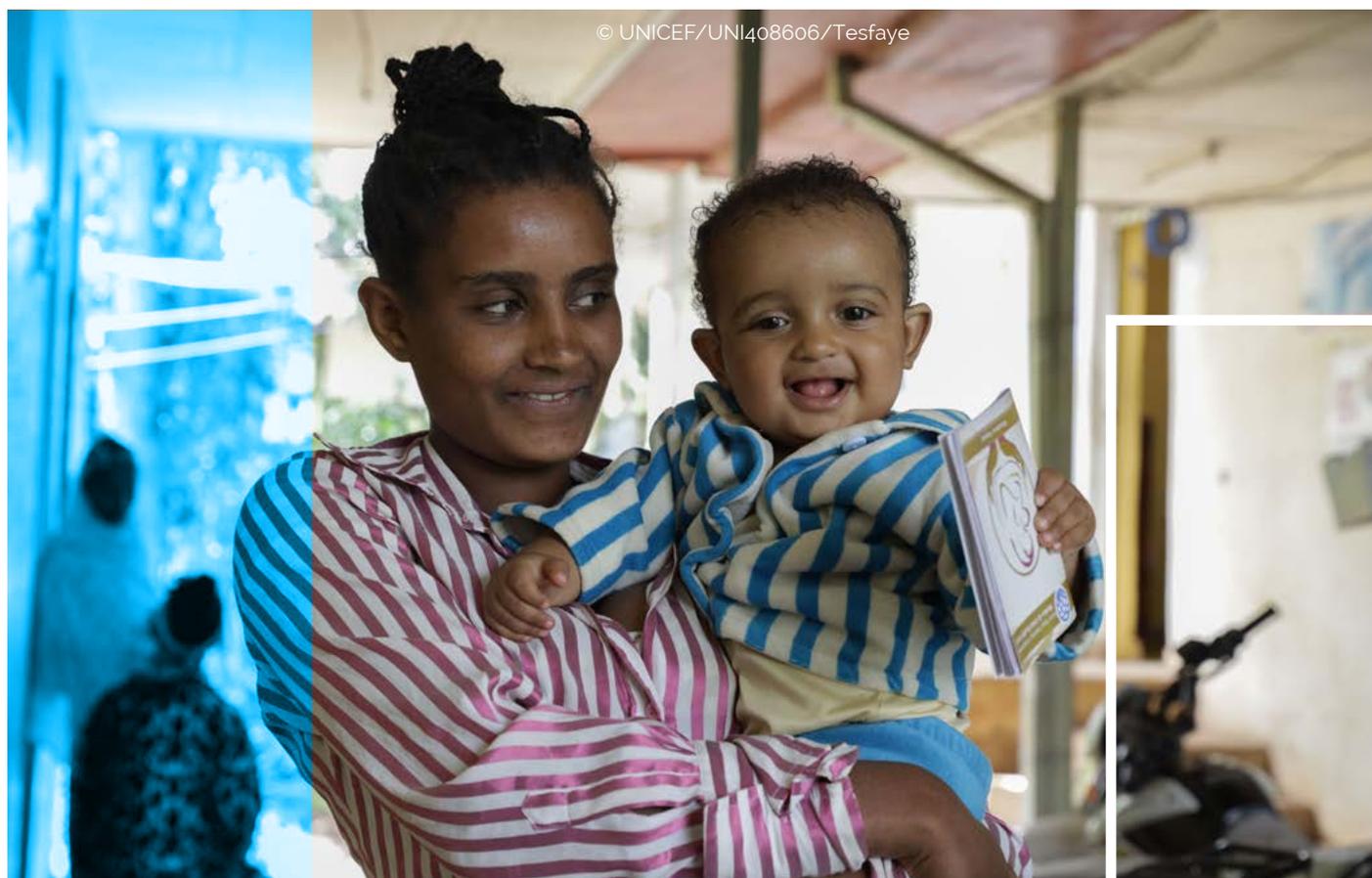
Principales stratégies visant à favoriser le changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

Accédez aux études de cas individuelles en cliquant sur chaque élément ci-dessous :



Principales stratégies visant à favoriser le changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

Accédez aux études de cas individuelles en cliquant sur chaque élément ci-dessous :





L'UNICEF Mozambique s'attaque aux causes profondes du mariage des enfants

Principales stratégies de changement social
et comportemental (CSC), réalisations et
enseignements tirés de l'expérience

© UNICEF/UN0719464/Chikondi

Résumé



Dates de l'activité
Depuis 2015



**Durée de la
Recherche sur le
terrain** Avril 2016
jusqu'en juin 2017



Budget
US\$120,0000



Contexte

Au Mozambique, le mariage des enfants et les grossesses chez les adolescentes demeurent des enjeux importants en matière de protection de l'enfance. Environ la moitié des jeunes filles se marient avant leur 18ème anniversaire, tandis que environ 14 pour cent se marient avant l'âge de 15 ans. Les provinces du Nord présentent les taux

de mariages d'enfants les plus élevés parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans. On considère les signes de puberté comme un élément biologique et social crucial pour évaluer la maturité des filles en vue du mariage. Les normes socioculturelles et les convictions concernant la préparation des enfants au mariage après leurs rituels d'initiation

traditionnels jouent un rôle dans le taux élevé de mariage des enfants. Les filles sont également confrontées à un fardeau social, celui de porter une grossesse très jeune, qui pèse davantage sur les filles que sur les garçons.

En juillet 2014, une campagne nationale a été lancée par le gouvernement du Mozambique afin de prévenir et de combattre le mariage des enfants au niveau provincial. En décembre 2015, la première Stratégie nationale (2015-2019) a été approuvée, sous la direction du ministère

du Genre, des Enfants et de la Protection sociale. Dans le cadre de la mise en place de la Stratégie nationale, l'UNICEF a mené des études formatives au Mozambique d'avril 2016 à juin 2017 afin de comprendre les origines profondes du mariage des enfants. Le programme sur le mariage des enfants, qui fait partie du troisième Plan d'action national pour les enfants, est éclairé par les résultats de la recherche formative, ainsi que par les données de l'enquête CSC et de l'enquête sur les normes sociales menées en 2020-2022. Il devrait être approuvé en 2023.

Approche stratégique¹

Dans le cadre de la recherche formative, la première étape était d'analyser les publications existantes sur le mariage des enfants, les différentes stratégies utilisées pour le traiter, les études qui ont examiné les normes sociales et de genre, ainsi que les obstacles sociaux et économiques qui favorisent le mariage des enfants au niveau communautaire et institutionnel au Mozambique. L'objectif était de collecter des données probantes pour élaborer une stratégie nationale visant à prévenir et éliminer la situation.

Différentes études formatives ont été réalisées sur le terrain afin de saisir les éléments fondamentaux, les motivations, les motifs socio-culturels, juridiques et économiques du mariage des filles peu après la puberté, ainsi que les opinions des filles concernant le mariage précoce. Dans quatre provinces, Manica, Nampula, Tete et Zambézia, 86 entretiens approfondis et 40 discussions de groupes de

discussion ont été réalisées, avec un échantillon total de 406 individus. La collecte de données a délibérément inclus des questions sur la déviance positive pour évaluer les solutions disponibles pour éviter le mariage des enfants. Les personnes interrogées ont sélectionné la langue pour les entretiens et les groupes de discussion. Deux adjoints de recherche locaux (deux pour chaque province et district) ont été recrutés par l'équipe de recherche afin d'assister le chercheur principal dans la réalisation des entretiens et des discussions de groupe.

L'UNICEF et ses partenaires ont assisté à un atelier de validation pour valider les résultats de la recherche et discuter des conclusions du rapport de recherche formative. Les conclusions de cette étude ont servi à concevoir la stratégie nationale de transformation sociale et comportementale pour abolir le mariage des enfants au Mozambique.





Principales réalisations

D'après les conclusions de l'étude, il a été démontré que les éléments qui favorisent la durabilité du mariage des enfants sont variés, complexes et multidimensionnels. Par exemple, lorsqu'une jeune femme a eu ses premières règles, elle est perçue comme une femme prête à se marier et à avoir des enfants - il n'existe pas de période d'« adolescence ». On considère généralement que le mariage tardif entraîne des opportunités perdues liées à l'avoir des enfants, tandis que le mariage précoce (aux premiers signes de puberté) est perçu comme étant idéal. Le mariage des enfants est également influencé par la pression sociale, l'autodétermination et le prestige social. Il est crucial de maintenir la pratique du mariage des enfants en raison des lacunes dans les connaissances sur le cadre juridique, des attitudes et des pratiques enracinées dans les traditions culturelles, des relations inégales entre les genres, de l'accès limité et inégal à l'information, à l'éducation et aux services de santé, ainsi que de la pauvreté.

Les résultats de la recherche ont conduit à des suggestions précises pour éviter le mariage des enfants, à savoir offrir davantage d'informations précises et faciles à comprendre sur la puberté, qui ne doit pas être considérée comme un indicateur de l'admissibilité au mariage, mais plutôt comme un moment dans la vie d'une jeune femme qui nécessite une période de développement vers la maturité biologique et psychologique, ainsi que la préparation au mariage. Il est nécessaire d'obtenir davantage de renseignements au sein de la population du Mozambique afin de modifier la perception que la fertilité et la fécondité d'une femme sont de courte durée et limitées, ainsi que de modifier les normes sociales (telles que la honte, l'honneur, les bénédictions, le prestige, etc.) qui exercent des pressions sur les filles pour se marier tôt. Des déviants positifs ont été mis en évidence par les résultats de la recherche, qui considéraient le mariage tardif comme une manière d'éviter les risques liés au mariage des enfants, tels que les complications lors de l'accouchement chez les filles physiquement immatures. Ces facteurs favorables ont joué un rôle dans la création d'une stratégie visant à souligner les familles de filles qui ne se marient pas avant l'âge de 18 ans.



À partir de 2018, les résultats de la recherche ont été exploités afin de créer un ensemble complet d'approches et d'interventions CSC, en mettant l'accent sur l'utilisation des dialogues communautaires comme une intervention de base. Les tâches se concentraient sur l'obtention de la protection, de la santé, de l'éducation et d'autres services essentiels. Un partenariat a été établi entre l'UNICEF et N'weti, une organisation non gouvernementale nationale, afin d'aborder les problématiques liées au genre et à la santé. Le gouvernement a également bénéficié de l'aide de l'UNICEF pour mettre en place une campagne multimédia nationale visant à combattre le mariage des enfants, en impliquant des personnalités de premier plan telles que le ministre du Genre, des Enfants et de l'Action Sociale, la Première dame, le président du Conseil interreligieux des religions au Mozambique, les enseignants et d'autres acteurs. De plus, l'UNICEF a créé des scénarios sur le mariage des enfants et les rites d'initiation dans le cadre d'une émission radiophonique éducative nationale de longue date Ouro Negro, ainsi que pour le théâtre communautaire, qui a initié des dialogues communautaires pour aborder les normes sociales et de genre liées au mariage des enfants dans les districts visés.

Le passage du cyclone Idai en 2019, le récent conflit militaire et l'effet des mesures

de prévention du COVID-19, telles que les fermetures d'écoles, pourraient avoir entravé l'engagement et les discussions au sein de la société entre 2017 et 2019. Ces mesures ont entraîné une augmentation des grossesses chez les adolescentes, une augmentation de la pauvreté dans les ménages et l'utilisation de mécanismes d'adaptation, tels que le mariage des enfants.

Cependant, la collaboration entre l'UNICEF, le FNUAP et les organisations de la société civile a abouti à l'adoption en 2019, d'une nouvelle loi visant à lutter contre le mariage des enfants. L'étude a également donné lieu à la création d'un programme de mentorat supervisé par le FNUAP dans le cadre du Programme conjoint des Nations Unies pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents (ASRHR) de Rapariga Biz, et a également informé les programmes de changement social et comportemental menés par l'UNICEF. En partenariat avec le ministère de l'Éducation et en coordination avec le ministère de la Santé, le ministère du Genre et de l'Action Sociale, la police et les organisations de la société civile, l'UNICEF a également instauré un système de signalement et de suivi des cas de violence et de mariage des enfants, ainsi que l'accès aux services juridiques et de protection.

86 ENTREVUES
APPROFONDIES

et

40 DISCUSSIONS AVEC DES
GROUPES CIBLES

ont été menées
dans quatre provinces
avec un total de

406 INDIVIDUS

Les résultats de la recherche ont conduit à des suggestions précises pour éviter le mariage des enfants.

Des déviants positifs ont été mis en évidence par les résultats de la recherche, qui considéraient le mariage tardif comme une manière d'éviter les risques liés au mariage des enfants.



Enseignements tirés

- 1 Il a été crucial de mener une recherche formative afin de saisir les motivations fournies pour se marier avant l'âge de 18 ans, les raisons pour lesquelles les filles se marient et les raisons pour ne pas se marier. Des éléments tels que le statut social et la pression associés aux rituels d'initiation et à l'honneur, ainsi que les motivations économiques du mariage précoce, les éventuelles complications de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que l'importance pour une fille de poursuivre ses études, ont été mis en lumière par la recherche. L'UNICEF et les organisations de la société civile ont organisé plusieurs consultations au niveau national, provincial et local afin de collaborer avec les gardiens communautaires responsables des rites d'initiation. Cependant, il est essentiel d'établir un programme à long terme afin de garantir un changement social durable.



Recommandations

- 1 L'UNICEF devrait consacrer davantage d'argent à approfondir sa compréhension de l'interaction entre le genre et les normes sociales, ainsi qu'à identifier les champions essentiels pour provoquer un changement social à grande échelle afin de mettre un terme au mariage des enfants.
- 2 De manière stratégique, l'UNICEF et ses partenaires devraient continuer à garantir un engagement plus rigoureux des gardiens responsables des rites d'initiation, ainsi que des hommes et des garçons, dans la prévention de la violence basée sur le genre.
- 3 Il est nécessaire d'investir plus d'argent pour renforcer et étendre les services destinés aux adolescents.

Notes de fin

- 1 Le rapport de recherche formative est disponible dans son intégralité à l'adresse suivante : <https://www.unicef.org/mozambique/media/4931/file/Publication%20Communication%20for%20Development%20Strategy%20for%20the%20Prevention%20and%20Elimination%20of%20Child%20Marriages.pdf>.

L'UNICEF Éthiopie sort les professionnels de la santé de l'hésitation face au vaccin contre COVID-19

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

© UNICEF/Éthiopie

Résumé



Dates de l'activité
D'avril à novembre
2021

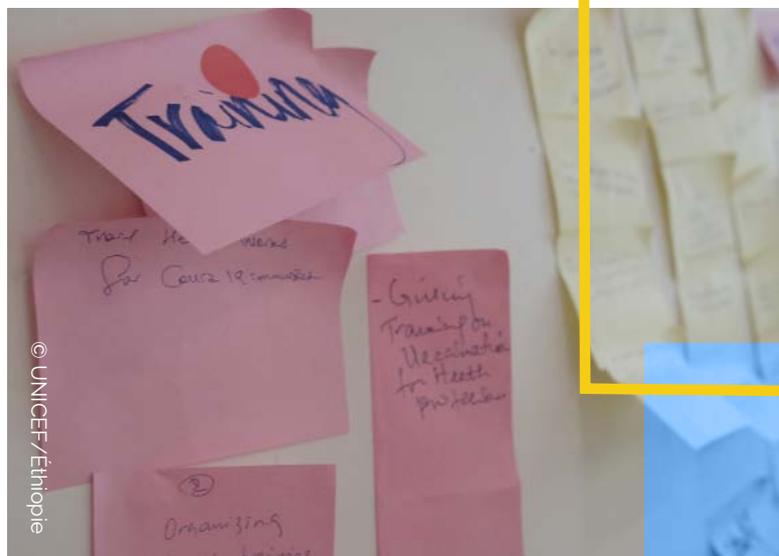


Durée de l'activité
Huit mois



Budget
37 800 USD

L'UNICEF Éthiopie a mené une évaluation qualitative approfondie pour déterminer les raisons pour lesquelles les professionnels de la santé ne se faisaient pas vacciner contre la COVID-19. Les évaluations ont montré que la nouveauté et la rapidité du développement du vaccin, ainsi que les questions relatives à son efficacité, étaient les principales raisons de leur hésitation à l'égard du vaccin. Sur la base de ces résultats, l'UNICEF Éthiopie a apporté son concours à la formation personnelle des professionnels de la santé et au plaidoyer auprès des associations de professionnels de la santé pour faciliter les discussions interactives avec le personnel de santé. Ces efforts ont permis de vacciner quelque 372 025 professionnels de la santé contre la COVID-19.



© UNICEF/Éthiopie



Contexte

L'Éthiopie a introduit la vaccination contre la COVID-19 à la mi-mars 2021. Au début du mois d'août 2021, plus de deux millions d'Éthiopiens (moins de deux pour cent de la population totale) avaient reçu une première dose du vaccin contre la COVID-19. En septembre 2021, plus de 332 000 cas de COVID-19 ont été diagnostiqués, entraînant 5 115 décès. Alors que la demande

de vaccin contre la COVID-19 était élevée dans de nombreux groupes de population, elle était faible chez les professionnels de la santé. La couverture des professionnels de la santé varie d'une région à l'autre du pays, la plus faible étant celle de Sidama (65 %), avec d'autres variations entre les niveaux zonaux/woreda au sein d'une même région.



Approche stratégique

En avril 2021, le bureau de pays de l'UNICEF Éthiopie (ECO) a soutenu une évaluation qualitative rapide à petite échelle dans la région des nations, nationalités et peuples du Sud (RNNPS) et dans la région de Sidama afin de comprendre les raisons de la faible couverture vaccinale. Les participants à l'évaluation comprenaient cinq professionnels de la santé, un chef religieux orthodoxe et quatre personnes âgées de 55 ans et plus avec une comorbidité ou âgées de plus de 65 ans. Quatre des cinq professionnels de la santé étaient réticents à l'égard du vaccin contre la COVID-19, et l'un d'entre eux a décidé de retarder sa vaccination. L'évaluation s'est appuyée sur le cadre des comportements et des facteurs sociaux (BeSD) pour comprendre les raisons de la faible participation. Les BeSD de la vaccination sont les croyances et les expériences spécifiques à la vaccination qui sont potentiellement modifiables afin d'augmenter la vaccination. Les évaluations ont montré que la nouveauté et la rapidité de mise au point du vaccin, ainsi que les questions relatives à son efficacité, étaient les principales raisons de l'hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19.

En août 2021, les résultats de l'évaluation rapide ont été présentés aux professionnels de la santé (médecins, infirmières, agents de vulgarisation sanitaire, agents du PEV et agents de santé publique) lors de deux ateliers de génération d'idées, l'un à Awasa, dans la région de Sidama, et l'autre à Dalla, dans la région RNNPS.¹ L'objectif de ces ateliers était de développer des activités visant à stimuler la vaccination contre la COVID-19 parmi le personnel de santé. Les sessions de génération d'idées se

sont concentrées sur quatre questions clés : (1) comment promouvoir la confiance dans les vaccins contre la COVID-19 parmi les professionnels de la santé, (2) comment répondre efficacement aux questions des professionnels de la santé concernant le vaccin contre la COVID-19, (3) comment aider les professionnels de la santé à prévenir la COVID-19, et (4) comment promouvoir l'acceptation et le recours à la vaccination contre la COVID-19 parmi les professionnels de la santé.

Les séances de génération d'idées ont débouché sur une série de solutions visant à aider les professionnels de la santé à surmonter leur réticence à l'égard des vaccins et à améliorer la prise vaccinale parmi les professionnels de la santé. Les solutions consistaient à former les professionnels de la santé et les agents de vulgarisation sanitaire aux avantages de la vaccination contre la COVID-19, à organiser des discussions avec les professionnels de la santé pour leur permettre d'exprimer leurs préoccupations, à faire appel à des personnes influentes telles que les médecins et les chefs religieux pour encourager la vaccination et à fournir aux professionnels de la santé des équipements de protection individuelle suffisants pour assurer leur sécurité. L'UNICEF Éthiopie a soutenu la formation en personne de 25 159 professionnels de la santé. Les personnes influentes ont organisé des sessions de plaidoyer avec des associations de professionnels de la santé sous la forme de réunions en face-à-face au cours desquelles ils ont fait des présentations et permis des séances de questions-réponses.



Principales réalisations

Au moins 372 025 professionnels de la santé ont été vaccinés contre la COVID-19 à la suite des efforts déployés par l'ECO pour comprendre les raisons sous-jacentes de l'hésitation initiale, et des activités de formation et de sensibilisation qui en ont découlé.



© UNICEF/Éthiopie

372,025 PROFESSIONNELS
LA SANTÉ

ont été vaccinés contre la COVID-19

l'UNICEF Éthiopie

a soutenu la formation en personne
de 25 159 travailleurs de la santé

Les séances de génération d'idées ont débouché sur une série de solutions visant à aider les professionnels de la santé à surmonter leur réticence à l'égard des vaccins



Enseignements tirés

- 1** La méthode BeSD a permis de déterminer les principales raisons sous-jacentes de l'hésitation à se faire vacciner contre la COVID-19 parmi le personnel de santé. Cette approche a permis à l'équipe ECO de recueillir des informations directement auprès des personnes hésitant à se faire vacciner, aussi rapidement que possible compte tenu de l'urgence de la situation.
- 2** Les séances de génération d'idées, qui font partie de l'approche de design centré sur l'humain, ont été essentielles pour élaborer rapidement des recommandations sur la manière de répondre aux raisons de l'hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19 mises en évidence lors de l'évaluation rapide. Le fait de disposer d'un ensemble de recommandations a permis à l'équipe ECO de plaider en faveur d'un soutien de la part des associations professionnelles médicales.
- 3** Il est essentiel d'impliquer les professionnels de la santé dans des discussions en face à face sur l'introduction d'un nouveau vaccin pour obtenir leur approbation et leur soutien à la prise vaccinale (pour eux-mêmes et pour les personnes qu'ils desservent). Les discussions avec les gens sur le vaccin et les raisons de leur hésitation ont offert aux professionnels de la santé un espace sûr pour résoudre les problèmes qui les empêchaient initialement d'accepter le vaccin contre la COVID-19.
- 4** Pour gagner la confiance des personnes hésitant à se faire vacciner, il est important de s'engager ou de s'associer avec des personnes d'influence telles que les organisations inter-confessionnelles et les associations de professionnels de la santé.



Recommandations

- 1** Inclure le public visé par les activités de changement social et comportemental dans la co-création des solutions au problème traité. Dans ce cas, les professionnels de la santé ont participé aux séances de génération d'idées et ont pu apporter leur contribution sur la base de leurs propres croyances et expériences.
- 2** Créer des espaces sûrs où les personnes se sentent à l'aise pour exprimer leurs préoccupations et leurs questions sur les vaccins, et où elles se sentent écoutées et entendues, afin d'obtenir des informations utiles qui conduisent à des interventions adaptées et efficaces.

Notes de fin

- 1** Un atelier de génération d'idées est un atelier collaboratif destiné à aider des groupes de personnes à travailler avec les résultats de la recherche afin de dégager un large éventail de solutions potentielles.

L'UNICEF Malawi aide à améliorer les indicateurs liés à la santé et à la nutrition au niveau communautaire

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

© UNICEF/UN0719464/Chikondi

Résumé



Dates de l'activité

De juin 2017 à
décembre 2023



Durée de l'activité

6,5 ans



Budget

43 millions USD

L'état nutritionnel d'un enfant reflète sa santé et son développement en général, ainsi que l'investissement du ménage, de la communauté et du pays dans la santé de la famille. L'outil de suivi des comportements communautaires (CBTT) a été utilisé dans le cadre du programme pluriannuel de nutrition *Afikepo* dans 10 districts du Malawi pour permettre aux communautés de faire le suivi des questions de santé et de nutrition dans leur région et de prendre des mesures correctives si nécessaire.¹ Cet outil a permis aux ménages d'augmenter et de diversifier

leur consommation d'aliments sains et nutritifs et d'améliorer la situation nutritionnelle des femmes en âge de procréer, des adolescentes, des nourrissons et des jeunes enfants du Malawi. Les résultats des données de suivi des comportements communautaires ont connu une augmentation globale du pourcentage de femmes enceintes qui prennent des comprimés de fer et d'acide folique et qui consomment des aliments d'origine animale et des légumineuses. La qualité de l'alimentation des enfants de 6 à 23 mois s'est également améliorée.



Contexte

La malnutrition, sous toutes ses formes, affecte les capacités cognitives de l'enfant, diminue son immunité, le rend vulnérable aux infections et a un impact sur son bien-être tout au long de sa vie. La malnutrition, en particulier le retard de croissance (taille insuffisante par rapport à l'âge), reste un problème majeur de santé publique au Malawi et contribue fortement aux décès d'enfants dus à des causes évitables. Au moins 39 % des filles et 42 % des garçons de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance.² Le retard de croissance est un signe de malnutrition chronique et peut survenir au cours des 1000 premiers jours de la vie si l'enfant n'a pas un régime alimentaire adapté à son âge. Soixante-quatre pour cent des enfants malawiens de moins de six mois sont exclusivement nourris au sein, et seulement 60 % des nouvelles mamans allaitent dans l'heure qui suit l'accouchement, bien que 98 % des femmes accouchent dans un établissement de santé.

Seuls neuf pour cent des enfants au Malawi âgés de 6 à 23 mois satisfont à des normes minimales d'apport alimentaire acceptable. Seuls 17 % de enfants atteignent le seuil minimum de diversité alimentaire, et 37 % seulement reçoivent des repas à la fréquence minimale.³

Le Malawi présente un écart persistant entre les zones rurales et urbaines en matière de malnutrition, la prévalence de la malnutrition étant plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines.⁴ Les résultats de l'enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) 2019 au Malawi ont révélé que plus de 29 % des enfants en milieu urbain souffrent d'un retard de croissance, contre environ 36 % en milieu rural.⁵ Malgré une baisse significative du retard de croissance de 11 % entre 2012 et 2019, les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants restent un défi.



© UNICEF/UN0839508/Chikondi



Approche stratégique

Le programme alimentaire *Afikepo*, mis en œuvre par l'UNICEF et la FAO en collaboration avec le gouvernement du Malawi, était un effort multisectoriel qui intégrait des activités liées à l'agriculture, à la santé et à la nutrition pour résoudre le problème de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle et de la malnutrition. Son objectif était d'améliorer la situation nutritionnelle des ménages dans dix districts par la mise en œuvre d'interventions visant à accroître la disponibilité, l'accès et la consommation d'aliments diversifiés au niveau des ménages, en particulier chez les femmes en âge de procréer, les adolescentes, les nourrissons et les enfants en bas âge.⁶

Les activités d'*Afikepo* ont été mises en œuvre par le biais d'un modèle de groupe de soins, une stratégie alimentaire et de santé qui rassemble un groupe de 8 à 12 bénévoles communautaires qui se réunissent régulièrement avec des promoteurs de la santé pour discuter de l'alimentation et de la santé, et fournir une formation, une supervision et un soutien. Chaque groupe de soins est dirigé par un chef de groupe sélectionné parmi les membres du groupe. Un groupe est composé de 8 à 12 ménages proches les uns des autres. Les chefs de groupe étaient chargés de transmettre des informations sur l'alimentation et de fournir des conseils nutritionnels aux ménages de leur communauté. Ils ont utilisé le programme SUN (Scaling Up Nutrition) pour enseigner aux membres de la communauté comment cultiver des aliments nutritifs et l'importance de pratiques d'alimentation variées et adaptées à l'âge du nourrisson et de l'enfant. Ces pratiques ont été reproduites par les membres de la communauté à leur domicile. Un total de 6 678 groupes de soins ont été constitués dans 10 districts du Malawi, avec une moyenne de 81 groupes de soins dans 82 zones d'autorité traditionnelle (une unité administrative dans la structure de gouvernance locale du district). Des facilitateurs communautaires (FC) et des groupes de sensibilisation communautaires (GSC) ont été formés et encadrés pour soutenir les membres des groupes communautaires et des groupes de soins dans chacun des sites du projet *Afikepo*. Les FC (travailleurs de première ligne, promoteurs de groupes de soins et agriculteurs principaux) étaient chargés d'identifier, de former et de superviser les chefs de GSC qui

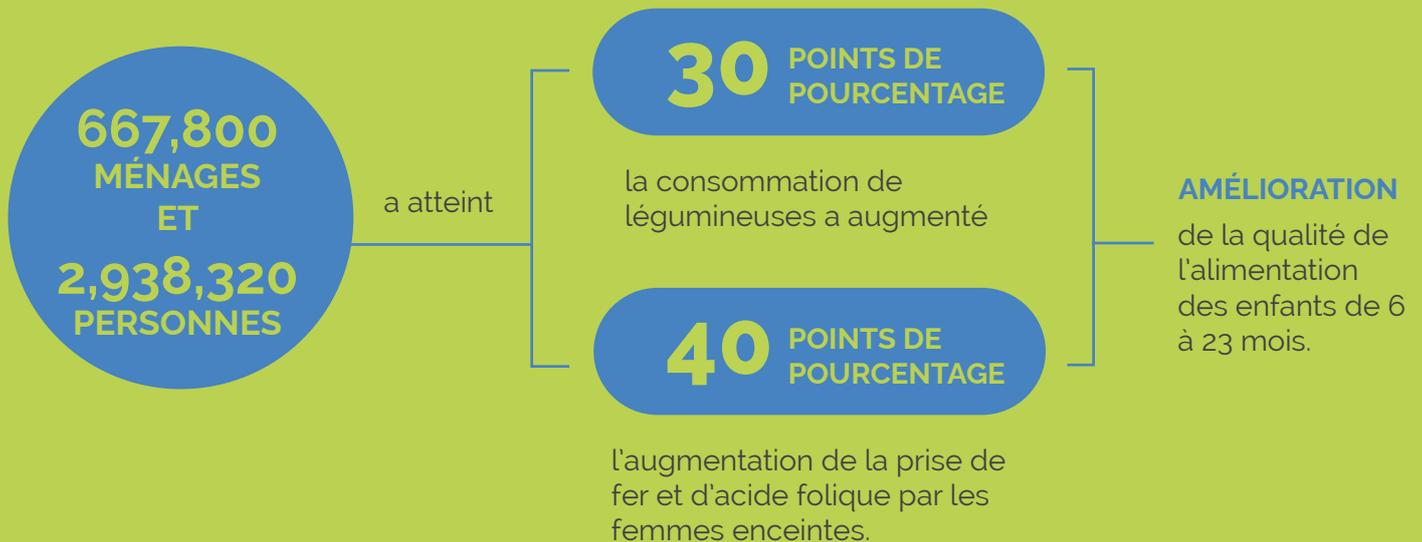
fournissaient des services de proximité au niveau des ménages. Le modèle du groupe de soins a été conçu pour promouvoir l'appropriation des interventions par la communauté et la durabilité des résultats souhaités en matière de nutrition et de santé, en fixant un ensemble d'objectifs communs et en créant un sentiment d'identité et de solidarité au sein du groupe de soins.

Les chefs de groupe ont reçu l'outil de suivi des comportements communautaires (CBTT), un outil de suivi et d'évaluation de l'alimentation utilisé comme système de détection précoce des cas de malnutrition. Le CBTT contient des indicateurs nutritionnels permettant de suivre les progrès réalisés par les communautés en matière de changement de comportement lié à la nutrition pour les enfants, les femmes enceintes, les femmes qui allaitent et les adolescentes. En outre, il permet de surveiller la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans à l'aide du bracelet de mesure du périmètre brachial (MUAC). Les données des groupes de soins ont été collectées mensuellement à l'aide du CBTT et téléchargées en ligne sur la plateforme Kobo. La consolidation des données s'effectue sur une période de trois mois et permet d'engager le dialogue avec les chefs de communauté, les ménages, les travailleurs de première ligne et les groupes de soins, afin de discuter des mesures correctives à prendre pour les indicateurs les moins performants. La comparaison des données d'un trimestre à celles des trimestres précédents a permis de mesurer les progrès accomplis et de prendre des décisions de groupe pour combler des lacunes ou résoudre des problèmes spécifiques. Par exemple, si les chiffres du TCCB montrent que très peu de personnes dans une communauté mangent des haricots ou des noix parce que l'année a été maigre pour ces aliments de base, la communauté élaborera un plan d'action recommandant que, à l'avenir, la communauté stocke suffisamment de haricots pour nourrir ses familles tout au long de l'année. Les chefs de groupe et les promoteurs de soins diffusent ce message en visitant les ménages qui ne consomment pas assez de haricots et de noix, et en organisant une réunion du groupe de soins pour partager l'information avec l'ensemble de la communauté.



Principales réalisations

- L'objectif du projet était d'atteindre 675 000 ménages ciblant les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, les femmes qui allaitent et les adolescents dans les 10 sites du projet. À ce jour, le projet a touché un total de 667 800 ménages (99 % de l'objectif) et environ 2 938 320 personnes.
- Selon une étude de l'UNICEF sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (KAP) du projet *Afikepo* en 2022, les pratiques d'alimentation des nourrissons et des enfants (y compris les pratiques d'allaitement) se sont améliorées par rapport aux chiffres de référence de 2018.⁷ Dans certaines communautés, par exemple, l'utilisation du CBTT a contribué à une augmentation de la consommation de légumineuses de 70 %, alors qu'elle n'était que de 30 % avant l'utilisation de l'outil. La prise de fer et d'acide folique par les femmes enceintes est passée de 60 % à près de 100 % dans presque toutes les régions. Dans certains districts, les données ont montré une amélioration de la qualité de l'alimentation des enfants de 6 à 23 mois.⁸
- L'identification précoce des indicateurs peu performants, combinée à la capacité de discuter des solutions en tant que communauté, a permis aux communautés d'apporter les changements qu'elles jugeaient nécessaires.





Enseignements tirés

- 1 L'outil CBTT a permis de mettre en évidence les goulots d'étranglement en matière de nutrition dans les communautés et de trouver rapidement les solutions les mieux adaptées à la communauté.** Les compétences acquises grâce au suivi de l'outil CBTT ont permis aux communautés de lutter contre les carences nutritionnelles chez les enfants, qui n'étaient pas détectées auparavant, et de générer une responsabilité sociale et un dialogue sur les questions de nutrition.
- 2 Pour que l'outil CBTT ait des effets, il faut qu'il y ait un groupe de bénévoles communautaires et de travailleurs de première ligne bien formés et engagés pour soutenir son utilisation.** Des mesures d'incitation et/ou des activités génératrices de revenus devraient être proposées aux bénévoles pour qu'ils restent motivés.
- 3 La participation des dirigeants locaux a été essentielle à la mise en œuvre du projet Afikepo.** Les dirigeants ont joué un rôle important dans la mobilisation des communautés pour qu'elles comprennent les problèmes de nutrition et identifient collectivement des solutions.
- 4 Les dialogues communautaires** ont été essentiels pour donner aux membres de la communauté la possibilité de résoudre les problèmes et de s'approprier les changements qu'ils souhaitaient voir se produire.



Recommandations

- 1** Continuer à investir dans la formation des bénévoles. Les données de l'outil CBT étant collectées par des bénévoles, il est important d'investir en permanence dans des formations de remise à niveau afin de garantir la qualité de la collecte et de l'analyse des données.
- 2** Responsabiliser les bénévoles de la communauté de façon à ce qu'ils puissent initier eux-mêmes des sessions de dialogue.
- 3** Accroître l'accès aux comprimés de fer et d'acide folique pour aider à générer des données (presque) en temps réel afin d'améliorer la prise de décision au niveau du district.

Notes de fin

- 1 Afikepi est un nom chichewa qui se traduit par « laissez-les [les enfants] développer tout leur potentiel ».
- 2 UNICEF Malawi, The nutrition program in Malawi, 2017.
- 3 Bureau national des statistiques du Malawi, « Multiple Indicator Cluster Survey 2019-20 Survey Findings Report », Décembre 2021, <<https://washdata.org/sites/default/files/2022-02/Malawi%202019-20%20MICS.pdf>>.
- 4 Mussa R., A matching decomposition of the rural-urban difference in Malnutrition in Malawi, Health Econ Rev, pp 4-11.
- 5 Bureau national des statistiques du Malawi, « Multiple Indicator Cluster Survey 2019-20 Survey Findings Report », Décembre 2021, <<https://washdata.org/sites/default/files/2022-02/Malawi%202019-20%20MICS.pdf>>.
- 6 Les districts sont Chitipa, Karonga, Nkhatabay, Mzimba, Kasungu, Nkhotakota, Salima, Chiradzulu, Thyolo et Mulanje.
- 7 UNICEF, FAO, UE, « Knowledge, Attitude and Practices Survey (KAP) towards maternal, adolescent, infant and young child nutrition and care practices, water and sanitation and nutrition-sensitive agriculture : Report for the Afikepo Nutrition Programme and Nutrition-sensitive Agriculture component in Malawi; », Juillet 2022, <<https://www.unicef.org/malawi/media/4571/file/Report%20For%20The%20Afikepo%20Nutrition%20Programme%20and%20Nutrition-sensitive%20Agriculture%20component%20in%20Malawi.pdf>>.
- 8 UNICEF Malawi, « Tracking tool brings new lease of life: Community behavior tracking tool », 25 janvier 2023, <<https://www.unicef.org/malawi/stories/tracking-tool-brings-new-lease-life>>.



L'UNICEF Rwanda collabore avec la Société de la croix rouge du Rwanda pour juguler la désinformation et les rumeurs relatifs à la COVID-19

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

Résumé



Dates de l'activité

De juillet 2020 à décembre 2021



Durée de l'activité

18 mois



Budget

148 503 390 USD

Entre juillet 2020 et décembre 2021, l'UNICEF Rwanda, en partenariat avec la Société de la Croix-Rouge rwandaise (RRCS), a mis en œuvre une activité d'écoute sociale et de collecte de commentaires au niveau communautaire pour faire le suivi des rumeurs sur la COVID-19. L'objectif de cette activité conjointe était de mettre en place des opérations pour s'attaquer aux idées fausses des populations rwandaises concernant la COVID-19 et d'accroître la confiance dans les vaccins contre la COVID-19. L'UNICEF Rwanda et la RRCS ont mis au point un module de formation sur la COVID-19 pour les bénévoles de la RRCS qui se sont rendus dans les communautés avec des mégaphones en vue de diffuser des informations exactes sur la COVID-19 et promouvoir le vaccin, et avec des smartphones équipés de formulaires pour collecter des données sur les rumeurs et

la désinformation qui empêchent les Rwandais d'adopter des comportements favorables à la prévention et de se faire vacciner. Au total, 476 bénévoles de la RRCS (dont 60 formateurs de formateurs) ont été identifiés et formés à la diffusion d'informations exactes sur la COVID-19, à la promotion de la prévention des maladies et à la collecte des commentaires et des rumeurs des membres de la communauté dans laquelle ils travaillent. Le travail des bénévoles, combiné au soutien des messages radiophoniques diffusés par cinq stations de radio à travers le pays, a entraîné une augmentation globale des connaissances exactes sur la COVID-19 et une plus grande adhésion aux mesures préventives de la COVID-19 (par exemple, le port de masques) au fil du temps. La confiance dans les vaccins contre la COVID-19 est passée de 60 % en décembre 2020 à 89 % en juin 2021.



Contexte

Au Rwanda, le premier cas de COVID-19 a été déclaré par le ministère de la Santé le 14 mars 2020. Un comité national de crise composé des principaux ministères a été désigné pour gérer la riposte à la pandémie, sous la présidence du Premier ministre. Le comité a constitué une équipe spéciale conjointe COVID-19 pour coordonner la mise en œuvre du plan de préparation et de riposte dès l'apparition des premiers cas. Au fur et à mesure que le virus se propageait dans le pays, des rumeurs et la désinformation sur la maladie et le vaccin récemment mis au point se répandaient

également. Dès le début, l'UNICEF Rwanda a soutenu le gouvernement du Rwanda et s'est associé à la Société de la Croix-Rouge du Rwanda (RRCS) pour promouvoir les pratiques de prévention de la COVID-19 et la prise du nouveau vaccin. Les activités utilisées pour communiquer avec la population rwandaise comprenaient la mobilisation sociale, les commentaires de la communauté et des opérations visant à instaurer un climat de confiance afin d'accroître la sensibilisation au virus, de contrer les rumeurs et la désinformation qui circulent sur le virus et le vaccin, et d'assurer la prise vaccinale.



Approche stratégique

L'UNICEF et la RRCS ont élaboré conjointement un module de formation sur l'engagement communautaire lié à la COVID-19 afin de renforcer la capacité des bénévoles de la RRCS à fournir des informations exactes sur la COVID-19 et à encourager la prise vaccinale. L'UNICEF Rwanda a apporté un soutien financier et technique à la formation de 60 formateurs (deux par district) pour assurer la formation en cascade et la supervision des bénévoles sectoriels qui ont travaillé main dans la main avec l'équipe de coordination du RRCS au niveau du district. Au total, 416 bénévoles de la RRCS au niveau sectoriel ont été formés à la communication interpersonnelle et aux compétences d'engagement communautaire en vue de leur permettre d'impliquer efficacement les Rwandais, de fournir des informations sur la distanciation sociale, le port de masques et d'autres pratiques préventives contre la COVID-19, et de s'attaquer à la stigmatisation associée à la maladie. Les bénévoles ont également appris à recueillir et à traiter les commentaires et les questions des membres de la communauté concernant la pandémie, ainsi qu'à suivre et à signaler les rumeurs concernant la maladie, la riposte du gouvernement à la pandémie et le vaccin. L'UNICEF s'est appuyé sur un groupe WhatsApp Tree et sur l'Internet des bons objets (Internet of Good Things, IoT), une plateforme mondiale en ligne de l'UNICEF, pour soutenir les activités

des bénévoles. Le groupe WhatsApp Tree a été créé pour tous les bénévoles de la Croix-Rouge, du niveau sectoriel au niveau national, afin de faciliter l'échange d'informations et de retours d'expérience et d'identifier les rumeurs. Les autorités locales ont également été ajoutées au groupe WhatsApp Tree. Les contenus relatifs à la prévention de la COVID-19 et à la prise vaccinale ont été téléchargés sur la plateforme IoT, et les bénévoles ont été initiés à son utilisation et à sa navigation lors de la formation des formateurs (FF) des superviseurs/coordonateurs de la Croix-Rouge au niveau du district. Après l'orientation, les coordinateurs de la Croix-Rouge formés ont appris aux bénévoles de la Croix-Rouge au



© UNICEF/UN0373244/Niyonkuru

niveau sectoriel comment utiliser l'loGT, qui a été utilisé par les bénévoles pour obtenir des informations actualisées sur la prévention et les vaccins contre la COVID-19.

L'UNICEF Rwanda et la RRCS ont mis en place un mécanisme de collecte de données et de suivi des rumeurs au niveau communautaire à l'aide du réseau de bénévoles communautaires de la RRCS. Équipés d'un mégaphone, de messages préenregistrés sur la COVID-19 et de smartphones avec application KOBO pour la collecte de données, les 416 bénévoles ont diffusé des messages de prévention sur la COVID-19 et ont simultanément recueilli des données sur le virus et la prise vaccinale à l'aide d'un formulaire de commentaires et d'un formulaire de suivi des rumeurs dans une moyenne de 8,5 ménages par bénévole, deux fois par semaine. Les résultats ont été analysés régulièrement et partagés avec les principales parties prenantes aux niveaux local et national, y compris l'UNICEF Rwanda et le Centre rwandais de communication sur la santé (RHCC). Les données ont été utilisées pour élaborer des messages appropriés afin de résoudre les principales rumeurs et idées fausses liées à la COVID-19. Le représentant de la RRCS dans chaque district a partagé les résultats lors des réunions mensuelles du poste de commandement organisées par les autorités locales afin que des mesures appropriées soient prises au niveau local. Les données collectées à travers le mécanisme de la RRCS ont été complétées par trois séries d'évaluations rapides

des communautés (3 045 personnes interrogées au total) à l'aide du modèle [Behavioural and Social Drivers](#) entre décembre 2020 et juin 2021.

L'UNICEF Rwanda et la RRCS, en collaboration avec le ministère de la Santé, les autorités locales et des influenceurs, ont mobilisé cinq stations de radio (KT radio, Radio Salus, RC Rubavu, Radio Huguka et Isangano Radio) pour produire et diffuser une émission de radio hebdomadaire de 30 minutes dont les messages sont basés sur les résultats des commentaires de la communauté recueillies par les bénévoles. Les 15 premières minutes de chaque émission de radio ont été consacrées à l'examen de questions essentielles liées à la COVID-19, avec l'aide d'experts de la santé et des experts d'autres secteurs concernés (par exemple, l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), l'éducation, la protection de l'enfance). Les 15 minutes restantes ont été consacrées à répondre aux questions des auditeurs dans le but de démentir les rumeurs et les idées fausses sur la COVID-19 et de promouvoir la confiance de la population rwandaise dans les vaccins contre la COVID-19

L'UNICEF Rwanda a apporté le soutien nécessaire pour documenter les réussites et les enseignements tirés, en faisant appel à des vidéastes, des photographes et des rédacteurs, et en collaborant avec le personnel de communication de la RRCS. Des histoires d'intérêt humain ont été régulièrement identifiées et publiées sur le site web de l'UNICEF.¹



© UNICEF/UN0373258/Niyonkuru



Principales réalisations

- De novembre 2021 à mars 2022, plus de trois millions de personnes (48 % d'hommes, 52 % de femmes) à travers le Rwanda ont participé à la mobilisation communautaire et reçu des médias de masse des informations nécessaires pour se protéger et protéger leurs familles de la COVID-19 et promouvoir les comportements préventifs recommandés pour la famille et les amis. 247 952 personnes ont acquis les connaissances et les compétences nécessaires pour battre en brèche les principales rumeurs et idées fausses sur la COVID -19 qui ont été identifiées au cours du cycle du projet.
- Au total, 476 volontaires de la RRCS (dont 60 FF) ont été identifiés et formés à la diffusion d'informations exactes sur la COVID-19, à la promotion de la prévention des maladies et à l'enregistrement des commentaires et des rumeurs des membres de la communauté dans laquelle ils travaillent.
- Il y a eu une augmentation globale des connaissances exactes sur la COVID-19. Par exemple, en mars 2022, 17 % des personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation rapide pensaient que la COVID-19 était un mécanisme politique visant à réduire le nombre d'habitants de la planète, contre 22 % en septembre 2021.
- Au fil du temps, les communautés ont renforcé leur adhésion aux mesures de prévention contre la COVID-19. En octobre 2020, 42 % des personnes interrogées ont déclaré porter un masque facial, contre 52 % en avril 2021.
- La confiance dans les vaccins contre la COVID-19 est passée de 60 % en décembre 2020 à 89 % en juin 2021.
- Certaines des données obtenues grâce au partenariat entre l'UNICEF Rwanda et la RRCS ont servi de base à la campagne nationale « Retour à l'école » mise en œuvre conjointement avec le Conseil rwandais de l'éducation de base.
- Le contenu de la communication sur la COVID-19 de cette activité a été adapté pour être diffusé sur l'Internet des bons objets (IoT).

La confiance dans les vaccins contre la COVID-19 est passée de

60%
EN DÉCEMBRE 2020

à

89%
EN JUIN 2021

PLUS DE
3,000,000

personnes dans tout le Rwanda ont été touchées

476

Les bénévoles de la RRCS ont été identifiés et formés



Enseignements tirés et recommandations

- 1** Après la collecte des commentaires au sein de la communauté, des programmes de riposte sont attendus. Il est essentiel de gérer les attentes et de maintenir une communication transparente avec les communautés auprès desquelles les commentaires sont recueillis.
- 2** Le maintien de la collecte de données sur les rumeurs et la désinformation au niveau communautaire nécessite une coordination spécifique entre le gouvernement, les partenaires de développement et les organisations de la société civile.
- 3** L'engagement actif des bénévoles est essentiel pour assurer la liaison avec la population cible et lutter contre les rumeurs et la désinformation. D'autres approches devraient être envisagées, notamment l'implication de leaders d'opinion au niveau communautaire, des personnes influentes dans les médias sociaux et d'autres personnes susceptibles de lutter contre les idées fausses et de changer le discours.
- 4** La radio reste le canal d'information le plus fiable et le plus disponible au Rwanda et devrait être exploitée pour accroître la portée des messages de communication sur les risques et d'engagement communautaire.
- 5** La visualisation et la présentation des données ont été limitées en raison des volumes importants d'informations et du manque de ressources humaines pour traiter et partager les résultats de manière concise et claire. Des discussions sont en cours avec le Centre rwandais de communication sur la santé (RHCC) sur la manière de relever ce défi.
- 6** Une approche du design centré sur l'humain (DCH) pour développer des opérations nécessite une compréhension des personnes pour lesquelles l'opération est conçue. Le partenariat de l'UNICEF avec la RRCS, dont la composante de recherche communautaire est bien définie, a ouvert la voie à l'application du DCH et a permis de mettre en place une formation et une collecte de données appropriées.



Notes de fin

- 1** Pour un exemple d'histoire ayant un intérêt humain de l'UNICEF, voir : <https://www.unicef.org/rwanda/stories/frontlines-battle-against-covid-19-misinformation>, and <https://www.youtube.com/watch?v=RjGBLvo1lBs&list=PLYaKipQFMMmsiYJNxvAjqoq15P4Ktmq8y&index=2>

L'UNICEF Éthiopie établit des liens avec les adolescents afin de modifier les comportements et d'accroître leur autonomie

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience



Résumé



Dates de l'activité
De novembre 2019 à
2022



Durée
Trois ans



Budget
1 133 025,23 USD

UNICEF Éthiopie, en collaboration avec Girl Effect, une organisation créative à but non lucratif qui crée des marques et des plateformes mobiles pour les jeunes afin de responsabiliser les filles, met en œuvre une campagne pour un mode de vie sain ciblant les adolescents d'Éthiopie. La campagne *Yegna* (qui signifie « à nous » en amharique) promeut un changement de comportement positif et un renforcement de l'autonomie des filles en s'attaquant à des défis réels par le biais d'un feuilleton télévisé, de programmes radiophoniques, de chaînes numériques, de musique et de clubs dans les écoles. Le programme *Yegna* trouve ses racines dans la culture éthiopienne et a été créé après avoir écouté les défis auxquels sont confrontés des milliers de jeunes filles éthiopiennes dans leur vie de tous les jours. Les principaux messages

portent sur l'amélioration de l'état nutritionnel, de la santé et de l'hygiène menstruelles, de la santé sexuelle et reproductive, de l'accès et de l'utilisation des services de santé, ainsi que sur le renforcement de l'estime de soi et de l'autonomie chez les adolescentes. Au moment le plus fort de la pandémie de la COVID-19, la série dramatique *Yegna* a permis de transmettre aux adolescents des messages pertinents sur la prévention de la COVID-19.¹ Dès sa première diffusion à la télévision nationale en 2019, la série *Yegna* est devenue un nom familier en Éthiopie, captivant un public d'environ 10 millions de personnes. Soixante-dix-huit pour cent des téléspectateurs de la fiction télévisée *Yegna* ont déclaré avoir appris quelque chose de nouveau ; 42 % ont déclaré avoir changé leur comportement après avoir regardé l'émission.

Contexte

En Éthiopie, la malnutrition et la faible diversité alimentaire touchent une grande partie de la population des adolescents et des jeunes. Une étude de référence soutenue par l'UNICEF sur la nutrition des adolescents, la gestion de l'hygiène menstruelle et l'utilisation de services de santé adaptés aux adolescents en Éthiopie a montré que 83 % des filles environ consommaient des aliments appartenant à moins de cinq groupes alimentaires et que seulement 50 % d'entre elles consommaient des aliments d'origine animale. Selon les normes relatives au moment et à la fréquence des repas des garçons et des filles, les filles mangent moins, moins fréquemment et ont moins d'options pour manger une variété d'aliments, par rapport aux garçons qui ont un meilleur accès à la nourriture en dehors de la maison. Cette étude a également montré que les tabous entourant la menstruation et la gestion de l'hygiène menstruelle limitent la mobilité des filles et sont source de honte et d'embarras. Un grand nombre de filles ont estimé qu'elles devaient gérer leurs règles à la maison, les privant ainsi de leur éducation et de la confiance nécessaire pour gérer leurs périodes de menstruation où qu'elles se trouvent. Les jeunes filles estimaient qu'elles ne pouvaient pas communiquer convenablement avec leurs enseignants lorsqu'elles avaient des difficultés à gérer leurs menstruations à l'école. Les menstruations indiquent également, dans la culture éthiopienne, que les filles sont prêtes à se marier et à avoir des enfants. Ces dernières n'ont que peu d'influence sur le moment où elles se marient et sur la personne qu'elles épousent. Si elles refusent de se marier, elles risquent la honte et le rejet par leur famille et leur communauté.²

La disponibilité de services médicaux de qualité adaptés aux besoins des jeunes reste une question sensible dans toute l'Éthiopie. Selon l'étude de base soutenue par l'UNICEF, les filles se sentent mal traitées par les professionnels de santé et le personnel des établissements médicaux, sont peu satisfaites de l'accessibilité des services médicaux et de l'état des établissements de santé, et perçoivent un manque d'intimité et de confidentialité en ce qui concerne les soins qui leur sont prodigués.

Yegna constitue une plateforme médiatique utilisant la musique, la radio et les canaux

numériques, où la narration est utilisée pour soutenir les filles scolarisées et non scolarisées âgées de 10 à 19 ans dans leur cheminement individuel et collectif vers l'âge adulte. *Girl Effect*, une ONG internationale spécialisée dans la communication pour les adolescents, a lancé *Yegna* en Éthiopie en 2012. *Yegna* est devenue une marque authentiquement éthiopienne pour les jeunes, avec notamment des produits de marque. Au départ, la campagne se composait d'un feuillet radiophonique, d'une émission de radio et de musique, le tout en amharique (la langue nationale de l'Éthiopie). Ce contenu a été produit par une équipe exclusivement féminine et s'est concentré sur la vie de cinq adolescentes qui entretiennent des liens d'amitié étroits et forment un groupe de musique. Ces jeunes filles ont dépeint les défis typiques auxquels sont confrontées les filles éthiopiennes et ont ensuite produit de la musique pour partager leurs expériences. Le public visé par *Yegna* était constitué de jeunes filles âgées de 13 à 15 ans, mais il s'est rapidement élargi aux communautés éthiopiennes. Son premier single a reçu le prix national du « Meilleur single de l'année ». Dans le courant de l'année 2019, *Yegna* a introduit une distribution mixte et a développé une nouvelle série télévisée intitulée « *Yegna - The Story of All of Us* », qui continue d'être diffusée à l'échelle nationale dans plusieurs langues.





Approche stratégique

Les épisodes de la série *Yegna* ont été diffusés pour la première fois à la télévision nationale en 2019 et ont gagné en popularité auprès du public urbain. Les téléspectateurs ont pu regarder les épisodes en trois langues : Amharique, Afan Ormo et Tigrigna. Ce projet visait à améliorer les connaissances, les perceptions et les résultats en matière de nutrition, de santé et d'hygiène menstruelles, de santé sexuelle et reproductive, à améliorer l'accès et l'utilisation des biens et services liés à la santé et à la nutrition, et à renforcer l'estime de soi et la capacité d'action des adolescentes. Le drame comprenait des messages sur la menstruation, la puberté, la violence basée sur le genre, l'égalité des genres et l'autonomisation des filles, ainsi que d'autres sujets destinés à motiver les discussions entre les parents et les enfants. Toutes les séries *Yegna* suivantes ont renforcé les messages clés, ajouté de nouveaux messages (par exemple, les défis nutritionnels chez les mères adolescentes, le cancer du col de l'utérus, le papillomavirus et le vaccin contre le papillomavirus) et utilisé les données de suivi pour affiner les messages et le mode de diffusion (par exemple, raccourcir la durée des épisodes d'une heure à 30 minutes en 2020). Cette série a également été téléchargée sur une chaîne YouTube de *Yegna*, où les adolescents pouvaient participer à des conversations en ligne sur la série.

En revanche, les adolescents éthiopiens des zones rurales n'ont pas eu accès à la série télévisée de *Yegna*. Pour y remédier, l'UNICEF et Girl Effect ont créé le programme *Yegna* pour les écoles rurales, une initiative éducative qui présente la série télévisée aux adolescents âgés de 13 à 15 ans qui étudient dans les régions rurales de l'Éthiopie et leur fournit des connaissances qui les aideront à prendre des décisions sur des questions cruciales à cette période charnière de leur développement. Des projecteurs solaires ont été achetés par l'UNICEF pour projeter des clips courts de la série dans les clubs scolaires, en ciblant 28 écoles dans deux régions. Des enseignants et des directeurs ont été formés et l'initiative a été lancée dans des écoles des régions d'Oromia et d'Amhara. Suite au visionnage d'un épisode, des guides de discussion ont conduit les élèves et les enseignants à débattre du contenu et du ou des sujets mis en avant dans la série. Ces débats ont été complétés par des fiches d'information à l'intention des parents. Cette initiative a permis de créer des espaces sécurisés où les élèves ont pu discuter des sujets abordés dans la série, de la nutrition à la gestion de l'hygiène menstruelle, en passant par la masculinité toxique. Une deuxième phase du programme a été lancée en 2022, dans 13 écoles de la région d'Oromia, en s'appuyant sur l'impact de la première année. Au total, 1 170 élèves ont participé à cette deuxième phase.



© UNICEF/Éthiopie/2021/Yegna



© UNICEF/Éthiopie/2021/Yegna

Au mois de novembre 2020, l'UNICEF Éthiopie a soutenu une étude de référence visant à déterminer les messages que les activités de *Yegna* pourraient diffuser pour réduire la mortalité et la morbidité liées à la COVID-19.³ Cette étude de référence comprenait également des questions sur d'autres sujets pertinents pour le public cible des adolescentes (par exemple, l'hygiène menstruelle, la violence basée sur le genre, la santé mentale et la nutrition). Les conclusions de l'étude ont montré que si 99 % des personnes interrogées étaient au courant de l'existence de la COVID-19 et des méthodes de prévention de la maladie, seules 37 % d'entre elles se lavaient régulièrement les mains et 40 % seulement portaient un masque de protection. Le bilan de référence a également révélé que plus de la moitié des adolescents interrogés (55 %) pensaient que la consommation d'aliments transformés était bonne pour la santé. Les recherches ont mis en évidence la nécessité de promouvoir l'adoption de comportements clés de prévention de la COVID-19, d'augmenter le nombre de parents et d'enfants disposés à retourner à l'école, et d'améliorer les connaissances dans les domaines de la nutrition, de la violence contre les femmes et de la gestion de l'hygiène menstruelle.

En 2020, la campagne *Yegna COVID-19*, d'une durée de 20 semaines, a été soutenue par l'UNICEF Éthiopie. Elle se compose de 20 messages d'intérêt public (PSA) utilisant la distribution mixte de *Yegna*. Les annonces

d'intérêt public ont été diffusées chaque semaine en trois langues (amharique, afan oromo et tigrigna), à la fois sur les radios nationales et régionales. Les publicités vidéo ont été créées et diffusées sur cinq chaînes de télévision, quatre stations de radio et via les médias sociaux entre décembre 2020 et mai 2021. Ces annonces présentaient des personnages de *Yegna* (influenceurs) qui discutaient de l'importance de ne pas manger d'aliments transformés (y compris les fast-foods), de l'hygiène menstruelle et de la création de serviettes hygiéniques, de l'excitation et de l'anxiété liées au retour à l'école à l'époque de la COVID-19, ainsi que de l'importance du lavage des mains et de l'exercice physique régulier. Les annonces ont été diffusées plus de 400 fois à la télévision et à la radio. Les panneaux d'affichage de *Yegna* montrant des personnages de *Yegna* avec des messages sur la prévention de la COVID-19 (par exemple, porter des masques et se laver les mains fréquemment), la nutrition, l'hygiène menstruelle, la santé mentale et le fait de ne pas avoir peur de signaler la violence basée sur le genre, ont été placés dans les principales villes d'Éthiopie : Addis Ababa, Adama, Hawassa, Bahirdar. Cette campagne *Yegna* avait pour objectif d'atteindre un public d'au moins 15 millions de personnes. Plusieurs canaux de médias sociaux ont été utilisés pour diffuser les messages de la campagne *Yegna COVID-19*, notamment une chaîne *Yegna* YouTube, Telegram et la page Facebook officielle de l'UNICEF Éthiopie.



Principales réalisations⁵

Les activités de *Yegna* ont touché 500 000 adolescents dans toute l'Éthiopie au cours des trois dernières années et ont permis de constituer une base de fans vaste et fidèle. Le programme télévisé est devenu un nom familier dans tout le pays, atteignant près de 10 millions de téléspectateurs. Les épisodes de *Yegna* diffusés sur la chaîne YouTube ont été vus par 200 000 à 650 000 personnes. Le programme s'est notamment distingué par les résultats suivants :

- 42 % des téléspectateurs ont déclaré avoir modifié leur comportement après avoir regardé l'émission.
 - Dans les régions d'Oromia et d'Amhara, plus de 1 300 adolescents ont participé au programme *Yegna*, qui se déroule dans les écoles rurales.
 - 52 % des participants d'Oromia qui ont pris part au programme scolaire rural *Yegna* ont parlé à au moins un membre de leur famille en utilisant les fiches d'information et les manuels du programme sur les sujets abordés dans le feuilleton.⁴
 - Les étudiants ont trouvé que le club *Yegna* était particulièrement pertinent pour recevoir de nouvelles connaissances qui les aidaient dans leur vie quotidienne et qui, selon eux, les aideraient à réussir à l'avenir.
- Par ailleurs, les parents et les enseignants ont constaté des changements positifs chez les enfants qui ont participé au programme des écoles rurales.
 - La sensibilisation et les connaissances sur le cancer du col de l'utérus et le vaccin contre le papillomavirus étaient plus élevées chez les téléspectateurs que chez les non téléspectateurs du feuilleton télévisé *Yegna*.
 - Celles qui ont suivi la campagne « *Yegna* dans ma tête » étaient plus prudentes en ce qui concerne la prévention de la COVID-19. La fréquence du lavage des mains et du port du masque a augmenté au fil du temps.
 - La consommation d'aliments transformés et l'adoption d'un régime alimentaire plus diversifié se sont améliorées. Les participants exposés à la campagne *Yegna* étaient plus susceptibles de savoir que la consommation d'en-cas transformés est mauvaise pour la santé et ils ont déclaré manger moins d'aliments transformés.
 - Les participantes exposées à la campagne de *Yegna* étaient plus susceptibles de savoir qu'il est possible de fabriquer des serviettes réutilisables à la maison et d'utiliser indifféremment des serviettes jetables ou réutilisables.

42%

des téléspectateurs ont déclaré avoir changé leur comportement

ANNONCES

étaient diffusés, plus de

400 FOIS

à la télévision et à la radio

PLUS DE
1,300
ADOLESCENTS

ont participé au programme *Yegna*



Enseignements tirés

- 1** La réalisation d'une étude de base pour comprendre la sensibilisation, les connaissances, les perceptions, les comportements et les normes des publics cibles en matière de santé est essentielle pour élaborer des messages adaptés à la culture et à l'âge afin de motiver un changement de comportement.
- 2** Le recours à l'éducation et à la narration, ainsi qu'à des personnages joués par des acteurs éthiopiens célèbres qui plaisent aux adolescents, a rendu le programme télévisé de Yegna plus attrayant et plus efficace pour capter l'attention des adolescents éthiopiens et les inciter à changer de comportement.
- 3** La marque *Yegna* a permis à l'UNICEF d'atteindre rapidement un large public avec des messages clés sur la santé, basés sur les données du public visé.



Recommandations

- 1** Assurez-vous que le public visé (dans le cas présent, les adolescents) est activement impliqué depuis la phase de planification du programme jusqu'à l'évaluation, afin de garantir une plus grande participation et une meilleure appropriation du message.
- 2** Au moment de concevoir un programme similaire pour les adolescents, il convient d'impliquer les parents, les aidants familiaux et les enseignants, qui jouent un rôle important dans le développement et l'avenir des jeunes.
- 3** Utilisez la technologie et les médias sociaux pour inciter les adolescents à participer aux discussions et/ou aux activités en ligne.

Notes de fin

- 1** Le financement de cette campagne est assuré par Affaires mondiales Canada.
- 2** Cader R., Eager R., Tenaw E., Cornelius A., *UNICEF Ethiopia adolescent nutrition-WASH-education joint programme evaluation*, 3 juin 2020.
- 3** Une enquête téléphonique par composition aléatoire a été menée auprès de 705 personnes âgées de 15 ans et plus dans toute l'Éthiopie. Les données du COVID-19 ont été collectées à l'aide d'une interview téléphonique assistée par ordinateur (ITAO).
- 4** Girl Effect, « The programme bringing life-changing information to adolescents in rural Ethiopia », Girl Effect, 24 janvier 2022, <<https://girleffect.org/the-programme-bringing-life-changing-information-to-adolescents-in-rural-ethiopia>>.
- 5** Fonds des Nations unies pour l'enfance, « Yegna in My Head: Baseline and post-wave consolidated report », UNICEF, octobre 2021.

L'UNICEF Éthiopie contribue aux efforts visant à briser le silence sur la gestion de l'hygiène menstruelle

Principales stratégies de changement social
et comportemental (CSC), réalisations et
enseignements tirés de l'expérience

© UNICEF/Éthiopie

Résumé



Dates de l'activité

D'août 2016 à
décembre 2020



Durée de l'activité

3,5 ans



Budget

2,5 millions de dollars
USD

Partout en Éthiopie, les filles font face à des obstacles sociaux, culturels et économiques liés à la menstruation qui entravent leur droit à la dignité et souvent leur droit à l'éducation en raison d'une éducation à l'hygiène menstruelle inadéquate, d'installations WASH insuffisantes dans les écoles, de brimades de la part de leurs camarades de classe et d'un accès insuffisant à des produits sanitaires. Dans le cadre de son programme Eau, assainissement et hygiène (WASH), l'UNICEF Éthiopie reconnaît que la gestion de l'hygiène menstruelle est un aspect important de l'élimination des inégalités dans l'accès aux services WASH et qu'elle contribue

à réduire les mariages précoces en améliorant l'assiduité et les résultats scolaires des filles et en leur permettant d'achever leur scolarité. UNICEF Éthiopie conçoit et soutient la mise en œuvre d'un programme pilote de gestion de l'hygiène menstruelle (MHM) dans six régions d'Éthiopie entre août 2016 et décembre 2020. Le programme avait pour but de briser le silence sur la gestion de l'hygiène menstruelle et de donner aux adolescentes les moyens de rester à l'école pendant leurs menstruations. Les résultats d'une étude de fin de projet ont montré que l'accès à du matériel sanitaire pendant les règles était associé à une réduction des absences à l'école.



Contexte

Les adolescents éthiopiens âgés de 10 à 24 ans étaient au nombre de 17,9 millions en 2017, soit plus d'un tiers (34 %) de la population totale du pays.¹ Une enquête nationale WASH KAP de 2016 en Éthiopie a montré que 70 % des adolescentes savaient que les menstruations étaient un processus naturel qui se produisait lorsqu'une fille atteignait la puberté. Toutefois, la plupart des filles ne sont pas préparées à gérer leurs menstruations. En effet, 52 % des adolescentes n'ont jamais reçu d'informations sur l'hygiène menstruelle et seulement 22 % des mères ont déclaré avoir parlé de la menstruation avec leur fille avant qu'elle ne commence à avoir ses règles. Plus de la moitié des filles interrogées dans le cadre de l'étude de référence (42 %) savaient qu'il fallait laver à l'eau et au savon les serviettes hygiéniques faites maison et les serviettes réutilisables, ainsi que les sous-vêtements.²

Le processus naturel de la menstruation est fortement associé à la honte et au silence en Éthiopie. Il existe un mythe très répandu selon lequel les menstruations sont un indicateur du début de l'activité sexuelle. Ce mythe peut être

extrêmement préjudiciable et potentiellement dangereux pour les adolescentes dans les communautés rurales traditionnelles, car il est lié à la croyance selon laquelle les menstruations sont un signe de maturité qui signifie qu'une fille est prête à se marier. Lorsqu'elles vont à l'école, les filles sont victimes de harcèlement et de moqueries de la part de leurs camarades de classe, en particulier des garçons, ce qui les conduit à manquer des jours d'école pendant leurs règles et, dans de nombreux cas, à abandonner l'école. Le personnel enseignant et les autorités scolaires ne sont pas d'un grand secours, car la plupart d'entre eux n'ont pas conscience de l'importance de ce problème. Dans les écoles, les infrastructures WASH sont généralement en mauvais état, plus de la moitié des filles (56 %) déclarant qu'il n'y a jamais d'accès à l'eau à l'école. De plus, les centres de gestion de l'hygiène menstruelle créés pour les filles ont tendance à rester inutilisés car les filles préfèrent ne pas être identifiées comme ayant leurs règles en utilisant ces centres et, dans certains cas, elles doivent demander une clé à un enseignant de sexe masculin pour utiliser ces installations.³





Approche stratégique

En 2016 et 2017, l'UNICEF Éthiopie a fait faire deux enquêtes de référence (menées par des équipes de recherche éthiopiennes) afin d'informer et d'orienter la conception du programme pilote MHM, ainsi que de développer le cadre de suivi et les indicateurs permettant de mesurer les progrès et d'orienter l'évaluation finale. Contrairement à l'étude de référence de l'UNICEF, il n'y a jamais eu d'enquête nationale détaillée relative aux menstruations en Éthiopie, seules des études à petite échelle ont été menées, et seulement dans certaines régions. Par ailleurs, il n'existait pratiquement aucune donnée sur les attitudes et les croyances des hommes et des garçons éthiopiens à l'égard des menstruations. Début 2017, l'UNICEF a également organisé une enquête nationale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (KAP) afin d'établir des données de référence pour la stratégie du programme national WASH de l'UNICEF.

Les résultats de base ont été traduits par l'unité WASH de l'UNICEF Éthiopie en un programme pilote de gestion de l'hygiène menstruelle intitulé *Breaking the Silence on Menstrual Hygiene Management* (Rompre le silence sur la gestion de l'hygiène menstruelle).⁴ Ce programme avait pour but d'assurer la sécurité, la dignité et la responsabilisation des adolescentes tout en contribuant au maintien des adolescentes à l'école pendant la période critique des menstruations. Concrètement, les principaux objectifs du programme étaient de faire en sorte que 80 % des adolescentes des écoles sélectionnées pratiquent une gestion appropriée de l'hygiène menstruelle et de réduire de 80 % le nombre d'absences ou d'abandons scolaires chez les filles dans les écoles cibles. Cette activité pilote a été mise en œuvre dans 47 écoles situées dans six régions du pays : Afar, Nations, nationalités et peuples du Sud (SNNP), Oromia, Amhara, Somalie et Gambella, entre août 2016 et décembre 2020.

Le Ministère éthiopien de la santé a élaboré, en collaboration avec l'UNICEF, un guide national sur la gestion de l'hygiène menstruelle (MHM) conçu pour aborder le sujet de la MHM dans les écoles, les communautés et les lieux de travail, ainsi que dans les situations d'urgence. Depuis le 15 février 2017, l'UNICEF a organisé des ateliers de formation des formateurs sur la gestion de l'hygiène menstruelle dans les communautés et les écoles pour 240 membres du personnel des bureaux régionaux de la santé et de l'éducation dans les régions d'Oromia, d'Amhara, de Gambella, d'Afar, de SNNP et de Somali. Cette formation a permis d'établir une coordination entre les secteurs de l'éducation et de la santé et de fournir aux personnes de référence des informations sur la menstruation aux niveaux mondial, national et régional. Les participants ont également été initiés à l'ensemble des services de gestion de l'hygiène menstruelle : Des activités de CSC concernant les menstruations, la création d'espaces sûrs pour permettre aux filles de recevoir un soutien par les pairs, des conseils et des kits d'urgence, ainsi que l'amélioration des installations WASH et la fourniture de kits de SHM.⁵



La phase pilote du programme comprenait un volet de sensibilisation et un volet de validation de principe pour tester différents produits de serviettes hygiéniques, ainsi que des options de marketing et de services de distribution. L'UNICEF Éthiopie s'est engagé dans le plaidoyer et le dialogue avec les principales parties prenantes au plus haut niveau afin de promouvoir le programme de travail MHM et d'influencer la programmation WASH adaptée aux adolescentes et aux femmes par le gouvernement et ses partenaires. Les activités de plaidoyer comprenaient :

- La promotion dans tout le pays de normes de qualité acceptables pour la production locale de serviettes hygiéniques réutilisables ;
- La révision et la validation, dans tout le pays, du manuel institutionnel de conception et de construction d'installations WASH afin d'y inclure la fourniture d'installations WASH sûres, privées et adaptées à la gestion de l'hygiène menstruelle dans les écoles ;
- L'intégration de la gestion de l'hygiène menstruelle dans le programme de vulgarisation sanitaire à l'échelle nationale ;
- L'adoption des lignes directrices nationales en matière de gestion de l'hygiène menstruelle par le ministère de la santé et le ministère de l'éducation ; et
- L'établissement d'un lien avec les meilleures pratiques et la base de connaissances régionales/mondiales.⁶

Les responsables du programme ont travaillé en partenariat avec les ministères de l'eau, de la santé et de l'éducation signataires du programme national One WASH, ainsi qu'avec leurs services compétents respectifs. L'UNICEF a aussi collaboré avec des organisations non gouvernementales (ONG) pour partager/apprendre les connaissances et les pratiques sur la gestion de l'hygiène menstruelle, a fait appel à des spécialistes du marché régional/mondial pour travailler sur les normes de qualité et les mécanismes de régulation, et s'est associé à des sociétés de médias locales (publiques et privées) pour sensibiliser les parties prenantes.

Les principales activités de l'essai de validation du concept étaient les suivantes :

- La création d'un accès à l'eau, à l'assainissement et à l'infrastructure d'élimination des déchets dans les écoles (installations WASH adaptées à la gestion de l'hygiène menstruelle et espaces sûrs) ;
- Le renforcement des capacités pour la production locale de serviettes hygiéniques dans les écoles et les communautés (évaluation de la viabilité commerciale pour la production locale et la vente de serviettes réutilisables, fourniture de matériel et d'équipement pour la production locale de serviettes, et lien/partnership avec le secteur privé pour accéder aux intrants clés pour la production locale de serviettes de qualité et sûres) ;
- Des interventions visant à modifier les comportements sociaux. Les interventions ont consisté à fournir aux filles et aux garçons des informations avant et après la ménarche pour s'assurer qu'ils sont préparés et informés sur la menstruation. Des garçons et des jeunes hommes ont été encouragés à comprendre l'importance de l'hygiène menstruelle et à soutenir les filles et les femmes pendant leurs menstruations. Ils ont joué un rôle de modèle et d'influence auprès de leurs pairs. Leur objectif était



de persuader les autres garçons d'arrêter de taquiner les filles pendant leurs menstruations. Les communautés ont organisé des réunions pour discuter, déstigmatiser et dissiper les mythes et les idées fausses sur la menstruation, et pour sensibiliser à la nécessité de soutenir les filles et les femmes au lieu de les exclure pendant leur cycle menstruel. Les guides d'opinion (à savoir les chefs religieux et les chefs de clan) ont également été engagés pour soutenir la gestion de l'hygiène menstruelle ;

- Le suivi et l'évaluation (S&E) et la gestion des connaissances, soit la gestion et le partage des connaissances entre les acteurs du secteur, y compris les liens avec les partenariats régionaux/mondiaux et les accords de service avec les sociétés de conseil spécialisées ; les enquêtes de base/finales, l'évaluation et le suivi intermédiaires.⁷

La composante « chaîne d'approvisionnement en serviettes hygiéniques » du programme a établi des groupes de femmes pour produire des serviettes hygiéniques réutilisables et fournit un soutien aux fabricants locaux par le biais de partenariats pour améliorer la production, l'emballage, la distribution et l'utilisation des serviettes hygiéniques dans les régions ciblées. Pour ce qui est de la fabrication, les entreprises partenaires se sont engagées dans l'intégration en amont de la production de matières premières telles que les absorbants et les serviettes hygiéniques. Sur le plan de la vente, les points de vente de produits pharmaceutiques et de planification familiale, tels que les pharmacies, les drogueries et les cliniques, ont été utilisés aux niveaux local et régional pour apporter les produits améliorés aux communautés.

Une évaluation finale a été menée en 2020 pour comprendre les changements dans les connaissances, les attitudes et les pratiques autour de la gestion de l'hygiène menstruelle parmi les écolières et les garçons résultant des activités pilotes de gestion de l'hygiène menstruelle. Les données ont été collectées à partir de sources primaires et secondaires (entretiens structurés, entretiens approfondis, discussions avec des groupes cibles, récits de cas, observation et examen de documents).



© UNICEF / UN06272971

Principales réalisations⁸

Le programme pilote a joué un rôle important dans l'amélioration de l'accès aux installations et au matériel d'hygiène pour la gestion de l'hygiène menstruelle dans les écoles. Des serviettes hygiéniques de qualité ont été mises à la disposition des filles gratuitement, des lieux sûrs pour se changer, se reposer et consulter, ainsi qu'un accès à l'eau et à des latrines. Les principales réalisations de ce programme sont les suivantes :

- La proportion de filles ayant déjà entendu parler de la gestion de l'hygiène menstruelle est passée de 48 % en 2016 (date de référence du programme pilote) à 95 % à la fin du programme, en 2020.
- En ce qui concerne le pourcentage de filles qui savent que la menstruation est un processus naturel qui se produit lorsqu'une fille atteint la puberté, il est passé de 70 pour cent en 2016 à 93 pour cent en 2020.
- Le pourcentage d'utilisation de serviettes hygiéniques jetables et réutilisables est passé de 50 % et 3 % respectivement au départ, à 80 % pour les serviettes hygiéniques jetables et 15 % pour les serviettes hygiéniques réutilisables à la fin du projet.
- Le pourcentage de filles ayant la pratique de laver le matériel menstruel réutilisable avec de l'eau et du savon est passé de 77 % au début de l'enquête à 99 % à la fin de l'enquête.
- À la fin de l'enquête, au moins 90 % des filles ont déclaré que des serviettes hygiéniques étaient disponibles gratuitement dans leur école. Cela représente une augmentation significative par rapport aux 19 % de 2016.
- 72 % des filles ont déclaré qu'elles utilisaient des espaces ou des salles sécurisés à l'école pendant leurs menstruations. 78 % d'entre elles les utilisent pour se reposer et 71 % pour changer de serviettes hygiéniques. 21 % d'entre elles ont utilisé les espaces ou salles sécurisés pour des consultations.
- 42 % des filles interrogées à la fin de l'enquête ont déclaré que de l'eau était toujours disponible à l'école pour l'hygiène menstruelle, ce qui représente une augmentation significative par rapport aux 16 % de l'enquête de 2016.
- Malgré l'absence de différence statistiquement significative entre l'enquête de référence et l'enquête finale en ce qui concerne le pourcentage de filles ayant manqué l'école pendant leurs menstruations, la raison la plus citée était la douleur trop forte, par opposition aux moqueries ou à d'autres raisons honteuses.
- La communauté scolaire et la communauté en général ont fait état d'une amélioration des connaissances et d'un changement d'attitude à l'égard de la gestion de l'hygiène menstruelle chez les participants à l'étude qualitative (filles et garçons). Des participantes à des groupes de discussion ont confirmé que les garçons avaient cessé de les taquiner au sujet de la menstruation à l'école. Ceux qui ont participé aux groupes de discussion ont affirmé qu'ils avaient cessé de taquiner les filles qui avaient leurs règles grâce au programme de sensibilisation et d'éducation. Ces garçons ont indiqué soutenir davantage les filles lorsqu'elles avaient leurs règles, par exemple en partageant leurs notes si les filles manquaient les cours ou, s'ils voyaient des taches de sang menstruel sur les vêtements d'une fille, ils lui offraient leur tissu pour les recouvrir et l'aidaient à se rendre dans un espace/une salle sûr(e).

AU MOINS
90%
DES FILLES

ont déclaré que des serviettes hygiéniques étaient disponibles gratuitement dans leur école

72%
DES FILLES

ont déclaré qu'elles utilisaient des espaces ou des salles sécurisés à l'école pendant leurs menstruations

42%
DES FILLES

ont déclaré que de l'eau était toujours disponible à l'école pour l'hygiène menstruelle, ce qui représente une augmentation significative par rapport aux 16 % de l'enquête de 2016



Enseignements tirés

- 1** La sensibilisation des écoliers à la menstruation est importante pour créer des attitudes positives à l'égard de la menstruation et permet d'éviter que les garçons ne se moquent des filles qui ont leurs règles, réduisant ainsi l'absentéisme des filles à l'école par peur des moqueries. L'implication des garçons et des hommes dans la discussion sur la menstruation peut contribuer à briser le tabou et à créer un environnement favorable pour les filles et les femmes.
- 2** La diffusion d'informations sur la période pré- et post-menstruelle à l'intention des filles et des garçons, ainsi que des parents, peut contribuer à dissiper les idées fausses et à leur donner les moyens d'acquérir des connaissances.
- 3** Des discussions au sein de la communauté et des campagnes de sensibilisation sur l'hygiène menstruelle peuvent contribuer à briser le silence et à encourager une communication ouverte sur la menstruation.
- 4** L'implication des membres de la communauté, tels que les chefs religieux et les dirigeants locaux, pour briser le silence autour des menstruations peut être une approche efficace pour promouvoir le changement de comportement et s'attaquer aux tabous culturels. La participation de ces personnalités influentes de la communauté peut contribuer à accroître l'acceptation et l'adoption des pratiques d'hygiène menstruelle, ainsi qu'à générer un soutien pour les interventions visant à promouvoir le changement social et comportemental.
- 5** Il est essentiel que les écoles disposent d'espaces sûrs où les filles peuvent changer de serviettes hygiéniques, se reposer et consulter d'autres personnes au sujet de leur hygiène menstruelle. Ces espaces ont été jugés nécessaires par les filles pour gérer leur hygiène menstruelle et ont été utilisés dans le but prévu. Lors de la construction d'espaces sécurisés, il faut tenir compte du nombre de filles dans l'école afin de s'assurer que les salles sont adéquates et que le choix de l'emplacement est approprié pour préserver l'intimité.



© UNICEF/Ethiopia



Recommandations

- 1** Des interventions similaires en matière de gestion de l'hygiène menstruelle doivent également s'attaquer aux tabous et croyances culturels et religieux qui empêchent les filles d'avoir des activités sociales et religieuses pendant leurs menstruations.
- 2** Étudier la possibilité d'utiliser la technologie, à l'instar des applications mobiles ou des plateformes de messagerie interactives, pour améliorer l'accès à l'information et à l'éducation sur l'hygiène menstruelle, en particulier dans les zones où l'accès aux services de santé est limité.
- 3** Renforcer la participation des enseignants masculins afin qu'ils puissent plus aisément aborder ou à discuter de la question des menstruations.
- 4** Encourager la création de partenariats avec des entités du secteur privé pour accroître l'accès à des produits sanitaires abordables et de qualité, en particulier pour les communautés à faibles revenus.
- 5** Les futurs programmes de gestion de l'hygiène menstruelle dans les établissements scolaires doivent être axés non seulement sur la construction d'installations WASH, mais aussi sur la garantie d'un approvisionnement constant en eau grâce à l'installation de réservoirs d'eau adéquats, l'utilisation correcte et l'entretien périodique des latrines, ainsi que l'amélioration de l'hygiène des latrines.
- 6** Intégrer l'éducation à la gestion de l'hygiène menstruelle dans les programmes scolaires afin de s'assurer que les enfants et les adolescents comprennent l'importance des pratiques d'hygiène menstruelle et reçoivent des informations précises et fiables.
- 7** Tenir compte du nombre de filles dans les établissements scolaires au moment de déterminer la taille des espaces sécurisés et le choix du site approprié pour construire les installations dans des zones qui garantissent l'intimité des filles.
- 8** Améliorer la Santé et l'hygiène menstruelles (SHM) inclusive en impliquant les enfants et les personnes handicapées et s'assurer que les interventions en matière de SHM atteignent les communautés les plus vulnérables, par exemple les enfants handicapés et la SHM en situation de crise humanitaire.
- 9** Outre la fourniture de serviettes hygiéniques aux établissements scolaires, les futurs programmes similaires doivent également être axés sur la mise en œuvre d'un système de production locale d'articles d'hygiène (par exemple, en aidant les écoles à produire des articles d'hygiène au niveau local) en fournissant un capital de départ, des outils et une formation aux enseignants.
- 10** Élaborer des programmes communautaires d'éducation par les pairs et de mentorat où les filles et les femmes plus âgées servent de mentors aux jeunes filles, en leur apportant un appui, des informations et des conseils pratiques sur l'hygiène menstruelle.
- 11** Mener des actions de sensibilisation auprès des bureaux de l'éducation et des écoles pour qu'ils affectent des budgets à la production de serviettes hygiéniques réutilisables.
- 12** Mettre en place un système de suivi et d'évaluation au sein de l'école pour mesurer la contribution de la SHM à l'éducation des adolescentes, y compris l'absentéisme et le décrochage scolaire dus aux règles.

Notes de fin

- 1 Fonds des Nations unies pour la population, « Tableau de bord des adolescents et des jeunes - Ethiopia », UNFPA, 2017, <www.unfpa.org/data/adolescent-youth/ET>.
- 2 Fonds des Nations unies pour l'enfance, Report on KAP baseline survey on water, sanitation, and hygiene in eight regions of Ethiopia. Addis Ababa, Ethiopia: DAB Development Research and Training PLC, UNICEF, Éthiopie, 2017.
- 3 Fonds des Nations unies pour l'enfance, Menstrual hygiene management in Ethiopia: National baseline report from six regions of Ethiopia, UNICEF Ethiopia WASH, mai 2017, <www.unicef.org/ethiopia/media/3096/file/Menstrual%20Hygiene%20Management%20in%20Ethiopia.pdf>.
- 4 Le programme a été financé par l'ambassade du Royaume des Pays-Bas.
- 5 Kalkidian Gugsu, « UNICEF Ethiopia: Le programme de gestion de l'hygiène menstruelle a démarré avec une formation des formateurs dans les régions d'Oromia et de Somali », février 2017, <<https://unicefethiopia.wordpress.com/2017/03/30/menstrual-hygiene-management-programme-kicked-off-with-a-training-of-trainers-in-oromia-and-somali-regions/>>.
- 6 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Endline KAP survey on menstrual hygiene management among schoolgirls and boys in 6 regions of Ethiopia (Afar, Gambella, Somali, Oromia, Amhara, and SNNP): Evaluation report. Addis Ababa, Ethiopia: DAB Development Research and Training PLC, UNICEF Éthiopie, 2020, p. 3..
- 7 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Endline KAP survey on menstrual hygiene management among schoolgirls and boys in 6 regions of Ethiopia (Afar, Gambella, Somali, Oromia, Amhara, and SNNP): Evaluation report. Addis Ababa, Ethiopia: DAB Development Research and Training PLC, UNICEF Éthiopie, 2020, p. 3-4.
- 8 Pour un compte rendu complet des principales réalisations, voir UNICEF Éthiopie (2020). Endline KAP survey on menstrual hygiene management among schoolgirls and boys in 6 regions of Ethiopia (Afar, Gambella, Somali, Oromia, Amhara, and SNNP): Evaluation report. Addis Ababa, Ethiopia: DAB Development Research and Training PLC.





L'UNICEF Soudan du Sud apporte son appui à une stratégie pour diffuser aux populations difficiles à atteindre des informations sur la prévention du choléra

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

Résumé

Le Soudan du Sud a été confronté à des épidémies de choléra qui ont eu des conséquences désastreuses sur la santé, le bien-être et le statut socio-économique des habitants. De juin 2016 à décembre 2017, le Soudan du Sud a été touché par une épidémie de choléra à grande échelle, avec un total de 20438 cas et 436 décès dans un tiers des communes. Une étude KAP a été commandée par le Bureau de pays de l'UNICEF au Soudan du Sud (SSCO) en 2016 afin de repérer les composantes clés de comportement et de communication à considérer lors de la planification des interventions de changement social et comportemental. En se basant sur les conclusions de l'étude, l'équipe SSCO Changement Social et comportemental (CSC) a élaboré un plan d'action visant les

zones où le choléra est encore présent, où les populations étaient éloignées des méthodes traditionnelles de communication et d'engagement communautaire, notamment dans les camps de moutons. L'éducation et la communication sur les risques étaient principalement dispensées via deux plateformes principales : l'engagement communautaire/ domestique et les médias de masse. En tout, 1 912 187 individus résidant dans 362 615 ménages ont bénéficié d'une formation dans les régions touchées. En outre, une formation approfondie sur le choléra a été dispensée à 2 173 381 individus dans le cadre de différentes initiatives de communication interpersonnelle, tandis que 2,4 millions de personnes ont été informées par des messages dans les médias.

Environ 50 % de la population du Soudan du Sud n'a pas accès à des sources d'eau potable améliorées, tandis qu'environ 65 % de la population pratique la défécation en plein air. Les pénuries d'eau et de nourriture ont été considérables dans le pays en raison de la sécheresse, ce qui a contraint les habitants, notamment les éleveurs de bétail, à se rassembler autour des points d'eau restants, les rendant ainsi plus exposés aux maladies. Selon la plupart des individus, l'eau claire est considérée comme sûre, alors qu'en réalité, elle peut être contaminée par des particules fécales et des parasites qui provoquent le choléra et d'autres affections. Les épidémies de choléra dans tout le pays ont été causées par la défécation en plein air et l'utilisation d'eau potable provenant de sources dangereuses telles que les marécages ou les rivières.

De juin 2016 à décembre 2017, le Soudan du Sud a été touché par une épidémie de choléra à grande échelle de 16 mois, avec 20438 cas et 436 décès dans un tiers des comtés. Au cours de cette épidémie, près de 60 pour cent des cas de choléra étaient causés par des enfants de moins de 19 ans. Les personnes les plus affectées étaient des communautés résidant dans des sites de débarquement et des villes le long du Nil, des résidents de camps de bétail et des habitants vivant sur des îles ayant un accès restreint aux services sociaux de base. De nombreuses

personnes déplacées internes (PDI) étaient confrontées à des difficultés d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH).

La population du Soudan du Sud est constituée principalement de communautés pastorales. La majorité de leurs campements se trouvent dans des régions marécageuses dispersées, isolées et éloignées, avec une accessibilité extrêmement restreinte, surtout pendant la saison des précipitations. Ces communautés changent fréquemment d'emplacement en fonction de la disponibilité des pâturages et de l'approvisionnement en eau pour les animaux qu'elles entretiennent. En raison de la durée limitée des camps et des traditions ancestrales de la communauté, la pratique de la défécation en plein air est très répandue. La consommation d'eau provenant de marais ou de rivières dangereuses et non traitées est fréquemment partagée avec les animaux. La tradition de ne pas enterrer les défunts favorise la propagation des bactéries du choléra lorsque les corps se décomposent directement dans les cours d'eau et les zones rurales. La plupart de cette population n'a pas une bonne maîtrise de l'alphabet, et a tendance à préférer obtenir des informations de leurs pairs. C'est pourquoi ils se retrouvent fréquemment absents lors des initiatives stratégiques de mobilisation communautaire visant à promouvoir l'hygiène et à prévenir le choléra.



© UNICEF/UN0841096/Naftalin



Approche stratégique

L'étude KAP a été commandée par le Bureau de pays de l'UNICEF au Soudan du Sud (SSCO) en 2016 afin de repérer les éléments clés de comportement et de communication à prendre en considération lors de la planification des interventions de changement social et comportemental. Une étude de base soutenue par le Réseau intégré de mobilisation communautaire (ICMN) a collecté des informations essentielles sur les connaissances et les pratiques familiales auprès de 400 ménages participant à l'étude KAP. En se basant sur les conclusions de l'étude, l'équipe SSCO CSC a élaboré un plan d'action visant les zones où le choléra est encore présent et où les populations étaient éloignées des méthodes traditionnelles de communication et d'engagement communautaire, notamment dans les camps de bétail. Les interventions d'urgence pendant les épidémies de choléra et les activités de préparation pendant la période entre les épidémies étaient les priorités du plan. L'objectif principal était de maîtriser et d'éviter la propagation du choléra parmi les populations touchées et à risque (y compris l'exploitation bovine, les personnes déplacées et les communautés de pêcheurs) en renforçant la compréhension du risque et la compréhension de la prévention et du traitement de la maladie.

Les deux principales plateformes utilisées pour l'éducation et la communication sur les risques étaient l'engagement communautaire et domestique et les médias de masse. L'ICMN a joué un rôle clé pour un engagement communautaire efficace. Dans six États touchés par le choléra, le réseau de 2506 membres de l'ICMN, constitué de mobilisateurs communautaires formés, était présent et collaborait avec sept partenaires d'exécution. L'ICMN a contribué à l'implication communautaire en encourageant les pairs et en établissant des échanges bilatéraux avec les ménages et les personnes qui ont un lien direct avec ces derniers (par exemple, les fournisseurs d'eau et de nourriture, les chefs traditionnels, religieux, les jeunes et les femmes, les forums communautaires et les institutions telles que les écoles, les établissements de santé, les centres de culte et les marchés). Les acteurs de la mobilisation communautaire ont pris part aux initiatives des communautés au niveau des ménages, ont mis en place des sessions d'orientation scolaire, ont organisé des réunions communautaires et des réunions de chefs religieux, ainsi que des initiatives d'engagement communautaire sur les

marchés et les points ressources. La mobilisation de masse locale a été renforcée en recourant à des représentations théâtrales et musicales traditionnelles.

Les plateformes radio ont été mises à profit afin de renforcer la communication concernant les risques. Dans neuf langues locales largement parlées, 32 chaînes de radio ont diffusé des jingles, des émissions-débats et des spots publicitaires afin de sensibiliser les auditeurs au risque de choléra et d'éduquer les communautés sur la prévention et le traitement de la maladie. En partenariat avec l'opérateur de téléphonie mobile privé Vivacell, une permanence téléphonique a été instaurée afin de donner des conseils sur le choléra aux personnes concernées. Les émissions de radio ont été accompagnées d'annonces provenant des médias classiques et des mégaphones au sein de la communauté pour renforcer leur portée et leur impact.



© UNICEF/UN0836984/Naftalin

Une stratégie visant l'exploitation bovine a été développée afin de mettre à contribution les populations nomades. L'objectif de cette stratégie était de repérer et d'impliquer des leaders d'opinion (gardiens de porte) au sein des communautés bovines, de collaborer avec eux pour surveiller la communauté migrante et de garantir leur participation active à toutes les actions de solidarité. La formation et la création d'équipes d'intervention rapide au niveau national, des États et des comtés, la planification à distance à l'aide de cartes sociales et la surveillance communautaire étaient d'autres activités.

Des documents de communication standardisés (comme des tableaux muraux et des livrets) ont été conçus afin d'informer et de mobiliser les communautés lors des campagnes de vaccination orale contre le choléra. Ces documents ont été distribués dans les communautés, les points de réhydratation orale, les unités/centres de traitement du choléra, les établissements de santé, les écoles et d'autres lieux importants. Les documents étaient très représentatifs et simples à saisir et à utiliser lors des séances d'enseignement.

L'UNICEF a apporté sa contribution à la réponse en exploitant les collaborations intersectorielles

entre les domaines de la santé, de la CSC et de l'hygiène. Au niveau du pays, l'UNICEF a assuré la coprésidence d'un groupe de travail axé sur la mobilisation sociale et la communication. En collaboration avec le gouvernement, les principaux intervenants et les groupes d'activités humanitaires, ce groupe a supervisé les actions de mobilisation communautaire, ainsi que la communication avec les groupes de travail communautaires, afin de favoriser et de maintenir des résultats sociaux et comportementaux optimaux. L'UNICEF a aussi collaboré avec 32 stations de radio à travers le pays à l'élaboration de messages essentiels et de matériel de communication standardisés, en utilisant des accords à long terme (AMT) officiels avec des entreprises spécialisées dans la production audio, la promotion et l'impression. Dans tous les endroits touchés par le choléra, les équipes de l'UNICEF ont réalisé des visites sous la supervision conjointe des secteurs WASH, Santé et CSC. Pendant ces visites, un soutien technique et des conseils ont été apportés aux partenaires d'exécution et aux communautés pour prévenir et contrôler efficacement l'épidémie. Des rapports de situation réguliers (Sitrep) selon un format de rapport standardisé ont été collectés, rassemblés et partagés chaque semaine avec l'OMS et le Forum national d'urgence et d'intervention.





Principales réalisations

- Grâce à une approche stratégique et intégrée de la lutte contre le choléra, des initiatives de communication bidirectionnelle ont été mises en place dans 74 comtés sur 80 dans les dix États du pays.
- En tout, 1 912 187 individus résidant dans 362 615 ménages ont bénéficié d'une formation dans les régions touchées. En outre, une formation approfondie sur le choléra a été dispensée à 2 173 381 individus dans le cadre de différentes initiatives de communication interpersonnelle, tandis que 2,4 millions de personnes ont été informées par des messages dans les médias.
- La permanence téléphonique a totalisé 2 000 appels venus signaler des cas suspects ou recevoir des informations sur la prévention du choléra.
- Parmi les 5 640 cas de choléra, 5 468 (97 %) ont été pris en charge dans des établissements de santé. D'après les rapports des patients, la majorité a mentionné avoir pris connaissance des différentes stratégies de prévention et de traitement du choléra, que ce soit à travers des visites à domicile, des réunions communautaires ou des messages radio. D'autres sources d'information ont été mentionnées, notamment des documents imprimés et la permanence téléphonique sur le choléra. D'après des échanges de discussion de groupes organisés par des partenaires, des entretiens ponctuels réalisés lors de tournées et des observations, il a été constaté que les vendeurs de nourriture à Juba (la capitale du Soudan du Sud) et d'autres endroits touchés par le choléra ont adopté une dynamique positive en termes d'habitudes hygiéniques aux emplacements de leur activité en raison de l'exposition aux messages de choléra.
- À la suite des interventions, aucun cas de choléra n'a été signalé entre décembre 2017 et avril 2019.

74 COMTÉS SUR **80**

dans les 10 États du pays couverts

1,912,187 INDIVIDUS

dans 362 615 ménages ont été sensibilisés dans les zones touchées

La permanence téléphonique a été utilisée par

2,000 INDIVIDUS



Enseignements tirés et recommandations

- 1 La stratégie de réponse à l'épidémie de choléra peut servir à encourager d'autres problématiques essentielles en matière de santé et de droits de l'enfant.** Au Soudan du Sud, la méthode utilisée pour faire face à l'épidémie de choléra a été utilisée pour prévenir d'autres maladies telles que la fièvre de la vallée du Rift, le paludisme, l'hépatite E, ainsi que les épidémies. Il a aussi servi à encourager les droits de l'enfant, en mettant l'accent sur la préservation de la vie de l'enfant, la notification des naissances et les initiatives visant à promouvoir l'éducation et l'hygiène.
- 2 Les interventions communautaires ont la capacité d'atteindre des populations qui dépassent les capacités des structures gouvernementales.** Le Soudan du Sud est marqué par la faiblesse des structures gouvernementales à l'échelle infra-nationale et par leur insuffisance au niveau des communes. Les actions communautaires impliquant des collaborations avec des partenaires locaux peuvent étendre la portée des messages et renforcer leur influence car ils sont perçus comme provenant de « pairs ».
- 3 Il est primordial d'avoir un organisme à l'échelle mondiale pour soutenir la mobilisation communautaire et favoriser un maximum de contacts avec la population ciblée.** L'ICMN offre à de nombreux mobilisateurs communautaires la possibilité d'impliquer les communautés et les foyers en utilisant des méthodes de communication durables et adaptées à leur environnement local.
- 4 Il est indispensable de recourir à la radio, aux médias traditionnels et de concevoir des outils de communication visuels afin d'atteindre les populations analphabètes.** Dans la situation du Soudan du Sud, notamment parmi les populations déplacées et mobiles, où le niveau d'alphabétisation est particulièrement bas, il est essentiel d'avoir accès à la radio et aux outils éducatifs et de sensibilisation basés sur l'image afin d'attirer l'attention des publics ciblés.



© UNICEF/UN0841093/Naftalin

L'UNICEF Somalie apporte son appui au modèle de soins communautaires visant à éradiquer les mutilations génitales féminines

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

Résumé

L'UNICEF Somalie a apporté son soutien à l'incorporation des initiatives visant à lutter contre les mutilations génitales féminines (MGF) dans des programmes plus étendus qui se focalisent principalement sur la violence basée sur le genre, comme les Soins Communautaires : Programme de transformation des vies et de prévention de la violence (Programme SC), lancé en Somalie en 2013. Le but du programme SC était d'engager et de soutenir les communautés dans la lutte contre la violence basée sur le genre (VBG) en modifiant les comportements individuels, les pratiques collectives et les croyances largement répandues qui contribuent à la violence envers les femmes et les filles, et restreignent la capacité des survivantes à solliciter du soutien et de l'assistance des autorités. Au début du programme SC, il y a eu

une résistance lors des discussions sur des sujets sensibles tels que les MGF et le mariage des enfants. Toutefois, étant donné que le programme met l'accent sur la création de relations au fil du temps, basées sur un dialogue animé par la communauté et l'identification locale des besoins, des priorités et des solutions, les méthodes utilisées sont adaptées au contexte, prises en compte localement et soutenues localement. Les dialogues au sein de la communauté ont permis de débattre des attentes et des normes de société, des problèmes de santé associés aux MGF, ainsi que des rôles et des responsabilités de divers individus. La programmation intégrée a favorisé un engagement plus vaste dans différents secteurs et a amélioré la coordination entre divers intervenants.



Contexte

Les mutilations génitales féminines (MGF) consistent à altérer ou à léser les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales. Les dangers de cette pratique pour la santé et le bien-être des filles et des femmes sont considérables et elle est largement perçue comme une atteinte aux droits de l'homme. Malgré l'engagement du gouvernement et des acteurs politiques à promouvoir les projets de loi et les politiques concernant les MGF au niveau fédéral et Somaliland, cette pratique demeure répandue dans tout le pays. En Somalie (2020), une enquête démographique et sanitaire récente a révélé une prévalence de 99% des MGF. La préoccupation majeure dans tous les États fédéraux de la Somalie est la violence basée sur le genre envers les femmes et les filles, incluant les viols collectifs, les mariages forcés et les MGF.¹ La difficulté de réduire cette pratique est accrue par la vulnérabilité de l'autorité gouvernementale dans un environnement de conflits de longue date, d'instabilité politique et de manque de ressources. Bien que le gouvernement fédéral fasse des efforts pour renforcer les systèmes de protection de l'enfance à tous les niveaux, la gouvernance et les pratiques varient d'une région à l'autre, et la pratique des MGF est profondément ancrée dans les normes et les pratiques sociales au sein des communautés.

Dans cette situation, en 2008, le [Programme conjoint FNUAP-UNICEF](#) a été mis en place en Somalie en partenariat avec le ministère du Travail et des Affaires sociales ainsi que différentes organisations non gouvernementales. Jusqu'à ce jour, les recherches sur les MGF ont été incorporées dans des programmes plus étendus tels que ceux qui combattent la violence basée sur le genre. Dans le contexte somalien, l'incorporation des MGF dans des programmes plus étendus peut être perçue comme une pratique prometteuse, car elle permet d'engager les communautés et les parties prenantes sur une question très sensible dans le cadre global de la VFS. De plus, étant donné la limitation des ressources en Somalie, une approche de programmation intégrée permet d'améliorer la pertinence et la durabilité des différentes interventions. L'utilisation d'une approche de programmation intégrée permet d'améliorer la pertinence et la durabilité des diverses interventions. En combinant ces programmes dont le financement est plus court avec d'autres dont le financement est pluriannuel, il a été envisageable de développer des liens avec les communautés au fil du temps, une condition préalable indispensable pour s'engager et réaliser des changements significatifs et durables.



© UNICEF/UNI166226/Holt



Approche stratégique

Le soutien de l'UNICEF et de l'UNFPA a permis de mettre en place une nouvelle stratégie nationale visant à éclairer les actions de lutte contre les MGF. Les principaux piliers de la stratégie incluaient :

- Une approche solide basée sur les droits et un plaidoyer de grande envergure : les droits de l'homme, les droits des femmes, les droits des enfants, ainsi que la politique et la législation nationale.
- Le rôle des chefs religieux, la terminologie religieuse et les convictions religieuses et spirituelles doivent être maximisés, car 72 % des femmes estiment que les MGF sont une exigence religieuse (DHS 2020).
- Concernant la médicalisation des MGF, il est important de tirer parti du rôle du ministère de la Santé, du secteur de la santé et des professionnels de santé dans la prestation, la prévention et le traitement de ces pathologies.
- Le discours doit être modifié et le message doit se concentrer sur la tolérance zéro des MGF, car il n'y a pas eu de diminution de la prévalence globale.
- Stimuler l'éducation au sein de la communauté, la sensibilisation et l'implication afin de modifier les normes sociales.
- En mettant en évidence l'importance de la documentation, du suivi et de l'évaluation régulières afin de mettre en évidence les répercussions des programmes et du plaidoyer au fil du temps.

Les mesures prévues ont été intégrées à des initiatives plus étendues qui se concentrent principalement sur les violences basées sur le genre, telles que les *Soins Communautaires : Programme de transformation des vies et de prévention de la violence* (Programme SC), lancé en Somalie en 2013. Le but du programme SC était de mobiliser et de soutenir les communautés dans la lutte contre la VBG en renforçant les comportements individuels, les pratiques collectives et les croyances largement répandues qui contribuent à la violence envers les femmes et les filles, et restreignent la capacité des survivantes à solliciter du soutien et de l'assistance. Au début du programme SC, il y a eu une résistance lors des discussions sur des sujets sensibles tels que les MGF et le mariage des enfants. Toutefois, étant donné que le programme met l'accent sur la création de relations au fil du temps, basées sur un dialogue animé par la communauté et l'identification locale des besoins, des priorités et des solutions, les méthodes utilisées sont adaptées au contexte, prises en compte localement et soutenues localement. C'est également la raison pour laquelle il serait possible d'aborder des sujets tabous tels que les MGF et le mariage des enfants.²



En 2013, pendant 15 semaines, des experts locaux formés ont rassemblé différents groupes de membres de la communauté de tous âges, ainsi que des partenaires de différents domaines (comme la santé et l'éducation), afin de discuter de leurs valeurs, croyances et aspirations communes et de les prendre en compte. Grâce à cette méthode, les communautés ont pu utiliser une plateforme pour identifier leurs propres priorités, ce qui a finalement influencé la conception du programme dans chaque lieu spécifique. Au fur et à mesure de l'avancement du programme, les communautés ont identifié leurs besoins essentiels en se basant sur les échanges et en examinant les normes sociales de leur communauté qui acceptent la VBG, y compris les MGF, et en réduisant au silence celles qui en sont victimes. Les femmes et les filles de la communauté ont été impliquées dans le dialogue et cela a encouragé la réflexion sur les sujets pertinents, leurs priorités et ce qui était crucial dans leur contexte spécifique. Grâce à cela, les membres de la communauté ont pu collaborer afin de repérer les mesures collectives requises pour modifier les normes et les pratiques sociales néfastes. Les « champions du changement » sont identifiés grâce à un dialogue constant au sein de la communauté. Il est courant de repérer ces « champions » lors de discussions et d'engagements communautaires, que ce soit au sein du programme CC ou dans le cadre des activités des comités communautaires de protection de l'enfance. En général, ces individus comprennent des personnes âgées, des dirigeants religieux, des adolescents (filles et garçons), des mères, des pères, des autorités locales et d'autres.

Étant donné que de nombreuses femmes estiment que c'est une exigence religieuse, les dirigeants religieux ont une influence importante dans la vie quotidienne au sein de la communauté et peuvent jouer un rôle crucial dans la suppression des MGF. Même si 99 % des somaliens sont musulmans sunnites, les organismes qui collaborent avec les chefs religieux ont mis en évidence l'importance de mettre en contexte les disparités entre les groupes religieux fédéraux et non fédéraux dans la promotion et le dialogue (en fonction du type d'islam sunnite pratiqué). Cette distinction a eu des conséquences sur la manière dont différents imams et cheikhs s'engagent, à la fois en ce qui concerne leurs convictions laïques et leurs approches de la gouvernance.

Afin de dé-médicaliser les MGF, le Ministère de la Santé (MoH) a collaboré avec des établissements de formation de sages-femmes.³ Dans certaines régions de la Somalie (y compris le Somaliland), on constatait une augmentation de la médicalisation des MGF, notamment dans les centres urbains et parmi la diaspora. Ce défi a souligné le besoin de varier les messages et les méthodes afin de combattre cette pratique, plutôt que de porter exclusivement l'accent sur les risques pour la santé liés aux techniques de coupe traditionnelles. Des modules sur la lutte contre les MGF ont été créés par le ministère de la Santé dans le programme national de formation des sages-femmes.



© UNICEF/UN051415/Somalie

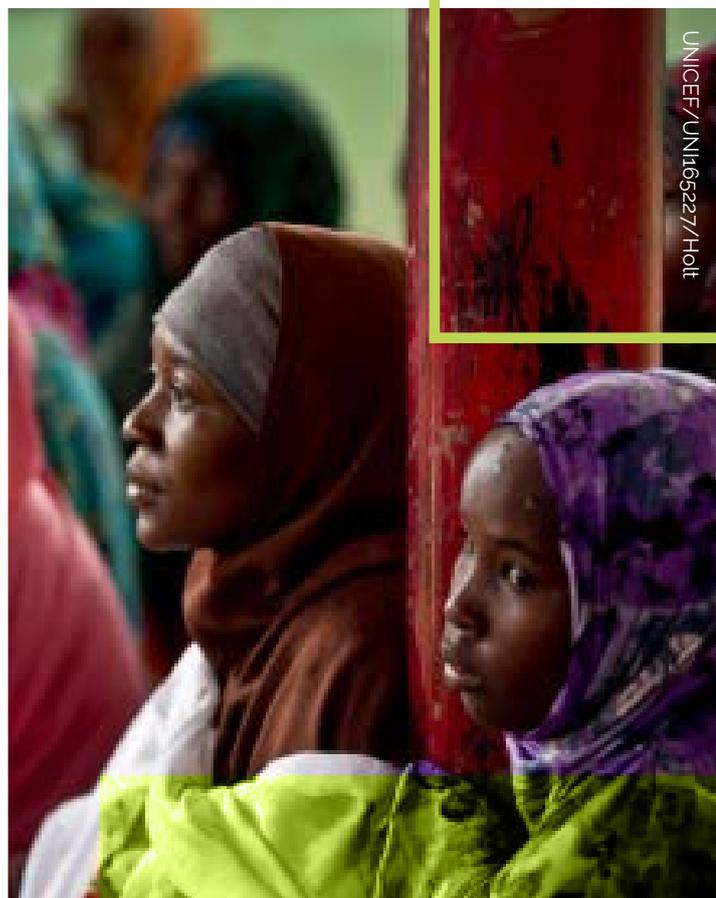


© UNICEF/UN051409/Somalie



Principales réalisations

- L'évaluation des soins communautaires de 2018 a mis en évidence des évolutions dans les normes appuyant l'inégalité entre les genres.
- La mise en place de programmes intégrés a favorisé une participation plus étendue dans différents secteurs et amélioré la coordination entre différents acteurs, tels que les jeunes filles et garçons, les aidants familiaux, les anciens, les chefs religieux et les prestataires de services dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de la police et d'autres. La méthode employée est conforme à une approche de « renforcement des systèmes » en matière de protection de l'enfance, contrairement à une approche « fondée sur les enjeux », où les enjeux individuels sont abordés individuellement et dans le contexte social et économique plus large dans lequel ils se manifestent.
- Les dialogues communautaires ont donné lieu à des échanges sur les attentes et les normes de société, les problèmes de santé associés aux MGF, ainsi que sur les rôles et les responsabilités de diverses personnes, telles que les filles, les garçons, les professionnels de santé, les enseignants, les dirigeants et les autorités religieuses, ainsi que sur le rôle de la religion dans la sécurité et la protection des filles et des femmes.



UNICEF/UN1465227/Holt

DIFFÉRENTS GROUPES DE MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ

de différents âges se rassemblent pour échanger et réfléchir sur des valeurs et des aspirations partagées pendant une période de 15 semaines.

La mise en place de programmes intégrés a favorisé une participation plus étendue dans différents secteurs

Les dialogues communautaires ont donné lieu à des échanges sur les attentes et les normes de société



Enseignements tirés et recommandations

- 1** Il est bénéfique d'adopter une perspective globale pour aborder la problématique des MGF, en formulant la question comme un problème qui demande une collaboration entre différents secteurs, et en mettant en place diverses approches programmées, telles que l'étude des normes sociales. Ces initiatives ensemble sont les plus prometteuses en ce qui concerne leur pertinence et leur durabilité.
- 2** Il est essentiel de mettre en contexte les approches de lutte contre les MGF. Malgré l'importance de certains efforts à l'échelle « nationale », tels que les politiques et la législation, le Programme de soins communautaires a prouvé que les régions et les communautés peuvent adopter des approches distinctes dans leur engagement dans le dialogue et avec qui. La souplesse du modèle a assuré la pertinence et l'appropriation du programme dans le contexte, tout en renforçant le sentiment d'appartenance au sein des familles et des communautés.
- 3** La diversification des approches en matière de MGF est étroitement liée à la prise en compte du contexte. Auparavant, les programmes et les messages ont été excessivement dépendants des programmes importés qui n'étaient pas suffisamment enracinés dans les réalités locales ou qui n'étaient pas capables de s'adapter au fil du temps. Il est nécessaire d'adopter une approche itérative pour collaborer avec les communautés et favoriser le dialogue sur les questions sensibles, qui peut être ajustée au fil du temps.



© UNICEF/UN051413/Somalie

Notes de fin

- 1** Nyanduga, B.T., *Situation of human rights in Somalia: report of the Independent Expert on the Situation of Human Rights in Somalia*, Report of the Independent Expert on the Situation of Human Rights in Somalia, 2019, <[https://digitallibrary.un.org/record/3862632?ln=en\[4\]](https://digitallibrary.un.org/record/3862632?ln=en[4])>.
- 2** Glass, N. et al, (2018) « Evaluating the Communities Care Program : best practice for rigorous research to evaluate gender-based violence prevention and response programs in humanitarian settings », *Conflict and Health*, vol.12, no.5, 31 janvier 2018.
- 3** La médicalisation est la situation dans laquelle des professionnels de la santé pratiquent des MGF, que ce soit dans un établissement médical, à domicile ou ailleurs, en utilisant souvent des outils chirurgicaux, des anesthésiques et des antiseptiques dans l'espoir d'atténuer les complications immédiates.

L'UNICEF Ouganda apporte son appui à un mécanisme de coordination WhatsApp visant à prévenir les mutilations génitales féminines transfrontalières entre l'Ouganda et le Kenya

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

© UNICEF/UN0421437/Abdul

Résumé

Le gouvernement ougandais accorde de plus en plus d'importance à la lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF) transfrontalières. Un des domaines largement identifiés comme nécessitant une amélioration est le partage d'informations, la coordination des activités et les services d'orientation pour les filles et les femmes qui risquent de subir des MGF ou qui ont besoin d'un soutien après avoir subi des MGF. Au mois d'avril 2020, l'UNICEF Ouganda a apporté son soutien à la création d'un mécanisme de coordination et de communication basé sur WhatsApp, sur les MGF transfrontalières, entre les districts frontaliers de l'Ouganda et du Kenya, et appelé le *Forum anti-MGF Kenya-Ouganda* (Kenya Uganda anti-FGM Forum). Les chefs

locaux des sous-comtés sont devenus les administrateurs du nouveau groupe WhatsApp. Des administrateurs des deux côtés de la frontière modèrent la plateforme. Pendant le pic de confinement de la COVID-19 de mars à juin 2020, cette plateforme a été le seul moyen pour les gens de communiquer entre eux afin de comprendre ce qui arrivait aux filles et aux jeunes femmes qui avaient quitté leur communauté et ne pouvaient pas être retrouvées. Au total, entre avril et octobre 2020, l'utilisation de cette plateforme collaborative WhatsApp a permis à 37 filles âgées de 11 à 16 ans d'être interceptées au Kenya et renvoyées en Ouganda, sans avoir subi de MGF, par les autorités kényanes.¹



Contexte

Les mutilations génitales féminines (MGF) consistent à altérer ou à léser les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales. Cette pratique peut présenter de graves risques pour la santé et le bien-être des filles et des femmes et est largement reconnue comme une violation des droits humains. C'est en Ouganda que le taux de MGF est le plus bas d'Afrique de l'Est. La prévalence nationale de cette pratique chez les filles et les femmes de 15 à 49 ans était de 0,32 % en 2016, ^{2,3} soit une baisse par rapport au taux de 0,64 % enregistré en 2006. Ces taux globalement faibles masquent des variations significatives de l'incidence entre les régions géographiques et les groupes ethniques. La plupart des MGF ont lieu dans les régions de Karamoja et de Sebei, où la prévalence globale est estimée à 26,7 %.⁴ Dans certaines sous-comtés, les taux de prévalence atteignent 67,3 % (par exemple, Tapac, dans le district de Moroto).

Un ensemble de facteurs sociaux, culturels et économiques, ainsi que des croyances traditionnelles et/ou religieuses conduisent à la pratique des MGF dans différentes familles, communautés et régions. Parmi ces croyances figurent la propreté, la pureté et la modestie féminines, ainsi que l'importance de la virginité avant le mariage et de la fidélité conjugale.⁵ Généralement considérées comme un rite de passage nécessaire à la féminité, les MGF sont souvent une condition préalable au mariage et sont perçues comme un moyen de surmonter la pauvreté dans des contextes où les possibilités d'éducation, d'économie et de protection sociale sont limitées pour les femmes.^{6,7} Les filles et les femmes les plus susceptibles de subir des MGF sont celles qui sont très pauvres, sur le point de se marier ou récemment mariées, qui résident dans des zones rurales et/ou dont les mères ont elles-mêmes été excisées.⁸ En raison de la grande valeur accordée aux MGF, les filles et les femmes subissent une pression sociale et familiale considérable pour être excisées ; celles

qui ne subissent pas de MGF sont confrontées à une stigmatisation et à des mauvais traitements considérables.⁹

Depuis 2009, l'Ouganda fait partie du [Programme conjoint UNFPA-UNICEF pour l'élimination des MGF](#) et a récemment achevé sa troisième phase (2018-2021). Le programme conjoint vise à ce que l'Ouganda soit exempt de MGF d'ici 2030 grâce à une approche coordonnée et multisectorielle de la prévention des MGF. Ce travail implique en partie l'utilisation d'approches dirigées par la communauté, telles que les dialogues entre adolescents et l'utilisation de modèles de rôle. Des entretiens de communauté à communauté, tant en Ouganda que de l'autre côté de la frontière avec le Kenya, sont également organisés afin de mieux comprendre comment mettre un terme aux MGF transfrontalières.

La pratique des MGF a été rendue illégale en 2010 en Ouganda, sanctionnant pénalement ceux qui excisent ou tentent d'exciser des filles ou des femmes, et ceux qui cherchent à obtenir ces pratiques pour leur personne ou pour autrui. Cette loi a rendu la pratique clandestine. Le risque d'être appréhendées a poussé les femmes ougandaises à traverser la frontière pour se faire exciser au Kenya, où la pratique est plus abordable et de meilleure qualité qu'en Ouganda.¹⁰ La pandémie de la COVID-19 a entraîné, en mars 2020, une augmentation du nombre de filles et de jeunes femmes ougandaises traversant la frontière pour se rendre au Kenya afin d'y subir des mutilations génitales féminines. La lutte contre les mutilations génitales transfrontalières est une priorité croissante pour le gouvernement ougandais. Un des domaines largement identifiés comme nécessitant une amélioration est le partage d'informations, la coordination des activités et des initiatives, ainsi que les services d'orientation pour les filles et les femmes qui risquent de subir des MGF ou qui ont besoin d'un soutien après avoir subi ces pratiques.



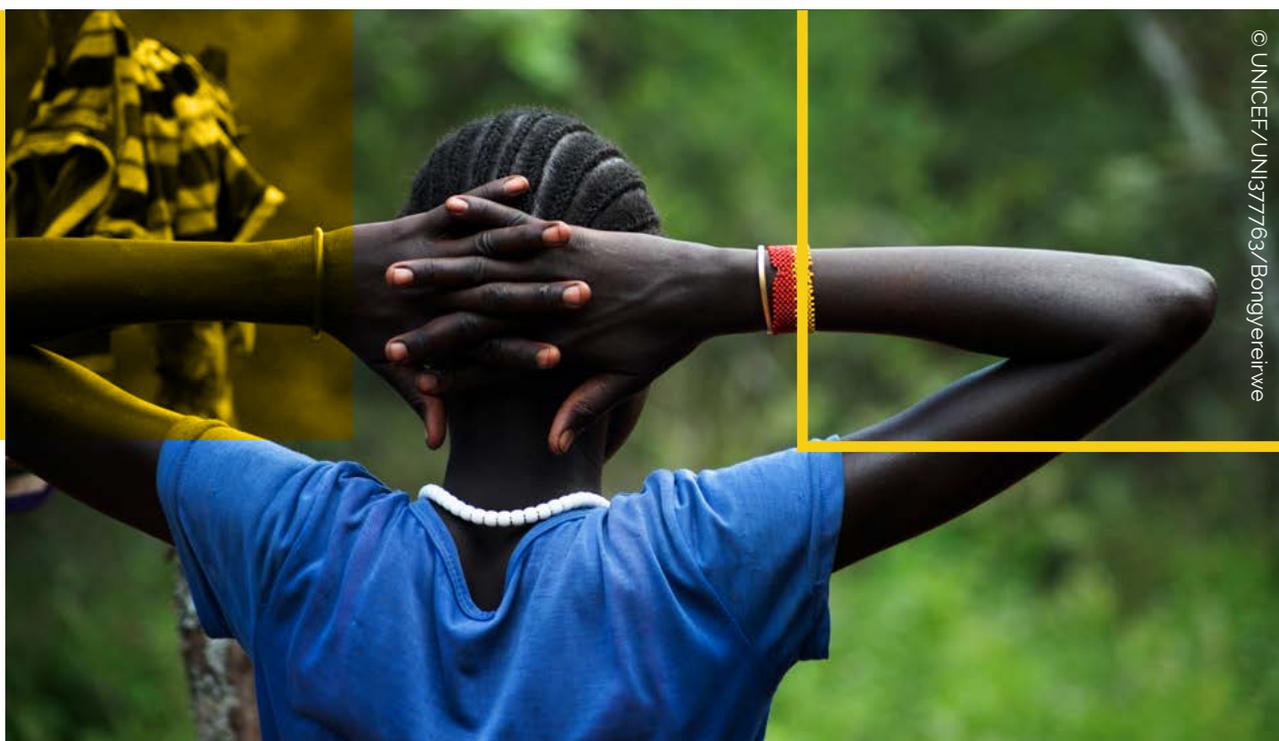
Approche stratégique

Au cours du mois d'avril 2020, UNICEF Ouganda a soutenu la création d'un mécanisme de coordination et de communication basé sur WhatsApp concernant les MGF transfrontalières entre les districts de Moroto, Bukwo et Amudat en Ouganda et quatre districts voisins au Kenya (Alale, Kacheliba, Kongelai et Kapenguria). La direction de l'opération a été confiée au district de Maroto et au commissaire du district de West Pokot, au Kenya. Le nouveau groupe WhatsApp, appelé *Kenya Uganda anti-FGM Forum*, a été administré par les chefs locaux des sous-comtés. Des administrateurs des deux côtés de la frontière modèrent la plateforme. Le groupe WhatsApp est composé de divers membres, dont des agents de développement communautaire et des agents de probation et de protection sociale de district, des chefs de village et d'autres personnes. Il existe actuellement trois sous-groupes, un par district.

Pendant le pic de confinement de la COVID-19 de mars à juin 2020, cette plateforme a été le seul moyen pour les gens de communiquer entre eux afin de comprendre ce qui arrivait aux filles et aux jeunes femmes qui avaient quitté leur communauté et ne pouvaient pas être retrouvées. Les bénévoles de la communauté se sont renseignés auprès des familles, des amis et d'autres personnes, puis ont assuré une surveillance locale pour informer les

membres de la plateforme dans d'autres districts et de l'autre côté de la frontière des filles qui allaient subir des MGF, de leur itinéraire de voyage prévu et des contacts qu'elles pourraient avoir à leur destination et en cours de route. Les bénévoles chargés de la surveillance le long de l'itinéraire ont informé les autorités locales afin que les filles puissent être arrêtées, soutenues et conseillées, et qu'elles puissent recevoir les soins médicaux nécessaires, de soutien, de conseils et de soins médicaux si nécessaire.

La communication a ensuite été établie avec les autorités de district du côté ougandais. Les filles concernées ont été conduites à un poste frontière pour rencontrer un agent de probation et de protection sociale, qui les a ensuite accompagnées dans l'un des quelques centres de secours temporaires mis en place pour fournir des soins provisoires aux filles fuyant les mutilations génitales féminines. Elles ont toutes eu la possibilité de fréquenter les écoles primaires voisines, de bénéficier d'une aide psychosociale et d'être mises en contact avec des professionnels et des moyens de subsistance. Des travailleurs sociaux et des modèles de la communauté leur ont également été présentés afin de les encourager à envisager un avenir différent pour elles-mêmes - un avenir sans mutilations génitales féminines.

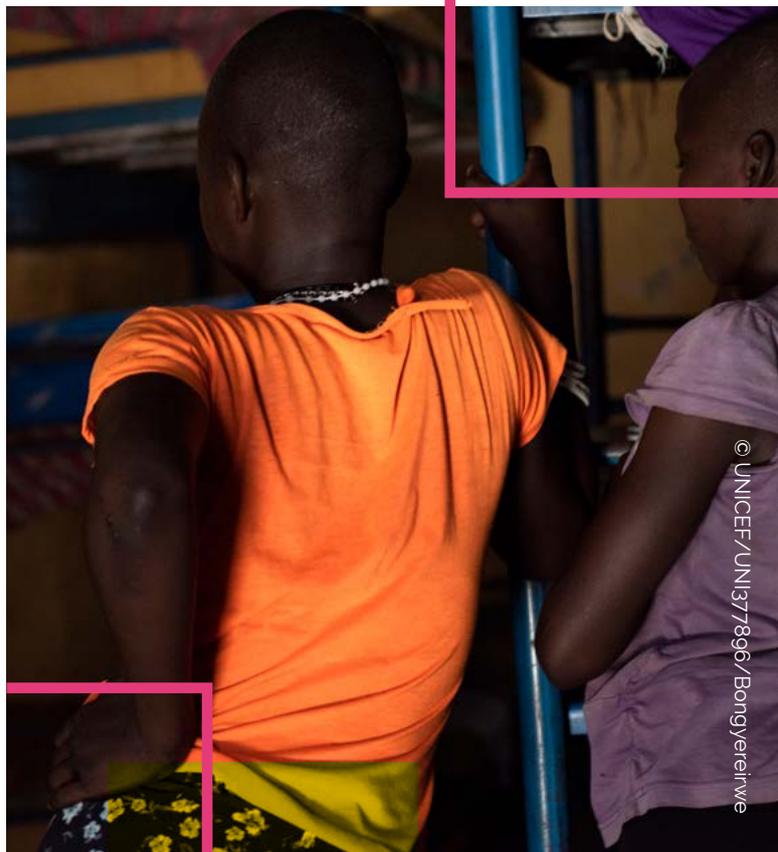


© UNICEF/UNI37763/Bongyereitw/e



Principales réalisations

- D'avril à octobre 2020, l'utilisation de cette plateforme WhatsApp collaborative a permis d'intercepter au total 37 filles âgées de 11 à 16 ans au Kenya et de les renvoyer en Ouganda, non excisées, par les autorités kényanes.¹¹ Pour la plupart, elles ont choisi de rester au centre de secours pendant une période transitoire, le temps d'entrer en contact avec leurs familles. Parmi elles, six ont choisi d'être immédiatement réunies avec leurs parents et les personnes qui s'occupent d'elles ; cinq se sont enfuies du centre (et des efforts ont été faits pour déterminer les raisons de leur fugue et ce qu'il est advenu d'elles depuis).
- Le programme continue d'assurer une fonction de surveillance et de partager des informations sur les mutilations génitales féminines, ainsi que sur d'autres menaces et problèmes de sécurité liés à la protection de l'enfance, notamment le mariage d'enfants.



Cette plateforme de collaboration WhatsApp a permis d'intercepter au Kenya et de renvoyer en Ouganda un total de

37 FILLES
ÂGÉES DE 11 À 16

ont été interceptées au Kenya et renvoyées en Ouganda sans avoir subi de MGF.

Le programme continue d'assurer une fonction de surveillance et de partager des informations sur les mutilations génitales féminines



Enseignements tirés et recommandations

1 La coordination des interventions visant à mettre fin aux MGF et aux mariages d'enfants est importante. Il est possible d'utiliser la plateforme WhatsApp comme un outil efficace de surveillance de la protection de l'enfance.

2 Les démarches menées par le district et administrées et/ou coordonnées par les chefs qui organisent ces efforts sont une composante essentielle et efficace des efforts de lutte contre les MGF et le mariage d'enfants. Créer un système de surveillance communautaire et former ses membres renforce leur capacité à intervenir dans les cas de MGF et augmente la probabilité d'abandon des MGF et d'autres problèmes de protection de l'enfance, y compris le mariage des enfants.

Notes de fin

- 1 Jjuuko D., Nakibuuka Mbonye P. « Uganda-Kenya cross-border partnership rescues girls from female genital mutilation during COVID-19: Countries unite to keep girls uncut », UNICEF, 24 septembre 2020, <www.unicef.org/uganda/stories/uganda-kenya-cross-border-partnership-rescues-girls-female-genital-mutilation-during-covid>.
- 2 Bureau de statistique de l'Ouganda et CIH, *Uganda Demographic and Health Survey 2016*, UBOS et CIH, Kampala et Rockville, 2016, <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR333/FR333.pdf>>.
- 3 Bureau de statistiques de l'Ouganda et Macro International Inc, *Uganda Demographic and Health Survey 2006*, UBOS et Macro International Inc, Calverton, 2006, <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR194/FR194.pdf>>.
- 4 Bureau de statistique de l'Ouganda, *Female Genital Mutilation/ Cutting Survey Report*, UNICEF, 2017, <https://www.unicef.org/uganda/media/1766/file/FGM_C%20survey%20report.pdf>.
- 5 Azeze GA., Williams A., Tweya H., Obsa M.S., Mokonnnon T.M., Kanche Z.Z., et al. « Changing prevalence and factors associated with female genital mutilation in Ethiopia: Data from the 2000, 2005 and 2016 national demographic health surveys », PLoS ONE 15(9): e0238495, 2020, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238495>>.
- 6 Shell-Duncan, B., (2008). « From Health to Human Rights: Female Genital Cutting and the Politics of Intervention » *American Anthropologist*, vo. 110, no. 2, 2008, pp. 225-236.
- 7 Pankhurst, A., (décembre 2014). « Child Marriage and Circumcision: Evidence from Ethiopia », *Young Lives Policy Brief 21*, Save the Children, 2014, <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:70808644-deeg-408c-g162-de0ec3f317b8/download_file?file_format=pdf&safe_filename=YL-PolicyBrief-21_Child%2BMarriage%2Band%2BFGM%2Bin%2BEthiopia.pdf&type_of_work=General+item>.
- 8 Bureau de statistique de l'Ouganda (UBOS) et UNICEF, « Female Genital Mutilation : Evidence from Uganda », UBOS et UNICEF, Kampala, 2020.
- 9 Bureau de statistique de l'Ouganda (UBOS) et UNICEF, « Female Genital Mutilation : Evidence from Uganda », UBOS et UNICEF, Kampala, 2020, pp. 27-9.
- 10 Fonds des Nations unies pour la population, *Beyond the crossing: Female Genital Mutilation Across Borders, Ethiopia, Kenya, Somalia, Tanzania and Uganda*, UNFPA, New York, 2019, p. 25.
- 11 Jjuuko D., Nakibuuka Mbonye P. « Uganda-Kenya cross-border partnership rescues girls from female genital mutilation during COVID-19: Countries unite to keep girls uncut », UNICEF, 24 septembre 2020, <www.unicef.org/uganda/stories/uganda-kenya-cross-border-partnership-rescues-girls-female-genital-mutilation-during-covid>.

L'UNICEF Rwanda finance une étude ethnographique visant à décrypter les facteurs comportementaux des pratiques sous-optimales d'alimentation de la mère et de l'enfant¹

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

© UNICEF/UNI212735/Rudakubana

Résumé

Au Rwanda, les pratiques d'alimentation maternelle et infantile sous-optimales ont persisté malgré les connaissances élevées des mères au sujet de la nutrition bénéfique. Afin de comprendre pourquoi les programmes peinent à faire des progrès en ce qui concerne le taux de malnutrition et de retard de croissance au Rwanda, l'UNICEF Rwanda a appuyé une étude ethnographique auprès des ménages visant à comprendre les motifs de comportement des habitudes alimentaires ; cette étude cherche également à déterminer ce qui peut être fait pour favoriser la « dernière étape du changement de comportement » afin d'obtenir de meilleurs résultats nutritionnels. L'étude a révélé que les deux principaux obstacles à un régime alimentaire nutritif pour les mères et les enfants sont la pauvreté et les mauvaises récoltes. L'une des causes sous-jacentes d'une mauvaise alimentation et, par extension, des résultats sous-optimaux sur le plan de la nutrition, est le comportement régissant les choix alimentaires

(c'est-à-dire la décision d'acheter de grandes quantités d'aliments moins nutritifs au lieu d'aliments nutritifs en petites quantités) Un autre constat intéressant a été que les connaissances et les comportements ne sont pas nécessairement interdépendants, c'est-à-dire que même si les exigences matérielles sont satisfaites et que les niveaux de connaissances sont élevés, un comportement donné ne peut aboutir sur le plan normatif. Les recommandations visant à résoudre les problèmes mis en évidence par l'étude sont : prodiguer des conseils et dispenser une formation aux aidants familiaux sur la hiérarchisation des priorités et la prise de décision en matière de nutrition, motiver les communautés à adopter des pratiques d'alimentation saines pour les mères et les enfants, soutenir des activités de resposabilisation économique et fournir de prestations en espèces au titre de la protection sociale aux ménages confrontés à des contraintes économiques.



Contexte

Une mauvaise alimentation de la mère pendant la grossesse et l'allaitement peut avoir des effets néfastes sur les mères et les enfants.^{2,3} Les taux de retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans au Rwanda restent obstinément élevés (33 %), tout comme l'anémie infantile (37 %) et l'anémie chez les femmes enceintes (25 %). Des campagnes intensives de communication et d'éducation ont permis aux aidants familiaux d'acquérir des connaissances approfondies sur les meilleures pratiques d'alimentation maternelle, infantile et du jeune enfant (MIYCN), mais ces connaissances ne se sont pas concrétisées par une amélioration de la prise de décision en matière de nutrition et par des changements dans les régimes alimentaires qui pourraient contribuer à réduire les retards de croissance.

Les schémas de dénutrition chronique des enfants au Rwanda sont, au moins en partie, associés aux régimes alimentaires inadéquats. Selon l'indicateur synthétique du régime alimentaire

minimum acceptable (qui tient compte de la diversité et de la fréquence des repas), seuls 22 % des enfants rwandais âgés de 6 à 23 mois bénéficient d'un régime alimentaire minimum acceptable.⁴ La majorité (62 %) des enfants de 6 à 23 mois avaient un régime alimentaire inférieur à la diversité alimentaire minimale (c'est-à-dire qu'ils consommaient des aliments appartenant à moins de quatre groupes alimentaires).⁵ Seuls 18,6 % des enfants rwandais âgés de 6 à 23 mois avaient consommé de la viande, de la volaille ou du poisson et 7,7 % avaient consommé des œufs dans la journée ou la nuit précédant le rappel.⁶ Une nutrition sous-optimale s'est également illustrée par des apports nutritionnels insuffisants, inférieurs aux recommandations spécifiques à l'âge.⁷ Les recherches menées au Rwanda ont confirmé que les pratiques d'alimentation sous-optimales ont de multiples causes, notamment les croyances et les tabous culturels, la pauvreté, le faible niveau d'éducation des mères et la non-disponibilité d'aliments nutritifs.⁸



© UNICEF/UNI1233400/Kanobana



Approche stratégique

UNICEF Rwanda a soutenu une étude ethnographique à grande échelle visant à comprendre les raisons pour lesquelles une nutrition sous-optimale persiste chez les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que chez les jeunes enfants, alors que les mères sont généralement bien informées en matière de nutrition. Les résultats de l'étude seront utilisés pour adapter les interventions de communication sur les changements sociaux et comportementaux destinées à réduire la malnutrition dans ces groupes. Une approche d'études ethnographiques ciblées (FES) basée sur un protocole en quatre modules a été utilisée pour réaliser une étude de cas sur 30 ménages, un dans chacun des 30 districts du Rwanda.⁹ Chaque module était axé sur un domaine de recherche différent (par exemple, WASH ; sélection et préparation des aliments, régime alimentaire, soins aux enfants et croyances et pratiques d'hygiène ; obstacles et facteurs de changement comportementaux dans les pratiques d'alimentation ; obstacles et facteurs de changement comportemental dans les pratiques de lavage des mains). Les membres du ménage ont été interviewés et des observations ont été faites sur la maison, ses équipements, le stockage, la préparation et la consommation des aliments, ainsi que sur les activités des membres de la famille.

Chacun des six chercheurs de terrain a passé entre quatre et cinq jours en contact étroit avec un ménage sujet à l'étude, il arrivait à la maison à l'aube, observait la préparation des repas et l'alimentation, posait des questions sur les pratiques observées et restait avec la famille jusqu'à la tombée de la nuit. Au cours de cette période, les travailleurs sur le terrain ont appliqué chaque module à une sélection de personnes interrogées dans les ménages ; cet ensemble de personnes interrogées comprenait toujours l'aidant principal (dans tous les ménages sujets à l'étude, il s'agissait d'une femme), ainsi que les chefs de ménage (dans la plupart des cas, un partenaire masculin co-résident). Des entretiens approfondis et des exercices de rappel ont été menés avec 30 prestataires de soins primaires, tandis que l'exercice de classement du module 3 a été réalisé avec 60 participants au total. Les observations ont été menées de manière plus large et opportuniste, à la fois dans le ménage et dans les lieux où les aliments sont achetés (par exemple, dans les fermes et sur les marchés).



© UNICEF/UN061797/Nzarambha



Principales réalisations

La principale réalisation de cette étude est qu'elle a mis en évidence des résultats importants concernant les raisons pour lesquelles les connaissances sur la nutrition optimale ne se concrétisent pas par des régimes optimaux pour les mères, les nourrissons et les enfants, à savoir :

1. La pauvreté et les mauvaises récoltes, ont été identifiées comme étant les deux principaux obstacles à un régime alimentaire nutritif (c'est-à-dire la cause immédiate de la mauvaise nutrition des mères, des nourrissons et des jeunes enfants). Si la plupart des femmes interrogées savaient comment préparer un repas nutritif, il était plus rare qu'elles disposent de la liberté économique et de la capacité générale de mettre ces connaissances en pratique, indépendamment d'une hiérarchisation des priorités et d'une prise de décision basées sur le comportement.
2. L'une des causes sous-jacentes des régimes alimentaires médiocres et, par extension, des résultats nutritionnels sous-optimaux, est le comportement régissant les choix alimentaires et les décisions d'acheter de grandes quantités d'aliments moins nutritifs au lieu de petites quantités d'aliments nutritifs.
3. Les croyances concernant des aliments spécifiques dictent les types d'aliments donnés aux jeunes enfants. Les participants à l'étude ont suggéré que les jeunes enfants ne devraient pas consommer d'aliments durs (par exemple, banane verte, taro, patate douce, manioc dur) parce qu'ils sont pauvres en vitamines lorsqu'ils sont préparés séparément des autres types d'aliments et peuvent entraîner un retard de croissance. Bien que cette croyance soit, dans une certaine mesure, une taxonomie populaire, elle est indéniablement basée sur certaines vérités scientifiques dans la mesure où un excès de ces aliments peut déplacer d'autres aliments, y compris ceux qui sont riches en micronutriments dans le régime alimentaire.
4. Les comportements ne sont pas nécessairement interdépendants, même si les exigences matérielles sont satisfaites et que les niveaux de connaissances sont élevés, un comportement donné peut ne pas avoir atteint un point où il est normatif.

Des entretiens approfondis et des exercices de rappel ont été menés avec

30

**PRESTATAIRES DE SOINS
PRIMAIRES**

Des entretiens approfondis et des exercices de rappel ont été menés avec

**Une approche
d'études
ethnographiques
ciblées (FES)**

une approche basée sur un
Un protocole en quatre
modules a été utilisé pour
réaliser une étude de cas sur
les ménages de

30

MÉNAGES

durée

30

DISTRICTS

6

**CHERCHEURS SUR LE
TERRAIN**

ont passé entre quatre
et cinq jours en contact
étroit avec un ménage de
l'étude



Enseignements tirés

Les résultats de l'étude ont révélé des lacunes dans la chaîne connaissances-capacités-pratiques résultant des décisions et des priorités prises par les aidants familiaux. Pour faire évoluer les comportements sur la « dernière ligne droite », il faut des connaissances, des changements d'attitude au niveau des individus et des ménages, une évolution des normes sociales au niveau culturel et communautaire, et un renforcement des capacités économiques des ménages les plus pauvres.



Recommandations

Les auteurs ont proposé une approche en trois volets pour améliorer les résultats nutritionnels des mères, des nourrissons et des jeunes enfants rwandais :

- 1 Niveau individuel** : Soutenir, renforcer et lancer des activités de CSC, le cas échéant, pour faire face aux changements d'attitude et de mentalité. Prodiguer des conseils, dialoguer et éduquer les aidants familiaux de jeunes enfants, en mettant l'accent sur l'établissement de priorités et la prise de décisions, et non sur l'acquisition de nouvelles connaissances en matière de nutrition (qui sont déjà élevées).
- 2 Niveau communautaire** : Soutenir, renforcer et lancer des activités de mobilisation communautaire et sociale pour faire de l'adoption de meilleures pratiques d'alimentation pour la mère et l'enfant une norme communautaire.
- 3 Capacité économique** : Soutenir, renforcer et lancer des activités d'autonomisation économique (par exemple, des sessions de vulgarisation agricole sensibles à la nutrition pour augmenter et diversifier les denrées alimentaires ; des prestations de protection sociale en espèces), en particulier pour les ménages dont les ressources sont les plus limitées.



Notes de fin

- 1 Birungi A., Koita Y., Roopnaraine T., Matsiko E., Umugwaneza M., « Behavioral drivers of suboptimal maternal and child feeding practices in Rwanda: An anthropological study », *Maternal & Child Nutrition*, 2021, <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/mcn.13420>>.
- 2 Black, R.E., Allen, L.H., Bhutta, Z.A., Caulfield, L.E., de Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C., Rivera, J., « Maternal and child under nutrition: Global and regional exposures and health consequences », *The Lancet*, vol. 9608, 008, pp. 243-260.
- 3 Lowensohn, R.I., Stadler, D.D., Naze, C., « Current concepts of maternal nutrition », *Obstetrical & Gynecological Survey*, vol. 7, no. 7, 2016, pp. 413-426.
- 4 Institut national de la statistique du Rwanda, Ministère de la Santé, CIH, « Rwanda Demographic and Health Survey », Rockville, 2020.
- 5 Uwiringiyimana, V., Ocke, M.C., Amer, S., Veldkamp, A., « Predictors of stunting with particular focus on complementary feeding practices: Across-sectional study in the Northern Province of Rwanda », *Nutrition*, vol. 60, 2018, pp. 11 - 18.
- 6 Institut national de la statistique du Rwanda, Ministère de la Santé, CIH, « Rwanda Demographic and Health Survey », Rockville, 2020.
- 7 Uwiringiyimana, V., Ocke, M.C., Amer, S., Veldkamp, A., « Predictors of stunting with particular focus on complementary feeding practices: Across-sectional study in the Northern Province of Rwanda », *Nutrition*, vol. 60, 2018, pp. 11 - 18.
- 8 Birungi A., Koita Y., Roopnaraine T., Matsiko E., Umugwaneza M., « Behavioral drivers of suboptimal maternal and child feeding practices in Rwanda: An anthropological study », *Maternal & Child Nutrition*, 2021, <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/mcn.13420>>.
- 9 L'approche ethnographique focalisée (EEF) est idéale pour les situations où les avantages des approches ethnographiques sont nécessaires, mais où les contraintes de temps et de ressources empêchent la mise en œuvre d'un protocole d'étude ethnographique à long terme.



L'UNICEF Rwanda aide les communautés à relever les défis liés à la demande de vaccination grâce à un design centré sur l'humain

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

Résumé

Le Design centré sur l'humain (DCH) est une approche et une technique participatives de changement social et comportemental (CSC) qui place les personnes et les communautés au centre de toutes les étapes du processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation du programme. L'approche DCH joue un rôle central dans le travail de l'UNICEF depuis longtemps. L'un des principaux obstacles à l'application de cette approche dans la région de l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF (ESAR) a été la capacité limitée du personnel des bureaux de l'UNICEF et de ses partenaires à utiliser l'approche DCH. En juillet 2022,

UNICEF Rwanda a organisé deux ateliers pour 50 participants (UNICEF et partenaires) dans le but de renforcer la capacité à utiliser l'approche DCH. Le contenu de la formation était axé sur la vaccination contre la COVID-19 et comprenait des démonstrations pratiques sur la manière d'appliquer l'approche DCH. Ces ateliers ont débouché sur un certain nombre de solutions ayant pour but d'améliorer le taux de vaccination contre la COVID-19. Les participants continuent à transmettre leurs connaissances de l'approche DCH aux membres d'autres groupes avec lesquels ils travaillent (par exemple, les groupes de travail techniques).



Contexte

La pandémie de la COVID-19 au Rwanda a entraîné la hausse du chômage, la perte de moyens de subsistance productifs et la stigmatisation ainsi que la discrimination

des survivants. L'accès aux équipements de protection individuelle était également limité.¹ Au début de l'année 2022, le nombre de cas de COVID-19 et de décès au Rwanda a augmenté.²



Approche stratégique

En 2022, la section CSC de UNICEF ESARO a organisé une formation DCH dans quatre pays : Botswana, Malawi, Kenya et Zambie. Suite à cette formation, l'équipe CSC de UNICEF Rwanda, avec le soutien technique de la section CSC de UNICEF ESARO, a organisé deux ateliers DCH consécutifs dans les provinces de l'Ouest et du Nord du Rwanda. Les ateliers étaient axés sur la vaccination contre la COVID-19 et ont utilisé les informations et les outils disponibles sur la page d'accueil du site [UNICEF HCD for Health](#). Les ateliers ont rassemblé 50 participants issus du gouvernement, de la société civile, d'organisations confessionnelles, d'organisations de personnes handicapées et d'acteurs du secteur privé/agences créatives. Les formations ont été dispensées par les équipes de UNICEF

Rwanda et de ESARO CSC et comprenaient des démonstrations pratiques de l'approche DCH. Les méthodes DCH enseignées comprenaient l'élaboration de personnages (les personnages peuvent être des agents de santé, des enseignants, des mères, des pères, des leaders religieux, des adolescents) ; la cartographie du parcours ; la recherche communautaire/ l'enquête rapide ; la synthèse ; la génération d'idées ; et le prototypage. Les deux ateliers ont atteint le stade de la « génération d'idées » et ont élaboré des solutions réalisables pour différents profils de personnes (par exemple, la création d'aides à l'emploi sur la COVID-19 pour les enseignants). Ces solutions ont ensuite été soumises à des phases de pilotage et d'itération.





Principales réalisations

- Les deux ateliers DCH du Rwanda ont été très appréciés par les participants et les partenaires de l'UNICEF. L'approche DCH a été pleinement adoptée par l'ensemble du personnel de l'UNICEF et des partenaires participants.
- Le chef du Centre de communication sanitaire du Rwanda, qui a participé à l'un des ateliers, s'est engagé à appliquer l'approche.
- Plusieurs partenaires de la société civile ont indiqué qu'ils avaient commencé à appliquer la méthode DCH dans leur travail sur la vaccination contre la COVID-19, la participation des jeunes et d'autres domaines.
- De nombreux bénéficiaires de ces deux formations étaient également des membres actifs de différents groupes de travail techniques, dans le cadre desquels ils ont promu le développement des capacités humaines comme une approche efficace pour améliorer les résultats en matière de santé.

Le chef du Centre de communication sur la santé du Rwanda s'est engagé à appliquer

L'APPROCHE DCH

Deux consécutifs

ATELIERS DCH

le programme organisé dans les provinces de l'Ouest et du Nord du Rwanda.

Le

L'APPROCHE DCH

a été pleinement adopté par l'ensemble du personnel de l'UNICEF et des partenaires ayant participé.





Enseignements tirés et recommandations

- 1 Planification de la formation:** Assurer la liaison avec le bureau régional de l'UNICEF pour obtenir son soutien et envoyer les invitations à l'avance. Prévoir la phase de recherche communautaire à un stade précoce. Planifier minutieusement la logistique et les imprévus.
- 2 Lieu de la formation:** Choisir un endroit confortable pour la formation, qui favorise un environnement de travail propice et engageant.
- 3 Sélectionner des participants diversifiés:** Un groupe hétérogène de participants (ministère de la santé, société civile, organisations confessionnelles, personnes handicapées, secteur privé/agences créatives) permet d'examiner les défis et les solutions sous différents angles.
- 4 Facilitation de la formation:** Garder les gens motivés, unis et engagés grâce à des travaux en petits groupes, des activités énergisantes, des compétitions et des activités sociales. Maintenir un sentiment d'appropriation commune de l'objectif et des solutions.
- 5 Documentation de formation:** La documentation (écrite et audio/visuelle) de chaque étape du voyage est une étape essentielle pour continuer à plaider en faveur de l'application DCH et de la mobilisation des ressources. Une documentation claire du processus au niveau infra-national est également essentielle pour la responsabilité. Solliciter l'avis des différentes parties prenantes sur l'approche DCH apporte une valeur ajoutée.
- 6 Mener des recherches communautaires :** Il est essentiel de s'assurer que les participants à la recherche communautaire se sentent en sécurité et à l'aise pour partager ouvertement leurs opinions et comprendre leurs droits en tant que participants à la recherche. Il est important de rémunérer les membres de la communauté pour leur temps et leurs efforts . Les attentes des membres de la communauté doivent être gérées en termes de solutions pouvant être mises en œuvre immédiatement, en fonction de la hiérarchisation des objectifs clés, des fonds disponibles, du temps, des ressources humaines et autres.
- 7 Sauvegarder les données collectées pendant la formation:** Il est essentiel de convenir au sein du groupe que les données sensibles obtenues au cours de la partie de la formation consacrée à la recherche communautaire ne seront pas partagées en dehors des participants à l'atelier et ne seront utilisées que pour affiner les solutions. Il est important que toutes les données collectées soient anonymes.
- 8 Maintenir la dynamique :** Les ateliers DCH ont suscité beaucoup d'intérêt à l'intérieur et à l'extérieur de l'UNICEF (par exemple, parmi les collègues du programme, l'USAID, le HCR, l'OMS). Compte tenu de cet intérêt, il était important d'organiser une série de sessions de suivi à Kigali pour maintenir la dynamique de l'approche DCH. Il est essentiel de désigner les responsables de l'UNICEF et des organisations partenaires qui continueront à montrer la voie de l'approche DCH.

Notes de fin

- 1 Louis, E., Eugene, D., Ingabire, W., Isano, S., Blanc, J., « Rwanda's Resiliency During the Coronavirus Disease Pandemic », *Front Psychiatry*, 2021, <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8828737/>.
- 2 Organisation mondiale de la santé, « How home-based care eased Rwanda's COVID-19 response », Région africaine de l'OMS, 19 avril 2022, <www.afro.who.int/news/how-home-based-care-eased-rwandas-covid-19-response>.

L'UNICEF Éthiopie apporte son appui à la formation sur le design centré sur l'humain pour faire de la prévention des maladies une pratique communautaire normative¹

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

Résumé

En avril 2021, l'UNICEF Éthiopie a soutenu un atelier de quatre jours visant à renforcer les capacités en utilisant le design centré sur l'humain (DCH) pour mettre en place des interventions adaptées visant à stimuler la demande afin d'augmenter la prise vaccinale. Les participants à cette formation ont appliqué la méthodologie DCH pour comprendre les problèmes liés au faible taux de vaccination des enfants et aux questions de santé maternelle et néonatale. La formation a été mise en place sous la forme d'études de terrain qui ont permis de mieux comprendre les problèmes clés, de trouver des idées de solutions et, enfin, d'apporter des solutions concrètes.



Contexte

En Éthiopie, pour atteindre les familles non vaccinées ou insuffisamment vaccinées sur de vastes territoires, dans des langues et des cultures différentes, il est nécessaire d'établir des diagnostics sur mesure et de mettre en place des interventions adaptées.





Approche stratégique

En avril 2021, l'UNICEF Éthiopie a soutenu un atelier de quatre jours visant à renforcer les capacités en utilisant le design centré sur l'humain (DCH) pour mettre en place des interventions adaptées visant à stimuler la demande afin d'augmenter la prise vaccinale. Trente représentants de huit provinces ont participé à distance à l'atelier. Tout au long de la formation, des méthodologies et des outils de l'approche DCH ont été présentés pour aider les parties prenantes à maîtriser l'identification des opportunités axées sur la communauté et la résolution créative des problèmes.

En préparation de la formation, les méthodes d'enquête rapide de la DCH ont été appliquées dans la région d'Oromia à la demande et à l'offre des services du Programme élargi de vaccination (PEV)/Santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Après une séance d'orientation et de collaboration visant à finaliser les documents de recherche, une équipe locale a mené des entretiens avec 13 aidants familiaux, 10 pères, neuf professionnels de santé et huit chefs communautaires afin de découvrir les stratégies locales. Les résultats synthétisés ont été partagés avec les participants au cours de l'atelier. Le fait de disposer d'exemples, de citations et de points de vue sur le terrain a permis aux participants éloignés de comprendre l'importance d'entendre les points de vue des communautés locales et des professionnels de la santé. Cela a également fourni des données locales réelles pour pratiquer les méthodes de synthèse, de génération d'idées et de prototypage pendant la formation.

Après la formation, des recherches sur le terrain ont été menées à l'aide de la méthodologie DCH. Par exemple, une évaluation axée sur l'approche DCH a été menée auprès de 40 participants vivant dans deux bidonvilles d'une zone périurbaine d'Adama, dans la région d'Oromia. Dans ces régions, les familles considèrent les services de santé comme une solution de dernier recours, dans le pire des cas, pour les enfants malades qui ne peuvent être soignés à l'aide de remèdes de grand-mères. Pour changer cette perception et cette norme, des solutions sur mesure étaient nécessaires. Les chercheurs sur le terrain ont utilisé des « incitations créatives » pour susciter les sous-jacents associés à une faible couverture vaccinale et aux soins de santé



© UNICEF/UN0677461/Bizuwerk

maternelle et infantile. Les professionnels de la santé ont été invités à discuter de ce qui les motive à pratiquer des soins de compassion. Cette question a permis d'obtenir des réponses qui ont mis en évidence leurs difficultés à accomplir leurs tâches quotidiennes en matière de PEV/SMNI, limitant la communication interpersonnelle avec les familles et laissant les parents/aidants familiaux se sentir intimidés par l'expérience de l'établissement de santé. Les chefs communautaires qui ont participé à l'étude de terrain dans l'Oromia ont souligné la nécessité d'aligner les services de santé sur les besoins et les pratiques de la communauté, notamment en rendant les services disponibles à des heures qui conviennent aux membres de la communauté et en fournissant des rappels pour les services. La plupart des pères interrogés sur la vaccination de leur enfant ne savaient pas quand est-ce qu'ils devaient faire recourir aux services de vaccination, ou quand les mères et les enfants devaient recevoir des soins du post-partum, en raison des normes de genre, les pères n'étaient pas inclus par les professionnels de santé ou les dirigeants de la communauté dans les activités de santé maternelle ou infantile.

Les invites créatives ont donné lieu à des centaines d'idées pour traiter les problèmes spécifiques soulevés lors de la recherche sur le terrain selon l'approche DCH. Les solutions proposées ne se limitaient pas à suggérer que les membres de la communauté reçoivent des informations sur le PEV/SMNI, mais s'adressaient à tous les membres de la communauté.



Principales réalisations

- Les représentants en charge des questions CSC de l'UNICEF Éthiopie des différentes régions du pays ont utilisé l'approche DCH pour concevoir des interventions clés en matière de vaccination et de santé, ainsi que de protection de l'enfance, d'eau et d'installations sanitaires. Par exemple, dans l'Oromia, un consultant de terrain de l'unité CSC de l'UNICEF a formé des équipes locales de professionnels de santé à l'application des méthodes. Les résultats de l'enquête rapide ont été utilisés pour éclairer et inspirer les sessions de génération d'idées organisées avec la communauté, y compris les professionnels de la santé et les aidants familiaux. Des prototypes des idées les plus prometteuses ont été développés et testés auprès d'échantillons représentatifs des communautés d'Oromia.
- L'équipe CSC de l'UNICEF Éthiopie a inclus l'approche DCH dans ses plans de travail d'assistance technique. Des formations ont été organisées dans les trois régions comptant le plus grand nombre d'enfants qui ne recevaient pas de dose zéro.

l'approche DCH

a été menée auprès de 40 participants vivant dans deux bidonvilles.

Des formations ont été organisées dans les trois régions comptant le plus grand nombre d'enfants qui ne recevaient pas de dose zéro

Entretien avec

13 AIDANTS FAMILIAUX

10 PÈRES

9 PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

8 CHEFS COMMUNAUTAIRES

ont été menées afin de découvrir les stratégies locales



Enseignements tirés et recommandations

- 1 Les exemples concrets, les citations et les perspectives ont permis aux participants éloignés de comprendre l'importance d'entendre les points de vue des communautés locales et des professionnels de la santé. Cela a également fourni des données locales réelles pour pratiquer les méthodes de synthèse, de génération d'idées et de prototypage pendant la formation.
- 2 La formation devrait être dispensée aux professionnels de santé afin qu'ils puissent aborder les problèmes de leurs communautés sous différents angles.

Notes de fin

- 1 D'après le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Éthiopie, HCD Scale-up Final Report, <<https://drive.google.com/file/d/1oX8V8DZ8hAhqtF24ClxP03hocGVdogk3/view?pli=1>>.

Faits marquants de l'UNICEF Programmes de demande de vaccination sensible au genre dans six pays

Principales stratégies de changement social
et comportemental (CSC), réalisations et
enseignements tirés de l'expérience

Résumé



Dates de l'activité
Décembre 2021 à mai
2022



Durée de l'activité
6 mois



Budget
Inconnu

L'unité vaccination/la section Santé du siège de l'UNICEF ont appuyé l'élaboration d'études de cas dans six pays (Libéria, Mozambique, Pakistan, Rwanda, Soudan et Yémen) qui soulignent l'importance de l'intégration de la question du genre dans la demande de vaccination. Chacune des études de cas décrit le contexte et l'historique du programme, les approches

d'intervention et la façon dont les considérations de genre ont été incluses dans la conception et la mise en œuvre des efforts de demande de vaccination. Chaque étude de cas met en lumière les principales réalisations du programme et résume les enseignements tirés de la mise en œuvre des différentes approches.

Contexte

La vaccination est une solution économique pour prévenir la morbidité et la mortalité infantiles et réduire les coûts et les inégalités dans les soins de santé.¹ Le genre est un facteur déterminant de la prise du vaccin. Les normes et les attentes liées au genre se traduisent par des différences dans la façon dont les femmes, les hommes, les filles et les garçons connaissent les services et ressources de santé, les recherchent et y ont accès. La vaccination, la prise de décision et la participation sont également influencées par le genre. En tant que principales aidantes naturelles, les femmes assument la responsabilité de veiller à la vaccination des enfants, mais leur statut inférieur au sein du ménage les empêche souvent de prendre des décisions en matière de santé aussi bien pour elles-mêmes que pour leurs enfants. Le fait d'être à jour dans ses vaccins ou de les recevoir, d'en comprendre l'importance, d'être en mesure de prendre des décisions y relatives et d'utiliser les services de santé a une incidence sur la santé des femmes et des familles pendant des générations, ainsi que sur les résultats sanitaires nationaux.²



© UNICEF/UN0596522/Mahmoud Fahdl



Pour que les programmes de promotion et d'élargissement de la vaccination tiennent compte des différences entre les genres, il est impérieux de comprendre la façon dont les normes, les rôles et les relations entre les hommes et les femmes influent sur la vaccination. Le recueil d'études de cas de l'UNICEF provenant de six pays (Libéria, Mozambique, Pakistan, Rwanda, Soudan et Yémen) présente des programmes visant à stimuler la demande de vaccination avec des activités explicitement liées au genre, à la fois autonomes et intégrées dans un ensemble de services essentiels, dirigés par les bureaux de pays de l'UNICEF.



Approche stratégique

Les études de cas figurant dans le recueil de l'UNICEF ont été élaborées pour donner des exemples sur la façon dont la création d'une demande au moyen d'approches de changement social et comportemental (CSC) peut réduire les inégalités entre les genres en matière de vaccination ; il s'agit alors d'illustrer comment la création d'une demande peut alors transformer les normes et les structures de pouvoir qui limitent les femmes dans leur possibilité de s'exprimer, leur prise de décision et leur contrôle sur leurs décisions en matière de santé. Chacune des études de cas décrit le contexte et l'historique (c'est-à-dire le besoin sous-jacent) du programme, l'intervention et la façon dont les considérations de genre ont été incluses dans la conception et la mise en œuvre des efforts de demande de vaccination. Chaque étude de cas met en lumière

les principales réalisations du programme et résume les enseignements tirés de la mise en œuvre des différentes approches. Bien que les interventions soient axées sur la stimulation de la demande, les aspects relatifs à l'offre et aux services sont étroitement liés. De même, bien que l'accent soit porté sur la vaccination, les interventions sont liées à des questions de santé publique plus larges. Ces études de cas n'évaluent pas l'efficacité et l'impact des interventions.



Les six études de cas du recueil de l'UNICEF comprennent :³

Pays	Approche	Principales évolutions liées au genre	Niveau d'intégration de la question de genre
Libéria	Campagne de sensibilisation urbaine axée sur le genre et l'équité	Implication des hommes Recrutement de femmes chargées de la vaccination et de la mobilisation	Réactif
Mozambique	Promouvoir la participation des hommes en faveur de pratiques sanitaires intégrées	Implication des hommes Prise de décision conjointe Partage des responsabilités domestiques	Transformatif
Pakistan	Écoute sociale pour promouvoir la participation des femmes dans le secteur du numérique	Participation des femmes dans le secteur du numérique Acceptation des agents de santé féminins	Réactif
Rwanda	Pédagogie par le divertissement pour aborder les normes de genre	Socialisation selon le genre Participation des hommes à l'éducation des enfants	Transformatif
Soudan	Écoute sociale pour l'équité vaccinale pendant la COVID-19	Participation des femmes Prise de décision éclairée	Réactif
Yémen	Mobilisation des mères pour promouvoir les pratiques familiales essentielles	Les femmes en tant qu'artisans de changement Prise de décision éclairée Création de revenus/ renforcement des compétences	Transformatif

Ces études de cas sont le résultat de recherches auprès de sources directes et indirectes. La recherche auprès des sources directes a consisté en des consultations avec des bureaux nationaux sélectionnés de décembre 2021 à mai 2022. Elle visait à comprendre les pratiques prometteuses qui ont intégré les considérations de genre dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des actions de création d'une demande de vaccination. Une liste de questions a été élaborée pour orienter les consultations.

Les consultations ont permis de recueillir des informations sur le contexte, la conception et la mise en œuvre du programme ou de l'intervention, les expériences positives ou les cas de réussite et les défis ou les cas d'échec. Les sources indirectes sont des enquêtes nationales, des articles évalués par des pairs, des rapports, des lignes directrices et des ressources produites par l'UNICEF et ses partenaires. Le processus de consultation s'est déroulé en trois étapes :

- Dresser un état des lieux et comprendre les actions de création d'une demande de vaccination avec une composante liée au genre. Identifier un programme spécifique pour l'étude de cas.

- Procéder à un approfondissement pour mieux comprendre le cas sélectionné, y compris les obstacles liés au genre, la conception de l'intervention pour répondre à ces obstacles, la portée et la couverture, la contribution à l'égalité des genres et les principales réalisations. Discuter des entretiens de suivi et du calendrier.
- Recueillir les opinions des membres de la communauté et comprendre les expériences et les points de vue des participants au programme, des mobilisateurs communautaires ou des personnes influentes et des bénévoles/agents de santé communautaire/vaccinateurs.⁴

Ce recueil d'études de cas est destiné aux professionnels de la santé, du CSC et les spécialistes du genre, ainsi qu'à toute personne chargée de planifier, de mettre en œuvre, de gérer ou de diriger des programmes de vaccination (fonctionnaires, organisations de la société civile et organisations communautaires, spécialistes du développement international et travailleurs humanitaires, par exemple).⁵





Principales réalisations

Les six études de cas sur l'intégration de la question de genre dans les programmes de demande de vaccins mettent en évidence le rôle que jouent les changements sociaux et comportementaux en aidant à comprendre et à éliminer les barrières sociales et normatives liées au genre, et en luttant contre la désinformation, les craintes et les rumeurs qui entourent la vaccination.

LA PRISE EN COMPTE DE LA DIMENSION DE GENRE

est la clé d'un meilleur impact

6

ÉTUDES DE CAS

exemples d'intégration de la question de genre dans les programmes de demande de vaccins



Enseignements tirés et recommandations

- 1** La prise en compte de la dimension de genre s'avère essentielle pour garantir une expérience plus positive pour les femmes et les filles, les hommes et les garçons, ainsi que pour les groupes diversifiés en fonction du genre.
- 2** Il est important de reconnaître que le genre inclut les femmes, les hommes, les filles et les garçons et la diversité au sein de ces groupes, ainsi que les personnes qui ne se reconnaissent pas dans les notions binaires de genre ou ne s'y conforment pas.
- 3** S'attaquer aux obstacles à la vaccination liés au genre permet non seulement d'assurer une couverture équitable, mais aussi de contribuer à l'égalité des genres et de donner aux femmes les moyens d'avoir accès aux services de santé et de les réclamer. Des femmes en meilleure santé peuvent contribuer au bien-être et au développement de leur famille, de leur communauté et de leur pays.
- 4** La planification d'interventions qui contribuent à la couverture vaccinale et à l'évolution des normes en matière de genre nécessite une solide analyse de la question genre, une planification stratégique, ainsi qu'une conception et des adaptations fondées sur des données probantes. Le manque de données permettant d'évaluer les changements liés aux interventions de vaccination est l'inconvénient que présentent les six études de cas.

Notes de fin

- 1 Nandi A., et Shet A., « Why vaccines matter: understanding the broader health, economic, and child development benefits of routine vaccination », Human Vaccines & Immunotherapeutics, vol. n° 8, 2020, pp. 1900-1904.
- 2 Fonds des Nations unies pour l'enfance, From coverage to empowerment: Integrating gender in immunization demand. Promising practices from six countries, UNICEF, New York, 2022.
- 3 Pour lire l'intégralité du rapport, consulter : <https://demandhub.org/from-coverage-to-empowerment-integrating-gender-in-immunization-demand/>
- 4 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *From coverage to empowerment: Integrating gender in immunization demand. Promising practices from six countries*, UNICEF, New York, 2022, p. 4.
- 5 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *From coverage to empowerment: Integrating gender in immunization demand. Promising practices from six countries*, UNICEF, New York, 2022, p. 4.



L'UNICEF Afrique de l'Est et australe et l'UNICEF Tanzanie adoptent l'écoute sociale et communautaire pour comprendre l'hésitation à l'égard du vaccin contre la polio

Principales stratégies de changement social
et comportemental (CSC), réalisations et
enseignements tirés de l'expérience

Résumé



Dates de l'activité
Octobre 2023



Durée de l'activité
48 heures



Budget
8 000 dollars USD
(estimation)

L'écoute sociale et communautaire permet de suivre les questions, les préoccupations, les rumeurs (informations non vérifiées) et les fausses informations (informations erronées et désinformation) partagées par les membres de la communauté sur les réseaux sociaux, dans les médias, par le biais des centres d'appel et au cours de la recherche primaire. L'objectif de ce processus est de collecter des informations qui peuvent éclairer les actions programmatiques fondées sur des données probantes. Il s'agit également d'une composante essentielle des stratégies de communication sur les risques et d'engagement communautaire. L'UNICEF Tanzanie a utilisé les outils et les approches de l'écoute sociale et communautaire pour déceler

les fausses informations relatives au vaccin contre la polio sur les réseaux sociaux. L'équipe a ensuite eu recours à *Premise*, un outil disponible sur le marché, pour mener une enquête rapide et à distance de 48 heures à l'aide d'une application de téléphonie mobile dans l'optique d'approfondir sa compréhension de la désinformation sur la polio et des préoccupations comportementales sous-jacentes. L'enquête rapide a montré qu'en dépit du succès des efforts de communication sur la polio dans le pays, plus de la moitié des personnes interrogées ont exprimé des inquiétudes quant aux effets secondaires potentiels du vaccin contre la polio. Les résultats de l'enquête sur l'écoute sociale et communautaire ont abouti à la formulation



Contexte

de recommandations spécifiques pour des activités qui répondraient aux préoccupations de la communauté concernant le vaccin contre la poliomyélite.

La polio est une maladie virale évitable par la vaccination qui provoque une paralysie permanente et peut entraîner la mort. Elle touche principalement les enfants de moins de cinq ans, et le vaccin contre la poliomyélite constitue le seul moyen de protéger les enfants contre cette maladie mortelle. Depuis les années 1980, le nombre de cas de polio a diminué de 99 % dans le monde grâce aux efforts de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), un consortium de partenaires comprenant l'UNICEF et l'OMS. La polio est considérée comme une urgence sanitaire mondiale et le monde n'a jamais été aussi proche de l'éradication de ce virus qu'aujourd'hui.

Le vaccin contre la polio a toujours été la cible de campagnes de désinformation, mais la diffusion et l'ampleur de la désinformation liée aux vaccins contre la polio se sont accrues en raison d'un accès plus large aux réseaux sociaux et après une plus grande hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19. La désinformation sur les vaccins peut saper la confiance dans les systèmes de santé publique, amener les communautés à refuser les vaccins, entraîner des pertes en vies humaines et réduire à néant les milliards de dollars investis dans l'éradication de la poliomyélite. L'écoute sociale et communautaire est le processus de collecte et d'analyse d'informations accessibles au public à partir de sources en ligne, hors ligne et sur le terrain. Elle constitue une source de données en amont sur le changement social et comportemental (CSC) qui complète la recherche primaire et fournit aux équipes des informations rapides au niveau de la communauté qui éclairent l'action pour le changement de comportement.



© UNICEF/Tanzanie



Approche stratégique

Afin de comprendre l'ampleur de l'hésitation face au vaccin contre la polio, l'UNICEF Tanzanie a cherché à identifier les récits empreints d'hésitation face au vaccin qui circulent parmi le public avant le lancement de la campagne nationale de vaccination contre la polio de septembre 2023. Une enquête de validation de l'écoute sociale et communautaire a été menée au cours de la première semaine d'octobre 2023. L'enquête a été réalisée au moyen d'un outil disponible sur le marché appelé *Premise*, qui permet de réaliser des enquêtes rapides et à distance par le biais d'une application pour téléphone portable et d'un groupe de répondants triés sur le volet. *Premise* récompense les personnes interrogées ou les incite à répondre aux questions de l'enquête ou à effectuer des tâches de collecte de données telles que photographier un établissement de santé. Il permet des enquêtes ciblées géographiquement à l'aide des méthodes d'échantillonnage standard ou personnalisées, notamment l'échantillonnage représentatif, par quota ou de commodité, et la pondération par stratification a posteriori. Ces fonctionnalités étaient essentielles à l'enquête pour garantir la collecte rapide de données dans différentes régions du pays, compte tenu de l'état d'urgence de santé publique du programme de lutte contre la poliomyélite.

L'enquête par écoute sociale et communautaire a reçu 400 réponses valides en l'espace de 48 heures. La plupart (287) de ces réponses étaient en anglais, tandis que le reste (133) était en kiswahili. Le taux de rejet des réponses collectées était de 4 %. Les principales conclusions de l'enquête par écoute sociale et communautaire ont montré que la dernière campagne de communication sur la polio semblait avoir été couronnée de succès, car 87 % des personnes



© UNICEF Tanzanie/2023/Studio 19

interrogées étaient au courant de la campagne de vaccination et 92 % étaient au courant de l'existence du vaccin contre la polio. Quarante-huit pour cent des participants à l'enquête ont précisé que leur intention de se faire vacciner avait été influencée positivement par les informations qu'ils avaient trouvées sur les réseaux sociaux. Environ 26 % des personnes interrogées ont déclaré s'être activement engagées en publiant ou en republiant des informations sur la poliomyélite. Les personnes interrogées ont salué les initiatives d'éradication de la polio sur le terrain ; 93 % des personnes qui étaient au courant de la campagne de lutte contre la polio ont conclu que le processus de vaccination s'était déroulé sans heurts, et 95 % ont estimé que les équipes de vaccination étaient suffisamment qualifiées.

En dépit du succès de la campagne, seuls 58 % des personnes interrogées avaient une perception très positive des vaccins, tandis que 61 % ont exprimé des inquiétudes quant aux effets secondaires potentiels du vaccin contre la polio. Les principales inquiétudes étaient liées à la fièvre et à la douleur après la vaccination. Vingt-trois pour cent des participants ont été exposés à des informations erronées selon lesquelles le vaccin contre la polio présentait des risques potentiels. Les réseaux sociaux ont été cités comme le principal canal de diffusion de ces fausses informations, 37 % des personnes interrogées ayant été exposées à des récits erronés au cours des deux dernières semaines.

Les informations recueillies grâce à ce type d'écoute sociale ont été matérialisées en recommandations de stratégies pour répondre aux inquiétudes et aux questions sur les vaccins contre la polio et pour lutter contre les rumeurs qui font obstruction à l'adoption des vaccins.



© UNICEF Tanzanie/2023/Studio 19



Principales réalisations

- L'enquête de validation de l'enquête par écoute sociale et communautaire a permis d'obtenir de précieuses informations sur la façon dont le public tanzanien perçoit le vaccin contre la polio et la campagne de vaccination. Bien que la campagne ait été couronnée de succès à bien des points de vue, il était essentiel de s'attaquer à la désinformation et aux problèmes de sécurité des vaccins pour garantir l'adoption continue des vaccins.
- L'UNICEF Tanzanie a défini des stratégies basées sur l'écoute sociale et communautaire pour renforcer la confiance du public et améliorer l'efficacité des futures campagnes de vaccination.

400

enquêtes menées en anglais et en kiswahili par le biais d'une application pour téléphone portable

87%

des personnes interrogées étaient au courant de la campagne de vaccination

92%

des personnes interrogées étaient au courant de l'existence du vaccin contre la polio





Enseignements tirés

- 1** La validation peut s'avérer utile : La validation des résultats de l'enquête par écoute sociale et communautaire est un outil puissant qui permet de faire entendre la voix des communautés et de démontrer la nécessité d'une action CSC sur le terrain ou d'une modification du programme.
- 2** Les enquêtes de validation peuvent déconstruire la désinformation : Les informations recueillies par l'enquête par écoute sociale et communautaire peuvent mettre en évidence des récits de désinformation potentiels, et les enquêtes de validation peuvent permettre d'étudier de manière approfondie les préoccupations comportementales spécifiques qui émanent de la désinformation.
- 3** Les enquêtes rapides sont une fonction essentielle de l'enquête par écoute sociale et communautaire : L'accès rapide à la collecte de données auprès d'un échantillon large et géographiquement ciblé renforce la confiance dans les idées et les recommandations de l'écoute sociale et communautaire.
- 4** L'enquête par écoute sociale et communautaire et l'engagement numérique sont intimement liés : La plupart des données de l'écoute sociale et communautaire sont collectées par le biais de plates-formes en ligne, et l'intégration étroite de l'écoute sociale et communautaire et de l'engagement numérique pourrait améliorer les résultats pour les deux composantes.



Recommandations

- 1** Contenu éducatif : Créer de courtes vidéos de type TikTok qui déconstruisent les effets secondaires courants des vaccins et soulignent leur caractère bénin et temporaire afin de rassurer le public et d'atténuer les inquiétudes.
- 2** Témoignages et soutiens : Utiliser des témoignages de personnalités de confiance, de professionnels de la santé et d'autres personnes connues qui ont été vaccinées pour motiver d'autres personnes à en faire autant.
- 3** Engagement numérique : En vue de contrer la désinformation qui se propage en ligne, mettre en œuvre une stratégie d'engagement numérique spécifique aux vaccins qui réponde rapidement aux faux récits.
- 4** Initiatives menées par des experts : Organiser des séances de questions-réponses en ligne et de diffusion en direct avec des professionnels de la santé qui peuvent apporter des solutions en temps réel et atténuer les inquiétudes du public.
- 5** Tirer parti des influenceurs : Compte tenu de l'influence des réseaux sociaux, la collaboration avec des personnes influentes peut amplifier la portée de l'information.

L'UNICEF formule des stratégies de communication sur les risques et d'engagement communautaire dans douze pays

Principales stratégies de changement social et comportemental (CSC), réalisations et enseignements tirés de l'expérience

Résumé



Dates de l'activité
D'août 2020 à
juillet 2021



Durée de l'activité
12 mois dans la région
de l'Afrique orientale
et australe



Budget
500 000 USD dans
la région de l'Afrique
orientale et australe

Entre 2020 et 2021, l'UNICEF a appuyé l'initiative [d'évaluations communautaires rapides \(CRA\)](#) dans 12 pays à travers les régions d'Asie du Sud et d'Afrique orientale et australe (SAR et ESAR respectivement). Les évaluations communautaires rapides ont fourni à chaque bureau de pays des données sur les perceptions des populations liées à la COVID-19, ainsi que des informations sur les déterminants du comportement, les comportements actuels, les obstacles et l'accès à l'information, le niveau de confiance, l'acceptation des vaccins, les stratégies d'adaptation et l'évolution des

besoins au cours de la pandémie de COVID-19. Ces données ont été utilisées pour éclairer l'élaboration de la communication sur les risques et l'engagement communautaire (RCCE) en matière de changement social et comportemental face à la COVID-19, pour remettre en question le concept de membres influents de la communauté, pour suivre l'adoption de comportements préventifs, pour préparer l'utilisation des vaccins contre la COVID-19 et pour plaider en faveur de la réouverture des écoles.

La communication sur les risques et l'engagement communautaire sont des stratégies importantes qui permettent de renforcer les comportements, la confiance et la cohésion sociale dans les situations d'urgence et d'épidémie. Bien que l'UNICEF soit depuis longtemps à la pointe des stratégies RCCE, l'organisation a connu un manque systémique de données sociales et comportementales, ainsi que de preuves pouvant être utilisées pour éclairer l'élaboration des politiques et des programmes aux niveaux national et régional. Les études et enquêtes ponctuelles sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) sont courantes et contribuent aux données initiales ou aux repères de base des programmes. Cependant, peu d'activités de collecte et d'analyse de données à long terme sont soutenues pour alimenter en permanence la conception des programmes et les messages destinés à des populations en constante évolution. Les enseignements tirés de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2015 ont montré que les stratégies de RCCE ne peuvent pas suivre une approche prédéterminée, mais doivent mettre en avant l'engagement des communautés locales, être fondées sur des données probantes (en utilisant des données solides sur les connaissances, les attitudes et les pratiques de communautés spécifiques), et suivre l'évolution de ces pratiques dans le temps. ¹

En 2020, l'UNICEF a lancé l'initiative d'évaluations communautaires rapides (Community Rapid Assessment, CRA). Cette initiative a été conçue autour du modèle des facteurs comportementaux (MFC) de l'UNICEF, un cadre qui montre les principaux déterminants qui affectent les comportements des personnes.² L'objectif était de collecter des données

longitudinales qui permettraient d'éclairer la riposte à la COVID-19 auprès de l'ensemble des populations. Entre mars 2020 et juin 2021, des pays d'Asie du Sud et d'Afrique orientale et australe ont connu plusieurs vagues mortelles de COVID-19. La vaccination contre la COVID-19 a été déployée progressivement et à petite échelle au début de 2021. La pandémie mettait à rude épreuve les systèmes de santé et perturbait les services de santé essentiels.

La situation a nécessité l'adoption de comportements individuels et collectifs visant à réduire la transmission (un aspect qui se trouve au centre des efforts de communication sur les risques et d'engagement communautaire) et la promotion de l'utilisation des vaccins. La gestion efficace de la pandémie a nécessité la communication, l'incitation des personnes à se faire vacciner contre le virus, l'amélioration des connaissances, des attitudes, des croyances, des perceptions et des comportements préventifs de la population à l'égard du virus, et l'engagement efficace des communautés et des organisations locales, des réseaux et des personnes influentes pendant la pandémie, en particulier pendant les périodes d'intensification de la maladie.

Les données de l'UNICEF sur les évaluations communautaires rapides ont été utilisées par les planificateurs de programmes et les gouvernements pour élaborer des stratégies de prévention et d'atténuation du RCCE, ainsi que des interventions visant à motiver l'adoption du vaccin. Les groupes de travail nationaux sur le RCCE, coprésidés par les ministères de la Santé et les bureaux de pays de l'UNICEF, ont mobilisé les groupes pour qu'ils passent à l'action.





Approche stratégique

L'initiative RCCE a été pilotée dans quatre pays d'Asie du Sud (Afghanistan, Inde, Népal et Pakistan) et dans huit pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe (Afrique du Sud, Angola, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Ouganda, Rwanda et Soudan du Sud) entre la mi-2020 et la mi-2021. Trois cycles de collecte de données ont eu lieu de septembre à juillet 2021 (tous les trois ou quatre mois). Chaque cycle de collecte de données a consisté en un échantillon aléatoire de 1 000 répondants dans chacun des pays sélectionnés. Plus de 48 000 personnes ont répondu à l'enquête dans les deux régions (6 000 par pays dans la région de l'Asie du Sud et 3 000 par pays dans la région de l'Afrique orientale et australe).

Une agence tierce, VIAMO, a été recrutée pour collecter les données et effectuer les analyses et la visualisation des données, en collaboration avec le personnel de l'UNICEF. Les questions de l'enquête portaient sur les perceptions de la COVID-19 (risque) et les comportements y relatifs, les facteurs contributifs et les obstacles, l'acceptation du vaccin, les stratégies d'adaptation, la confiance dans les institutions, les groupes communautaires et les canaux de communication, ainsi que l'évolution des besoins. Les enquêtes ont été menées à l'aide d'un système de réponse vocale interactive (RVI) et d'un système d'appel aléatoire. Les données ont été ventilées par sexe, âge et lieu. L'analyse des données a porté sur les

associations entre les résultats d'intérêt (par exemple, les pratiques comportementales) et un ensemble de caractéristiques des répondants (par exemple, l'âge, le niveau d'instruction, le sexe, le fait de résider en zone rurale ou urbaine). Dans certains pays, les enquêtes ont été menées à l'échelle nationale, tandis que dans d'autres, elles ont été répétées dans des États ou des ménages sélectionnés. Les données ont été mises à disposition par le biais d'un tableau de bord mondial soutenu par la Harvard Humanitarian Initiative et Statistics Without Borders, et publiées dans le *Chance Journal* et l'*American Statistical Journal*. La Harvard Humanitarian Initiative a publié des indicateurs en temps réel entre chaque cycle de collecte de données afin de sensibiliser le public.

Les données ont fait l'objet de discussions lors des réunions des groupes de travail RCCE nationaux et sous-nationaux et ont été utilisées pour affiner les réponses RCCE nationales dans chaque région. Par exemple, dans la région de l'Afrique orientale et australe (ESAR), les données ont permis de remettre en question l'hypothèse selon laquelle l'engagement des chefs traditionnels et religieux donnerait les meilleurs résultats en matière d'adoption des vaccins ; les personnes interrogées ont déclaré que les groupes de jeunes et de femmes seraient des réseaux plus fiables au niveau communautaire pour promouvoir l'adhésion aux pratiques préventives.

Les données de l'UNICEF sur les évaluations communautaires rapides ont permis d'analyser les facteurs ayant influencé non seulement la volonté des individus de se faire vacciner contre la COVID-19 ou de remettre leurs enfants sur le chemin de l'école, mais aussi d'autres comportements individuels et collectifs associés à la prévention et à l'atténuation des effets de la COVID-19.

Les données ont été utilisées pour élaborer des stratégies et des activités de RCCE contre la COVID-19. Les données sur les évaluations communautaires rapides ont été régulièrement partagées par les bureaux de pays participant à cet exercice avec leurs homologues nationaux du RCCE, par le biais des mécanismes nationaux de coordination du RCCE.





Principales réalisations

- Dans la région de l'Asie du Sud (SAR), plus de 1,1 milliard de personnes ont été touchées par la riposte RCCE à la COVID-19 (y compris les quatre pays concernés par les évaluations communautaires rapides, à savoir le Pakistan, le Népal, l'Afghanistan et l'Inde).
- Au moins 300 000 personnes ont participé aux activités RCCE contre la COVID-19 et 21 millions ont fait part de leurs préoccupations par le biais de mécanismes de retour d'information.
- Dans la région de l'Afrique orientale et australe (ESAR), plus de 160 millions de personnes ont été touchées par des messages vitaux et préventifs dans les huit pays concernés par les évaluations communautaires rapides (Afrique du Sud, Angola, Éthiopie, Kenya, Madagascar, Ouganda, Rwanda et Soudan du Sud).
- Les données collectées sur les évaluations communautaires rapides en 2020 et début 2021 ont été diffusées en interne (à l'UNICEF) et en externe par le biais de webinaires et de présentations lors des réunions nationales du groupe de travail RCCE présidées par le ministère de la Santé et co-présidées par l'UNICEF dans la région d'Asie du Sud (SAR).
- Le Bureau d'évaluation du siège de l'UNICEF a publié un rapport sur les résultats des données de référence sur les évaluations communautaires rapides de l'ESAR (premier cycle) recueillies en 2020 dans les trois premiers pays.¹ Le rapport a servi de fil conducteur à la révision des plans RCCE pour 2021 au Kenya, à Madagascar et au Soudan du Sud, et a été partagé avec la haute direction de l'UNICEF (siège, ESARO et bureaux de pays) et avec les partenaires.

PLUS DE
48,000

les personnes interrogées dans le cadre d'évaluations communautaires rapides dans les deux régions

PLUS DE
1.1 milliard

personnes ont été touchées par la riposte RCCE contre la COVID-19 dans la région de l'Asie du Sud (SAR)

21 million

ont exprimé des préoccupations grâce à des mécanismes de retour d'information



© UNICEF

© UNICEF/UN0430659/Karimi





Enseignements tirés

- 1** La conception de stratégies de communication sur les risques et d'engagement communautaire efficaces et axées sur les personnes requiert une compréhension des facteurs comportementaux, qui ne sont pas toujours intégrés dans les systèmes de suivi et d'évaluation.
- 2** Les différents groupes démographiques ont besoin d'approches RCCE personnalisées qui s'appuient sur des personnes de confiance au sein de la communauté et sur des canaux de communication appropriés. Les constatations en temps réel des évaluations communautaires rapides ont fourni des informations essentielles à plusieurs secteurs d'activité de l'UNICEF. La ventilation des données sur les évaluations communautaires rapides, ainsi que les analyses et le retour d'information y relatifs ont renforcé la capacité de l'UNICEF à proposer des approches adaptées, en particulier pour les populations vulnérables.
- 3** Dans un environnement en mutation rapide, les informations de référence et les séries chronologiques recueillies grâce aux évaluations communautaires rapides ont fourni de précieuses informations dans plusieurs domaines, notamment la protection sociale, la protection de l'enfance et l'éducation, contribuant ainsi à améliorer la préparation aux crises futures.
- 4** Les enquêtes par téléphone ont permis une collecte de données rapide et abordable. Elles permettent également d'éviter les problèmes d'alphabétisation et peuvent être réalisées dans les langues locales. Cette collecte de données présente des limites, en particulier dans les pays où le taux d'équipement en téléphones mobiles est faible (et où les femmes sont peu équipées), ce qui pourrait entraîner une sous-représentation des groupes vulnérables.
- 5** La principale innovation des évaluations communautaires rapides réside dans leur capacité à recueillir des données en temps réel et des données sur les tendances dans des endroits où la pénétration des téléphones mobiles est importante, ce qui permet d'atteindre des populations rurales qu'il serait autrement difficile de toucher au moyen d'enquêtes auprès des ménages, surtout si l'on tient compte des limites importantes en termes de mobilité et de sécurité des travailleurs de première ligne et des chercheurs posées par la COVID-19.



Recommandations

- 1** Grâce à des investissements supplémentaires, cette modalité de production et d'utilisation de données représentatives, chronologiques et issues de la population peut être améliorée pour compléter la collecte de données de l'UNICEF liée à la prestation de services. Les systèmes dans lesquels ils sont intégrés peuvent être renforcés et, en fin de compte, les interventions que l'UNICEF et les gouvernements mettent en œuvre dans les zones ciblées peuvent être renforcées et évaluées au fil du temps.

Notes de fin

- 1** Fonds des Nations unies pour l'enfance, « Evaluation of UNICEF's Response to the Ebola Outbreak in West Africa, 2014-2015 », UNICEF, New York, 2016.
- 2** Fonds des Nations unies pour l'enfance, COVID-19 Behavioral Drivers and Patterns: A longitudinal assessment from the South Asia region: Findings from Afghanistan, India, Nepal, and Pakistan, November 2021, <[www.unicef.org/rosa/media/16941/file/Final%20report%20-%20COVID-19%20Behavioural%20Drivers%20and%20Patterns:%20%20A%20longitudinal%20assessment%20from%20the%20South%20Asia%20region%20\(November%202021\).pdf](http://www.unicef.org/rosa/media/16941/file/Final%20report%20-%20COVID-19%20Behavioural%20Drivers%20and%20Patterns:%20%20A%20longitudinal%20assessment%20from%20the%20South%20Asia%20region%20(November%202021).pdf)>.



SOCIAL + BEHAVIOUR CHANGE

Le recueil des meilleures pratiques de CSC a été élaboré conjointement par les bureaux nationaux, le bureau régional, l'équipe CSC du siège et PCI Media.

Nous remercions les formidables équipes CSC et du programme de pays pour leurs contributions :

UNICEF Mozambique – Ketan Chitnis et son équipe
UNICEF Éthiopie : Rachana Sharma et son équipe
UNICEF Malawi : Sanju Bhattarai et son équipe
UNICEF Rwanda : Bhai Shelly et son équipe
UNICEF Sud Soudan : Vololomanitra Belalahy et son équipe
UNICEF Somalie : Mandy Chikombero et son équipe
UNICEF Ouganda : Miriam Lwanga et son équipe
Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et australe Massimiliano Sani, Francine Elvia Ganter Restrepo et Lu Lu
SIÈGE DE L'UNICEF : Vincent Petit et Audrey Franchi

Le présent recueil est disponible sous forme électronique et peut être et peut être téléchargé à partir des sites <https://www.sbcguidance.org> et <https://unicef.sharepoint.com/sites/PG-SBC>

Pour plus d'informations, veuillez contacter : sbc@unicef.org