

Chaque enfant, y compris chaque adolescent, survit, s'épanouit et a accès à une alimentation nutritive, à des soins de santé primaires de qualité, à des soins attentifs et à des fournitures essentielles

Recueil des meilleures pratiques CSC



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 :



© UNICEF/US. CDC/UN0735381 /Anita Khenka

L'UNICEF Bolivie soutient les activités visant à modifier les comportements afin de promouvoir l'adoption du vaccin contre la COVID-19

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

Résumé

L'UNICEF Bolivie a soutenu des activités de production de preuves, de communication et de mobilisation sociale pour motiver l'adoption du vaccin contre la COVID-19, y compris le théâtre de rue et les activités sportives au sein de la communauté. Le programme de vaccination contre la COVID-19 a établi un partenariat stratégique avec l'armée de l'air et la police nationale boliviennes pour assurer la distribution et la sécurité des vaccins. En outre, il a permis d'embaucher des personnes sans expérience dans le domaine de la santé pour effectuer le pré-enregistrement des vaccins et soutenir la collecte et la communication des données, ce qui

a permis aux agents de santé de se concentrer principalement sur la vaccination. L'UNICEF Bolivie a travaillé de manière proactive avec la presse, en faisant appel à des porte-parole désignés pour diffuser des messages visant à accroître la demande et l'acceptation de la vaccination. La forte diminution du nombre de cas de COVID-19 peut être attribuée aux actions et initiatives prises pour augmenter la couverture vaccinale dans le pays. En août 2022, au moins 62 % de la population bolivienne avait été vaccinée. Au moins 113 élèves ont reçu leur première dose de vaccin après avoir assisté à la pièce de théâtre présentée à l'école.



Contexte

Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont souffert de la pandémie en raison de leur manque de ressources économiques et humaines et de leur incapacité à mettre en œuvre avec succès des mesures politiques, économiques, sociales et scientifiques pour lutter contre la maladie. Début mars 2020, la Bolivie a connu son premier cas de COVID-19 et le 26 mars 2020, la maladie a fait sa première victime. En juillet 2020, le pays se trouvait dans une situation catastrophique, avec un manque

d'espace hospitalier disponible, une pénurie de tests de diagnostic et même une pénurie d'oxygène médical. Malgré une population comparativement plus faible que celle des pays voisins, la Bolivie affichait l'un des taux de mortalité liés à la pandémie les plus élevés de la région. Au 3 novembre 2022, le pays comptait 1 109 529 cas de COVID-19 et 22 239 décès, en partie parce que l'économie bolivienne repose sur des travailleurs du secteur informel qui ne peuvent pas travailler à distance.^{1,2}



Approche stratégique

L'UNICEF Bolivie a soutenu la production de preuves, la communication et la mobilisation sociale pour motiver un changement de comportement positif en faveur de la vaccination contre la COVID-19, en utilisant le théâtre de rue et les activités sportives dans les espaces communautaires des communautés rurales et suburbaines. Ces activités ont été soutenues par des spots radio dans les langues locales, des vidéos diffusées sur TikTok avec le soutien d'influenceurs (principalement des jeunes), des micro-documentaires audiovisuels pour des débats vidéo dans les communautés et les unités éducatives, et un guide de référence rapide sur la Covid-19 et le vaccin à l'intention des agents de santé.



L'UNICEF, le ministère bolivien de la Santé et des Sports et le Programme élargi de vaccination ont encouragé les activités de participation communautaire afin de sensibiliser les enfants d'âge scolaire à l'importance de la vaccination contre la COVID-19. Un groupe d'artistes locaux a créé et joué une pièce de théâtre divertissante contenant des messages clés sur la COVID-19 et l'importance des vaccins pour les jeunes dans les écoles publiques. Dans le cadre de la pièce, les artistes ont posé des questions au jeune public et ont dissipé les mythes et les idées fausses sur le vaccin.



Principales réalisations

La forte diminution du nombre de cas de COVID-19 peut être attribuée aux actions et initiatives prises pour augmenter la couverture vaccinale dans le pays. Au 21 août 2022, au moins 62 % de la population bolivienne avait été vaccinée (14 862 375 doses de vaccin contre la COVID-19), dont 800 000 premières doses et 564 447 deuxièmes doses pour 12 enfants âgés de 5 à 11 ans.³

L'initiative théâtrale est un excellent exemple de l'utilisation du divertissement et de l'éducation pour promouvoir la vaccination et la prévention des maladies. Au moins 113 élèves ont reçu leur première dose de vaccin après avoir assisté à la pièce de théâtre. En août 2022, GAVI, l'UNICEF et l'OMS ont publié un guide de référence sur les « meilleures pratiques » en matière de vaccination contre la COVID-19, qui met en évidence les principaux domaines stratégiques d'intervention en Bolivie :

- **Gouvernance, planification et coordination :**

Le ministère a mobilisé des ressources pour assurer un financement adéquat des activités prévues et a mis en œuvre des mesures d'économie pour optimiser l'utilisation des fonds ;

- **Prestation de services et intégration :**

Des mesures spéciales ont été prises pour planifier les vaccinations de la population autochtone, représentant les nations autochtones et rurales ou les populations vivant dans des zones difficiles d'accès et confrontées à des barrières de communication et interculturelles ;

- **Partenariats :** Le programme de vaccination contre la COVID-19 a établi un partenariat stratégique avec l'armée de l'air et la police nationale boliviennes afin de garantir la distribution et la sécurité du vaccin ;

- **Gestion des ressources humaines et formation :** Des personnes sans expérience dans le domaine de la santé ont été recrutées pour effectuer le pré-enregistrement et aider à la saisie des données et à l'établissement des rapports, ce qui a permis aux agents de santé de se concentrer principalement sur la vaccination ;

- **Engagement proactif avec les médias :** On a assisté à une collaboration proactive avec la presse et le recours à des porte-parole désignés pour diffuser des messages visant à améliorer la demande et l'acceptation de la vaccination.

62%

de la population
vaccinée au 21
août 2022

AU MOINS

113

ÉLÈVES

ayant reçu leur première
dose de vaccin après
avoir assisté à la pièce
de théâtre présentée à
l'école.



Enseignements tirés

- 1** Le recours à des activités interactives et en face à face (par exemple, théâtre de rue et activités sportives) dans les espaces communautaires peut permettre de recueillir des données sur les obstacles existants à l'acceptation du vaccin tout en promouvant la vaccination contre le COVID-19.
- 2** Les croyances et les perceptions concernant les effets secondaires du vaccin contre la COVID-19 peuvent être rapidement modifiées par des activités communautaires (par exemple, dans les écoles, les marchés et les lieux de rencontre) qui génèrent des discussions positives entre les membres de la communauté.
- 3** Les agents de santé ont été et continueront d'être un premier point de contact important pour les personnes qui souhaitent s'informer sur les vaccins contre la COVID-19, leurs effets et leur efficacité ; ils sont essentiels pour diffuser des messages positifs aux patients dans les centres de santé et par le biais des réseaux sociaux, des médias de masse et des activités de mobilisation.
- 4** La promotion du vaccin contre la COVID-19 peut favoriser le respect du calendrier de vaccination chez les filles et les garçons.



Recommandations

- 1** Il est essentiel d'assurer la coordination au niveau local avec les autorités municipales, le personnel de l'éducation et de la santé et les autorités communautaires, en encourageant l'appropriation de la stratégie afin que la phase de mise en œuvre bénéficie de la participation et de l'engagement de ces groupes et de la population.
- 2** La coordination avec les églises et les groupes qui sont réticents à la vaccination, mais qui n'ont pas manifesté une résistance très active à cet égard est essentielle ; les messages sur le changement de comportement peuvent transformer ces groupes en partisans de la vaccination.

Notes de fin

- 1** Fonds des Nations unies pour l'enfance, UNICEF Amérique latine et Caraïbes : The best practices in Social and Behavior Change (SBC), UNICEF, décembre 2022.
- 2** Penafiel et al, 'Pandemia COVID-19: Situación política - económica y consecuencias sanitarias en América Latina', 2020, <<https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/1118>>.
- 3** PLD Al Día, « Actualidad pandemia Covid-19 », 8 août 2022, <<https://pldaldia.com/portada/actualidad-pandemia-covid-19-546/>>.

UNICEF Brazil Uses Social Listening to Improve Adherence to Routine Child Immunization During the COVID-19 Pandemic

Key social and behaviour change (SBC) strategies, achievements, and lessons learned

© UNICEF/US, CDC/Unique Identifier/Enrico Hiller

Brief summary



Dates of Activity
November 2020 to
December 2022



Duration
Two years



Budget
US\$5,000

During the COVID-19 pandemic, public uncertainty about adhering to routine childhood immunization led to a decrease in the rate of childhood immunizations in Brazil. There was an infodemic of confusing information, misinformation, and disinformation surrounding all immunizations. UNICEF Brazil used social listening data from the Data for Good Project (Meta), Public Good Projects (PGP), and the Yale Institute for Global Health, to confirm the root causes of hesitancy to continue child immunizations during the pandemic among

parents and caregivers. This data provided behavioural insights into the main barriers to vaccination, namely concerns about safety and efficacy. These findings were used to inform the design and implementation of a social and behaviour change (SBC) and community engagement (CE) intervention. Digital platforms were used to provide correct information about routine childhood immunization, improve people's perceptions of vaccines, and promote staying on schedule with routine childhood immunization.

Between 3 January 2020 and 1 February 2023, Brazil has had more than 36.8 million confirmed cases of COVID-19, and almost 700,000 related deaths.¹ COVID-19 misinformation and disinformation about the vaccines led Brazilians to distrust the vaccine and hesitate to get vaccinated. Historically, anti-vaccination discourse has been low in Brazil. The Brazilian government's negative stance on COVID-19 vaccines, however, contributed to the population's distrust and low uptake of the vaccine. While the COVID-19 vaccine was approved for children 5–11 years old on 16 December 2021, by the *Agência Nacional de Vigilância Sanitária* – Anvisa (Health Surveillance National Agency), the delivery of the vaccines was postponed pending final approval by the government who called into question the safety and efficacy of the vaccines. The vaccination of children in the 5–11 year age group only began on 14 January 2022.²

Prior to 2015, Brazil had high rates of routine immunization coverage. Since 2015, the immunization rates in Brazil have been backsliding. The pandemic contributed to the

worsening of this vaccination trend. For example, from 2019 to 2021, 1.6 million Brazilian children did not receive their first DTP vaccination; another 700,000 received the first or second dose, but did not receive the third dose, leaving a total of 2.4 million children unimmunized against DTP. The data is similar for the polio vaccine – between 2019 and 2021, 1.6 million children did not receive their first dose of protection against polio. A UNICEF study conducted in 2019 and 2020 showed that parents did not have their children under five vaccinated out of fear of adverse reactions, the possible lack of vaccines in health facilities, limited access to health services, a perception that the risk of eradicated diseases is low, and a lack of information, time, and resources.³ Health systems weakened and compromised child routine immunization activities. Since vaccination rates have fallen, Brazil has experienced outbreaks of vaccine-preventable diseases. Boosting vaccination rates is critical for stopping the transmission of disease in Brazil, restoring immunization programmes, and implementing catch up efforts to reach children who missed vaccinations during the pandemic.



Strategic approach

UNICEF Brazil used social listening research to identify the key barriers to adhering to routine child immunizations in the country. One social listening study was conducted that focused on routine immunization, including COVID vaccination in one arm, and excluding COVID in another arm of the study. The study showed that there were 78,000 mentions of routine immunization on six web-based platforms (Google, Facebook, Instagram, Twitter, YouTube and Telegram). Another similar social listening study conducted by Meta using the tool Crowdtangle (as part of the Data for Good Project) de-identified and analysed Facebook posts about routine immunization. Meta found that women were 33 per cent more likely to post about vaccines and immunization than men, and that men and women over 35 years old were more likely to post about vaccines. The findings pointed to the need to create content that would engage men and younger (18–24 years) audiences.

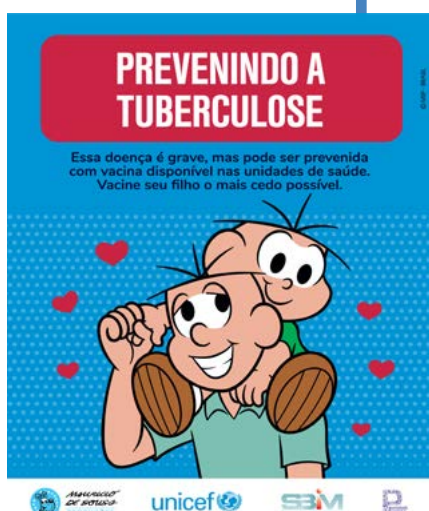
The results from this research were also used to guide in-person focus groups discussion (FGDs) in the Amazon, Semi-Arid regions, and Rio de Janeiro City, to test and create tailored messages. The FGDs were conducted with especially vulnerable populations (e.g., indigenous people; migrants; people living in underserved settings) and with health professionals. By merging the online and offline information, UNICEF and its partners developed audience-driven strategies, including communication campaigns and youth engagement activities to promote vaccine uptake and reduce hesitancy.

Tailored social and behaviour change (SBC) and community engagement (CE) campaign ads were created to motivate parents and caregivers in urban centres (including migrants, refugees, and indigenous populations) to keep their children up to date with their immunizations, called "Up-to-



date vaccinations, even in the pandemic". The ads used the popular cartoon "Monica and Friends" to deliver the messages. The overarching theme of the campaign was that, in addition to COVID-19, there are other risks from diseases for which vaccines provide protection. UNICEF and Meta conducted a digital Brand Lift⁴ study with two messaging themes (efficacy versus safety) and two message framings (emotional versus rational) to determine the most effective ads for addressing hesitancy around routine immunization in Brazil. The campaign ads were tested over a two-week period with people 18 years and older. Viewers of the campaign were divided into two groups, a test group (those that saw the ads), and a control group (those that did not see the ads). Two thousand users in each group were randomly surveyed during the testing period to determine if the campaigns produced a positive influence, or a "lift" in responses to post-campaign survey questions about vaccination.⁵

Three posters were created as part of the campaign. Each poster aimed to make specialists and the general public aware of the importance of adhering to a child's vaccination schedule. UNICEF supported the Brazilian Society of Immunizations (SBIM) and the Brazilian Society of Paediatrics (SBP) to develop and disseminate a digital booklet for doctors, nurses, and other health professionals and managers, entitled "Covid-19 Pandemic: What changes in the routine of immunizations." This booklet contained information about the importance of continuing routine vaccination during the pandemic and was delivered via a free webinar. Insights from the social listening activity were also used by the UNICEF Brazil country office to tailor community engagement strategies across technical areas.





Key achievements

The UNICEF campaigns reached a total of more than 32 million people across Brazil.⁶ Findings from the Brand Lift study showed that there was a statistically significant lift in ad recall, indicating that the content was engaging and memorable; the efficacy-focused campaign messages and the rational approach framing improved the perceptions of vaccine effectiveness in preventing disease. New campaign materials were developed based on the findings from the Brand Lift study.

Based on campaign reach data, at least 223,000 people were impacted by the campaign. That is, they improved their perception of routine immunization as an effective means for preventing disease in their children. The majority (95 per cent) of those exposed to the campaign agreed that it is important to vaccinate their child, and 77 per cent agreed that vaccines are safe.



© UNICEF/Brazil

AT LEAST
223,000
PEOPLE

95% of those exposed to the campaign agreed that it is important to vaccinate their child

77% agreed that vaccines are safe



Lessons learned & Recommendations⁷

1 Use familiar content. Content depicting popular characters from “Monica and Friends” produced a stronger ad recall indicating that the content was engaging, especially for younger adults, and was successful in promoting childhood immunizations as being effective for preventing disease. However, it is important to conduct more testing to determine to what degree the illustrations and/or messages captured the intended audience’s attention.

2 Choose rational over emotional. The “rational” campaign ads outperformed the “emotional” campaign, suggesting that rational messages (i.e., authoritative framing with facts and information) may be the preferred tone of messaging for future ads to motivate parents/caregivers to have their children vaccinated.

3 Provide answers to common questions. Campaigns aimed at addressing vaccine safety should focus on addressing the specific concerns and questions that parents have about that vaccine. Testing should be done to determine exactly which messages are effective in addressing concerns.

4 Communicate the what and the why. Reminding parents about vaccine-preventable diseases like polio and measles can be an effective strategy to help parents understand why completing routine childhood immunizations is important.

Endnotes

- 1 World Health Organization, 'Brazil Situation', WHO, <<https://covid19.who.int/region/amro/country/br>>.
- 2 Fernandez M., Matta G., Paiva E., 'COVID-19, vaccine hesitancy and child vaccination: Challenges from Brazil. The Lancet Regional Health: Americas, The Lancet, 2022, <[www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00063-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00063-1/fulltext)>.
- 3 United Nations Children Fund, 'Building confidence to continue routine immunization during COVID-19: UNICEF Brazil Insights for Impact Project with Meta', UNICEF Brazil.
- 4 A Brand Lift Study measures an ads' impact on the perception of a brand (in this case, the UNICEF brand). Using metrics such as ad recall, brand awareness, and consideration (rather than traditional metrics such as clicks, impressions, or views), Brand Lift can help align a campaign with the programme goals.
- 5 “Lift” is a statistically significant result with a 90 per cent likelihood of replication if the same study was repeated. Achieving lift as a result of a digital campaign is a significant accomplishment because it provides a powerful opportunity for influencing complex vaccine decision making at a low cost per person reached.
- 6 United Nations Children Fund, 'Building confidence to continue routine immunization during COVID-19: UNICEF Brazil Insights for Impact Project with Meta', UNICEF Brazil.
- 7 Ibid.

L'UNICEF Colombie fait appel aux médias locaux pour faire passer les messages de lutte contre la COVID-19 aux migrants

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

Résumé

En 2020, la pandémie de COVID-19 a aggravé la situation des migrants. À cet effet, l'UNICEF Colombie a lancé un appel ouvert aux plateformes de communication, dont des stations de radio, afin de faciliter la diffusion d'informations précises sur la COVID-19 aux membres de la population migrante, en particulier ceux qui se trouvent dans des zones difficiles d'accès. En collaboration avec les producteurs de médias, les coordinateurs de l'UNICEF sur le terrain ont créé et diffusé

un contenu de programme précis. L'UNICEF Colombie a mis en œuvre cette stratégie de communication sur les risques et d'engagement communautaire axée sur les migrants dans 17 des 32 départements du pays, dans le prolongement de la campagne sur la COVID-19 menée par le ministère de l'éducation au niveau national. Au moins 400 000 migrants ont reçu des messages clés sur la pandémie toutes les deux semaines.



Contexte

La crise des migrants vénézuéliens a commencé en 2015. Depuis lors, le flux de migrants vers la Colombie a augmenté. En 2020, le pays comptait environ deux millions de migrants, dont un million seulement était considéré comme étant en situation régulière. La pandémie de COVID-19 a aggravé la crise des migrants. En juin 2020, on dénombrait plus de 34 000 cas confirmés de COVID-19 en Colombie. Les communautés où vivent les migrants, appelées communautés « hôtes », sont en proie à des conflits, à une pauvreté accrue et à un manque d'accès aux services de base. Le manque d'accès à l'Internet, en particulier chez les migrants en déplacement et dans les zones rurales, a rendu difficile la diffusion d'informations sur la pandémie auprès de ces populations. Cependant, plus de la moitié des 1 103 municipalités colombiennes disposaient de plateformes médiatiques capables de diffuser des informations au niveau central ou national. Plus de la moitié de ces plateformes médiatiques ne produisaient pas de nouvelles locales destinées à la consommation locale.



Approche stratégique

La communication par le biais de plateformes médiatiques est un moyen efficace de promouvoir l'autonomisation locale et permet aux communautés de produire des informations sur leurs priorités de développement spécifiques et leurs convictions. En 2020, l'UNICEF Colombie a lancé un appel ouvert à diverses plateformes de communication, dont des stations de radio, afin de faciliter la diffusion d'informations précises sur la pandémie auprès des aidants familiaux, des enseignants, des membres de la communauté et des populations migrantes. En collaboration avec les producteurs de médias, les coordinateurs de l'UNICEF sur le terrain ont créé et diffusé un contenu de programme précis sur la COVID-19. Le comité éditorial local et national de l'UNICEF Colombie, composé de producteurs de médias communautaires, de mobilisateurs et de coordinateurs de l'UNICEF sur le terrain, s'est employé à identifier les rumeurs et les informations erronées sur la COVID-19 que chaque plateforme médiatique traiterait dans le contenu créé pour les populations migrantes. Chaque plateforme médiatique dispose également d'un mécanisme de retour d'information grâce auquel les gens peuvent

interagir, exprimer leurs préoccupations et poser des questions sur la COVID-19.

L'équipe de l'UNICEF Colombie a fait appel à son réseau existant d'organisations locales et communautaires à but non lucratif, d'enseignants et de leaders adolescents pour servir de mobilisateurs. L'UNICEF Colombie a également fait appel à des dirigeants autochtones et à des organisations autochtones nationales pour élargir son champ d'action.

L'UNICEF Colombie a mis en œuvre cette stratégie de communication sur les risques et d'engagement communautaire axée sur les migrants dans 17 des 32 départements du pays. Ces efforts ont également servi à soutenir la campagne sur la COVID-19 menée par le ministère de l'éducation au niveau national ; le ministère de l'éducation a coordonné les alliés médiatiques nationaux, tandis que l'UNICEF Colombie a coordonné les médias communautaires locaux, assurant ainsi une plus grande portée à travers le pays, en particulier dans les zones dépourvues d'Internet ou de services de télévision adéquats.



Principales réalisations

- La stratégie consistant à faire appel aux médias locaux pour diffuser les messages sur la COVID-19 afin d'atteindre les populations migrantes difficiles à atteindre a permis à l'UNICEF Colombie de toucher 400 000 personnes toutes les deux semaines.



© UNICEF/UN0429526/Filippo Rosso

400,000

personnes touchées toutes les deux semaines

Une stratégie de communication et d'engagement communautaire axée sur les migrants a été déployée dans 17 départements.

Pour toucher les populations migrantes difficiles à atteindre, les messages sur la COVID-19 ont été diffusés à travers les médias locaux.



Enseignements tirés et recommandations

- 1 Les messages diffusés par les médias locaux doivent être ajustés pour refléter les préoccupations et les priorités des populations touchées.
- 2 Des plateformes alternatives doivent être trouvées pour les régions qui ne disposent pas d'un accès adéquat à l'Internet.



© UNICEF/Colombie



L'UNICEF Guatemala apporte son appui au ministère de la Santé dans le développement d'une approche communautaire pour accroître l'adoption du vaccin contre la COVID-19

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

Résumé

L'UNICEF Guatemala a apporté son soutien à l'utilisation d'un guide sur la participation communautaire pour promouvoir la vaccination contre la COVID-19 (élaboré par l'OMS et l'UNICEF) en tant qu'outil d'orientation pour la communication sur les risques, l'engagement communautaire et les organisations de la société civile, ainsi que pour les leaders/influenceurs communautaires, les médias locaux et les autres parties prenantes responsables de la mise en œuvre des activités de vaccination contre la COVID-19. Ce guide a été transformé en un cours en ligne destiné au personnel de

santé au niveau municipal et au personnel des bureaux municipaux. En 2022, le ministère de la santé du Guatemala a adopté le guide et l'approche communautaire pour promouvoir la participation de la communauté à la santé. L'approche a été traduite en un cadre avec l'aide technique de l'UNICEF et de l'Association pour l'avancement des sciences sociales (AVANCSO). En collaboration avec le ministère de la santé, au moins 80 communautés de 25 municipalités ont utilisé le guide pour élaborer leurs plans de santé communautaire de base. La communauté a renforcé sa confiance dans les services de santé.



Contexte

Lorsqu'une campagne médiatique nationale n'a pas réussi à motiver les Guatémaltèques à se faire vacciner contre la COVID-19 pendant la pandémie, le ministère guatémaltèque de la santé a élaboré un plan de communication et de mobilisation sociale pour inciter les gens à se faire vacciner contre la COVID-19.



© UNICEF/UN0633286/Mussapp



Approche stratégique

En réponse au défi posé par le faible taux de vaccination pendant la pandémie de la COVID-19, l'UNICEF Guatemala a aidé le ministère de la santé publique et de l'assistance sociale (MSPAS) et le département de la promotion et de l'éducation à la santé (PROEDUSA) à concevoir des activités participatives basées sur l'écoute et le dialogue au sein de la communauté, afin de comprendre les principales inquiétudes à l'égard du vaccin. Dans un premier temps, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a mené une étude anthropologique qualitative afin d'identifier les facteurs qui expliquent une faible couverture vaccinale dans diverses zones de santé. L'étude a montré que les groupes religieux disaient aux gens que croire au vaccin revenait à « se méfier du pouvoir de Dieu », que l'approche de la santé des populations autochtones et l'approche occidentale du ministère de la santé étaient divergentes et que les communautés autochtones n'étaient pas reliées à des centres de santé.

L'UNICEF Guatemala a diffusé un guide sur la participation communautaire pour promouvoir la vaccination contre la COVID-19, élaboré par l'OMS et l'UNICEF, auprès des coordinateurs de santé, du personnel des districts sanitaires et du personnel des directions municipales des femmes (DMM) et des bureaux municipaux pour la protection des enfants et des adolescents (OMPNA). Le guide fait office d'outil d'orientation pour les organisations de communication des risques, d'engagement communautaire et de la société civile, ainsi que pour les dirigeants communautaires/influenceurs, les médias locaux et les autres parties prenantes chargées

de mener à bien les activités liées au vaccin contre la COVID-19. Le guide a été adapté aux réalités locales et transformé en cours en ligne. L'UNICEF, PROEDUSA/MSPAS et les bénévoles de Peace Corps ont élaboré le cours en ligne sur la participation de la communauté à la vaccination contre la COVID-19 destiné au personnel de santé des municipalités et aux membres des bureaux municipaux (Oficina Municipal de la Niñez y la Adolescencia, OMPNA). Les intervenants en ligne ont échangé des informations sur les raisons pour lesquelles les Guatémaltèques ne se faisaient pas vacciner contre la COVID-19 dans leurs municipalités ; le refrain commun était que de nombreuses personnes se méfiaient du système de santé en raison de ses ressources et de ses capacités limitées. Ils ont également indiqué que les gens pensaient que, la couverture des centres de santé étant concentrée dans les zones urbaines, la COVID-19 devait toucher principalement les habitants de la capitale et des villes (85,6 %) ainsi que les étrangers et les personnes qui se déplacent beaucoup (62,5 %).¹ Des enquêtes en ligne ont également été réalisées à l'aide du système U-Report de l'UNICEF pour recueillir des informations sur les rumeurs liées à la COVID-19.² Lorsque l'accès à Internet posait problème pour l'enquête en ligne, le questionnaire était administré par téléphone et les réponses étaient enregistrées sur un formulaire en ligne par la personne qui administrait le questionnaire. Le ministère guatémaltèque de la santé a analysé ces données et a élaboré des éclaircissements nécessaires de manière appropriée qui ont été envoyées aux communautés, en particulier aux travailleurs de première ligne.



Principales réalisations

- En 2022, le ministère de la santé du Guatemala a adopté le guide et l'approche communautaire pour promouvoir la participation de la communauté à la santé. L'approche a été transposée sous forme de cadre d'action avec l'appui technique de l'UNICEF et de l'Association pour l'avancement des sciences sociales (AVANCSO) ;
- Plus de 1 000 rumeurs ont été collectées et traitées avec des informations correctes diffusées sur les réseaux sociaux ;
- En collaboration avec le ministère de la santé, au moins 80 communautés de 25 municipalités ont utilisé le guide qui définit leurs plans de santé communautaire de base.
- Dans 25 municipalités où la couverture vaccinale de la COVID-19 est la plus faible, les médias locaux se sont engagés à diffuser des messages pour encourager les membres de la communauté à participer aux activités relatives à la santé ;
- La communauté a renforcé sa confiance dans les services de santé.



PLUS DE
1,000

rumeurs collectées
et prises en compte

80
COMMUNAUTÉS

ont utilisé le guide pour mettre
au point leurs plans de santé
communautaire de base

MÉDIAS LOCAUX
25
MUNICIPAUX

se sont engagés et ont
participé à diffuser des
messages



Enseignements tirés

- 1** La formation devait être dispensée virtuellement pendant la pandémie. La formation en ligne, avec le soutien de tuteurs bénévoles, a été facilitée par Moodle (yocomunico.org). Dans certaines régions, cependant, les participants ne disposaient pas de connexions stables pour les séances de tutorat synchrones, de sorte que les séances devaient être dispensées par le biais d'appels téléphoniques sur téléphone portable.
- 2** La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité de travailler dans des contextes sociaux différents, en encourageant le dialogue afin de responsabiliser les communautés et de renforcer le système de santé.
- 3** Pour garantir l'acceptation du vaccin, il est essentiel que la communauté ait confiance et s'implique dès le début de l'intervention.
- 4** La participation des communautés nécessite des approches qui tiennent compte de la culture et de la langue des communautés elles-mêmes.
- 5** Nouer des partenariats avec les médias locaux permet de créer un environnement favorable à l'engagement et à la participation de la communauté dans le domaine de la santé.
- 6** La réussite des plans d'engagement communautaire passe par une réponse fondée sur des observations factuelles et par une démarche bien coordonnée, soutenue par les personnes influentes en matière de mobilisation communautaire et par d'autres membres de la société civile.



Recommandations

- 1** Renforcer la capacité du gouvernement à utiliser et à analyser les données relatives à la démarche CSC ;
- 2** Adopter le système de surveillance communautaire utilisé par la section Nutrition - fondé sur la méthode statistique d'échantillonnage par lots (LQAS) qui interroge seulement 19 mères par communauté pour savoir si les mères dans la communauté connaissent et pratiquent les actions de base pour la santé et la nutrition de l'enfant - en ce qui concerne les activités de CSC.

Notes de fin

- 1** Fonds des Nations unies pour l'enfance, UNICEF Amérique latine et Caraïbes : The best practices in social and behaviour change (SBC), UNICEF, Panama City, 2022.
- 2** U-Report est un outil de messagerie sociale et un système de collecte de données développé par l'UNICEF pour améliorer la participation des citoyens, informer les dirigeants et encourager des changements positifs. Le programme envoie des sondages et des alertes par SMS à ses participants, recueillant des réponses en temps réel, et publie ensuite les données recueillies.

L'UNICEF acquiert une connaissance approfondie des influences sociales sur les comportements alimentaires et nutritionnels en Colombie, au Guatemala et au Mexique

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

Résumé



Dates de l'activité

De novembre 2021 à
juin 2022



Durée de l'activité

Sept mois



Budget

166 332 dollars US

MAGENTA, un prestataire de services de l'UNICEF visant à induire le changement social et comportemental (CSC), a été chargé, par le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BRALC) de mener des études et d'acquérir des connaissances approfondies sur les normes sociales concernant l'alimentation et la taille corporelle en Colombie, au Guatemala et au Mexique. MAGENTA a procédé à une analyse documentaire, à des

discussions de groupe avec des adolescents et des adultes et à des entretiens avec des acteurs clés des organisations publiques, privées et de la société civile des trois pays. L'entreprise a collecté des informations sur les étapes de prise de décision, les préférences, les méthodes et les attentes liées aux aliments, aux boissons et à la taille du corps. Les résultats serviront à élaborer les programmes régionaux et nationaux de l'UNICEF pour la prévention de l'obésité.



Contexte

L'Amérique latine présente l'un des taux les plus élevés de surpoids et d'obésité à l'échelle mondiale. En Amérique latine, environ 23 % des adultes sont touchés par l'obésité, tandis que plus de 50 % présentent un surpoids. Chez les enfants âgés de 5 à 19 ans, le taux d'obésité et de surpoids est d'environ 30 %, tandis que pour les enfants de moins de cinq ans, il est d'environ 7,5 %.^{1,2} À mesure que les économies d'Amérique latine se développent et se mondialisent, les habitants de la région se détournent de plus en plus des régimes alimentaires traditionnels à base de plantes, de céréales complètes, de légumineuses, de viande et de poisson au profit de régimes riches en sucre transformé, en graisses, en huiles et en céréales raffinées, qui sont de plus en plus disponibles et accessibles. Les habitudes de vie actuelles comprennent aussi une diminution de l'activité physique.³

Les transitions sont plus rapides en milieu urbain, tandis que les régions rurales rattrapent leur retard à mesure que les aliments ultra transformés de masse sont introduits dans le système alimentaire rural. Les personnes, familles et communautés défavorisées sur le plan socio-économique

supportent de manière disproportionnée le fardeau de la surcharge pondérale liée à la malnutrition. La région fait face à une épidémie de maladies non transmissibles liées à la nutrition en raison des modifications de l'alimentation et de l'activité physique. À l'horizon 2030, en Amérique latine, plus de 80 % des décès seront dus à des maladies non transmissibles.⁴

Afin de saisir les éléments fondamentaux qui influencent la transition nutritionnelle dans les populations d'Amérique latine, l'UNICEF a lancé une étude portant sur les normes sociales liées aux habitudes alimentaires et à l'image corporelle en Colombie, au Guatemala et au Mexique. Ces pays ont été choisis et considérés comme représentatifs de la région en raison de leur variété culinaire (fondée sur les traditions méso-américaines, espagnoles et africaines) de la progression du double fardeau de la malnutrition qu'ils connaissent. Le Mexique se trouve dans une phase de transition nutritionnelle différente, le Mexique étant le plus avancé, suivi respectivement de la Colombie et du Guatemala.⁵



© UNICEF/UN0583399/Patricia Willocq

Approche stratégique⁶

MAGENTA a mené une recherche qualitative en utilisant le modèle des facteurs comportementaux (BDM) comme cadre. L'objectif de l'étude était de comprendre les expériences nutritionnelles des participants en se basant sur les normes en vigueur dans leurs communautés et leurs maisons, et sur la façon dont ils ont pris des décisions concernant l'alimentation et pour quelles raisons ; il s'agissait également de mettre ces résultats en contexte dans les conditions de leur environnement.

MAGENTA a identifié les principaux intervenants en collaborant avec l'UNICEF, un partenaire local chargé de la collecte des données, ainsi qu'avec des organisations locales spécialisées dans la nutrition. Les participants ont été sélectionnés en fonction de l'objet, c'est-à-dire que chaque participant a été sélectionné en fonction du type d'informations qu'il pouvait fournir concernant le MC. Les participants à l'étude ont été sélectionnés dans des zones rurales et urbaines de deux à trois régions dans chaque pays. Les résultats de l'étude fournissent un aperçu des expériences nutritionnelles des personnes en situation de pénurie financière et, souvent, d'insécurité alimentaire, bien que cela ne constitue pas un rapport ethnographique exhaustif des expériences nutritionnelles de chaque population dans chaque pays.

© UNICEF/UN0567875



© UNICEF/UN0516088/ Daniele Volpe



Informations cruciales

- Les biais cognitifs, les émotions et l'efficacité personnelle influencent la façon dont une personne consomme ses aliments et comment elle les fait. En Colombie et au Mexique, de nombreuses personnes ont employé une règle empirique pour différencier les aliments « sains » des aliments « malsains ». En Colombie, cette distinction repose sur la catégorisation des aliments en « naturels » (sains) et « artificiels » (malsains), tandis qu'au Mexique, elle se fait entre les aliments « faits maison » (sains) et ceux « achetés en magasin » (malsains). Cette règle empirique contribue à un biais de trait saillant, rendant moins évidente la faible valeur nutritive de certains aliments lorsqu'elle est utilisée.
- Une faible efficacité personnelle (c'est-à-dire la croyance en sa capacité à atteindre un objectif spécifique) démotive les individus à prendre leur santé en main.
- Des intérêts et des attitudes ambivalents en matière de santé contribuent à une faible motivation à apporter des changements dans le domaine de la santé.
- L'influence sociale des adultes influence les intérêts et les attitudes des enfants en matière d'alimentation et de santé.
- Les participants des trois études nationales partagent des attitudes similaires envers l'image corporelle et la taille. La plupart des participants estiment qu'un corps plus petit est synonyme de santé, tant pour les hommes que pour les femmes, ce qui diffère des tailles typiques observées dans leurs communautés.
- Les infrastructures routières limitées dans les zones rurales entravent le transport des denrées périssables vers et depuis ces zones, ce qui affecte la capacité des individus à modifier leurs comportements alimentaires.
- Les infrastructures piétonnes limitées dans les zones rurales et urbaines empêchent les gens de marcher et de faire régulièrement de l'exercice.
- Une réglementation limitée des aliments ultra-transformés accroît leur disponibilité, leur accessibilité et leur diversité.
- Dans cette dynamique communautaire, les repas pris à l'extérieur sont encouragés pour les loisirs et les célébrations, tandis que les questions de santé ne sont discutées qu'au sein du foyer.
- Les normes de genre attribuent la préparation et le service des repas aux femmes et aux filles,
- tandis que ce sont les hommes qui décident des sorties au restaurant.

L'UNICEF ET SES PARTENAIRES

a collecté des informations sur les étapes de prise de décision, les préférences, les méthodes et les attentes liées aux aliments, aux boissons et à la taille du corps.

Selon les études, il a été constaté que de nombreuses personnes en Colombie et au Mexique se servent d'une règle empirique pour différencier les aliments « sains » des aliments « malsains ».

Les résultats de l'étude ont mis en évidence que la réglementation limitée des aliments ultra transformés accroît leur disponibilité, leur accessibilité et leur variété.



Enseignements tirés et recommandations

- 1** Développer des outils réglementaires pour limiter l'exposition et l'accès aux aliments et boissons ultra-transformés, tout en élargissant les initiatives en matière de politique alimentaire.
- 2** Concevoir et promouvoir des infrastructures urbaines qui facilitent la prise de décisions favorables à la santé.
- 3** Renforcer l'intérêt, les associations positives et l'identification culturelle aux aliments riches sur le plan nutritionnel.
- 4** Améliorer l'efficacité personnelle des personnes en matière de santé grâce à des initiatives visant à renforcer leur capacité et leur motivation à adopter des habitudes saines.
- 5** Favoriser les discours publics et les dynamiques communautaires qui encouragent les débats sur la santé axés sur la nutrition et qui sont neutres en termes de perception corporelle.
- 6** Encourager l'égalité des genres et faisant davantage participer les hommes et les adolescents dans la préparation des repas et à l'adoption précoce et fréquente de comportements alimentaires sains à domicile.

Notes de fin

- 1 Fonds des Nations unies pour l'enfance, La situation des enfants dans le monde 2019 : Enfants, nourriture et nutrition : Bien grandir dans un monde en mutation, UNICEF, 2019, <www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2019>.
- 2 Fonds des Nations unies pour l'enfance, « Joint Malnutrition Estimates 2021 - Technical notes on country consultations », UNICEF, 3 mai 2021, <<https://data.unicef.org/resources/jme-2021-country-consultations>>.
- 3 Santamaria A., O'Sullivan O., Bonvecchio Areas, A., Cunningham S.-J., Understanding social norms that drive diet behaviours and body image in Latin America, UNICEF, Magenta, juillet 2022, <<https://static1.squarespace.com/static/61751a56593c762f6c492e6b/t/633f29141da0440e45863482/1665083696032/Understanding+Social+Norms+That+Drive+Diet+Behaviours+and+Body+Image+in+Latin+America.pdf>>.
- 4 Ibid.
- 5 Ibid.
- 6 Pour plus de détails sur l'approche de l'étude, voir : Santamaria A, O'Sullivan O, Bonvecchio Areas, A, Cunningham S-J (juillet 2022). Understanding social norms that drive diet behaviors and body image in Latin America. UNICEF/MAGENTA ; <https://static1.squarespace.com/static/61751a56593c762f6c492e6b/t/633f29141da0440e45863482/1665083696032/Understanding+Social+Norms+That+Drive+Diet+Behaviours+and+Body+Image+in+Latin+America.pdf>

L'UNICEF Malaisie mobilise les jeunes grâce aux espaces sociaux numériques

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

Résumé



Dates de l'activité

Phase 1 : De mai à décembre 2020
Phase 2 : De juillet 2021 à juillet 2022



Durée de l'activité

Deux ans



Budget

158 000 USD

L'UNICEF Malaisie a utilisé la plateforme du U-Report pour créer un espace social en ligne dédié sur la chaîne Telegram, appelé KitaConnect (Nous nous connectons), où les utilisateurs pouvaient recevoir des informations et des mises à jour régulières et exactes sur la COVID-19, ainsi que sur la santé mentale et le bien-être psychosocial. La plateforme a permis aux utilisateurs de fournir un retour d'information en temps réel sur leurs préoccupations liées au virus et de nouer des contacts avec d'autres jeunes par le biais d'activités participatives et de défis. Grâce à KitaConnect, l'UNICEF a pu mettre les utilisateurs en relation avec les services et les ressources appropriés pour répondre à leurs besoins. La plateforme a permis de lutter contre la désinformation liée à la COVID-19 et

d'atténuer la peur et l'anxiété chez les jeunes. En décembre 2022, KitaConnect avait réussi à impliquer plus de 703 547 jeunes par le biais de sessions en ligne, de messages, de sondages, de messages sur les réseaux sociaux et de défis. Presque tous les utilisateurs (97 %) ont déclaré avoir acquis de nouvelles connaissances en interagissant sur la plateforme. À en juger par les réactions populaires et la demande des participants, KitaConnect s'est muée en une plateforme axée sur les jeunes où les utilisateurs peuvent partager leur enthousiasme au service des causes importantes, discuter de sujets qui comptent dans leur vie et acquérir des compétences non techniques en matière de communication, de développement personnel, de gestion du stress et d'établissement d'objectifs.



Contexte

La vie quotidienne des jeunes Malaisiens (10 à 25 ans) a été bouleversée par la pandémie de COVID-19. Au plus fort de la pandémie, les écoles ont fermé et l'apprentissage à distance a posé en soit des difficultés. Les jeunes n'ont pas pu interagir directement avec leurs pairs et n'ont disposé que de peu d'espaces pour exprimer leurs sentiments face à la pandémie. L'éducation,

la santé mentale et le bien-être psychosocial des jeunes ont été compromis, et leur accès à des informations et à des services précis sur la COVID-19 a été limité. L'interaction en ligne était l'un des rares moyens d'expression pour les jeunes. Le taux de pénétration d'Internet en Malaisie se situe à environ 90 %.

unicef 
for every child

@KitaConnect 
powered by
MALAYSIA

#KitaConnect Challenge

Video, Upload, Inspire



Take a video of what you have been up to (1 min)



Share it on your social media (Tiktok, FB, IG, Twitter) with the hashtag #KitaConnect



Go to @KitaConnect on Telegram, send the code 'KitaConnect' & share your video link!

© UNICEF

Share your MCO experience with other youths!





Approche stratégique

En 2020, l'UNICEF Malaisie s'est associée à la Childline Foundation et au Project I.D. pour mettre au point KitaConnect, un espace social en ligne dédié sur le canal Telegram de la plateforme U-Report. La plateforme a servi d'espace social en ligne pour diffuser des informations et des mises à jour régulières et exactes sur la COVID-19.¹ KitaConnect a également servi de plateforme ouverte aux jeunes pour exprimer leur anxiété face à la pandémie, entrer en contact avec d'autres jeunes en vue du soutien par les pairs, et recevoir des messages sur la santé mentale et le bien-être psychosocial. Des militants et des influenceurs se sont également portés volontaires à titre de pairs leaders pour motiver les jeunes et leur montrer comment apporter leur contribution à la société. Grâce à KitaConnect, les participants ont reçu des sondages et des alertes par SMS. Leurs réponses étaient recueillies en temps réel et publiées, ce qui a donné aux jeunes participants le sentiment de pouvoir s'impliquer et s'exprimer sur des questions qui leur tenaient à cœur.

Le programme a été mis en œuvre en deux phases : la première, de mai à décembre 2020, (20 000 USD) et la deuxième, de juillet 2021 à juillet 2022 (138 000 USD). Au cours de la première phase, les partenaires ont créé un plan de travail pour le programme KitaConnect et ont mené une évaluation des besoins des jeunes et des adolescents en Malaisie pour concevoir les activités de la plateforme. L'évaluation des besoins a porté essentiellement sur la collecte d'informations afin d'assurer une représentation précise de la diversité démographique cible de KitaConnect (c'est-à-dire l'origine ethnique, le sexe, le statut du handicap, le contexte socio-économique et la localité), et d'identifier les sujets d'intérêt parmi les jeunes de toute la Malaisie. L'UNICEF et ses partenaires malaisiens ont élaboré un programme d'études de 12 mois pour accompagner le programme KitaConnect (intégrant des activités et des événements numériques qui renforcent les compétences des jeunes), ont mis en place et géré la plateforme, et ont mené des activités de suivi et d'évaluation pour déterminer les effets de KitaConnect sur les jeunes en Malaisie. L'UNICEF Malaisie a

rassemblé la société civile, le secteur privé et des partenaires influents en vue de la promotion du bien-être parmi les utilisateurs de la plateforme U-report.

Au terme de la première phase, l'UNICEF Malaisie a fait évaluer l'activité sur KitaConnect. Une enquête a été menée pour déterminer le taux de participation à la plateforme et pour comprendre l'expérience globale des utilisateurs de KitaConnect (à savoir si la plateforme a répondu aux principaux besoins des utilisateurs). Au total, 99 personnes ont participé à l'enquête, dont 62 % étaient des utilisateurs actifs, 75 % étaient des femmes et au moins 7 % s'étaient décrits comme étant des personnes handicapées. Les réactions et la demande des utilisateurs de KitaConnect lors de la première phase ont été si nombreuses que KitaConnect est passé d'un canal de communication d'intervention d'urgence en 2021 à une plateforme axée sur les jeunes, où les utilisateurs peuvent partager leur enthousiasme au service des causes importantes, discuter de sujets qui comptent dans leur vie et acquérir des compétences non techniques en matière de communication, de développement personnel, de gestion du stress et d'établissement d'objectifs.

© UNICEF

unicef for every child

Childline 15999

SIGN FOR MALAYSIA

Sign with Serena

Come learn the basics of sign language and how to **sign our National Anthem, Negaraku**

Thursday 11th June 2020
3pm-4pm

Hear about the experiences of the Deaf community in Malaysia and stand in solidarity with them in a brand new way!

Register using the link:
<https://bit.ly/signwithserena>

www.signformalaysia.com
fb.com/signformalaysia

Au cours de la deuxième phase, le programme a été révisé et affiné sur la base des conclusions de l'évaluation de fin de première phase. Le programme a été élargi, avec un accent sur trois piliers clés : La motivation (y compris la santé mentale et le soutien psychosocial), l'apprentissage et l'engagement social et civique. Plusieurs plateformes innovantes et diversifiées ont été utilisées pour faire participer les jeunes (par exemple, des ateliers, des sessions Instagram Live, des activités d'après session sur Discord).² Une communauté en ligne a été créée

pour favoriser l'interaction entre pairs au-delà des sessions d'atelier. Vingt-quatre jeunes animateurs (« champions KitaConnect ») ont été recrutés et formés pour animer et modérer les sessions @KitaConnect. Parmi les principales initiatives KitaConnect figuraient onze ateliers, sept sessions Instagram Live, quatre chats de jeunes, onze engagements supplémentaires sur Discord et un micro-site @KitaConnect qui présentait les principaux faits marquants et le contenu des jeunes dans le cadre du programme.



Principales réalisations

En décembre 2022, 703 547 jeunes Malaisiens avaient participé aux activités KitaConnect sur Instagram, Facebook et Discord. Plus de 783 jeunes âgés de 13 à 25 ans et originaires des 14 États malaisiens (72 % de femmes et 10 % de personnes handicapées) ont participé aux sessions KitaConnect via des ateliers, des chats Zoom pour les jeunes, Gather.town et des sessions Instagram Live. Les ateliers en ligne représentent l'activité qui a suscité le plus d'intérêt. Les trois principaux sujets d'intérêt des utilisateurs actifs sont « la santé mentale des jeunes », « l'éducation » et « l'égalité des sexes ». Presque toutes les personnes interrogées (97 %) ont déclaré avoir acquis de nouvelles connaissances grâce aux messages et/ou aux sessions en ligne de *KitaConnect*. La plupart des utilisateurs (89 %) ont affirmé avoir amélioré leur compréhension des questions de santé mentale à la suite de leur participation aux activités de KitaConnect. Quatre-vingt-dix-sept pour cent des répondants à l'enquête qui se sont engagés sur la plateforme ont déclaré que les sessions en ligne les avaient aidés à changer leur perception d'un problème, et 95 % ont reconnu que KitaConnect les avait incités à agir au service d'une cause sociale. La plupart des utilisateurs de la plateforme souhaitaient que davantage d'ateliers et d'activités (par exemple, des webinaires avec des personnes influentes) soient organisés. Seuls 11 % des utilisateurs ont déclaré avoir rencontré des problèmes lors de l'utilisation de KitaConnect.



Étant donné que de plus en plus d'internautes se tournent vers Telegram (principalement en raison des problèmes de sécurité liés à WhatsApp), le nombre total d'utilisateurs actifs de la plateforme KitaConnect pourrait connaître une augmentation. L'UNICEF va faire évoluer KitaConnect de son statut de canal de communication d'intervention d'urgence centré sur la COVID-19 à celui de programme clé d'engagement en ligne des jeunes dans le cadre du Programme de développement et de participation des adolescents de l'UNICEF. L'objectif est de renforcer les compétences des jeunes afin de maximiser leur bien-être mental et psychosocial, de soutenir leur apprentissage et de s'engager sur le plan civique dans leurs communautés.

703,547
JEUNES
MALASIENS

engagés dans la première phase

89% des utilisateurs ont déclaré mieux comprendre les problèmes de santé mentale

95% des utilisateurs ont reconnu que KitaConnect les avait incités à contribuer à une cause sociale.



Enseignements tirés

- 1 Confions les rênes aux jeunes !** KitaConnect a réussi sa mutation d'un canal lié à la COVID-19 à une plateforme d'engagement des jeunes en encourageant ces derniers à sélectionner des sujets qui les intéressaient et à décider des compétences qu'ils voulaient acquérir. Les discussions ont été animées par des jeunes pour leur donner l'assurance qu'ils avaient un espace sécurisé pour s'exprimer librement.
- 2 Des bases solides pour une plateforme solide.** L'utilisation de données a soutenu et renforcé l'activité sur KitaConnect. Les réponses à l'enquête ont contribué à façonner la plateforme. L'emploi de 24 jeunes animateurs (champions) ayant une expérience préalable en matière d'engagement entre les pairs a permis aux champions de ne pas partir de zéro et d'avoir moins besoin de formation en renforcement des capacités ; ils étaient plus confiants et plus compétents pour diriger un programme centré sur les jeunes.
- 3 Faire preuve de créativité dans l'utilisation de différentes plateformes pour atteindre les jeunes.** De nouvelles plateformes de communication sont fréquemment ajoutées et les jeunes sont attirés par la nouveauté. KitaConnect a commencé par Telegram, mais a également utilisé U-Report, Instagram, Zoom et Gather.town afin de tirer le meilleur parti des fonctionnalités de chaque plateforme. Pour aider les jeunes ayant une faible connexion à Internet, les ressources ont été partagées par Telegram à l'avance afin que les participants ne perdent pas le fil même si la connexion venait à s'interrompre au milieu de la session.



Recommandations³

- 1** Mener des enquêtes à l'issue de chaque activité KitaConnect afin de recueillir des commentaires en vue de l'amélioration continue de la planification des activités futures, et des commentaires qui peuvent contribuer à la planification du contenu et de la logistique.
- 2** Poursuivre les activités KitaConnect en multipliant les ateliers en ligne et en diversifiant les sujets.
- 3** Organiser davantage de sessions en ligne et à des heures différentes (par exemple, le week-end) pour s'adapter aux différents emplois du temps des personnes intéressées.
- 4** Mener des enquêtes ciblées pour comprendre les besoins des personnes handicapées et des Malaisiens de l'Est afin de veiller à ce que les sessions ultérieures tiennent compte de leurs intérêts et de leurs préoccupations.
- 5** Promouvoir et organiser des événements favorisant l'inclusion, en particulier en levant les obstacles à la participation des personnes handicapées.
- 6** Attribuer plus de créneaux horaires dirigés par des jeunes, tels que des sessions de pair à pair.
- 7** Combiner deux ou trois sujets connexes dans une même activité afin d'attirer différents groupes démographiques et de leur permettre d'interagir.
- 8** Offrir aux utilisateurs la possibilité d'interagir directement avec des personnes influentes ou expertes dans un domaine et provenant d'horizons divers.
- 9** Concevoir des activités qui favorisent l'apprentissage explicite tout en offrant des récompenses/ prix ludiques.
- 10** À présent que les restrictions de mouvement imposées par la COVID-19 ont été levées, l'UNICEF et ses partenaires doivent envisager une approche plus hybride de la mise en œuvre de programmes de renforcement des compétences et d'engagement.

Notes de fin

- 1** U-Report est un outil de messagerie sociale et un système de collecte de données développé par l'UNICEF pour améliorer la participation des citoyens, informer les dirigeants et encourager des changements positifs.
- 2** Le serveur Discord est une plateforme sociale virtuelle créée exclusivement pour la communauté KitaConnect. Les participants peuvent rester en contact les uns avec les autres en dehors des sessions par le biais de discussions et d'activités menées par les jeunes. Discord a été choisi parce qu'il est apparu comme la plateforme sociale la plus populaire auprès des jeunes.
- 3** Les recommandations sont basées sur les conclusions du rapport d'évaluation KitaConnect de l'UNICEF (avril 2021).

L'UNICEF Pacifique apporte un appui aux jeunes de la Société de la Croix-Rouge de Micronésie dans la lutte contre la COVID-19 dans les États fédérés de Micronésie

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

Résumé

L'équipe Changement social et comportemental (CSC) de l'UNICEF Pacifique a formé plus de 400 jeunes bénévoles de la Société de la Croix-Rouge de Micronésie (MRCS) à la communication des risques et à l'engagement communautaire (CREC) en réponse à la COVID-19. L'objectif de cette opération était de doter les jeunes des moyens de devenir des communicateurs de risques et des mobilisateurs communautaires afin de transmettre aux communautés insulaires isolées des informations correctes sur la COVID-19, sur la manière d'éviter d'être infecté

et à encourager la prise vaccinale contre la COVID-19. Les jeunes bénévoles du MRCS, qui ont reçu une formation, ont mis en œuvre, avec des agents de santé qualifiés, une campagne de sensibilisation à la COVID-19 dans quatre États insulaires (Pohnpei, Chuuk, Yap, Kosrae), composés d'environ 607 îles d'une superficie totale de 702 kilomètres carrés. À Pohnpei, les jeunes bénévoles ont fait participer plus de 20 000 personnes issues de 3 000 ménages à des dialogues sur les conduites préventives contre la COVID-19 et sur l'importance de la vaccination.



Contexte

Les premiers cas de COVID-19 dans les États fédérés de Micronésie (FSM) ont été signalés en juillet 2022, plus de deux ans après la déclaration de la pandémie en mars 2020. Avant février 2022, les FSM maintenaient un régime strict de contrôle aux frontières, seules les fournitures et les marchandises essentielles étant autorisées à entrer dans les FSM. Dans ce contexte de faible prévalence, où la plupart des gens ne percevaient pas la COVID-19 comme une menace immédiate, la population des États fédérés de Micronésie ne voyait pas l'importance de se faire vacciner ou de recevoir un rappel contre la COVID-19.

La stratégie CREC en réponse à la COVID-19 des États fédérés de Micronésie était principalement axée sur la prévention d'une épidémie potentielle de COVID-19 en vaccinant les personnes les plus exposées au risque et en renforçant leurs capacités, de manière à ce qu'elles soient protégées lorsque les frontières s'ouvriraient et que la probabilité de transmission communautaire s'accroîtrait. La stratégie visait également à sensibiliser la population en général à l'importance de se faire vacciner contre la COVID-19 afin que la vie reprenne son cours normal le plus rapidement possible.



Approche stratégique

L'équipe CSC de l'UNICEF Pacifique a mis en œuvre une approche stratégique à plusieurs volets pour la prévention de la COVID-19, notamment la formation de jeunes bénévoles, du porte à porte pour sensibiliser à la COVID-19 avec distribution de fournitures, la mobilisation des communautés au développement de leurs propres plans d'action contre la COVID-19, ainsi que la collecte de données et la recherche. Des ateliers ont été organisés en vue de former 400 jeunes bénévoles de la Société de la Croix-Rouge de Micronésie (MRCS) et le personnel de santé publique à la CREC en réponse à la COVID-19. L'objectif était de fournir aux bénévoles des informations pertinentes et correctes sur la COVID-19, notamment sur la reconnaissance des signes et les symptômes, les modes de transmission et les conduites préventives, y compris la vaccination. La formation traitait des compétences en communication interpersonnelle et les méthodes de CSC pour mener un engagement communautaire et des dialogues efficaces afin de responsabiliser et de motiver les gens à pratiquer la prévention et à se faire vacciner. Une composante de mentorat sur le terrain a été incluse dans la formation, l'équipe CSC de l'UNICEF a supervisé et soutenu

les stagiaires dans l'organisation de dialogues efficaces au sein des communautés. Les jeunes bénévoles ont également été formés à la collecte de données à l'aide d'une application mobile. Ils ont collecté des données sociales (perception de la COVID-19 et des vaccins systématiques, volonté d'accepter les vaccins s'ils sont proposés, connaissance de la COVID-19, canaux préférés pour recevoir des informations et accès aux produits d'hygiène) que le gouvernement a utilisées pour la préparation et la planification de la riposte à la COVID-19.

La campagne de sensibilisation au niveau de la communauté et des ménages s'est concentrée sur l'éducation des adultes et des enfants aux pratiques de préparation, de prévention et de lutte contre la COVID-19. Les jeunes bénévoles ont organisé des séances de démonstration sur l'hygiène et le lavage des mains, ont fait participer les membres de la communauté à des discussions sur leur perception des risques, ont organisé des discussions communautaires à l'aide de tableaux de conférence et de dépliants, et ont aidé les communautés à élaborer des plans d'action contre la COVID-19.



Principales réalisations

- L'UNICEF Pacifique a formé et soutenu plus de 400 jeunes bénévoles de la MRCS sur la CREC en réponse à la COVID-19.
- Dans l'État de Pohnpei, le deuxième État le plus peuplé, plus de 3 000 ménages ont été mobilisés et sensibilisés, ce qui représente plus de 20 000 personnes, dont environ 8 000 enfants.
- Les efforts déployés en matière de CREC ont entraîné une augmentation significative de la demande de vaccins COVID-19 et contribué à l'augmentation de la couverture vaccinale de 47 % à 76 % entre en juillet 2021 et novembre 2021.
- Les communautés qui ont participé à l'initiative CREC en réponse à la COVID-19 ont constaté à long terme une meilleure préparation aux futures épidémies, ainsi qu'un plus grand sens de la résilience et de l'adaptation.



© UNICEF/UN20206760/Sokhin

Augmentation de la
couverture vaccinale de

PLUS DE
400

Les jeunes bénévoles de la
MRCS sont formés à la CREC
en réponse à la COVID-19

47%
EN JUILLET 2021

à

76%
EN NOVEMBRE 2021

PLUS DE
3,000

ménages ont été
mobilisés et sensibilisés
dans l'État de Pohnpei



Enseignements tirés et recommandations

- 1 L'appropriation communautaire peut conduire à des changements dans les pratiques de santé.** Les jeunes ont encouragé les membres de la communauté à participer activement aux séances de sensibilisation, ce qui a permis à la communauté de s'approprier et d'adopter des comportements et des pratiques conformes à une bonne hygiène.
- 2 La production de preuves à travers la collecte de données sociales est essentielle pour comprendre les lacunes en matière de connaissances, les obstacles et les facteurs de motivation liés à l'adoption de pratiques de prévention des maladies.** Les données recueillies par les jeunes ont aidé le ministère de la Santé, l'UNICEF, le MRCS et d'autres partenaires à comprendre les connaissances, les attitudes, les intentions et les pratiques des membres de la communauté en ce qui concerne la COVID-19, et ce qui pourrait ou ne pourrait pas motiver l'acceptation du vaccin. Les données ont également permis de modifier la prestation des services de santé, par exemple en changeant les jours ou les heures de vaccination en fonction des communautés et/ou des tranches de la population.
- 3 Apprendre aux jeunes à collecter des données peut leur permettre d'acquérir des compétences précieuses en matière de recherche sociale,** applicables à d'autres domaines de leur vie et à de futures épidémies ou pandémies.
- 4 Des partenariats efficaces et une coordination conjointe sont essentiels pour mener des campagnes de santé, en particulier dans des lieux géographiquement difficiles d'accès.** Le partenariat de l'UNICEF Pacifique avec la Croix-Rouge locale a permis d'allier l'expertise de l'UNICEF en matière de CSC et l'expérience de la MRCS en situations d'urgence, sa portée géographique et ses larges ressources de jeunes bénévoles, afin d'étendre la portée des messages essentiels.

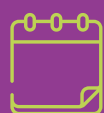


© UNICEF/UNISPA/4367

La campagne baptisée « Comment vas-tu vraiment ? Dis-le moi » menée par l'UNICEF Bulgarie œuvre en faveur de la résilience psychologique des adolescents

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

Résumé



Dates de l'activité
10 octobre 2022 – à ce jour



Durée de l'activité
En cours



Budget
180 000 USD

À l'occasion de l'édition 2022 de la Journée mondiale de la santé mentale, célébrée chaque année le 10 octobre, l'UNICEF Bulgarie a lancé sa première plateforme en ligne gratuite de soins à s'administrer si-même et de soins de santé mentale pour les adolescents. La salle de réunion virtuelle de l'UNICEF a été créée au sein de l'application mobile Tell Me. L'objectif de l'Espace UNICEF est d'aider les jeunes à renforcer leur résilience psychologique, à acquérir des compétences en matière de santé mentale pour composer avec les événements indésirables, et à mieux se comprendre et savoir ce qu'ils veulent. Le portail d'information de la plateforme est également utile aux parents d'adolescents qui souhaitent apprendre à fournir un soutien émotionnel à leurs

enfants. Une campagne plus large de changement social et comportemental (SBC), baptisée « Comment vas-tu réellement ? Dis-le moi », a été lancée pour inciter les adolescents à prendre soin d'eux-mêmes, à renforcer leur santé mentale et à aider les autres à faire de même. Au cours du dernier trimestre 2022, près de deux millions de personnes ont consulté les messages Facebook et Instagram et les vidéos YouTube. Grâce aux clics, aux vues et aux lancements de vidéos, l'application mobile enregistrerait environ 8 000 téléchargements et utilisateurs uniques. Dans la deuxième phase du projet, l'UNICEF Bulgarie et ses partenaires commerciaux et OSC entendent lancer des services de conseil en ligne via l'application Tell Me.



Contexte

Cinquante pour cent des troubles mentaux surviennent avant l'âge de 14 ans, et 75 % avant l'âge de 24 ans.¹ Les données de l'UNICEF montrent que l'automutilation est à l'origine d'un décès sur cinq chez les jeunes de 15 à 19 ans dans l'Union européenne.² Le suicide est la deuxième cause de décès chez les adolescents du même âge en Europe. Chaque année, au moins 11 % des filles et des garçons bulgares âgés de 10 à 19 ans sont diagnostiqués comme souffrant d'un trouble mental.³ La santé mentale étant un sujet sensible, la plupart des jeunes Bulgares (63 %) ne sollicitent pas l'aide d'un professionnel par honte et/ou par ignorance de l'endroit où se procurer de l'aide. Trente-trois pour cent d'entre eux ont recours à des stratégies d'adaptation négatives (par exemple, fumer, boire, agresser) tandis que 17 % ne savent pas à qui s'adresser pour obtenir de l'aide. Au moins 10 % des jeunes Bulgares n'ont pas les moyens de payer ces services. Seuls 13 % des adolescents ont recours à des stratégies d'adaptation positives pour faire face à leur détresse mentale (par exemple, le sport, l'art). Près de la moitié des enfants bulgares ont subi

ou été témoins d'un certain type de violence avant l'âge de 18 ans ; la violence émotionnelle est la forme la plus courante (50 %), ainsi que la violence physique (31 %), les abus sexuels (16 %) et la négligence (11 %).⁴

Les adolescents bulgares, à l'instar des adolescents du monde entier, sont confrontés à des situations difficiles telles que les brimades à l'école et la violence domestique. Ils se posent des questions sur leur plan de carrière, sur leurs premières relations intimes et sur le fossé intergénérationnel qui les sépare de leurs parents. La pandémie de COVID-19 et la guerre que connaît l'Ukraine voisine ont accentué les troubles propres à l'adolescence tels que la **peur, l'anxiété, la dépression et les crises de panique**. Au moins un tiers des enfants bulgares ont recours à des pratiques néfastes pour faire face à la situation.⁵ L'UNICEF Bulgarie a estimé qu'il fallait répondre de toute urgence aux besoins des adolescents bulgares en matière de santé mentale et briser la loi du silence causée par la stigmatisation et la honte qui les empêchent d'accéder à l'aide.





Approche stratégique

L'UNICEF Bulgarie a utilisé le modèle socio-écologique comme cadre pour éclairer l'élaboration d'interventions en matière de santé mentale à plusieurs niveaux (par exemple, le plaidoyer, l'organisation/la prestation de services, la communauté, les relations interpersonnelles et l'individu). Les recherches fondées sur des données probantes menées dans le pays ont permis l'élaboration de composantes renforcées en matière de santé mentale dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2021-2030 du gouvernement (p. ex. l'adoption d'une approche de prestation de services numériques) et de la stratégie nationale de santé mentale 2021-2030 du ministère de la Santé (qui met l'accent sur les services centrés sur les adolescents), et ont abouti à la création d'un Conseil de la santé mentale, un organe multipartite spécialisé auprès du Conseil des ministres, dont l'objectif est de garantir une approche plus holistique des questions de santé mentale, conformément au plan de relance et de résilience de la Bulgarie élaboré en réponse à la pandémie de COVID-19. L'UNICEF Bulgarie a collaboré avec l'OMS Bulgarie et d'autres acteurs clés, notamment le Centre national pour la santé publique et les analyses (un groupe de réflexion du ministère de la Santé), la Fondation ONG Global Initiative in Psychiatry et la plateforme d'information Patients' Portal, afin de créer une coalition de défense de la santé mentale en Bulgarie.

Une analyse de l'ensemble des services en ligne et hors ligne destinés à la santé mentale des adolescents en Bulgarie a été menée pour faire le point et formuler des recommandations en faveur des interventions qui combleraient les lacunes dans les informations et les services actuellement offerts aux jeunes. Des activités de recherche participative menées par des adolescents ont permis aux jeunes (en particulier ceux issus de milieux vulnérables) de déterminer leur état de santé mentale ainsi que leurs besoins et attentes y relatifs. L'examen fondé sur des données probantes a été réalisé afin de déterminer les interventions qui répondent aux préoccupations des adolescents bulgares en matière de santé mentale de manière opportune, objective et conviviale. Les résultats ont montré que les adolescents ne disposaient pas de services numériques de santé mentale.

Les introspections comportementales auprès des adolescents ont servi à la conception des interventions spécifiques. L'UNICEF, en partenariat avec une start-up bulgare, a conçu la « salle de réunion de l'UNICEF » au sein de l'application « Tell Me ». Tous les jeunes âgés de 14 à 24 ans ainsi que leurs parents peuvent gratuitement accéder à cette plateforme. Dans la « Salle de réunion de l'UNICEF », les adolescents et leurs parents peuvent trouver des informations, des exercices et des stratégies d'adaptation pour améliorer leurs connaissances en matière de santé, leur auto-efficacité et leurs soins personnels.⁶ Le contenu repose sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui aide l'individu à apprendre à identifier et à modifier les modes de pensée destructeurs ou perturbateurs qui ont une influence négative sur son comportement et ses émotions. L'objectif de l'application consiste à briser la stigmatisation associée à la santé mentale et à promouvoir l'auto-assistance et les comportements de demande d'aide. La plateforme en ligne intégrera également des services de conseil en ligne et servira de modèle pour le ministère de la Santé et d'autres parties prenantes dans le cadre d'un plan de modernisation de la télémédecine en Bulgarie.



Sur la base des recommandations de la recherche, l'UNICEF Bulgarie a financé le lancement d'une campagne de changement social et comportemental (CSC) baptisée « Comment vas-tu vraiment ? Dis-le moi », dont l'objectif est d'inciter les adolescents à prendre soin d'eux-mêmes, à renforcer leur santé mentale et à aider les autres à faire de même. La campagne promeut l'auto-efficacité et les acteurs de changement parmi les adolescents, ainsi que l'engagement communautaire et la mobilisation sociale en faveur de la santé mentale. La campagne comprend les activités suivantes :

1. Campagne publique : La campagne « Au-delà des sourires. Comment vas-tu vraiment ? » visait à déstigmatiser et à normaliser les conversations sur la santé mentale et les comportements de demande d'aide, et à susciter un appui (politique et financier) en faveur des services de santé mentale destinés aux adolescents en Bulgarie. La campagne a permis d'obtenir près de 180 000 dollars de promesses de dons individuels et de dons d'entreprises, qui ont été utilisés pour créer un nouveau contenu, commercialiser une nouvelle application mobile et réaliser des introspections comportementales sur les problèmes de santé mentale des jeunes à l'aide de sondages U-Report et des études cartographiques.

2. Des boîtes aux lettres pour des contes de fées : Des jeunes de tout le pays ont été invités à partager leur expérience de l'isolement face à la COVID-19 en composant des essais et des poèmes et en les soumettant à un concours national qui a attiré environ 250 jeunes auteurs. Ont été retenus dix finalistes dont les récits rendaient compte de leur vécu personnel des situations de dépression, d'anxiété, de violence domestique, de troubles de l'alimentation et du sommeil et de pensées suicidaires. Des célébrités ont été invitées à lire les essais gagnants par le biais d'une diffusion vidéo en continu afin de sensibiliser le public à l'état de santé mentale des adolescents et à l'importance de déstigmatiser la santé mentale et la demande d'aide.

3. Série de podcasts : La série de podcasts mensuels « Inside Out » réalisée avec Teen Station (un réseau de médias pour la jeunesse) a été créée par des jeunes, pour des jeunes, et a donné un aperçu unique de la vie et de la santé mentale des

adolescents. Cette série sera diffusée dans les écoles bulgares pour servir de base à un dialogue ouvert et à une collaboration entre les adolescents, les enseignants, les parents et les psychologues sur les sujets qui préoccupent les jeunes du pays.

4. Installation immersive : Des espaces géants en milieu urbain et d'autres expériences interactives ont été créés pour stimuler la réflexion individuelle et collective sur les traumatismes (pandémie de COVID-19, conflits, violence). De jeunes artistes (illustrateurs, musiciens, poètes, cinéastes) ont été invités à réfléchir à leur propre combat contre l'anxiété, la dépression, le burnout et d'autres problèmes, et à faire appel à leur talent pour transmettre ces messages au grand public. Les visiteurs des installations ont pu s'immerger dans l'univers de la santé mentale des jeunes artistes par le biais de la musique, des illustrations et de la poésie. La couverture médiatique des installations a renforcé l'attention portée à cette activité. Une série d'histoires vidéo sur les jeunes artistes est prévue et sera projetée lors d'événements communautaires pour amorcer le dialogue.





Principales réalisations

- La « salle de réunion de l'UNICEF » a touché 239 874 personnes et a donné lieu à 7 394 téléchargements et utilisateurs lors de la Journée mondiale de la santé mentale (octobre 2022) ;
- En octobre 2022 (Mois de la santé mentale), 1 000 personnes ont visité l'installation immersive ;
- La série de podcasts « Inside Out » a touché 69 326 personnes et en a impliqué 2 439 via la nouvelle série de podcasts sur la santé mentale dirigée par des jeunes, « Inside Out », lancée pendant la semaine européenne de la santé mentale ;
- Au cours du dernier trimestre 2022, près de deux millions de personnes ont consulté les messages Facebook et Instagram et les vidéos YouTube par le biais de clics, de vues et de lancements de vidéos. La vidéo YouTube sur l'anxiété et le stress a été visionnée 21 608 fois ;
- L'application mobile a été téléchargée et utilisée par près de 8 000 personnes ;
- L'UNICEF Bulgarie a joué un rôle actif dans la conception de la stratégie nationale de santé et de la stratégie nationale de santé mentale qui, pour la première fois, prévoyait des services numériques de santé mentale et de soutien psychosocial (MHPSS) et des soins adaptés aux jeunes ;
- L'UNICEF a collecté 180 000 USD destinés aux programmes de santé mentale et de soutien psychosocial (MHPSS) sur une période de 12 mois.

8,000

téléchargements
et utilisateurs
uniques

US\$180,000

L'UNICEF a collecté des fonds destinés aux programmes de santé mentale et de soutien psychosocial (MHPSS)

**LA « SALLE DE RÉUNION
DE L'UNICEF » A
TOUCHÉ
239 874 PERSONNES**

à l'occasion de la Journée
mondiale de la santé mentale



© UNICEF/Bulgarie



Enseignements tirés

- 1** Il est essentiel de mener des introspections comportementales et d'autres recherches appliquées pour élaborer des programmes de santé mentale et de soutien psychosocial de qualité ;
- 2** Il est important d'avoir recours à une conception centrée sur l'humain et de co-crée des interventions avec des membres représentatifs des publics visés (par exemple, des adolescents souffrant de problèmes de santé mentale).
- 3** Il est important d'utiliser une combinaison d'approches CSC (par exemple, le plaidoyer, l'engagement communautaire, les applications numériques) pour susciter le changement à l'égard de la santé mentale des adolescents, et pour normaliser le soutien psychosocial en faveur des adolescents ;
- 4** Les solutions numériques (par exemple, l'application « Tell Me ») sont essentielles pour transmettre aux jeunes des informations cruciales sur la santé mentale, qui peuvent leur sauver la vie ;
- 5** Il est essentiel d'examiner les preuves de l'efficacité des interventions CSC afin de déterminer si elles méritent d'être poursuivies et pérennisées.



Recommandations

- 1** Les programmes de santé mentale et de soutien psychosocial devraient impliquer plusieurs secteurs (protection de l'enfance, éducation, développement et participation des adolescents, santé) pour être plus efficaces ;
- 2** Mettre en œuvre des approches de changement social et comportemental (CSC) pour lutter contre l'auto-stigmatisation et la stigmatisation normative associées à la santé mentale chez les adolescents, à plusieurs niveaux du modèle socio-écologique (SEM) ;
- 3** Veiller à ce que des engagements politiques et financiers en faveur de la santé mentale des adolescents et du soutien psychosocial soient en place pour mettre en œuvre et soutenir les activités clés.

Notes de fin

- 1 OMS, « Santé des adolescents et des jeunes adultes », 23 avril 2023, <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>>.
- 2 UNICEF Bulgarie, « 1 in 5 deaths among adolescents is caused by intentional self-harm », 10 octobre 2021, <<https://www.unicef.org/bulgaria/en/press-releases/unicef-bulgaria-1-5-deaths-among-adolescents-caused-intentional-self-harm>>.
- 3 UNICEF, « La situation des enfants dans le monde 2021 : Promouvoir, protéger et prendre soin de la santé mentale des enfants », New York, octobre 2021, <https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>.
- 4 UNICEF Bulgarie, *Study on violence against children in Bulgaria: Situational report*.
- 5 UNICEF Bulgarie, « Beyond smiles. How are you really? », <<https://www.unicef.org/bulgaria/en/beyond-smiles-how-are-you-really>>.
- 6 UNICEF Bulgarie, « How are you really? Tell me », <<https://www.unicef.org/bulgaria/en/how-are-you-really-tell-me>>.



L'UNICEF Géorgie apporte son appui au projet de rappels par SMS pour inciter à l'adoption de la vaccination contre le papillomavirus

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

Résumé



Dates de l'activité
2022 à 2023



Durée de l'activité
Six mois



Budget
14 000 USD

Le vaccin contre le papillomavirus a été ajouté au programme national de vaccination de la Géorgie en 2019. En 2020, le taux de couverture vaccinale chez les femmes était de 22 % pour toutes les doses du vaccin.¹ Une recherche axée sur l'humain a été menée pour comprendre les raisons de la faible prise vaccinale contre le papillomavirus. Les stratégies comportementales issues de la recherche suggèrent que l'utilisation de rappels par SMS pourrait augmenter la couverture vaccinale contre le papillomavirus dans le pays. Un essai contrôlé randomisé a été mené en vue de tester quatre versions de messages de rappel par SMS ; il s'agissait

de déterminer laquelle serait la plus efficace pour amener les aidants familiaux à motiver les filles de 10 à 12 ans à se faire vacciner contre le papillomavirus. Les résultats de l'essai ont mis en évidence un message qui a eu un effet positif très important sur les filles pouvant bénéficier du programme recevant leur première dose de vaccin contre le HPV, par rapport au groupe témoin. Le message de rappel par SMS de la stratégie comportementale éclairée sélectionné a été intégré au système national de la Géorgie et envoyé aux aidants familiaux des filles pouvant bénéficier du programme.



Contexte

L'infection par le papillomavirus humain (HPV) est une cause bien établie du cancer du col de l'utérus, et de plus en plus de preuves indiquent que le HPV est un facteur important dans l'apparition d'autres cancers. Les vaccins contre le HPV sont utilisés depuis 15 ans. En 2017, la Géorgie a d'abord testé le vaccin contre le papillomavirus dans trois villes, Tbilissi, Kutaisi et Batumi. En 2019, le vaccin contre le HPV a été ajouté au programme national de vaccination. En 2020, le taux de couverture vaccinale contre

le HPV était de 19 % pour la première dose et de 22 % pour la seconde.² En 2021, 327 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 204 décès dus à cette maladie ont été signalés. La Géorgie compte environ 1,7 million de femmes âgées de 15 ans et plus qui présentent un risque de développer le cancer du col de l'utérus. Le cancer du col de l'utérus est le cinquième cancer le plus fréquent chez les femmes en Géorgie et le troisième cancer le plus fréquent chez les femmes âgées de 15 à 44 ans.³



Approche stratégique

Entre 2020 et 2021, l'UNICEF Géorgie, en collaboration avec les autorités sanitaires nationales, a mené une recherche axée sur l'humain pour comprendre les raisons de la faible prise vaccinale contre le HPV. Les stratégies comportementales issues de la recherche suggèrent que l'utilisation de rappels par SMS pourrait augmenter la couverture vaccinale contre le papillomavirus dans le pays. En 2022, l'UNICEF Géorgie a soutenu un essai contrôlé randomisé (ECR) pour tester quatre versions adaptées d'un message SMS conçu pour une meilleure prise de la première dose du vaccin contre le HPV chez les filles géorgiennes âgées de 10 à 12 ans. L'équipe de l'UNICEF chargée des stratégies comportementales, en collaboration avec le centre national de contrôle des maladies et de santé publique de Géorgie et l'Agence des technologies de l'information de Géorgie, a conçu quatre versions de messages sur le HPV à tester : (1) SMS court et aucune information supplémentaire, (2) SMS court et un lien vers un site Internet sur le cancer du col de l'utérus (NCDC), (3) SMS, plus un lien vers le NCDC, plus un message de la stratégie comportementale éclairée « Réservé pour elle », (4) SMS et un lien vers le NCDC, plus un message de sécurité basée sur une stratégie comportementale. Ces messages ont été comparés à l'absence d'opération (c'est-à-dire à l'absence de rappel par SMS). Les messages SMS spécifiques étaient les suivants :

1. « Conformément au programme national de vaccination, votre fille doit recevoir gratuitement le vaccin contre le papillomavirus humain, qui la protégera



contre le cancer du col de l'utérus. Contactez votre médecin de famille dès aujourd'hui pour prendre rendez-vous ».

2.« Conformément au programme national de vaccination, votre fille doit recevoir gratuitement le vaccin contre le papillomavirus humain, qui la protégera contre le cancer du col de l'utérus. Contactez votre médecin de famille dès aujourd'hui pour prendre rendez-vous. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site officiel du NCDC ».

3.« Conformément au programme national de vaccination, votre fille doit recevoir gratuitement le vaccin contre le papillomavirus humain, qui la protégera contre le cancer du col de l'utérus. Son vaccin est réservé à la policlinique. Contactez votre médecin de famille dès aujourd'hui pour prendre rendez-vous. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site officiel du NCDC ».

4.« Conformément au programme national de vaccination, votre fille doit recevoir gratuitement le vaccin contre le papillomavirus humain, qui la protégera contre le cancer du col de l'utérus. Le vaccin a été administré en toute sécurité à plus de 118 millions de jeunes filles dans le monde. Contactez votre médecin de famille dès aujourd'hui pour prendre rendez-vous. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site officiel du NCDC ».

On estime à environ 50 000 le nombre de filles âgées de 10 à 12 ans qui n'ont reçu aucune dose du vaccin contre le HPV et dont le numéro de téléphone portable de l'aidant familial figure dans le système de santé en ligne. Le nombre moyen d'aidants familiaux associés à une fille était de deux, et le nombre moyen de messages SMS individuels envoyés aux aidants familiaux était également de deux. L'analyse primaire visait à répondre à la question de recherche, à savoir si chacun des rappels par SMS de la stratégie comportementale éclairée augmentait le taux de vaccination contre le HPV chez les filles pouvant bénéficier du programme, par rapport à l'absence de rappel. L'hypothèse était que les rappels par SMS augmenteraient le taux de vaccination contre le HPV. L'essai a duré trois mois, de septembre à novembre 2022. Le premier indicateur des résultats était le statut de la première dose de vaccin contre le HPV 60 jours après avoir reçu le rappel par SMS.

Les résultats de l'étude indiquent que la troisième version du rappel par SMS (encadré « Réserve pour elle » et le lien vers le NCDC) a eu l'effet positif le plus important sur les filles



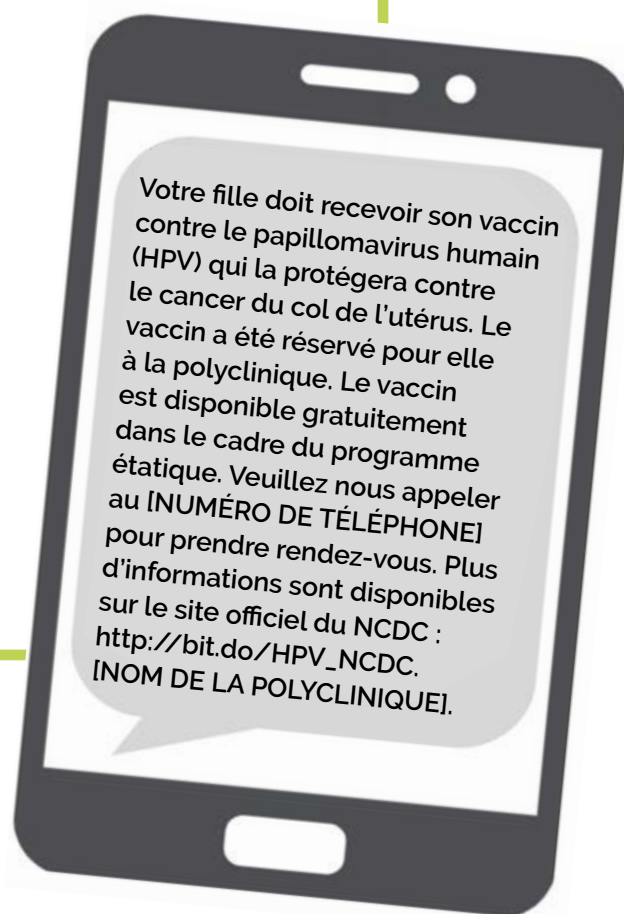
pouvant bénéficier du programme qui ont reçu leur première dose de vaccin contre le HPV, par rapport au groupe témoin. L'opération a permis une augmentation relative de 58 % de la vaccination par rapport au groupe témoin (sans SMS), pour un coût de seulement 0,15 USD par vaccination supplémentaire. Les chercheurs ont estimé que si tous les aidants familiaux de l'essai avaient reçu ce message très efficace, 488 filles supplémentaires auraient pu être vaccinées en plus des 2 077 qui ont reçu le vaccin contre le HPV au cours de l'essai. Une deuxième analyse des données a montré que l'âge, le nombre total de rappels par SMS envoyés aux aidants familiaux d'une fille et la région avaient également un impact statistiquement significatif sur la vaccination contre le HPV.^{4,5}

Les chercheurs ont recommandé que le message de la version 3 soit transmis aux aidants familiaux du groupe témoin de filles âgées de 10 à 12 ans, à ceux des autres groupes de l'ECR qui n'ont pas encore été vaccinés (c'est-à-dire aux aidants familiaux de toutes les filles de l'échantillon n'ayant pas encore reçu le vaccin contre le HPV) et aux aidants familiaux des futurs groupes de filles âgées de 10 à 12 ans, lorsqu'elles pourront bénéficier de la vaccination contre le HPV (c'est-à-dire le jour de leur 10e anniversaire). L'UNICEF a fait campagne auprès du gouvernement géorgien pour l'intégration du message SMS dans le système de rappel de santé en ligne.



Principales réalisations

En 2022, le message de rappel par SMS de la stratégie comportementale éclairée sélectionné, (version 3), a été intégré dans le système de santé national (NCDC) et transmis aux aidants familiaux des filles pouvant bénéficier du programme. Les informations relatives au vaccin contre le HPV sur le site Web du NCDC ont été mises à jour, et une liste des établissements de santé qui fournissent le vaccin a été ajoutée.



L'opération a permis d'obtenir une

58%

augmentation relative de la vaccination

50,000

les filles âgées de 10 à 12 ans qui n'avaient reçu aucune dose de vaccin contre le HPV ont été contactées

L'UNICEF a fait campagne auprès du gouvernement géorgien pour qu'il inclue le

SMS MESSAGE

dans le cadre du système de rappel de santé en ligne



Enseignements tirés et recommandations

- 1 Obtenir et conserver un ensemble actualisé et précis de coordonnées d'aidants familiaux pour les opérations par SMS.** Plus la base de données du NCDC contenait des coordonnées valides d'aidants familiaux pour chaque fille, plus celle-ci avait de chances d'être vaccinée.
- 2 Des rappels par SMS sur mesure.** Les résultats de l'étude ont montré qu'il est important de tester des variantes des messages clés afin de déterminer le type de message le plus efficace pour inciter le public cible à adopter le comportement souhaité.
- 3 Surmonter plus d'un obstacle majeur à la vaccination.** Les rappels par SMS ont été conçus pour surmonter directement l'un des principaux obstacles à l'administration vaccinale contre le papillomavirus chez jeunes de 10 à 12 ans en Géorgie. La prise vaccinale pourrait être améliorée par des politiques ou des opérations qui surmontent d'autres obstacles, tels que les préoccupations des aidants familiaux concernant la qualité du vaccin, les horaires de rendez-vous peu pratiques et le manque d'information et de motivation des cliniciens pour encourager la prise vaccinale.
- 4 Inclure plus de groupes dans les rappels par SMS.** Il n'y a pas eu de rappels pour les aidants familiaux de filles âgées de 13 à 18 ans. Des rappels par SMS devraient être envoyés aux aidants familiaux des filles de ce groupe d'âge.
- 5 De nouveaux rappels par SMS devraient être testés** afin de trouver de nouveaux messages susceptibles d'élargir la couverture vaccinale. Le message « Réservé » devrait être utilisé dans le cadre des systèmes d'alerte du NCDC, il devrait être comparé aux messages existants du NCDC afin de démontrer l'efficacité de ce type de formulation pour d'autres vaccinations infantiles.

Notes de fin

- 1 Le vaccin contre le papillomavirus n'a pas été introduit ou n'est pas disponible pour les hommes en Géorgie.
- 2 Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S, Human Papillomavirus and Related Diseases in Georgia Summary Report, ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre), 22 octobre 2021..
- 3 HPV Information Centre, Georgia: Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2023, 2023, <https://hpcvcentre.net/statistics/reports/GEO_FS.pdf?t=1598277942639>.
- 4 UNICEF Behavioral Insights Team, *Design and test of SMS reminders to increase demand for HPV immunisation in Georgia: Rapport final, janvier 2023*.
- 5 Pour l'ensemble des résultats de cette étude, voir : UNICEF Behavioral Insights Team (janvier 2023). *Design and test of SMS reminders to increase demand for HPV immunisation in Georgia: Rapport final, janvier 2023*.



L'UNICEF MENA étudie la possibilité d'intégrer le vaccin contre la COVID-19 à d'autres services en Irak et en Syrie¹

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

Résumé

Afin d'augmenter les taux de vaccination contre la COVID-19, l'UNICEF MENA a procédé à des tests d'intégration du vaccin contre la COVID-19 à d'autres types de services de santé (par exemple, les soins de santé primaires, les soins pour les maladies chroniques, les soins de santé maternelle et néonatale, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, l'éducation). L'Irak a intégré la vaccination contre la COVID-19 à la vaccination systématique des enfants par le biais d'initiatives mobiles de proximité et a mis en œuvre la

campagne d'intensification des services de vaccination intégrés (3iS) dans tous les services de santé en Irak et dans 94 % des districts du pays. En Syrie, la vaccination contre la COVID-19 a été intégrée à la vaccination systématique, au programme de santé à l'école, à la campagne de rentrée des classes et au programme pour les enfants handicapés. Les données de l'examen des approches d'intégration ont montré la nécessité d'adapter les modèles d'intégration à un groupe, à un lieu et à un contexte spécifiques.

La région MENA est en proie à une série de crises prolongées et de grande ampleur. À la fin de l'année 2021, la région comptait 16 millions de personnes déplacées de force et d'apatrides, dont beaucoup vivent dans des zones vulnérables et difficiles d'accès.² De nombreux pays sont en proie à la violence et à structures de gouvernance fragiles. En outre, ils sont confrontés à une pénurie d'équipements médicaux et de médecins, de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène et d'infrastructures sanitaires. Les populations sont quotidiennement confrontées à la faim, au chômage, à la pauvreté et à d'autres menaces immédiates, ce qui explique pourquoi la COVID-19 et le vaccin contre la COVID-19 ne figurent pas en tête de liste de leurs priorités ou de leurs préoccupations.

Pour augmenter les taux de vaccination contre la COVID-19, il est nécessaire de simplifier le processus autant que possible, en proposant les vaccins contre la COVID-19 directement aux populations de la région. Les pays de la région MENA commencent à intégrer la vaccination contre la COVID-19 à d'autres services. Cette intégration se fait principalement dans le cadre de la vaccination systématique des enfants. Il existe peu de documents sur l'intégration à d'autres services. L'Irak a intégré la vaccination contre la COVID-19 à la vaccination systématique des enfants par le biais d'initiatives mobiles de proximité. En Syrie, la vaccination contre la COVID-19 a été intégrée à la vaccination systématique, au programme de santé à l'école, à la campagne de rentrée des classes et au programme pour les enfants handicapés.



© UNICEF/UN0757749/Souleiman



Approche stratégique

Irak

En février 2022, l'UNICEF Irak a lancé la campagne d'intensification des services de vaccination intégrés (baptisée 3iS). Les cinq principaux objectifs de la campagne étaient les suivants : (1) accélérer la lutte contre la COVID-19 en améliorant l'adoption du vaccin contre la COVID-19, en particulier parmi les groupes difficiles à atteindre ; (2) réduire la probabilité de résurgence des maladies évitables par la vaccination ; (3) combler les lacunes de couverture et atteindre les enfants qui n'ont pas reçu une seule dose de vaccins systématiques ; (4) sensibiliser le public aux risques de COVID-19 et à d'autres maladies ; et (5) renforcer les liens entre les systèmes de santé et les communautés.³ La campagne disposait d'un cadre national, d'un calendrier et de canaux d'information permettant de mesurer l'impact sur l'ensemble du système de santé, mais avec une approche de microplanification ascendante. La campagne a été mise en œuvre dans tous les services de la santé en Irak et dans 94 % des districts du pays. Elle couvre 1 320 sites dans 1 064 centres de soins de santé primaires, avec environ 7 000 visites par mois dans tout le pays.

Une équipe de sensibilisation a été mise sur pied au sein de chacun des centres de soins de santé primaires sélectionnés. Chaque équipe comprenait six membres : un agent pour la vaccination systématique, un agent pour la vaccination contre la COVID-19, deux responsables du registre, un responsable informatique et un promoteur de la santé ou un mobilisateur communautaire. Les équipes disposaient de tous les antigènes nécessaires aux vaccinations systématiques et de trois types de vaccins contre la COVID-19. Ils étaient formés à l'utilisation de ces derniers. Souvent, les équipes étaient composées de personnes ayant travaillé sur les campagnes nationales de lutte contre la polio et la rougeole. Ces équipes se sont rendues dans des communautés spécifiques avec une clinique mobile ou ont installé un point de vaccination dans une « maison de santé », un sanctuaire ou un parc public du village. Le mobilisateur communautaire parcourait ensuite la localité pour parler de la vaccination aux familles, répondre à leurs questions, tenter d'instaurer un climat de confiance et les encourager à se rendre à la clinique mobile. Les équipes se sont rendues dans des écoles, des universités, des centres commerciaux et d'autres sites locaux importants.

Parfois, le mobilisateur communautaire passait de maison en maison, identifiait les personnes non vaccinées et leur parlait de la vaccination systématique et de la COVID-19 avant que l'équipe de vaccination ne se rende à leur domicile. Les mobilisateurs communautaires et les autres membres de l'équipe connaissaient bien le contexte de la zone locale ainsi que les dirigeants communautaires et les autres personnes influentes. Ils ont fait participer les dirigeants communautaires, hommes et femmes, les chefs religieux et les agents de santé aux séances de sensibilisation et les ont encouragés à parler de la vaccination à leurs voisins. Les mobilisateurs communautaires ont été formés à la communication interpersonnelle et aux messages clés, qu'ils ont fait passer à l'aide d'outils de travail adaptés à leur culture (vidéos, tableaux à feuilles mobiles et matériel interactif).

Ils ont employé différentes approches en fonction des contextes et des groupes de population. Par exemple, les camps de déplacés et de réfugiés disposent généralement de cliniques bien établies et bien fréquentées, gérées par des agents de santé communautaires, qui proposent des services de nutrition, de santé maternelle et néonatale et de vaccination. Une équipe de vaccination contre la COVID-19 a rejoint la clinique. Le mobilisateur communautaire est passé de tente en tente pour informer les populations des services de vaccination contre la COVID-19 disponibles à la clinique. Le contact avec les femmes a parfois été établi par le biais de visites à domicile, car elles sont moins susceptibles que les hommes d'être accessibles en dehors de chez elles. Les équipes ont pris contact avec la population locale pour savoir comment atteindre les femmes qui n'ont pas d'enfants. La plupart des équipes comptaient au moins une vaccinatrice chargée de travailler auprès des femmes. Dans les zones reculées et difficiles d'accès, l'équipe communiquait à l'avance avec la population locale pour l'informer de l'heure et du lieu de son arrivée, ou alertait par SMS ou par téléphone les aidants familiaux répertoriés dans sa base de données. Certains villages disposaient de maisons de santé permanentes où deux agents de santé étaient en place. Les agents de santé ont informé la population de l'arrivée d'une équipe de vaccination, et l'équipe de proximité a installé sa clinique au sein de la maison de santé à son arrivée.

Le ministère de la Santé et le service de santé de chaque région ont assuré le suivi et la supervision aux niveaux national, provincial, du district et local, parfois accompagnés par le personnel de l'UNICEF et de l'OMS. Un canal de transmission des données a été créé spécialement pour la campagne. À la fin de chaque mois, il était possible de déterminer avec exactitude le nombre de personnes ayant été vaccinées dans le cadre de la campagne ainsi que dans le cadre de la prestation de services dans les établissements de santé. En dépit de la portée nationale de la campagne, les partenaires travaillant sur la campagne ont fait état d'une approche ascendante et flexible, avec la contribution des points de service dont le personnel connaissait bien les besoins de la population locale. Les responsables des services de santé avaient une capacité de décision sur l'approche adoptée dans leur province, ce qui leur permettait d'utiliser les statistiques du ministère de la Santé et service de la santé pour décider des localités ou des groupes de population à cibler et du moyen d'y parvenir. Les équipes pouvaient s'adresser à des groupes de femmes, des chefs religieux, des groupes d'étudiants en médecine ou des groupes de jeunes comme points d'entrée, en fonction de la démographie et des besoins de chaque localité.

Syrie

En Syrie, la vaccination contre la COVID-19 a été intégrée à la vaccination systématique, au programme de santé à l'école, à la campagne de rentrée des classes et au programme pour les enfants handicapés. Elle a également été intégrée aux mesures de communication sur les risques et d'engagement communautaire (RCCE) liées à la fois à la COVID-19 et à la vaccination systématique. Les équipes mobiles de vaccination ont été associées aux équipes de promotion de la santé des partenaires d'exécution (comme le Croissant-Rouge arabe syrien – CRAS) et aux équipes de communication de la Direction de la santé pour mener des activités de sensibilisation et administrer des vaccins dans les localités où les gens en ont besoin. Cette approche a été couronnée de succès dans certains gouvernorats (par exemple à Deir ez-Zor), où la plupart des personnes ayant participé aux activités de sensibilisation ont ensuite décidé de se faire vacciner. Les équipes ont effectué des visites à domicile et engagé des dialogues communautaires impliquant des professionnels de la santé et des personnes influentes, et les populations avaient la possibilité de se faire vacciner immédiatement après les dialogues.⁴

Les données recueillies par le biais d'études sur les connaissances, les attitudes et les pratiques, d'exercices d'écoute sociale et de schématisation de l'engagement communautaire ont été utilisées pour adapter les interventions aux différents lieux et groupes de population en fonction de leur situation et de leurs besoins. Par exemple, à Homs, un groupe d'étudiants en médecine et en sciences, baptisé « équipes de hakeem (médecins) », a engagé des dialogues empreints de rigueur scientifique sur l'importance de la COVID-19 et de la vaccination systématique, afin d'instaurer un climat de confiance parmi les groupes à haut risque, notamment les professionnels de la santé, les personnes âgées, les réfugiés et les personnes souffrant de comorbidités. Dans le nord-est de la Syrie, des stratégies de génération de la demande spécifiques à chaque gouvernorat ont permis de lutter contre la désinformation et les directives sanitaires déroutantes. Elles ont consisté notamment en l'implication des chefs religieux des mosquées et des églises, au travail avec les femmes, en particulier dans les camps peuplés de personnes de diverses nationalités, et en la mise en scène des personnes influentes dans les communautés dans des vidéos et des campagnes sur les réseaux sociaux.

L'intégration des équipes RCCE aux équipes de vaccination a entraîné une augmentation de la demande de vaccins contre la COVID-19, en particulier dans le gouvernorat d'Al-Hasakah. Le processus a été facilité grâce à une forte coordination entre les agences des Nations unies, les ONG, la gestion des camps et les Directions de la santé.⁵ Parmi les obstacles à l'intégration, figurent la préférence de la population pour certains vaccins, comme celui d'Astra Zeneca, dont la disponibilité n'était pas toujours garantie, la faible priorité accordée par les communautés à la vaccination contre la COVID-19, les ressources limitées, notamment en termes de personnel de santé, d'infrastructures sanitaires, d'électricité et d'eau, et les problèmes logistiques liés à la disponibilité, à la livraison et au stockage des vaccins contre la COVID-19 et des vaccins en vue de la vaccination systématique des enfants, car ils ne peuvent pas être utilisés dans la même chaîne du froid. Un autre défi a été l'adoption extrêmement faible des vaccins COVID-19 par les agents de santé, qui ont une grande influence sur la population.⁶ Les difficultés variaient selon le contexte de chaque gouvernorat. Par exemple, des mouvements constants de population ont été observés à Homs dans les zones frontalières, les populations étaient dispersées dans de petits villages temporaires dans le nord-est de la Syrie et les tempêtes de sable ont entravé les journées de campagne à Deir ez-Zor.⁷



Principales réalisations

Irak

En février 2022, 207 276 vaccins contre la COVID-19 et 381 585 vaccins en vue de la vaccination systématique ont été administrés dans le cadre de la campagne 3iS en Irak.⁸ Entre février et mai 2022, le pourcentage de vaccins contre la COVID-19 administrés dans le cadre de la campagne 3iS a représenté en moyenne mensuelle 20,5 % de toutes les doses administrées dans le pays, signe que la campagne n'a pas été négligeable à l'échelle nationale.⁹ La campagne 3iS a également fortement contribué à l'amélioration de la

couverture de la vaccination systématique. Par exemple, le pourcentage d'enfants vaccinés dans le cadre de la campagne par rapport à d'autres stratégies en février 2022 était de 27 % pour le VPO3, de 20 % pour le Penta1, de 30 % pour le Penta3 et de 37 % pour le MMR1.20. En dépit du succès global apparent de la campagne 3iS, les partenaires ont noté qu'elle semble avoir été quelque peu moins efficace pour la vaccination contre la COVID-19 que pour la vaccination systématique.

Vaccins administrés
dans le cadre de

3iS

CAMPAGNE

moyenne mensuelle

20.5%

de toutes les doses
administrées en Irak

La campagne a été mise en
œuvre dans tous les services de
la santé en Irak et dans

94%

des districts du pays

© UNICEF/UN0648832/Njokkifien





Enseignements tirés et recommandations

Les modèles d'intégration doivent être adaptés à un groupe, un lieu et un contexte spécifiques.

Irak

- 1** Le ministère irakien de la Santé, avec l'appui de l'UNICEF, devrait élaborer et mettre en œuvre une nouvelle stratégie pluriannuelle axée sur l'intégration complète et à long terme des programmes et sur le renforcement des systèmes de santé. Outre l'intégration annuelle du vaccin contre la COVID-19 dans le plan d'intervention du service d'épidémiologie, la stratégie devrait aller au-delà de la vaccination pour intégrer d'autres interventions, notamment les services de soins de santé primaires tels que les soins prénatals, les soins postnatals, la lutte contre les maladies non transmissibles et la nutrition.
- 2** La mobilisation communautaire devrait constituer la pierre angulaire des efforts d'intégration en Irak, en s'appuyant sur le rôle du mobilisateur communautaire pour créer des liens entre les communautés et les différents services à leur disposition, tout en instaurant la confiance et en recueillant les données nécessaires pour créer de meilleures interventions à l'avenir.
- 3** La numérisation et la communication électronique des doses administrées, et à terme la création de dossiers médicaux électroniques individuels, devraient être intégrées à l'approche. Les communications par voie numérique auprès des membres de la communauté au moyen de messages et d'applications de téléphonie mobile s'appuieront sur les nouvelles approches déjà mises en place.
- 4** L'élaboration du programme doit tenir compte du contexte de chaque lieu et de chaque groupe de population, en gardant à l'esprit les besoins, les préférences et les obstacles. Par exemple, les services de soins de santé primaires tels que les soins prénatals, les soins à l'accouchement et les soins prénatals sont mieux suivis dans la région de KRI que dans le centre-sud de l'Irak. Une étude menée à Mossoul (Ninawa) a révélé que les étudiants étaient plus réceptifs lorsque la sensibilisation était effectuée par les enseignants et les campagnes organisées par les écoles.

Syrie

- 1** Les équipes mobiles devraient s'efforcer de sensibiliser non seulement à la vaccination, mais aussi à la nutrition, à l'éducation, à l'eau, à l'assainissement et à la protection de l'enfance.
- 2** Intégrer la vaccination contre la COVID-19 à d'autres campagnes planifiées (par exemple, les campagnes contre la rougeole et la rubéole).
- 3** Planifier les interventions de génération de demande ultérieures qui intègrent la vaccination contre la COVID-19, la vaccination systématique et la vaccination contre la polio.

Notes de fin

- 1 Social Science in Humanitarian Action Platform, « Key Considerations for Integrating COVID-19 Vaccination Services: Insights from Iraq and Syria for the MENA Region », SSHAP, <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/17631/Key%20Considerations_Integrate%20COVID_19%20Vaccination%20MENA%20Insights%20Iraq_Syria.pdf>.
- 2 Conseil des droits de l'homme des Nations unies, « Moyen-Orient et Afrique du Nord. Rapport global 2022 », UNHCR, 2022, <<http://reporting.unhcr.org/mena>>.
- 3 Rahi, A., Hipgrave, D., Al-Mossawi, F., & Kadhim, K., « Update on Routine and COVID-19 Immunization in Iraq », 2022.
- 4 Ministère irakien de la santé, UNICEF, UNHCR, FNUAP Syrie, PNUD, & UNRWA, « Risk Communication and Community Engagement: The need of the hour », 2022, <<https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/risk-communication-and-community-engagement-need-hour>>.
- 5 Ibid.
- 6 Conseil des droits de l'homme des Nations unies, « Moyen-Orient et Afrique du Nord. Rapport global 2022 », UNHCR, 2022, <<http://reporting.unhcr.org/mena>>.
- 7 Ministère irakien de la santé, UNICEF, UNHCR, FNUAP Syrie, PNUD, & UNRWA, « Risk Communication and Community Engagement: The need of the hour », 2022, <<https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/risk-communication-and-community-engagement-need-hour>>.
- 8 Al-Mossawi, F., « Best practices on COVID-19 vaccination and strategies with Intensification of Integrated Immunization Services », IIS, 2022.
- 9 Ibid.





L'UNICEF Soudan adopte l'écoute sociale pour promouvoir l'équité du vaccin contre la COVID-19

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

Résumé

L'UNICEF Soudan a adopté l'approche de l'écoute sociale pour recueillir des données sur les perceptions liées au genre du vaccin contre la COVID-19. Ces données ont servi à élaborer des messages personnalisés pour promouvoir le vaccin contre la COVID-19, qui ont été diffusés par le biais des réseaux sociaux et d'activités d'engagement communautaire telles que des réunions de groupe et des visites à domicile par des promoteurs de santé. La campagne sur les réseaux sociaux comprenait des témoignages et des conseils d'experts médicaux tels que des gynécologues. Des messages télévisés et radiophoniques axés sur les femmes enceintes et allaitantes ont également été diffusés. Une fiche d'information destinée aux femmes a été élaborée, testée au préalable et distribuée. Les vaccins ont été distribués dans des

sites fixes tels que des établissements de santé, des sites temporaires ou mobiles tels que des mosquées, et par l'intermédiaire de services de proximité dans des zones difficiles d'accès et des lieux très fréquentés tels que les marchés. Le suivi en temps réel et le retour d'information provenant de sources en ligne et hors ligne ont fourni une analyse et des données continues sur les obstacles liés au genre. L'écoute sociale a permis de comprendre en profondeur les besoins des femmes et des hommes en matière d'information, de création de demande et de prestation de services, et est devenue un outil précieux pour apprendre, adapter et améliorer la programmation afin de surmonter les disparités entre les genres en matière de diffusion de l'information, de retour d'information et de suivi.

Le Soudan a été le premier pays de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA) à recevoir le vaccin contre la COVID-19 dans le cadre de l'initiative COVAX. Le déploiement du vaccin a commencé en mars 2021. Les agents de santé, les personnes âgées et les personnes souffrant de pathologies sous-jacentes ont été les premiers à recevoir le vaccin. L'UNICEF Soudan et ses partenaires ont soutenu le déploiement à l'échelle nationale, y compris pour les réfugiés et les migrants. Dans un premier temps, la vaccination a été proposée dans les centres de santé primaire de l'État de Khartoum, avant d'être progressivement étendue à l'ensemble des 18 États. Les femmes et les hommes craignaient les effets secondaires du vaccin contre la COVID-19, et des théories du complot ont circulé dans les communautés, comme celle selon laquelle le monde occidental essayait de réduire les taux de fécondité.

Une mauvaise communication sur les critères gouvernementaux d'éligibilité des vaccins a semé la confusion, par exemple chez les femmes enceintes et les mères allaitantes qui étaient éligibles mais ne le savaient pas parce que les critères n'avaient pas été communiqués clairement à tous les vaccinés. Une première série de messages de promotion du vaccin contre la COVID-19 diffusés par le ministère fédéral de la Santé soudanais (FMoH), avec le soutien de l'UNICEF, n'a pas permis de

répondre au besoin des femmes d'obtenir des informations liées au genre concernant les effets du vaccin sur leur santé génésique. L'écoute sociale¹ relative aux rapports sur la COVID-19, les tableaux de bord de suivi des rumeurs, les questions fréquemment posées sur le site Internet du FMoH et les réactions des équipes sur le terrain ont révélé que les femmes étaient principalement préoccupées par leur fertilité, la santé de leurs enfants à naître et la sécurité du vaccin pendant les menstruations, la grossesse et l'allaitement. Les hommes étaient également préoccupés par leur fertilité.

L'écoute sociale fait partie de l'initiative VASI (Voice and Space Initiative) de l'UNICEF, une plateforme d'inclusion qui promeut l'expression des groupes marginalisés. VASI vise à créer un système intégré de production de preuves et de retour d'information en utilisant des outils d'engagement communautaires et numériques pour sensibiliser les détenteurs de droits à leurs droits et les impliquer dans le processus de changement. VASI fonctionne en conjonction avec d'autres outils numériques (en ligne) et d'engagement communautaire (hors ligne) tels que Community Voice, U-Report et Rapid-Pro, et intègre la responsabilisation des populations affectées, la communication sur les risques et l'engagement communautaire (RCCE), le retour d'information et le suivi au niveau communautaire.





Approche stratégique

L'intervention s'est appuyée sur les données saisies par l'application Talkwalker qu'utilise l'UNICEF Soudan depuis août 2021. L'UNICEF Soudan s'est associé au ministère de la Santé pour coordonner la composante d'écoute sociale. Les mots clés et les sujets (par exemple, COVID-19, lavage des mains et masques de protection) figurant dans les flux des médias sociaux ont été saisis dans le système et suivis, générant un tableau de bord qui était contrôlé chaque semaine. Les conclusions du tableau de bord Talkwalker ont été partagées chaque mois lors des réunions du comité technique national et des réunions de coordination. L'écoute sociale a permis d'élaborer des messages tenant compte de la dimension de genre, d'offrir un espace d'expression aux préoccupations des femmes et des hommes, de s'attaquer à l'hésitation face au vaccin et de renforcer l'engagement des femmes sur les médias sociaux. L'intervention s'est concentrée sur la compréhension des obstacles liés au genre et sur la réponse rapide à y apporter afin de promouvoir l'équité vaccinale. Les femmes ont pu faire part de leurs questions et de leurs craintes et recevoir des informations précises.

Pour répondre aux préoccupations des femmes et des hommes, UNICEF Soudan a lancé une campagne sur les réseaux sociaux. Les messages sur les médias sociaux ont été conçus sur la base des résultats de l'écoute sociale. Quatre messages axés sur le genre ont été produits et diffusés via les comptes Facebook, Twitter et Instagram. La première série de messages mettait l'accent sur la sécurité du vaccin pendant la grossesse, rappelait qu'il n'y avait aucune preuve scientifique que le vaccin avait des effets néfastes sur les femmes, rassurait les femmes sur le fait qu'elles pouvaient avoir des bébés en bonne santé et soulignait que les anticorps contenus dans le vaccin n'avaient pas d'incidence sur la fertilité. Les messages soulignaient également que le vaccin est sans danger pendant les règles et qu'il n'est pas nécessaire de retarder la vaccination en raison des menstruations ou de l'allaitement. La campagne sur les réseaux sociaux comprenait des témoignages et des conseils d'experts médicaux tels que des gynécologues. Des messages télévisés et

radiophoniques axés sur les femmes enceintes et allaitantes ont également été diffusés. Une fiche d'information destinée aux femmes a été élaborée, testée au préalable et distribuée.

Des activités d'engagement communautaire, telles que des réunions de groupe et des visites à domicile par des promoteurs de la santé (principalement des femmes), ont été organisées afin d'atteindre les personnes exclues des campagnes dans les médias sociaux et de renforcer les messages pour les personnes ayant un accès limité à Internet. Des séances d'orientation pour les femmes ont également été organisées dans les centres de santé et dans les communautés. La composante masculine de la stratégie de sensibilisation a mis à contribution l'influence sociale des chefs religieux, tels que Bushara Abdallah Bushara du Darfour Nord, pour diffuser des messages sur la sécurité des vaccins et lutter contre les rumeurs et la désinformation. Les chefs religieux ont insisté sur le fait que le ministère de la Santé ne ferait pas la promotion d'une pratique qui n'est pas sûre, et ont rassuré leurs communautés sur le fait que les vaccins n'étaient pas interdits par la loi islamique (haram).

En janvier 2022, les vaccins ont été distribués dans des sites fixes tels que des établissements de santé, des sites temporaires ou mobiles tels que des mosquées, et par l'intermédiaire de services de proximité dans des zones difficiles d'accès et des lieux très fréquentés tels que les marchés. L'équipe locale du Programme élargi de vaccination (PEV) a décidé de mobiliser un vaccinateur ou une vaccinatrice, en fonction de l'emplacement et de l'acceptabilité des vaccinateurs. Les vaccinatrices étaient bien acceptées par leurs communautés et leurs familles étaient habituées à ce qu'elles se rendent dans des zones reculées et travaillent de longues heures. Les vaccinatrices se répartissaient les visites dans les régions éloignées afin de ne pas devoir s'éloigner de leur famille pendant de longues périodes. Les familles acceptaient mieux les vaccinateurs s'ils parlaient la langue locale et faisaient partie de la communauté.

Le suivi en temps réel et le retour d'information provenant de sources en ligne et hors ligne ont fourni une analyse et des données continues sur les obstacles liés au genre. L'écoute sociale a permis de comprendre en profondeur les besoins des femmes et des hommes en matière

d'information, de création de demande et de prestation de services, et est devenue un outil précieux pour apprendre, adapter et améliorer la programmation afin de surmonter les disparités entre les genres en matière de diffusion de l'information, de retour d'information et de suivi.



Principales réalisations

- Dans le cadre des efforts déployés en matière de RCCE sur la COVID-19, l'UNICEF et ses partenaires ont touché plus de 16 millions de personnes par le biais de diverses plateformes.
- Plus de 90 % des participants à une enquête menée par l'UNICEF Soudan ont montré qu'ils avaient une connaissance suffisante des symptômes, de la transmission et des précautions à prendre contre la COVID-19.²
- La couverture vaccinale est passée de 6 % à 12 % par rapport à l'objectif de 20 % de la population vaccinée en juin 2022.
- Les données du tableau de bord d'écoute sociale du Soudan (Talkwalker) ont montré une augmentation de 144 % de l'engagement global au cours de la campagne, avec une forte augmentation de l'engagement des femmes à la suite de la diffusion de messages sensibles au genre. En août 2021, le taux d'engagement était de 31 % pour les femmes et de 69 % pour les hommes. À la suite des campagnes de réseaux sociaux tenant compte de la dimension de genre menées de septembre à octobre 2021 et de janvier à février 2022, l'engagement des femmes est passé à plus de 40 %.

AUGMENTATION DE

144%

de l'engagement global au cours de la campagne

Après les campagnes de médias sociaux axées sur le genre, l'engagement des femmes est passé à

PLUS DE
40%

PLUS DE

90%

des participants ont démontré une connaissance suffisante des symptômes, de la transmission et des précautions à prendre contre la COVID-19



Enseignements tirés

- 1 L'écoute sociale a permis à la campagne de fournir aux femmes des informations adaptées et sensibles au genre.** Un retour d'information rapide et en temps réel et le suivi à grande échelle du retour d'information et des données de l'État au niveau fédéral peuvent prendre du temps, et des opportunités d'ajustements ou d'améliorations en temps opportun peuvent être manquées. Sans les médias sociaux, une telle couverture et un tel retour d'information nécessiteraient des ressources considérables.
- 2 Disposer de données ventilées sur le genre, l'âge, l'éducation, le handicap, l'origine ethnique, la situation géographique et le statut socio-économique des utilisateurs des médias sociaux permettrait de mieux adapter les messages clés.** L'engagement dans les médias sociaux favorise ceux qui sont alphabétisés et qui ont accès aux médias sociaux et à la technologie. Les données ventilées sur le genre, l'âge, l'éducation, le handicap, l'appartenance ethnique, la situation géographique et le statut socio-économique n'étaient pas disponibles au Soudan.
- 3 Le renforcement de la capacité des partenaires nationaux à institutionnaliser et à développer l'écoute sociale est nécessaire pour maintenir l'élan et fournir des données longitudinales sur une base régulière.** Le renforcement des systèmes permettant de générer et d'analyser un retour d'information en temps réel peut améliorer les programmes et renforcer l'engagement communautaire.



Recommandations

- 1** Intégrer l'écoute en ligne et hors ligne et ajouter le même niveau de rigueur et de suivi systématique pour la composante hors ligne.
- 2** Utiliser l'écoute sociale pour mieux comprendre les multiples dimensions de la vie des femmes afin d'aborder des normes de genre spécifiques et des pratiques néfastes, et d'adapter les messages aux besoins des femmes.
- 3** L'écoute sociale et les réseaux sociaux pourraient être utilisés pour promouvoir des initiatives plus larges de changement de comportement et de transformation en suscitant des conversations sur l'égalité des genres et en remettant en question les normes inéquitables.

Notes de fin

- 1 L'écoute sociale, également appelée écoute des médias sociaux, est le processus d'identification et d'évaluation de ce qui se dit sur un sujet, un produit ou une marque sur Internet.
- 2 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Rapport annuel sur la santé*. UNICEF Soudan 2021, <[www.unicef.org/sudan/media/8526/file/UNICEF%20Sudan-Health-%20Report%20\(2021\).pdf](http://www.unicef.org/sudan/media/8526/file/UNICEF%20Sudan-Health-%20Report%20(2021).pdf)>.

L'UNICEF Bangladesh soutient les centres d'information et de feedback qui fournissent aux réfugiés rohingyas de Cox's Bazar, au Bangladesh, des informations et des services essentiels

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

Résumé

En étroite collaboration avec des ONG locales, l'UNICEF Bangladesh a mis en place des centres d'information et de feed-back (CIF) dans des endroits clés des camps de réfugiés et des communautés d'accueil de Cox's Bazar pour desservir les réfugiés rohingyas du Myanmar. Les CIF fournissent des informations et des orientations vers les services disponibles, reçoivent les plaintes, les commentaires et les demandes des communautés et y répondent à travers des interactions bilatérales en face

à face avec les membres de la communauté. Des bénévoles de la communauté assurent la sensibilisation et le dialogue. L'UNICEF Bangladesh soutient également les activités satellites qui permettent de fournir des informations correctes et opportunes à la population rohingya. Les CIF se sont révélées être un bon moyen de rendre compte aux populations vulnérables et de donner suite à l'engagement de l'UNICEF de soutenir la responsabilité envers les populations affectées.



Contexte

En août 2017, face à la violence au Myanmar, 740 000 Rohingyas, dont 400 000 enfants, ont trouvé refuge au Bangladesh.^{1,2} Ils vivent dans des abris temporaires au sein de camps de réfugiés très encombrés à Cox's Bazar, l'un des districts les plus pauvres et les plus exposés aux catastrophes du Bangladesh. Les cycles annuels de mousson et de cyclones constituent des risques importants pour les réfugiés Rohingyas et les communautés qui les accueillent. Les Rohingyas dépendent entièrement de l'aide humanitaire pour la protection, la nourriture, l'eau, les abris et la santé. Bien que des services de base leur aient été fournis, les enfants sont toujours confrontés à des épidémies, à la malnutrition, au manque d'accès à l'éducation et aux risques liés à la négligence, à l'exploitation et à la violence, ainsi qu'au travail infantile. Dans les camps, les filles et les femmes sont particulièrement exposées aux violences sexuelles et autres violences liées au genre. 23 % des filles et 57 % des femmes éprouvent un sentiment d'insécurité lorsqu'elles utilisent les latrines. Plus de 40 % des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance. Les enfants non accompagnés et séparés sont exposés à un risque accru de traite, de mariages précoces et d'exploitation sexuelle.³

39 % pour cent des enfants et 97 % des adolescents réfugiés n'ont pas accès à l'éducation.⁴ Souvent, les filles sont privées d'éducation par leurs parents qui cherchent

à les protéger en les gardant à la maison. Les enfants plus âgés et les adolescents privés d'opportunités d'apprentissage ou de travail risquent de devenir une « génération perdue », une proie facile pour les trafiquants et ceux qui veulent les exploiter à des fins politiques ou autres.⁵

En collaboration avec le gouvernement et d'autres partenaires humanitaires, l'UNICEF a immédiatement réagi pour apporter une aide vitale et une protection aux enfants Rohingyas nouvellement arrivés et à leurs familles, jouant également un rôle de premier plan dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH), de la protection de l'enfance et de l'éducation. Cependant, la plupart des réfugiés Rohingyas nouvellement arrivés n'étaient pas informés des services humanitaires disponibles. Les agents de première ligne et les prestataires de services ont rencontré des difficultés pour les sensibiliser et les orienter dans les camps et les campements improvisés. Les réfugiés à la recherche d'informations précises et opportunes sur leur situation et leur environnement ne savaient pas quelles sources étaient crédibles et ne se sentaient pas entendus lorsqu'ils signalaient que l'aide qu'ils recevaient était insuffisante. Il n'existait pas de mécanisme de rétroaction pour enregistrer les plaintes concernant l'insuffisance de l'aide, le harcèlement sexuel et d'autres injustices dans les camps.⁶



© UNICEF/UN0226418/Brown



Approche stratégique

Pour répondre aux besoins des Rohingyas à Cox's Bazar, l'UNICEF et ses partenaires (notamment l'ONG PULSE) ont établi des centres d'information et de feed-back (CIF) dans des endroits critiques des camps. Les CIF améliorent la responsabilité envers la population réfugiée et assurent un flux d'informations à double sens grâce à des interactions directes avec les membres de la communauté. Dans ces centres, les Rohingyas peuvent recevoir des informations sur la préparation aux situations d'urgence, l'égalité de genre et les environnements favorables aux femmes et aux filles, déposer des plaintes, obtenir des réponses à toutes les questions urgentes et être orientés vers des services. Le personnel des CIF organise des séances de démonstration et de mise en pratique des comportements positifs. Les CIF lancent des messages d'intérêt public concernant, par exemple, les semaines d'action sur la nutrition, les campagnes de vaccination et la préparation aux cyclones. Les centres sont devenus des « lieux sûrs » où les personnes vulnérables peuvent trouver refuge.

Les centres d'apprentissage dispensent une éducation préscolaire aux enfants de 4 à 6 ans, et une éducation de base non formelle aux enfants âgés de 6 à 14 ans. Chaque centre d'apprentissage est divisé en trois équipes, chaque équipe accueillant 35 enfants. Les enfants y apprennent l'anglais, les mathématiques, le birman, les sciences, les arts et les hymnes. Ils reçoivent un soutien psychosocial en plus de leçons d'hygiène et les aptitudes à la vie quotidienne. Les enfants reçoivent des livres, des stylos, des crayons, des cartables et d'autres fournitures éducatives.

Les deux premiers centres ont été créés en septembre 2017, au cours des premières semaines de la crise, et ont commencé à dispenser des informations essentielles et à orienter les personnes sur place vers des services urgents, notamment en matière de nutrition, d'eau, d'assainissement et d'hygiène, d'aide médicale, de comportements hygiéniques, de campagnes de vaccination et de soins aux enfants et aux nouveau-nés. Lorsque la crise s'est aggravée dans les camps, l'UNICEF a soutenu de nouveaux CIF pour renforcer les capacités d'orientation. En juin 2019, 20 CIF ont été créés, en relation avec un réseau de 300 mobilisateurs



communautaires (bénévoles) issus des communautés Rohingyas et des communautés d'accueil de Cox's Bazar.⁷ Les mobilisateurs communautaires comprennent 120 mères modèles et 120 jeunes mobilisateurs modèles, qui mènent des actions de sensibilisation et recueillent des informations au sein de leur communauté, notamment en organisant des séances de dialogue communautaire. Chaque CIF compte 13 mères modèles et 12 jeunes mobilisateurs modèles. Ces bénévoles reçoivent une formation en communication interpersonnelle, en renforcement des capacités ainsi qu'un kit de communication.⁸ Les mobilisateurs sont chargés de contacter chacun 15 familles par jour afin d'établir l'engagement et de mener des consultations. En moyenne, trois à cinq membres de la famille participent à une séance de communication interpersonnelle, qui dure environ 20 à 35 minutes, selon la nature des messages ou des conversations et de la présentation requise.⁹

Le personnel du CIF, connu sous le nom de prestataires de services d'information (PSI), tient des carnets de bord (désormais numérisés via Open Data Kit à l'aide de tablettes et

disponibles sur un tableau de bord) pour documenter les retours d'informations reçus de la population réfugiée, ainsi que pour conserver des informations socio-démographiques sur la communauté. Des procédures opérationnelles standard (SOP) ont été élaborées par l'UNICEF pour faciliter le suivi des retours d'informations. Les plaintes qui ne peuvent être traitées sur place par les prestataires de services ou les coordonnateurs de gestion du site sont transmises au superviseur compétent de l'agence concernée à Cox's Bazar. Une fois la réponse communiquée à la communauté, la boucle de retour d'information est fermée. Les membres de la communauté sont informés dans tous les cas.¹⁰

L'UNICEF Bangladesh a soutenu les activités en marge du programme régulier et qui ont également permis de fournir des informations correctes et opportunes à la population Rohingya. Par exemple, en menant des actions de sensibilisation auprès des dirigeants locaux et des chefs religieux lors des diverses rencontres de plaidoyer, en établissant un réseau de volontaires de la mobilisation communautaire (CMV), en organisant des discussions communautaires, des ateliers d'engagement auprès des jeunes, des diffusions radiophoniques, des représentations théâtrales interactives, des séances de consultation communautaire, des clubs d'écoute et des émissions radiophoniques



Principales réalisations

En mai 2019, l'UNICEF a mis en place 20 CIF dans 4 communautés d'accueil et 16 camps situés dans les zones d'installation des Rohingyas. En octobre 2019, les CIF avaient recueilli environ 120 000 plaintes, demandes et retours d'informations individuels, avec un taux de réponse de près de 100 %, ce qui a considérablement amélioré la réactivité de la prestation de services. On estime à 4 500 le nombre de ménages contactés dans 15 endroits par jour, par site, et que 112 500 séances de communication interpersonnelle sont menées chaque mois (ce qui équivaut à 25 jours de travail). Un système de cartographie a été mis au point pour éviter la duplication des messages et pour faciliter leur suivi et leur surveillance par les mobilisateurs. Les CIF et les travailleurs communautaires ont renforcé la confiance et la réactivité chez les réfugiés Rohingyas à Cox's Bazar.^{11,12}

Les mères modèles et des jeunes mobilisateurs modèles ont touché 100 000 ménages en leur fournissant des informations et des ressources essentielles. On estime à 10 000 le nombre d'adolescents et d'adolescentes de la communauté des réfugiés qui ont été engagés comme agents de changement pour fournir des informations vitales et orienter vers des services. 3000 autres adolescents et adolescentes des communautés d'accueil ont été engagés de la même manière. Plus de 70 000 CFQ ont été synthétisés et transmis aux collègues

du secteur pour soutenir leurs interventions dans les domaines de la santé, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH), de la nutrition, de la protection de l'enfance et de l'éducation. La majorité des CFQ étaient liés à la santé. La numérisation a permis à ces secteurs d'accéder à l'information en temps utile.¹³

10,000

ADOLESCENTS ET
ADOLESCENTES

de la
communauté
des réfugiés
engagée

4,500

FOYERS

sont contactés
dans 15
endroits par
jour

112 500

SÉANCES

de
communication
interpersonnelle
menées chaque
mois



Enseignements tirés^{14,15}

- 1** Les CIF se sont révélés être un moyen efficace de remplir l'obligation de rendre compte aux populations vulnérables et de donner suite à l'engagement de l'UNICEF de soutenir la responsabilité envers les populations affectées.
- 2** Il est particulièrement important d'engager les communautés dans un dialogue face à face lorsque, comme chez les Rohingyas, la population est fortement analphabète et qu'il n'existe pas de documents écrits en leur langue. La création de documents conviviaux et axés sur l'image pour le changement de comportement a permis aux mères modèles et aux jeunes bénévoles d'engager les communautés dans des dialogues.
- 3** Le renforcement régulier des capacités des prestataires de services d'information (PSI) qui travaillent dans les CIF, y compris la formation à la communication interpersonnelle et à la prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PSEA), entre autres thèmes, a permis une programmation plus solide et une meilleure assurance de la qualité.
- 4** La promotion de l'utilisation des CIF par le biais de travailleurs de proximité au sein des communautés est essentielle à leur succès.
- 5** Le personnel du CIF doit établir des relations solides avec les prestataires de services des camps. Des investissements doivent être consentis dès le départ pour le recrutement et la formation systématiques du personnel du CIF. Cela est essentiel pour la qualité des CIF et des services d'orientation.
- 6** La normalisation des systèmes de réponse est essentielle pour maintenir la qualité de la diffusion de l'information et de l'orientation vers les services dans tous les CIF.
- 7** La dotation des CIF en bénévoles et en travailleurs de communautaires issus de la communauté elle-même accroît considérablement la crédibilité, l'acceptation et la confiance dans les informations et l'orientation vers les services. Les stratégies de recrutement doivent être soigneusement étudiées, en tenant compte du sexe et du milieu socioculturel local des réfugiés. Par exemple, à Cox's Bazar, la majorité des mobilisateurs bénévoles et des travailleurs communautaires sont des femmes. Cela peut parfois susciter des réactions négatives au sein de la communauté, étant donné que les femmes ne sont pas autorisées à se rendre dans certains endroits, ou que les hommes se retrouvent sans emploi. De même, si des adolescentes sont recrutées, leur sécurité doit être soigneusement prise en compte.
- 8** L'utilisation de nombreux dispositifs de communication et d'outils créatifs, tels que des tablettes électroniques, des postes de radio à manivelle, des brochures d'information et du matériel visuel, est un élément efficace de la réponse CIF.
- 9** La numérisation des CFQ et des retours d'informations recueillis par les CIF facilite la saisie et la conservation rapides des données et améliore l'analyse et le partage d'informations, ce qui accroît l'efficacité de la réponse à différents niveaux. Une telle initiative introduit également de nouveaux défis et priorités liés à la gestion des risques et à la protection des données, qui doivent être traités par des mécanismes appropriés de sécurité et de contrôle des données.
- 10** Le succès des CIF devrait être évalué en fonction des mesures prises par les intervenants et les prestataires de services pour modifier leurs stratégies, leurs mécanismes de prestation ou leurs fournitures sur la base des retours d'information reçus de la part des communautés. Il est essentiel de boucler la boucle des CFQ et de veiller à ce que les données générées par la banque de données numérique soient régulièrement communiquées aux acteurs qui prennent des décisions et fournissent des services.



Recommandations

- 1** La diffusion instantanée et à grande échelle d'informations et de données numérisées vers d'autres secteurs/groupes pour une réponse plus rapide et plus efficace reste un défi majeur à relever. Des efforts de consultation devraient être déployés dès le départ pour susciter l'adhésion et l'action d'autres agences et secteurs/groupes.
- 2** Des enquêtes et d'autres outils de collecte de données devraient être utilisés comme mécanismes de retour d'information pour une responsabilité accrue envers la population affectée et évaluer la satisfaction de la communauté à l'égard des services fournis par les CIF.
- 3** La consolidation de l'approche des différentes agences dans l'utilisation d'un mécanisme commun convenu pour la collecte et l'analyse des données améliorerait grandement la coordination et l'action humanitaire.



© UNICEF/UN0842275/Hirnu

Notes de fin

- 1 Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, « Refugee Response in Bangladesh », HCR, 30 septembre 2019, <https://data2.unhcr.org/en/situations/myanmar_refugees>.
- 2 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Rohingya emergency response: Information feedback centres strengthen community feedback mechanisms*, UNICEF Bangladesh, 2017, <https://aa9276fg-f487-45a2-a3e7-8f4a61a0745d.usrfiles.com/ugd/aa9276_874631420f584b0f899db09c463161ba.pdf>.
- 3 Ibid.
- 4 Ibid.
- 5 Ergül, H., « Information feedback centres: Improving accountability to Rohingya refugees in Cox's Bazar », UNICEF Bangladesh, (2020), <www.unicef.org/bangladesh/media/4391/file/Case%20Study%201_CXB%20C4D.pdf%20.pdf>.
- 6 Ergül, H., « Information feedback centres: Improving accountability to Rohingya refugees in Cox's Bazar », UNICEF Bangladesh, (2020), <www.unicef.org/bangladesh/media/4391/file/Case%20Study%201_CXB%20C4D.pdf%20.pdf>.
- 7 Ibid.
- 8 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Rohingya emergency response: Information feedback centres strengthen community feedback mechanisms*, UNICEF Bangladesh, 2017, <https://aa9276fg-f487-45a2-a3e7-8f4a61a0745d.usrfiles.com/ugd/aa9276_874631420f584b0f899db09c463161ba.pdf>.
- 9 Ergül, H., « Information feedback centres: Improving accountability to Rohingya refugees in Cox's Bazar », UNICEF Bangladesh, (2020), <www.unicef.org/bangladesh/media/4391/file/Case%20Study%201_CXB%20C4D.pdf%20.pdf>.
- 10 Ibid.
- 11 Ibid.
- 12 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Rohingya emergency response: Information feedback centres strengthen community feedback mechanisms*, UNICEF Bangladesh, 2017, <https://aa9276fg-f487-45a2-a3e7-8f4a61a0745d.usrfiles.com/ugd/aa9276_874631420f584b0f899db09c463161ba.pdf>.
- 13 Ibid.
- 14 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Rohingya emergency response: Information feedback centres strengthen community feedback mechanisms*, UNICEF Bangladesh, 2017, <https://aa9276fg-f487-45a2-a3e7-8f4a61a0745d.usrfiles.com/ugd/aa9276_874631420f584b0f899db09c463161ba.pdf>.
- 15 Ergül, H., « Information feedback centres: Improving accountability to Rohingya refugees in Cox's Bazar », UNICEF Bangladesh, (2020), <www.unicef.org/bangladesh/media/4391/file/Case%20Study%201_CXB%20C4D.pdf%20.pdf>.



L'UNICEF Bhoutan engage des scouts et des jeunes bénévoles pour diffuser les messages vitaux sur la COVID-19¹

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

© UNICEF/Bhoutan/2020/SPeIden

Résumé

UNICEF Bhoutan, en collaboration avec le ministère de la Santé, a soutenu la mobilisation de plus de 800 scouts et jeunes bénévoles dans 17 districts afin qu'ils jouent un rôle de catalyseur dans le soutien de leurs communautés pendant la pandémie de COVID-19. La réponse du pays en matière de communication sur les risques et d'engagement communautaire (RCCE) face

à la pandémie s'est concentrée sur la mise à contribution des scouts et des jeunes bénévoles pour sensibiliser à la maladie et diffuser des messages sur la manière de prévenir l'infection dans les écoles, les communautés et en tant que patrouilles sur les places de marché. Les chefs scouts ont touché environ 8 000 jeunes dans les districts ciblés

Contexte

En mars 2020, le premier cas de COVID-19 a été détecté au Bhoutan. Au total, 863 cas ont été confirmés en décembre 2020. Si le taux d'infection par la COVID-19 au Bhoutan n'a pas eu d'impact grave sur le système de santé par rapport à d'autres pays, la vulnérabilité sociale et les pertes économiques ont été ressenties dans différents secteurs et communautés. La population du Bhoutan étant très jeune (60 % ont moins de 25 ans), la réponse du pays en matière de communication sur les risques et d'engagement communautaire (RCCE) s'est attachée à exploiter l'enthousiasme positif et le dynamisme des jeunes pour accélérer les interventions communautaires visant à relever certains des défis urgents posés par la pandémie.

La réponse en matière de RCCE, menée par l'Association des scouts du Bhoutan (BSA) relevant du ministère de l'Éducation et soutenue par l'UNICEF et le ministère de la Santé, s'est concentrée sur l'action collective des jeunes au sein de la communauté. Cette réponse a donné la priorité à l'exploitation et à la construction d'un réseau de jeunes acteurs du changement et de bénévoles pour aider à lutter contre les effets secondaires de la pandémie, tels que la santé mentale, le stress économique, la stigmatisation sociale, la violence fondée sur le sexe, les problèmes de protection de l'enfance et les tensions sociopolitiques. Il y avait environ 1 700 chefs scouts et 59 000 membres scouts au sein de la structure de la BSA dans 20 districts du Bhoutan.



© UNICEF/Bhoutan/2020/Spelden



Approche stratégique

Dès le départ, la stratégie RCCE du Bhoutan s'est appuyée sur les résultats d'une enquête rapide par sondage et sur les données du chatbot U-Report. L'enquête a été conçue pour mieux comprendre les perceptions des communautés isolées du Bhoutan. Les principaux objectifs de l'enquête étaient d'évaluer la portée et la clarté des messages liés à la prévention de la COVID-19 dans les communautés isolées, ainsi que le niveau de connaissance des mesures de prévention. Les résultats de l'enquête ont montré que si les communautés avaient un accès suffisant aux messages et aux informations sur la COVID-19, un engagement et une interaction personnalisés étaient nécessaires pour répondre aux préoccupations, réduire les lacunes en matière d'information et traduire les connaissances en réponses communautaires exploitables. Les données du chatbot U-Report ont permis de comprendre l'impact plus profond de la pandémie sur les jeunes et les enfants, en particulier en ce qui concerne leur retour de l'école pendant le confinement initial.

UNICEF Bhoutan a facilité le partenariat entre le gouvernement du Bhoutan et les jeunes scouts par l'intermédiaire de l'Association des scouts du Bhoutan (BSA). Ce partenariat s'est distingué par son caractère unique et par l'accélération de la sensibilisation des communautés dans les zones isolées de la région. L'UNICEF s'est associé au ministère de la Santé et au département de la Jeunesse et des Sports pour inciter les adolescents à devenir des acteurs du changement et des leaders, et leur donner les moyens de sensibiliser leurs communautés à des problèmes émergents liés à la pandémie, tels que la violence domestique, le harcèlement sexuel et la santé mentale. Les jeunes scouts ont été orientés sur la manière de s'engager efficacement et avec empathie auprès de leurs communautés, de diffuser des informations essentielles sur les comportements de prévention de la COVID-19 (par exemple, la distanciation sociale, le lavage des mains, le respect des règles d'hygiène en cas de toux et la quarantaine/l'isolement) et de développer des projets d'innovation sociale, au cours d'une session de deux jours en juin 2020. Cette formation a permis aux scouts de mettre au point des interventions sur mesure pour leurs communautés.

À la suite de la formation, les chefs scouts ont élaboré et mis en œuvre des activités communautaires liées à la COVID-19. Par exemple, dans les régions reculées du sud du Bhoutan, les chefs scouts se sont portés volontaires pour enseigner dans des villages qui n'avaient pas accès à l'apprentissage en ligne. Dans le cadre des activités de « service communautaire » du scoutisme, les chefs scouts et les scouts se sont également portés volontaires pour livrer des médicaments essentiels au domicile des gens pendant les périodes de confinement. À Thimphu, les chefs scouts ont aidé à sensibiliser les marchés à l'application Druk Trace, se tenant également à la porte d'entrée du marché et rappelant aux acheteurs la distanciation sociale. Les scouts ont patrouillé sur les marchés pour s'assurer que les protocoles de COVID-19 étaient respectés. Tous les scouts ont encouragé les membres de la communauté à apprécier les agents de première ligne qui se sacrifiaient pour le bien du peuple bhoutanais et à leur témoigner de la gratitude.

Les scouts ont reçu du matériel psychosocial et ont été formés à l'utilisation des médias numériques pour compléter leurs efforts d'engagement communautaire. Des groupes WhatsApp et Messenger ont été créés pour les chefs scouts et les secrétaires des scouts afin de faciliter la communication, le retour d'information et les réponses. La BSA a maintenu une page Facebook officielle et un site web pour le partage d'informations et les mises à jour. La BSA a également produit une courte vidéo (avec des transcriptions dans les dialectes locaux) sur le lavage des mains et la distanciation sociale qui a été diffusée à la télévision nationale et partagée sur les plateformes de réseaux sociaux de la BSA.





Principales réalisations

- Plus de 800 chefs scouts et jeunes bénévoles dans 17 districts ont été engagés et ont participé aux efforts de réponse nationale en jouant un rôle de catalyseur pour soutenir leurs communautés.
- Les chefs scouts ont touché environ 8 000 jeunes dans les districts sélectionnés.
- L'intervention des scouts a été déterminante pour soutenir les objectifs du ministère de la Santé, à savoir inculquer une responsabilité sociale collective aux jeunes et inspirer un changement plus large au niveau communautaire dans les zones reculées pendant la pandémie.



© UNICEF



© UNICEF

800

chefs scouts et jeunes
bénévoles engagés

8 000

jeunes touchés

Scouts dans

17
DISTRICTS

ont participé aux efforts
nationaux de réponse



Enseignements tirés

- 1 Il est possible d'utiliser les réseaux existants pour inciter les jeunes à transmettre aux communautés des messages susceptibles de sauver des vies :** L'intervention communautaire menée par les scouts au Bhoutan pendant la pandémie a reflété la compassion, l'engagement et l'enthousiasme des jeunes pour mener une action sociale en temps de crise. Leur implication a montré que le fait de catalyser les réseaux de jeunes pour qu'ils soient la force motrice qui façonne les initiatives de plaidoyer et de changement social peut avoir un impact sur les communautés.
- 2 Les jeunes peuvent être habilités à développer des activités et des solutions autonomes pour relever les défis liés à la santé :** La formation des jeunes à la conception, au développement et à la mise en œuvre des interventions de RCCE a renforcé leur engagement civique et contribué à la création de jeunes communautés résilientes et tournées vers l'avenir.



Recommandations

- 1 Placer les jeunes au centre de la réponse en matière de RCCE, non seulement en tant que bénéficiaires mais aussi en tant que contributeurs actifs à un changement significatif, en les impliquant en tant que partenaires et agents de changement, peut aider les communautés à trouver des solutions aux problèmes qui les affectent.**
- 2 Des structures et des systèmes formels devraient être développés et régularisés pour permettre des partenariats durables, collaboratifs et multisectoriels avec des réseaux et des groupes de jeunes afin de maximiser l'impact et de stimuler les efforts nationaux pendant la phase de reprise de COVID-19 et les pandémies futures.**



Notes de fin

- 1 Sur la base d'un cas produit par le Bureau régional pour l'Asie du Sud (ROSA) du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).



© UNICEF/UNI192883/Shrestha

L'UNICEF Népal utilise des stratégies de changement social et comportemental pour apporter une aide vitale aux Népalais à la suite de tremblements de terre dévastateurs

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

Résumé

En avril et mai 2015, le Népal a été frappé par des tremblements de terre dévastateurs, qui ont fait 9 000 morts et plus de 100 000 blessés. Avec la majorité des maisons endommagées ou complètement détruites, les gens devaient se déplacer vers des endroits sûrs ou vivre dans des abris de fortune. La plupart des infrastructures de soins de santé, de la communauté et des télécommunications a également été détruite. Les glissements de terrain qui ont suivi ont bloqué les principales routes et autoroutes, empêchant les organismes d'aide humanitaire et les autorités de fournir de l'aide aux populations affectées. L'équipe de la Communication pour le développement (C4D) de l'UNICEF au Népal a réagi en lançant des activités de diffusion de l'information via les chaînes de médias encore fonctionnels, et en recueillant des retours d'information sur les besoins immédiats

des populations affectées. L'UNICEF Népal, à travers des stratégies de communication sur le changement social et comportemental, a mobilisé les communautés et présenté des spectacles ludo-éducatifs et des activités de sensibilisation pour diffuser des messages vitaux. Pendant la phase de relèvement après les tremblements de terre, l'équipe de l'UNICEF Népal a développé la capacité des organisations de la société civile à promouvoir des comportements positifs en matière de préparation aux situations d'urgence, de prévention de la traite des êtres humains et de réduction des risques de catastrophe. Les mécanismes d'information, de coordination et de retour d'information soutenus par l'UNICEF Népal ont permis de bâtir des communautés plus résilientes et de renforcer l'obligation de rendre compte du gouvernement et de la communauté internationale.



Contexte

L'Himalaya est l'une des régions à plus forte activité sismique au monde, mais les grands tremblements de terre sont relativement rares. Le séisme de Gorkha au Népal, de magnitude 7,6, s'est produit le 25 avril 2015, avec son épicentre à environ 75,6 km au nord-ouest de la capitale, Katmandou. Il a été suivi de plus de 300 répliques. Près de 9 000 personnes ont été tuées, dont plus de la moitié (55 %) étaient des femmes. Au moins 100 000 personnes ont été blessées. Plus de 500 000 habitations ont été détruites et 269 000 autres ont été endommagées, dont des monuments historiques et culturels. Les infrastructures clés ont également été détruites, tout comme les moyens de subsistance, notamment dans les secteurs de l'agriculture et du tourisme.¹ Le 12 mai 2015, une réplique de magnitude 7,3 a causé la mort de plus de 100

personnes et en a blessé près de 1 900 autres.² Au total, plus de huit millions de personnes ont été touchées et environ 2,8 millions ont été déplacées. Les tremblements de terre ont entraîné des glissements de terrain dévastateurs dans des villages ainsi que dans certaines zones densément peuplées de Katmandou.³

Face à cette situation, le gouvernement népalais a déclaré l'état d'urgence et a sollicité l'aide de la communauté internationale. Selon l'évaluation des besoins post-catastrophe réalisée par l'ONU, la Banque mondiale et l'UE, la valeur totale des dommages et des pertes causés par la catastrophe a été estimée à 7,1 milliards de dollars, tandis que les besoins de relèvement étaient estimés à 6,7 milliards de dollars.⁴



Approche stratégique

Immédiatement après les séismes, l'UNICEF Népal a réagi en mobilisant les chaînes de médias encore opérationnelles pour diffuser des messages vitaux, recueillir des retours sur les besoins et les préoccupations des populations affectées, et dispenser des conseils psychosociaux via des émissions de radio en direct. À court terme, l'UNICEF a facilité la distribution de tentes, de groupes électrogènes, d'enregistreurs audio portables, de téléphones hybrides, d'ordinateurs portables et de radios, tout en formant des techniciens locaux à la réparation des équipements radio endommagés. Le plan à long terme consistait à former les stations de radio communautaires à renforcer leurs programmes de réduction des risques de catastrophe et de préparation aux situations d'urgence. Un premier groupe de travail communautaire (GTC) a été établi pour coordonner les efforts de communication entre les organisations humanitaires et les agences de l'ONU, les ONG nationales et internationales,

les médias et les opérateurs de radio communautaire.^{5,6}

Une enquête auprès des enfants menée immédiatement après les tremblements de terre a mis en évidence la nécessité d'un soutien psychosocial pour répondre aux sentiments de perte, de peur, de chagrin et de tristesse. L'UNICEF Népal a soutenu le programme radio *Bhandai Sundai* (Talking-Listening) destiné aux enfants, aux femmes et aux familles qui n'avaient pas accès à des services de conseil directs. Ce programme radio a également été utilisé pour promouvoir la campagne de retour à l'école (par exemple,⁷ en montrant comment les enseignants et les administrateurs doivent se comporter avec les enfants lors de leur retour à l'école), la Semaine de la nutrition, et le programme de transfert d'argent pour les familles touchées par le séisme. Le succès du programme *Bhandai Sundai* a produit une retombée, *Bhandai Sundai Gaon Gaon Ma* (Talking-Listening in

Villages), une émission itinérante animée par des célébrités népalaises populaires qui ont diffusé des messages sur la santé, la nutrition, l'assainissement, l'hygiène et la protection de l'enfance.^{8,9} Des partenariats avec Radio Nepal et l'Association des radiodiffuseurs communautaires du Népal ont permis aux membres de la communauté de passer des appels et de fournir des commentaires aux intervenants humanitaires sur leurs besoins et leurs préoccupations.

L'UNICEF Népal a également établi un partenariat avec *Yuwalaya*, une organisation dirigée par des jeunes avec un réseau de district existant. Des centaines de jeunes bénévoles ont mobilisé les communautés pour faciliter les discussions en personne et distribuer du matériel de communication et des fournitures de réadaptation essentielles. Ces efforts ont contribué à renforcer la résilience des communautés et à renforcer la responsabilité du gouvernement et de la communauté internationale.

Pendant la phase de relèvement après les tremblements de terre, l'équipe C4D de l'UNICEF Népal a soutenu le programme Promoting, Recovery and Resilience Among Earthquake-Affected Communities, comprenant (1) des activités de renforcement des capacités pour les organisations de la société civile (OSC), les groupes communautaires et les jeunes, et (2) la diffusion d'une série dramatique radiophonique à visée ludoéducative, *Milan Chowk* (le nom d'un village imaginaire au Népal). Les membres des organisations clés et des réseaux de jeunes ont été formés pour transmettre des informations essentielles, suivre les perceptions et les besoins de la communauté, élaborer des plans d'action communautaires et créer des mécanismes de retour d'information communautaire et de

responsabilité pour les personnes occupant des postes de responsabilité. Les messages transmis par ces groupes portaient sur les moyens de se préparer à de futures catastrophes et de prévenir la traite des êtres humains. Lorsque cela était possible et pertinent, le message a été intégré aux programmes en cours.¹⁰ Le feuilleton radiophonique, diffusé chaque semaine en tranches de 20 minutes, a fait passer des messages sur la santé maternelle et infantile, la nutrition, l'hygiène et la réduction des risques de catastrophe. Le contenu a été complété par du contenu local dans les langues locales produit par 16 stations de radio communautaires dans les districts prioritaires.



© UNICEF/UNI183943/Pandey



© UNICEF/UNI199132/Karki

Un système de suivi des utilisateurs finaux tiers (DARA) a permis d'évaluer l'efficacité de la réponse humanitaire et fournir des rapports périodiques sur la performance des programmes d'urgence de l'UNICEF, y compris les initiatives de communication sur le changement social et comportemental.¹¹ Le personnel de DARA a visité neuf districts au Népal et a mené plus de 150 entretiens avec des informateurs clés, 30 discussions de groupe et des observations sur l'assistance dans des centres de santé, des centres d'apprentissage, des abris, des maisons et d'autres endroits.



Principales réalisations

- Les activités de sensibilisation menées par les OSC, les groupes communautaires et les jeunes ont touché plus de 57000 personnes, les préparant à de futures catastrophes.

Le personnel de DARA

a visité neuf districts au Népal et mené plus de 150 entretiens avec des informateurs clés et 30 discussions de groupe

57 000 PERSONNES

pour les préparer à de futures catastrophes

16 STATIONS DE RADIO COMMUNAUTAIRES

dans les districts prioritaires complétés par du contenu local



© UNICEF/UN08387/Karki



Enseignements tirés¹²

- 1** Les initiatives visant à répondre aux urgences telles que les tremblements de terre et d'autres catastrophes doivent reposer sur une théorie claire du changement pour orienter leurs actions. L'absence d'une théorie du changement claire a été évidente dans la réponse initiale de l'UNICEF au Népal, ce qui a probablement contribué au manque d'intégration des activités de relèvement précoce dans la réponse et à un manque de planification entre août et février 2016.¹³
- 2** Des mécanismes de coordination et de rétroaction sont essentiels pour un meilleur engagement communautaire et une responsabilité accrue. Le GTC, en collaboration avec le gouvernement, a joué un rôle clé en fournissant des mises à jour sur la situation, en soutenant l'engagement communautaire et en diffusant des messages salutaires et opportuns dès le début de la situation d'urgence. La collaboration étroite avec toutes les parties prenantes concernées, ainsi que la présence de mécanismes établis, ont contribué à assurer la responsabilité envers la population affectée.
- 3** Impliquer les jeunes des communautés locales dans les activités de sensibilisation garantit non seulement la pertinence et l'acceptation des messages, mais augmente également l'identification et crée un sentiment d'appropriation.
- 4** Les partenariats avec les radiodiffuseurs nationaux et les associations de radiodiffusion ont contribué à assurer la responsabilité envers les populations affectées en fournissant aux communautés un moyen de donner leurs avis aux intervenants humanitaires sur leurs préoccupations et leurs besoins.
- 5** Offrir aux collectivités un contenu en langue locale adapté au plan géographique dans le cadre de la série radiophonique *Milan Chowk* a encouragé l'engagement communautaire et renforcé le sentiment de propriété vis-à-vis de cette série dramatique, ce qui a conduit à accroître son efficacité.
- 6** Le recueil des réactions du public sur le contenu médiatique par le biais d'entretiens avec des membres de la communauté et des discussions de groupe a permis de mieux comprendre comment la série radiophonique a été reçue et comprise par le public cible.
- 7** L'utilisation de programmes radio pour dispenser des conseils psychosociaux a bénéficié à ceux qui n'avaient pas un accès direct aux services de conseil.
- 8** Le financement d'activités spécifiques de communication pour le changement social et comportemental est essentiel pour atteindre les populations affectées et vulnérables.





Recommandations

- 1** Élaborer une théorie du changement pour guider les initiatives de réduction des risques de catastrophe.
- 2** Renforcer les mesures de préparation, y compris la formation nécessaire sur les procédures d'urgence et les plans de préparation et d'urgence.
- 3** Accroître la participation communautaire à la conception et à la mise en œuvre du programme.
- 4** Renforcer la collecte de données, le suivi et l'évaluation, et l'utilisation des données pour élaborer et affiner les activités.
- 5** Assurer des processus et des cadres de planification adéquats dans les situations d'urgence futures, y compris en renforçant les directives sur le relèvement précoce et la résilience, ainsi que la planification de la transition des interventions d'urgence aux activités de relèvement.
- 6** Améliorer la rapidité de l'intervention en situation d'urgence globale, notamment en élargissant les programmes de transferts d'argent pour accélérer les achats et en identifiant les opportunités d'entreposage stratégique pour les interventions d'urgence.



Notes de fin

- 1 Bureau des Nations unies pour la prévention des catastrophes, *Nepal: Gorkha earthquake 2015*, UNDRR, 2020, <www.preventionweb.net/collections/nepal-gorkha-earthquake-2015>.
- 2 Britannica, « Nepal earthquake of 2015 », <www.britannica.com/topic/Nepal-earthquake-of-2015>.
- 3 Ibid.
- 4 Bureau des Nations unies pour la prévention des catastrophes, *Nepal: Gorkha earthquake 2015*, UNDRR, 2020, <www.preventionweb.net/collections/nepal-gorkha-earthquake-2015>.
- 5 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Nepal earthquake 2015: Engaging communities to build resilience and accountability mechanisms*, UNICEF Nepal, <<https://app.box.com/s/ol86kvo5d71de6x6a5jwdurypsfnpcjh>>.
- 6 Le groupe de travail sur les communautés a ensuite été divisé en quatre sous-groupes : Messages et matériels, Mobilisation communautaire, Radio, et Suivi et évaluation.
- 7 La radio est un média très populaire parmi toutes les couches sociales de la population népalaise.
- 8 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Nepal earthquake 2015: Engaging communities to build resilience and accountability mechanisms*, UNICEF Nepal, <<https://app.box.com/s/ol86kvo5d71de6x6a5jwdurypsfnpcjh>>.
- 9 Les spectacles ludo-éducatifs comprenaient des humoristes, des magiciens, des chanteurs et d'autres artistes, comme Ani Choying Drolma, Jeetu Nepal, Kaliprasad Baskota, Komal Oli, Deepak Raj Giri et Deepashree Niraula.
- 10 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Nepal earthquake 2015: Engaging communities to build resilience and accountability mechanisms*, UNICEF Nepal, <<https://app.box.com/s/ol86kvo5d71de6x6a5jwdurypsfnpcjh>>.
- 11 DARA, *Final evaluation report: Evaluation of UNICEF's response and recovery efforts to the Gorkha earthquake in Nepal (25 April 2015 - 31 January 2016)*, 2016, <http://resources.daraint.org/unicef/DARA_UNICEF_Nepal_EHA_Final_Report.pdf>.
- 12 Les enseignements tirés se basent sur ceux notés dans la source suivante, sauf indication contraire : Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Nepal earthquake 2015: Engaging communities to build resilience and accountability mechanisms*, UNICEF Nepal, <<https://app.box.com/s/ol86kvo5d71de6x6a5jwdurypsfnpcjh>>.
- 13 DARA, *Final evaluation report: Evaluation of UNICEF's response and recovery efforts to the Gorkha earthquake in Nepal (25 April 2015 - 31 January 2016)*, 2016, <http://resources.daraint.org/unicef/DARA_UNICEF_Nepal_EHA_Final_Report.pdf>.

L'UNICEF Népal contribue à améliorer la sécurité des femmes bénévoles en santé communautaire grâce au design centré sur l'humain

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

© UNICEF/UN0638960/Upadhayay

Résumé

L'UNICEF Népal a dispensé une formation dans quatre provinces afin d'analyser les causes profondes des faibles taux de vaccination dans certaines communautés népalaises. Après avoir suivi une formation au renforcement des capacités à l'utilisation du design centré sur l'humain, une équipe de terrain à Katmandou a mené des recherches pour comprendre pourquoi la communauté de Chepang avait des taux de couverture vaccinale inférieurs à 70 %. L'étude a révélé que la peur ressentie par les

femmes bénévoles en santé communautaire (FBSC), lorsqu'elles doivent se déplacer seules dans certaines zones pour rappeler aux familles l'importance de se faire vacciner, était un facteur essentiel contribuant à cette faible couverture vaccinale. D'après les conclusions de l'étude, la résolution impliquait d'encourager les leaders communautaires, des individus influents au sein de leur communauté, à garantir la sécurité des femmes bénévoles en santé communautaire.



Contexte

Les femmes bénévoles en santé communautaire (FBSC) au Népal sont chargées de rappeler aux familles de se présenter aux rendez-vous de vaccination et les accompagnent depuis longtemps aux centres de santé pour ce faire. Cette pratique s'est avérée être une stratégie efficace pour accroître les taux de vaccination.

Toutefois, les FBSC ne se sentaient pas en sécurité lors de leurs déplacements d'une maison à l'autre dans certaines zones, ce qui a eu un impact négatif sur la couverture et les taux de vaccination dans les communautés situées dans des zones perçues comme peu sûres par ces femmes bénévoles.



Approche stratégique

L'UNICEF Népal a appuyé la mise en place de formations axées sur le design centré sur l'humain dans quatre provinces, mettant particulièrement l'accent sur les communautés affichant des taux de vaccination inférieurs à 70 %.

La communauté de Chepang, une minorité ethnique indigène vivant dans un bidonville urbain, a été choisie en priorité pour enquêter sur les raisons des faibles taux de vaccination. Dans le cadre de la formation, les participants se sont rendus à Chepang et, en s'appuyant sur la vision systémique de l'approche DCH, l'équipe de terrain a entrepris de comprendre le parcours de la vaccination du point de vue des personnes directement ou indirectement concernées (pasteurs, enseignants, parents/aidants familiaux, vaccinateurs, chef de section santé, femmes volontaires pour la santé communautaire (FBSC), président de quartier, par exemple). Grâce à des cartes de discussion visuelles et à d'autres outils de discussion créatifs, l'équipe sur le terrain a posé les questions suivantes :

- Comment se déroule la journée type d'une femme bénévole en santé communautaire (FBSC), quelles sont ses habitudes, ses routines et ses responsabilités ?
- Quelles sont les personnes les plus fiables et les plus influentes au sein de la communauté ?
- Quelles sont les principales barrières qui empêchent les agents de santé de fournir des services de qualité ?
- Quelle est la perception des pratiques et des services de santé au sein de la communauté ?
- Quelles sont les relations entre les agents de santé et les familles qui fréquentent la clinique ?

Il ressort de cette enquête que les FBSC ne se sentaient pas en sécurité lors de leurs déplacements de maison en maison pour rappeler aux familles de se rendre au dispensaire afin de se faire vacciner. Par ailleurs, l'équipe de terrain a constaté que ce sont les prêteurs, et non les dirigeants de la communauté, qui exercent le plus d'influence dans la communauté, et que ces prêteurs se considèrent (et aspirent à

être considérés) comme les protecteurs de la communauté. Il semble que la solution consiste à impliquer les prêteurs dans le maintien de la sécurité du FCHV. En tant que membres prospères et bien connectés de la communauté, les prêteurs, avaient accès à des ressources telles que le transport par moto, qui pouvait permettre aux FBSC de se déplacer en toute sécurité. Les prêteurs peuvent également défendre les intérêts des FBSC lors des réunions locales et dans les lieux où les chefs de la communauté se réunissent, afin de mobiliser un soutien plus étendu de la communauté et de sensibiliser celle-ci à leurs activités et à leur bien-être. En contrepartie, le secteur de la santé reconnaîtrait les prêteurs d'argent pour leurs services et leur impact positif.





Principales réalisations

- Grâce au processus de compréhension de la dynamique communautaire, l'équipe a découvert que ce sont les prêteurs, et non les dirigeants locaux, qui exercent le plus d'influence au sein de la communauté.



© UNICEF/UN0638751/Upadhayay

L'UNICEF Népal
a soutenu

DESIGN CENTRE SUR L'HUMAIN (DCH)

formation dans
quatre provinces

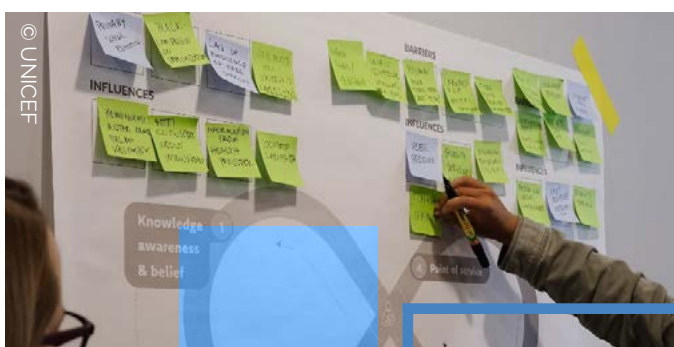
L'équipe de terrain a employé des
cartes de discussion visuelles
et d'autres outils de discussion
créatifs

L'équipe de terrain a appris que
les prêteurs étaient les personnes
les plus influentes au sein de la
communauté



Enseignements tirés et recommandations

- 1 Il est possible de donner aux prêteurs la possibilité de participer aux comités de santé locaux afin qu'ils puissent contribuer à résoudre les problèmes de sécurité, s'impliquer dans des initiatives sociales au sein de la communauté et défendre les FBSC en échange d'une reconnaissance de leur impact.
- 2 Pour trouver l'idée de tirer parti de l'influence et des ressources des prêteurs, une population jusque-là inexploitée au sein de la communauté, afin de répondre aux préoccupations des FBSC en matière de sécurité, il aurait nécessaire d'abandonner l'approche étroite de la vaccination et de comprendre la dynamique communautaire en adoptant une perspective plus globale centrée sur l'humain.



© UNICEF



© UNICEF/UN0666577

UNICEF Ghana facilite les recherches sur le changement social et comportemental et la diffusion des messages

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

Résumé



Dates de l'activité
Depuis 2015



Durée de l'activité
En cours



Budget

Temps d'antenne gratuit pour l'UNICEF d'une valeur de 1 million de dollars par l'intermédiaire de l'opérateur MTN Telecommunications, renouvelable tous les deux ans

UNICEF Ghana collabore avec des partenaires pour utiliser MessageWorks, une plateforme proposant cinq solutions technologiques clés, afin de mener rapidement des recherches, recueillir des informations sur les questions relatives à la santé, diffuser des informations sur la santé, la finance et d'autres informations relatives au changement social et comportemental auprès des Ghanéens, offrir des formations à distance aux professionnels de santé dans tout le Ghana et rendre les services de conseil sur la santé sexuelle et reproductive accessibles à un faible coût ou

gratuitement. Les informations recueillies sur les connaissances, les perceptions, les attitudes et les pratiques des personnes sont utilisées pour créer des prototypes d'intervention et tester les messages afin d'améliorer l'efficacité des initiatives visant à promouvoir les changements sociaux et comportementaux (CSC). À ce jour, les technologies ont permis d'atteindre plusieurs millions d'utilisateurs et ont fourni à UNICEF Ghana et à ses partenaires des commentaires qui sont utilisés pour améliorer les plateformes et les initiatives qui en résultent, visant à promouvoir le changement social et comportemental.



Contexte

L'élaboration d'interventions efficaces en matière de changement social et comportemental nécessite la contribution des populations cibles (conception axée sur l'être humain). Des informations relatives aux obstacles individuels et communautaires, aux facteurs, aux déterminants sociaux, aux croyances, aux préjugés, aux perceptions et aux pratiques actuelles doivent être recueillies, analysées et traduites en messages et activités appropriés. Une fois les interventions créées, les populations ciblées doivent disposer de canaux de communication accessibles pour répondre aux messages. Tandis qu'au moins 17 millions d'internautes au Ghana (soit 53 % de la population) peuvent accéder à des informations sur les situations d'urgence, la santé, l'éducation et la protection de l'enfance, des millions d'autres Ghanéens n'ont toujours pas accès à des informations de qualité et crédibles. Dans certains cas, ce manque d'information peut mettre la vie en danger. Dans d'autres cas, il freine

la croissance sociale et économique.¹ Pour les professionnels de santé qui travaillent pendant de longues heures, il peut être difficile de trouver le temps d'assimiler de nouveaux enseignements (par exemple, comment faire face à l'hésitation face au vaccin contre la COVID-19), en particulier pour ceux qui travaillent dans des endroits reculés et qui doivent faire l'effort de rechercher ou de participer à des formations.

Grâce au soutien d'une entreprise de télécommunications locale, MTN, les Ghanéens sans accès préalable à des canaux d'information basés sur la technologie ont pu accéder gratuitement à des informations essentielles. Ce partenariat, ainsi que d'autres partenariats locaux, a permis à UNICEF Ghana de tirer parti de plusieurs plateformes Internet pour mener des études d'audience, et de transmettre des informations vitales à la population, notamment aux plus vulnérables.



© UNICEF/UN192965/Flores



Approche stratégique

UNICEF Ghana compte sur cinq solutions technologiques clés pour faciliter un accès étendu à des informations essentielles, notamment sur la santé, aux Ghanéens :

1. **Des SMS, des plateformes audio**, et des plateformes en ligne à faible consommation de données ont été mis à disposition par VIAMO, un partenaire technologique et détenteur d'un accord à long terme avec l'UNICEF. VIAMO gère une base de données regroupant 486 565 personnes au Ghana. VIAMO utilise la technologie de Réponse Vocale Interactive (RVI) pour envoyer des messages et des contenus audio visant au changement social et comportemental, à un faible coût ou gratuitement. Ce système permet le développement rapide de contenu dans les six langues ghanéennes les plus parlées. Le contenu audio convient plus particulièrement aux personnes analphabètes. MTN, le plus grand opérateur de télécommunications au Ghana, met à disposition de l'UNICEF l'équivalent d'un million de dollars de temps d'antenne tous les deux ans, ce qui permet aux personnes dépourvues d'accès à Internet de recevoir des informations essentielles gratuitement et dans le confort de leur foyer.

2. **Agoo** est un portail RVI exclusif, en langue locale et à la demande, conçu pour fournir des informations pertinentes sur la finance, l'employabilité, l'entrepreneuriat, la santé (en particulier la santé sexuelle), la prévention de la COVID-19, la sécurité numérique et en ligne et bien d'autres domaines. Le portail est géré par VIAMO pour UNICEF Ghana. UNICEF Ghana et VIAMO ont invité des partenaires soucieux des besoins des jeunes, tels que les Guides du Ghana, les Scouts, le Ghana Education Service, Curious Minds, Amplio Ghana, Savanna Signatures, le Ghana Health Service et Theatre for Social Change, à participer à des ateliers de co-création de contenu afin de déterminer la meilleure façon d'atteindre plus de jeunes par l'intermédiaire d'Agoo. Ce portail contribue à éliminer les obstacles (par exemple, la stigmatisation) auxquels les jeunes sont confrontés en matière d'accès à l'information et aux services lors de rencontres en personne. Agoo, donne la possibilité aux jeunes de



participer à des échanges importants qui sont pertinents pour leurs communautés et contribuent au changement. Les abonnés de MTN peuvent accéder gratuitement à ce portail via un code court (5100) pour écouter des informations essentielles conçues pour les aider à prendre des décisions éclairées.

3. **AgooSHE+** est un service d'assistance téléphonique qui offre aux jeunes un environnement propice à l'accès à des informations et services sur la santé reproductive, et leur donne la possibilité d'interagir directement avec des conseillers professionnels dans les domaines de la santé, des droits en matière de santé sexuelle et reproductive, et des services sociaux. Ce service a débuté comme une assistance téléphonique en santé sexuelle et reproductive ; il a depuis été étendu à d'autres domaines clés émergents, tels que la culture financière, la santé mentale et le bien-être, la sécurité numérique, l'esprit d'entreprise et l'employabilité, qui restent essentiels pour la jeunesse ghanéenne.

4. **Talking Book** est un dispositif audio portable, facile à utiliser, alimenté par une batterie rechargeable. À leur convenance, les auditeurs ayant un accès limité à l'information en raison de la pauvreté, de la situation géographique, d'un faible niveau d'alphabétisation, de l'absence d'électricité ou d'Internet, peuvent accéder et partager dans leur langue locale, des messages clés pré-enregistrés sur la santé,

l'agriculture, l'éducation, la nutrition et bien d'autres domaines. Le contenu, qui prend généralement la forme de chansons, de pièces de théâtre, d'interviews et de messages de soutien, est élaboré par des partenaires locaux qui sont en mesure d'adapter les messages en fonction du contexte culturel. Les messages sont produits conjointement par les communautés bénéficiaires et les concepteurs du programme au cours de sessions de co-création. Ce dispositif permet également aux auditeurs d'effectuer des enregistrements, offrant ainsi aux organisations des retours pertinents d'information susceptibles d'influencer la mise en œuvre de leur programme. En partenariat avec UNICEF Ghana, Amplio et le Ghana Health Service, les Talking Books ont diffusé des informations pertinentes sur la COVID-19 aux zones les plus vulnérables de la région du Haut-Ouest, tout en permettant aux agents de santé communautaires de respecter la distanciation sociale pendant la pandémie de COVID-19.

5. **L'Internet of Good Things (IoGT)** est une initiative menée par l'UNICEF qui héberge des contenus mobiles conçus pour mettre gratuitement à disposition des informations permettant de sauver et d'améliorer des vies, même sur des appareils bas de gamme. IoGT aide les communautés et les travailleurs de première ligne à accéder à des informations éducatives sur les lieux de soins. Les thèmes et questions abordés sur l'Internet of Good Things sont variés. Ils incluent la santé maternelle, l'hygiène, les situations d'urgence sur des maladies telles que la fièvre jaune, le changement climatique, la poliomyélite et le choléra, ainsi que des conseils sur la santé sexuelle et le VIH pour les adolescents, la sécurité sur Internet, les techniques parentales positives et plus... Les

composants multimédias et les fonctions de communication bidirectionnelle permettent également d'utiliser la plateforme IoGT pour recueillir des commentaires et les meilleures pratiques locales auprès des communautés au moyen de sondages et de fonctionnalités d'enquête.

Le contenu pour chaque activité clé, axée sur la technologie est créé en collaboration avec des partenaires du pays et se fonde sur des recherches menées à l'aide des plateformes. Par exemple, une enquête interactive par téléphone portable a été menée pour explorer les facteurs influençant l'acceptation du vaccin contre la poliomyélite chez les mères ghanéennes ayant des enfants de moins de cinq ans. Les principaux résultats de l'étude ont montré que le principal obstacle à la vaccination contre la poliomyélite est la peur des effets secondaires, suivie par la perception que la poliomyélite n'est pas une maladie dangereuse, et que les principaux moteurs de l'acceptation du vaccin contre la poliomyélite sont la sensibilisation à la paralysie causée par la poliomyélite, la perception du vaccin comme sûr et le soutien des professionnels de santé. Ces résultats ont été utilisés pour fournir aux utilisateurs de la plateforme des messages sur la sécurité du vaccin. Les plateformes ont également été utilisées pour tester les types de messages (par exemple, l'altruisme par rapport à la peur). Le contenu de la plateforme est régulièrement mis à jour et peut être facilement modulé grâce à l'utilisation de messages pré-enregistrés et de cours de formation. Compte tenu du calendrier serré pour la mise en œuvre d'interventions critiques, notamment dans les situations d'urgence, ces solutions technologiques se sont révélées extrêmement utiles pour améliorer l'accès à l'information de tous les Ghanéens.





Principales réalisations

- À ce jour, la plateforme Agoo a reçu plus de neuf millions d'appels et soutenu 4,5 millions de personnes. En 2021, un total de 1 112 989 appels ont été reçus de 174 548 appelants au cours de l'année, indiquant un taux élevé d'utilisation répétée, chaque appelant ayant appelé plus de 6 fois au cours de l'année.
- En 2021, le centre d'appel Agoo SHE+ a permis à 2 162 adolescents de bénéficier de services de conseil.
- Le programme Talking Book a permis de transmettre des messages axés sur le changement social et comportemental à 94 793 personnes dans les districts de Tolon, Karaga et Jirapa, au nord du Ghana. Un nouveau modèle d'écoute consistant à utiliser le dispositif portable au cours de consultations prénatales et pédiatriques en dispensaire de protection infantile dans cinq zones de services de santé communautaire et de planning (CHPS) de la municipalité de Jirapa a permis d'augmenter de 14 % la participation aux consultations prénatales et pédiatriques dans les CHPS en 2019. Le modèle a également incité les soignants à rester plus longtemps pour la promotion et l'éducation en matière de santé ; il a également entraîné une augmentation de 29 % de la prise de suppléments de vitamine A dans trois des cinq zones CHPS sélectionnées, ainsi que de la participation des hommes aux consultations pédiatriques (45 %). Le soutien technique apporté au Ghana Health Service en matière de formation aux techniques de prévention des maladies infectieuses dans 14 districts où le programme WASH est accéléré, a permis la diffusion des messages sur le lavage des mains auprès de 571 152 soignants.
- En moyenne, plus de 11 500 personnes consultent chaque mois l'Internet of Good Things au Ghana, ce qui contribue à combler le fossé numérique et à améliorer l'accès aux informations essentielles.

En diffusant des messages incitant à un changement de comportement, par le biais des cinq plateformes technologiques, UNICEF Ghana permet à plus de 3,3 millions de Ghanéens par an de bénéficier d'initiatives à une grande échelle et d'accéder à des informations essentielles.



plus de
neuf millions d'appels

ont reçu et

4,5 millions de personnes

ont été prises en charge

Le programme « Talking Book » a
bénéficié à

94,793 PERSONNES

11,500 VISITEURS

par mois sur l'Internet of Good
Things au Ghana.



Enseignements tirés

- 1** Les solutions technologiques telles que l'AgooSHE+ et l'loGT éliminent la pression rencontrée en personne et offrent une meilleure garantie de confidentialité aux utilisateurs, notamment aux adolescents.
- 2** La collaboration entre le secteur privé, les ONG, les institutions universitaires et les partenaires gouvernementaux, ainsi que la co-création participative du contenu technologique, garantissent sa grande pertinence pour le public cible.
- 3** Les plateformes technologiques conçues pour la diffusion d'informations peuvent également être utilisées pour recueillir des données de recherche quantitatives favorisant la conception, le test et le suivi des progrès réalisés par le public cible.
- 4** La technologie audio est un mode de communication important pour atteindre les personnes qui ne savent pas lire ni écrire.
- 5** La mise en relation des plateformes technologiques entre elles et la diffusion du contenu sur plusieurs canaux peuvent contribuer à optimiser la portée des messages clés.
- 6** L'association bénéfique entre la narration et la ludification peut susciter un engagement significatif de l'utilisateur et favoriser la promotion et l'adoption de comportements positifs.



Recommandations

- 1** Intégrer les technologies clés de MessageWorks aux plateformes de communication gouvernementales, ainsi qu'aux autres plateformes, pour améliorer l'interopérabilité et le renforcement du système.
- 2** Poursuivre les collaborations avec les universités pour mener des recherches, des expérimentations et des tests rapides, afin de maintenir les progrès réalisés en matière de changement de comportement grâce à MessageWorks depuis sa création en 2015.
- 3** Intégrer les plateformes technologiques existantes (par exemple, le chatbot WhatsApp, Cranky Uncle) dans MessageWorks pour améliorer la numérisation des interventions de CSC.
- 4** Organiser plus de sessions de co-création afin de développer de nouveaux contenus et de nouvelles formations pour les technologies clés de MessageWorks.

Notes de fin

- 1 Fondation des Nations unies pour l'enfance, « UNICEF Ghana launches Internet of Good Things 2.0 », UNICEF Ghana, 13 juin 2022, <www.unicef.org/ghana/press-releases/unicef-ghana-launches-internet-good-things-20>.



© UNICEF/UN043 1322/Annankra



L'UNICEF Ghana promeut l'utilisation d'une conception centrée sur l'humain pour améliorer l'adhésion à la vaccination contre la COVID-19 et le lavage systématique des mains parmi les agents de santé sur les sites de vaccination

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

Résumé

Compte tenu de l'urgence de la riposte à apporter à la pandémie de COVID-19 en évolution, l'analyse et la compréhension des facteurs comportementaux qui ont contribué à retarder l'adhésion au(x) vaccin(s) contre la COVID-19 ou le refus de ceux-ci ont nécessité une évolution des approches traditionnelles de changement social et comportemental (CSC) vers de nouvelles stratégies de conception.

Le ministère de la santé du Ghana et l'UNICEF Ghana se sont immédiatement tournés vers l'approche de la conception centrée sur l'humain (CCH) pour mettre au point des interventions comportementales afin de déployer la vaccination contre la COVID-19 tout en s'attaquant à la question des pratiques de lavage des mains pour les agents de santé de première ligne dans la zone métropolitaine de Kumasi.



Contexte

En février 2022, l'offre et la couverture du vaccin contre COVID-19 au Ghana présentaient une disparité considérable. Alors que le pays disposait de suffisamment de vaccins pour inoculer au moins une dose à 88 % de sa population éligible, le taux d'utilisation était lamentablement bas. Près de la moitié des vaccins disponibles dans le pays a été administré à environ 16 % de la population cible.

L'agglomération de Kumasi, deuxième ville du pays et capitale historique de l'Empire ashanti, a été l'une des zones les plus durement touchées par la pandémie.¹ Selon une enquête menée

dans cette région avant le déploiement de la campagne de vaccination contre la COVID-19, environ 55 % des habitants de la région Ashanti ont exprimé leur intention de se faire vacciner contre la COVID-19 et de se laver les mains régulièrement pour éviter la propagation de la maladie. Les taux de vaccination contre la COVID-19 et de lavage régulier des mains sont toutefois restés faibles. Le Ghana Health Service (GHS) du ministère de la Santé, l'UNICEF et Common Thread ont collaboré pour remédier au faible taux de vaccination contre la COVID-19 et de lavage des mains.



© UNICEF/UNI342029/



Approche stratégique

Pendant trois jours, les acteurs nationaux et régionaux du Ghana Health Service, de l'UNICEF, des partenaires d'exécution et des organisations de la société civile ont reçu une formation théorique et pratique sur l'approche de la conception centrée sur l'humain, comprenant une introduction à la conception comportementale, des exercices d'enquête rapide sur trois sites et un atelier de co-conception utilisant les résultats de l'enquête rapide. Dans le cadre des exercices d'enquête rapide, le personnel du Ghana Health Service, le personnel de l'UNICEF et les partenaires d'exécution ont passé une journée entière à observer les vaccinateurs et les personnes recevant les vaccins contre la COVID-19 sur trois sites de vaccination à Kumasi, mais aussi à discuter avec eux. La combinaison de l'apprentissage en classe, de la collecte de données pratiques et du travail de co-conception pour mettre au point une intervention finale a permis aux participants de mieux comprendre et appliquer l'approche.

Les exercices d'enquête rapide ont permis d'identifier une raison essentielle pour laquelle les Ghanéens de la région métropolitaine de Kumasi ne se faisaient pas vacciner contre la COVID-19, à savoir qu'ils étaient favorables à une « vaccination opportuniste », c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas d'hésitation particulière à se faire vacciner, mais qu'ils ne cherchaient pas à se faire vacciner de manière urgente ou active. Dans les centres de santé, les agents de santé avaient connaissance de l'importance du lavage des mains au savon et à l'eau courante, ainsi que de la fréquence de cette pratique, mais ils avaient tendance à utiliser davantage de désinfectant pour les mains. Les observations de l'enquête rapide ont montré qu'il n'existait pas de panneaux, d'affiches, de peintures murales ou d'autres indications sur la disponibilité des vaccins dans les sites de vaccination mobiles ou fixes. La plupart des gens ont été mis au courant de la disponibilité des vaccins par des annonces à la radio ou par le bouche-à-oreille. Dans les sites de vaccination, le processus de vaccination n'était généralement pas indiqué à l'aide de repères visuels. Les gens se fiaient aux instructions des agents de santé pour les guider tout au long du processus.

Ces résultats ont abouti à deux conclusions qui ont permis de concevoir des solutions adaptées au contexte : (1) Offrir des possibilités aux personnes favorables à la « vaccination opportuniste » de se faire vacciner facilement ; et (2) créer des supports d'orientation pour orienter les usagers vers des sites de vaccination pratiques et pour rappeler aux agents de santé de se laver les mains au savon conformément aux directives contre la COVID-19. L'objectif était de réduire les frictions afin que les membres de la communauté fassent le moins d'efforts possible pour se faire vacciner. Les agents de santé avaient la possibilité d'avoir recours aux rappels visuels se trouvant dans leur environnement immédiat pour leur rappeler non seulement de se laver les mains régulièrement entre deux patients, mais aussi de s'assurer que leur poste de travail était équipé pour le lavage des mains au début de chaque séance de vaccination.

Des prototypes ou les supports d'orientation ont été créés et testés avec la participation des membres de la communauté et des agents de santé de première ligne afin de s'assurer que les supports étaient bien adaptés aux populations visées. L'objectif du prototypage était de se servir des messages-guides pour accroître le nombre de vaccinations, en particulier chez les femmes du marché dont les activités quotidiennes d'achat et de vente, pour le moins absorbantes, les empêchent de se faire vacciner et d'avoir recours à d'autres services de routine. Une fois que les principes clés de l'approche d'orientation ont été établis, l'itération et la mise à l'échelle ont suivi. Les établissements de santé proposant la vaccination contre le COVID-19 ont reçu des directives pour l'utilisation des supports d'orientation (par exemple, « Placer des panneaux de consignes à l'extérieur de chaque site de vaccination fixe ou mobile indiquant le type de vaccins disponibles, les jours/heures de disponibilité et la durée approximative nécessaire pour se faire vacciner » ; « Doter les sites de vaccination mobiles et fixes du matériel de lavage des mains, y compris de l'eau propre provenant de robinets en état de marche, du savon, des mouchoirs/serviettes et du désinfectant pour les mains »).



Principales réalisations

- L'application d'un modèle comportemental dans l'élaboration des solutions communautaires visant à améliorer la prestation des services de santé a suscité l'intérêt des parties prenantes du Ghana Health Services (GHS). La Health Promotion Division (HPD) discute activement avec l'UNICEF des plans de diffusion de la formation au personnel des régions et des districts ;
- Les données issues du Ghana Health Services - Expanded Programme on Immunization (EPI) couvrant la période d'intervention de février à novembre 2022 ont montré que le pourcentage de personnes entièrement vaccinées dans la région d'Ashanti (Kumasi) est passé de 24,6 à 35,4 %.²
- Les résultats de l'application de l'approche de la conception centrée sur l'humain aux défis de la COVID-19 au Ghana ont suscité l'intérêt d'autres secteurs. Par exemple, cette approche est désormais appliquée dans le secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH). À cet effet, une formation nationale de formateurs sur l'approche de la conception centrée sur l'humain a été organisée avec 48 participants du gouvernement, des organisations non gouvernementales (ONG) partenaires et l'équipe WASH de l'UNICEF afin de créer conjointement des solutions pour accélérer la construction de latrines durables pour mettre fin à la défécation à l'air libre dans les communautés rurales du Ghana.
- L'équipe Politique et inclusion sociales de l'UNICEF a d'ores et déjà fait part de son intérêt à la suite de son examen annuel avec les partenaires gouvernementaux. Dans le nouveau programme nationale (2023-2027), l'équipe Politique et inclusion sociales a identifié l'approche de la conception centrée sur l'humain comme un égalisateur efficace pour recueillir des idées et cocréer des solutions autour des supports de promotion sur des programmes tels que Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP), un programme gouvernemental d'allocations sociales en espèces destiné à donner aux personnes pauvres et vulnérables les moyens d'accéder aux services sociaux et de santé.

48
PARTICIPANTS

de représentants du gouvernement, d'ONG et de l'UNICEF WASH ont participé à la formation des formateurs.

Personnes entièrement vaccinées dans la région d'Ashanti (KUMASI)

est passé de

24.6%

à

35.4%



© UNICEF/UN0431325/Annankra



Enseignements tirés

- 1 La création de prototypes et l'écoute des commentaires sur le matériel ont permis d'améliorer les messages et leur intérêt.** Les retours d'information ont montré une nette préférence de la palette de couleurs vertes et jaunes de la part des populations. Le retour d'information a permis d'identifier d'autres éléments à adapter au contexte, notamment la traduction du message en twi (ou dans d'autres langues locales, le cas échéant) et l'adaptation de la coiffure et des vêtements de la femme illustrée en fonction de la communauté dans laquelle le panneau est apposé ;
- 2 Les supports d'orientation doivent indiquer les coordonnées du site de vaccination, en particulier les heures d'ouverture.** La signalétique doit indiquer les principales informations relatives à la vaccination (par exemple, l'heure, les exigences, la disponibilité, l'assistance téléphonique ou le numéro de téléphone) afin d'orienter les usagers vers le site et de leur donner une idée de la procédure, en particulier s'ils doivent revenir pour une vaccination ultérieure.
- 3 Les supports d'orientation doivent être apposés dans les espaces publics et directement à l'extérieur des sites des établissements de santé fixes.** Il est important pour la population visée que les informations sur le lieu du service de vaccination soient bien en vue.
- 4 Les supports d'orientation concernant le lavage des mains pour les agents de santé doivent être clairs, attirer l'attention et être apposés à un endroit approprié.** Les panneaux doivent indiquer la nécessité de se laver les mains avec de l'eau propre et du savon pour des raisons de sécurité, d'une manière qui attire l'attention des agents de santé très occupés ; les supports doivent être adaptés aux sites mobiles et/ou fixes.
- 5 Les supports d'orientation ne seront pas efficaces s'ils ne sont pas accompagnés d'une infrastructure de soutien.** Les sites de vaccination doivent être équipés d'installations nécessaires au lavage des mains pour permettre une hygiène régulière des mains.



Recommandations

- 1** Contribuer au renforcement des capacités des responsables de la promotion de la santé dans tout le Ghana afin d'améliorer leurs compétences en matière d'application de l'approche de la conception centrée sur l'humain en vue de la conception d'interventions communautaires afin d'institutionnaliser la conception centrée sur l'humain dans les organismes gouvernementaux chargés de la mise en œuvre.
- 2** Dans le cadre du programme de changement social et comportemental du bureau régional de l'UNICEF, le bureau de l'UNICEF au Ghana devrait continuer à travailler avec Common Thread pour mettre en œuvre d'autres projets de conception centrée sur l'humain au Ghana.
- 3** Composer un groupe de travail technique pour la mise en œuvre de la science du comportement et de la conception centrée sur l'humain afin de promouvoir la viabilité.

Notes de fin

- 1 Acheampong et al, « Examining Vaccine Hesitancy in Sub-Saharan Africa : A Survey of the Knowledge and Attitudes among Adults to Receive COVID-19 Vaccines in Ghana », MDPI, 2021, <<https://www.mdpi.com/2076-393X/9/8/814>>.
- 2 L'orientation a pu contribuer à cette augmentation. Elle n'est cependant pas uniquement attribuable au changement observé. Une analyse plus approfondie est nécessaire pour fournir une estimation exacte de l'impact de l'orientation sur la participation à la vaccination.



© UNICEF/UNI342092/

L'UNICEF Sierra Leone utilise la plateforme U-Report pour prévenir une épidémie de choléra et faciliter les transferts d'argent parmi les victimes de la coulée de boue à Freetown¹

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

Résumé

En août 2017, l'UNICEF Sierra Leone a répondu aux besoins des familles déplacées ayant été touchées par les inondations et les coulées de boue à Freetown, capitale de la Sierra Leone. L'action a porté sur la fourniture d'eau potable, d'installations sanitaires, la livraison de fournitures (notamment des médicaments, des tentes et des gants) à la demande du gouvernement, et l'apport d'un soutien psychosocial aux personnes

et aux familles sinistrées. L'UNICEF Sierra Leone a eu recours à la plateforme de messagerie sociale U-Report pour communiquer avec les populations sinistrées par la crise, en les associant à la conception et à l'acheminement de l'aide humanitaire. Aucune épidémie de choléra n'a été signalée. Le système U-Report mis en place par l'UNICEF continue d'être utilisé pour d'autres situations d'urgence.

La Sierra Leone reste l'un des pays les plus pauvres du monde, occupant le 179^e rang sur 188 pays selon l'indice de développement humain en 2016. Les inondations en Sierra Leone sont courantes pendant la saison des pluies annuelle et se produisent dans tout le pays avec des impacts variables. Les causes principales des inondations sont une combinaison des pluies tropicales, de la dégradation du littoral, de l'extraction de pierres, de la déforestation et de l'urbanisation non planifiée qui bloquent les systèmes de drainage dans les grandes villes.

Le 14 2017, des pluies diluviennes se sont abattues sur les pentes de la montagne du Pain de Sucre à Freetown. Les déforestations chroniques ont laissé les pentes dénudées, provoquant le roulement de blocs rocheux et l'écoulement de boue dans les lotissements, écrasant les maisons et engloutissant les communautés dans la boue rouge. Plus de 500 personnes ont trouvé la mort et l'on estime à 1500 le nombre de ménages gravement touchés. Des milliers de personnes se sont retrouvées sans abri, les personnes déplacées ont été logées dans des abris temporaires. La catastrophe a profondément choqué et traumatisé la population.

Le choléra et d'autres épidémies sont fréquents à la suite de ces catastrophes. En 2014 - 2015, lors de l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone (13500 cas et près de 4000 décès), l'UNICEF a d'abord mis en place U-Report, un outil de messagerie sociale gratuit qui est à la fois un système de diffusion d'informations et une plateforme d'engagement communautaire, afin d'informer la population sur la maladie et les mesures de prévention efficaces. À la suite des coulées de boue de 2017, l'équipe Communication pour le développement (C4D) de l'UNICEF Sierra Leone a collaboré avec U-Report pour diffuser des messages de prévention du choléra et informer les personnes et les familles sinistrées sur les droits et les virements en espèces inconditionnels mis à disposition par le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni.





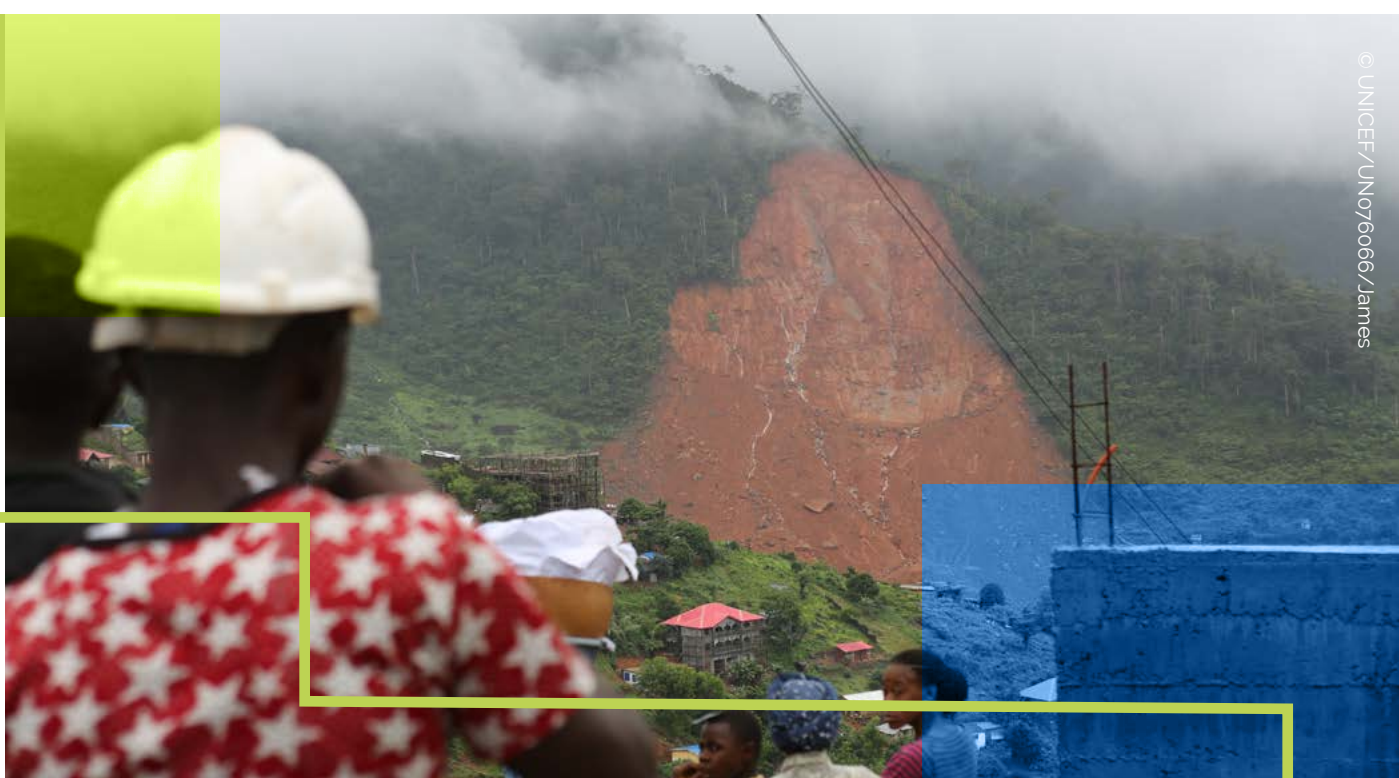
Approche stratégique

La plateforme U-Report de l'UNICEF, disponible par SMS, Facebook et Twitter, a été utilisée pour la diffusion de messages et le recueil d'informations auprès des personnes se trouvant dans les zones sinistrées. Des sondages U-Report visant à évaluer la situation à des fins de planification immédiate ont été réalisés dans les 24 heures suivant les coulées de boue. Les résultats du sondage ont montré qu'au moins 72 % des utilisateurs de U-Report n'avaient pas accès à l'eau potable. Les sondages ont également montré que seule une minorité des personnes dont l'approvisionnement en eau était interrompu pouvait recevoir de l'eau par camion (en grande partie à cause de l'inaccessibilité), ce qui a contrecarré l'intervention initiale de l'UNICEF qui prévoyait l'acheminement de l'eau par camion. Un autre sondage a révélé que 51 % des 75 000 utilisateurs de U-Report ne pouvaient pas identifier les signes du choléra, 67 % ne savaient pas comment le traiter et 62 % ne savaient pas comment prévenir la maladie. Ces sondages en ligne ont permis d'évaluer rapidement la situation et d'informer les responsables de l'aide aux victimes des coulées de boue. Les données recueillies ont servi à établir des messages de sensibilisation, de mobilisation sociale et de changement de comportement. Les messages ont été diffusés par le biais de la télévision, de programmes

radio avec des tribunes téléphoniques, et lors de réunions publiques ou communautaires.

Le pilier national de communication et de mobilisation sociale (NCSMP), composé d'organisations gouvernementales et non gouvernementales internationales et co-présidé par l'UNICEF, a apporté un soutien financier et technique aux activités de communication et de mobilisation sociale. Les messages clés sur le choléra et les inondations contenus dans le Guide des messages d'urgence 2017 de l'UNICEF ont été extraits et utilisés pour montrer l'importance de la prévention du choléra et des mesures de sécurité à prendre après une inondation. Des messages connexes sur l'allaitement, le lavage des mains, la collecte des eaux de pluie, la protection des enfants, la prévention du paludisme, l'utilisation de sels de réhydratation orale (SRO) et les soins psychosociaux ont été ajoutés aux messages clés au cours des activités de mobilisation communautaire.

Plus de 500 agents de santé communautaires (ASC) ont été engagés et formés à l'aide du guide des messages d'urgence, afin de faire du porte-à-porte pour transmettre aux familles de leurs communautés des messages clés sur la prévention du choléra, des inondations et



© UNICEF/UN076066/James

des coulées de boue. Le guide a également été distribué aux stations de radio afin d'aider les animateurs radio à animer des programmes de discussion sur la catastrophe. Des activités d'orientation ont été organisées pour les principaux acteurs communautaires afin de les informer de la situation et de les encourager à prendre des mesures pour protéger les victimes au sein de leur communauté contre une exploitation plus poussée

Une session d'orientation sur les messages clés a été organisée pour les chefs religieux. Au moment des inondations, le programme C4D de l'UNICEF avait conclu un accord de coopération avec le Conseil inter-religieux de Sierra Leone qui a permis de mobiliser 80 chefs religieux des églises et des mosquées de Freetown. Toutes les organisations non gouvernementales et les responsables des écoles de Freetown ont également été sensibilisés aux messages clés. L'équipe C4D a travaillé en étroite collaboration avec le secteur WASH pour s'assurer que tous les messages destinés à favoriser le changement de comportement comprenaient des informations sur la chloration de l'eau et la collecte de l'eau.

Les virements d'espèces ont été effectués par la société locale de téléphonie mobile, ORANGE, à l'aide d'une plateforme existante de transfert

d'argent mobile appelée ORANGE Mobile Money. Lors des journées d'inscription et de distribution, tous les bénéficiaires vérifiés du programme qui avaient reçu un téléphone portable et une carte SIM (Subscriber Identity Module) ont été inscrits à U-Report sur leur nouveau téléphone, avec l'aide des bénévoles. Dans le cadre des virements d'espèces à des fins humanitaires et de relèvement rapide en faveur des victimes de coulées de boue et d'inondations, U-Report a été utilisé pour évaluer les opérations et l'impact du programme, ainsi que pour servir d'outil d'information aux bénéficiaires. Les transferts ont été versés en quatre tranches, toutes les activités étant étroitement surveillées par la Commission nationale d'action sociale (NaCSA), la Commission de lutte contre la corruption, le Secrétariat à la protection sociale, l'UNICEF et d'autres partenaires.

U-Report a été utilisé pour le suivi et l'évaluation des efforts de relèvement après les coulées de boue. Des informations ont été collectées sur le nombre de familles engagées, leurs préoccupations et les questions liées à la fourniture de services. Les données ont été rassemblées et soumises à des analyses à la fin de chaque journée afin de contribuer à informer les activités de la C4D en temps utile.



© UNICEF/Un76068/Jarner



Principales réalisations

- Dans les 24 heures qui ont suivi l'événement, le bureau national de la Sierra Leone (CO) était en communication directe avec les communautés sinistrées au sujet de leur approvisionnement en eau et des conditions générales par l'intermédiaire de U-Report.
- Des séances d'orientation ont été organisées pour 500 agents de santé communautaires, 150 conseillers locaux, conseillers de quartier et chefs de tribu, 300 enseignants dans les zones sinistrées, 150 chauffeurs membres de syndicats, d'autres membres de syndicats, des conducteurs d'okada et de tricycles, 150 propriétaires de bateaux, vendeurs ambulants et manutentionnaires, ainsi que des membres de groupes de soutien aux parents.
- Les activités de l'équipe C4D ont contribué à la prévention d'une épidémie de choléra à la suite des inondations et des coulées de boue.
- À la fin de la réponse initiale, les mobilisateurs communautaires avaient effectué 78 628 visites dans les ménages. Parmi ceux-ci, 39 412 mères d'enfants de moins de cinq ans ont reçu des visites répétées et ont été engagées, et 3 222 enfants ont fait l'objet d'un dépistage de diverses infections, dont 151 cas suspects de choléra qui ont été référés pour un examen plus approfondi et un avis médical.
- Entre septembre et mars 2018, des transferts d'argent ont été fournis à 1 885 ménages dans les communautés sinistrées par le biais de la NaCSA, soutenue par l'UNICEF. Les virements d'espèces ont eu pour effet souhaité d'aider les ménages cibles à se relever de la catastrophe, en les aidant à accéder aux services de base et à satisfaire leurs besoins fondamentaux. Les transferts d'espèces ont également permis aux familles d'investir dans le relèvement à plus long terme en investissant dans les moyens de subsistance, ce qui a finalement renforcé leur résistance aux perturbations futures.
- L'approche U-Report utilisée pour faire face au phénomène de coulée de boue de 2017 en Sierra Leone est employée dans d'autres situations d'urgence, d'aide humanitaire et de développement en Sierra Leone. Juste avant le début de la saison des pluies en mai 2018, le C4D a soutenu le conseil municipal de Freetown en menant des activités de sensibilisation dans 35 zones inondables dans la capitale. Les 75 conseillers de quartier de la région ouest ont reçu une orientation sur ces activités et des informations essentielles sur l'atténuation des inondations.

Des séances d'orientation ont été organisées avec

500 AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

78,628

VISITES DANS LES MÉNAGES

ont été menées par des mobilisateurs communautaires

Des transferts d'espèces ont été effectués à

1,885 MÉNAGES

dans les communautés sinistrées



Enseignements tirés et recommandations

- 1 U-Report s'est révélé extrêmement utile en s'engageant directement auprès des populations dans une situation d'aide d'urgence afin de fournir des informations aux populations sinistrées et de collecter des données en temps réel auprès d'elles. Les informations générées par U-Report ont permis de corriger en connaissance de cause les interventions prévues.
- 2 La catastrophe de 2017 en Sierra Leone a entraîné la création de points focaux et de comités d'urgence dans les 190 chefferies du pays. Les points focaux ont été formés à l'aide du guide des messages d'urgence afin d'identifier et d'élaborer un plan visant à réduire l'occurrence des risques probables dans leurs localités.



© UNICEF/UN0628901/RootTop Productions

Notes de fin

- 1 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Sierra Leone mudslide response 2017: Using digital platforms to place affected populations at the heart of the response*, UNICEF Sierra Leone. <<https://www.unicef.org/innovation/media/8611/file/Sierra%20Leone%20Mudslide%20Case%20Study.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

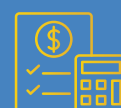
Résumé



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 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>>.

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

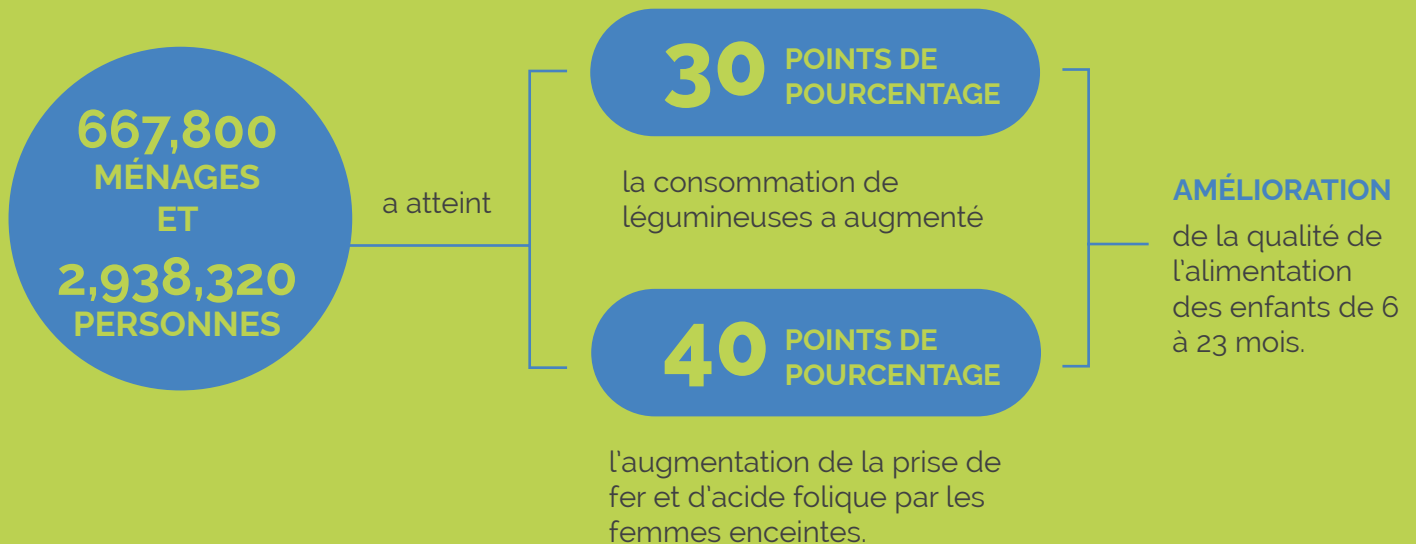
fournissaient des services de proximité au niveau des ménages. Le modèle du groupe de soins a été conçu pour promouvoir l'appropriation des interventions par la communauté et la durabilité des résultats souhaités en matière de nutrition et de santé, en fixant un ensemble d'objectifs communs et en créant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





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=RjGBLvo11Bs&list=PLYaKipQFMMmsiYJNxivAjqoq15P4Ktmq8y&index=2>

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 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.




© UNICEF/UN029981/Kamuhana

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 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.





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.

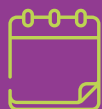


© UNICEF/UN0841093/Naftalin

L'UNICEF Bangladesh dépasse l'objectif fixé lors de la pandémie de COVID-19 grâce à une campagne de vaccination contre la rougeole et la rubéole

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

Résumé



Dates de l'activité
Décembre 2020 à
février 2021



Durée de l'activité
Six semaines



Budget
12 millions de dollars
US

L'UNICEF Bangladesh, en collaboration avec le Programme élargi de vaccination (PEV) du ministère de la Santé et du Bien-être familial du Bangladesh et d'autres partenaires, a appuyé la mise en œuvre d'une campagne de vaccination pour s'assurer que les parents et les personnes s'occupant des enfants maintiennent leur confiance dans la vaccination des enfants

pendant la pandémie de COVID-19, et que les enfants âgés de neuf mois à neuf ans respectent les calendriers de vaccination contre la rougeole et la rubéole. La campagne a touché 36,6 millions d'enfants dans les 64 districts du pays, y compris des enfants qui n'avaient pas été vaccinés contre la rougeole et la rubéole lors d'une ou de toutes les campagnes précédentes.



Contexte

Avant 2000, moins de 75 % des enfants du Bangladesh recevaient leur première dose de vaccin contenant le virus de la rougeole (MCV1), et la rougeole était une cause majeure de mortalité infantile. Entre 2000 et 2016, après avoir généralisé le vaccin contenant le virus de la rougeole (MCV1), mis en œuvre trois activités de vaccination supplémentaires (AVS), initié le vaccin contre la rubéole (le MRV) en 2012 et ajouté une deuxième dose de vaccin contre la rougeole pour les enfants âgés de 15 mois dans le cadre du protocole de vaccination systématique du pays, la couverture estimée du MCV1 est passée de 74 à 94 pour cent. La couverture du MCV2 est passée de 35 % en 2013 à 93 % en 2016. En 2016, l'incidence confirmée de la rougeole au Bangladesh a diminué de 84 %, passant de 40 à 6 cas par million d'habitants.^{1,2}

En 2003, le Bangladesh a mis en place un système de surveillance des cas suspects de rougeole, validés en laboratoire, en utilisant 143 sites de surveillance active et 625 sites de surveillance passive dans les 64 districts que compte le pays. Ce système s'inspire du modèle du système de surveillance de la paralysie flasque aiguë existant pour la détection de la polio. La surveillance de la rougeole et de la rubéole a été intégrée à la surveillance des maladies évitables par la vaccination en 2003 et à la surveillance du syndrome de rubéole congénitale en 2012. Tous les établissements de santé continuent de rendre compte du nombre total de cas de rougeole par l'intermédiaire du système national d'information de gestion de la santé (NHMIH). Ces cas sont signalés chaque année au moyen du formulaire commun OMS/UNICEF de notification sur la vaccination (JRF) depuis 2000. La différence entre le nombre de cas signalés chaque année par ces deux systèmes parallèles a diminué depuis 2013.

Le gouvernement du Bangladesh s'est fixé l'objectif d'éradiquer la rougeole et la rubéole à l'horizon 2020. Une enquête nationale sur la couverture vaccinale menée en 2015 a révélé que les raisons les plus courantes pour lesquelles un enfant n'était pas vacciné ou n'est que partiellement vacciné étaient que les aidants avaient d'autres priorités ou avaient du mal à se

rappeler de faire vacciner l'enfant, et/ou qu'ils n'avaient pas d'informations sur la date à laquelle il fallait faire vacciner l'enfant. Ces résultats ont montré qu'il était nécessaire d'intensifier les activités de mobilisation sociale pour renforcer la vaccination systématique.³ Des campagnes de rattrapage vaccinal MRV ont été mises en œuvre dans tout le Bangladesh. Cependant, le Bangladesh a enregistré un total de 2 136 cas confirmés en 2018 et 5 266 en 2019.⁴

En mars 2020, lors de la pandémie de COVID-19, le gouvernement du Bangladesh a imposé une quarantaine de masse pour lutter contre cette pandémie. Le respect de la quarantaine et l'ordre d'éviter les endroits bondés comme les centres de vaccination ont perturbé le programme de vaccination systématique et le programme élargi de vaccination, privant ainsi de nombreux enfants de la vaccination systématique qui leur aurait sauvé la vie. Alors que le programme élargi de vaccination commençait à amorcer sa reprise, il était impérieux que le pays réaffirme son engagement d'améliorer l'accès au vaccin MRV ainsi que son adoption, et de restaurer les services de vaccination systématique pour atteindre (au moins) les résultats d'avant la COVID-19.



© UNICEF Bangladesh/2020/Mawa



Approche stratégique

Le gouvernement du Bangladesh s'est fixé l'objectif révisé d'éliminer complètement la circulation du virus de la rougeole et de la rubéole à l'horizon 2023. L'UNICEF Bangladesh, en collaboration avec le Programme élargi de vaccination (PEV) du ministère de la Santé et du Bien-être familial du Bangladesh et d'autres partenaires, a appuyé la mise en œuvre d'une campagne de vaccination MRV pour s'assurer que les parents et les personnes s'occupant des enfants maintiennent leur confiance dans la vaccination des enfants pendant la pandémie de COVID-19, et que les enfants âgés de neuf mois à neuf ans respectent les calendriers de vaccination contre la rougeole et la rubéole. L'UNICEF a appuyé la mise au point d'une stratégie de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) afin d'identifier les publics clés (en particulier les groupes à haut risque) et d'orienter les activités de la campagne.⁵ La campagne s'est étalée sur six semaines (contre trois habituellement), entre le 12 décembre 2020 et le 3 février 2021, afin d'éviter l'affluence sur les sites de vaccination et de réduire le risque d'infection par la COVID-19. La durée de la campagne a été quelque peu prolongée pendant la pandémie. Dans certaines

zones difficiles d'accès, la campagne s'est poursuivie au-delà du calendrier prévu afin de veiller à atteindre toutes les populations clés. Les populations clés de la campagne comprenaient les mères des zones urbaines et les aidants vivant dans les bidonvilles, les travailleurs et employeurs du secteur de l'habillement, les populations difficiles à atteindre dans les villes, les travailleurs et propriétaires de jardins de thé, les aidants des Haor et des terres marécageuses, les communautés ethniques, les enfants, les adolescents et les jeunes scolarisés ou non, les dirigeants des communautés locales et les chefs religieux.

Compte tenu de la limitation des communications en personne pour cause de COVID, le solide réseau communautaire du Bangladesh (comprenant les systèmes de santé, les instituts gouvernementaux locaux, les chefs religieux, les groupes bénévoles et les systèmes scolaires) n'a pas été en mesure de jouer son rôle habituel consistant à mobiliser les membres de la communauté et à les inciter à faire vacciner leurs enfants. D'où la décision de l'équipe CSC de l'UNICEF d'avoir recours aux médias et réseaux sociaux. Forte des précédents succès qu'elle a



enregistrés en ayant recours aux médias, l'équipe a créé des messages d'intérêt public pour la télévision et la radio, des émissions-débats, des chansons, des brochures, des articles de journaux et des publicités, des supports extérieurs (par exemple, de grandes affiches, des panneaux d'affichage), et a utilisé des mégaphones pour faire des annonces auprès des communautés sans appeler les gens à se rassembler. Des réseaux de radios communautaires ont été activés pour diffuser des messages clés sur la nécessité de se tenir au courant de l'évolution du vaccin MRV. Des célébrités ont été recrutées pour faire la promotion du vaccin MRV. Le slogan de la campagne était « O love children come, it's time to get vaccinated », une phrase qui fait écho à une célèbre berceuse pour enfants. Ce slogan avait été testé au préalable auprès d'enfants, de parents/aidants et d'agents de santé, et le résultat avait été jugé satisfaisant. Le message et les documents destinés aux médias ont également été diffusés sur les réseaux sociaux (par exemple, Facebook) et communiqués suivant un calendrier de contenu synchronisé afin de veiller à ce que les messages les plus récents touchent encore plus de personnes.

Une force engagée de plus de 50 000 vaccinateurs a été employée pour administrer les vaccins au niveau du bras des enfants. Ils ont transporté les flacons de vaccins stockés dans la chaîne de froid dans les zones difficiles d'accès du pays pour vacciner les enfants les plus vulnérables, tout en respectant les protocoles de sécurité liés à la COVID-19.

L'UNICEF a investi dans le renforcement des capacités de la chaîne du froid au Bangladesh, en installant des chambres froides et en achetant

du matériel de réfrigération, des boîtes froides et des porte-vaccins, tout en développant des systèmes d'information sur la gestion logistique et en formant des agents de santé pour la campagne en faveur du vaccin MRV 2020. Le Central Medical Store Department (CMSD) est l'unité chargée de faciliter le dédouanement des vaccins, tandis que le Central EPI Store (EPI-HQ), qui dépend du ministère de la Santé, est responsable du stockage des vaccins au niveau central et de leur maintien à la température requise.⁶ Cette nouvelle pratique exemplaire de la chaîne du froid a permis d'éliminer ce qui constituait auparavant un obstacle important à la réalisation d'une couverture vaccinale complète dans le pays.

Des outils en ligne ont été créés pour monter des micro-plans et faciliter le suivi en temps réel des activités de la campagne grâce à un serveur dédié au sein du système d'information sanitaire de district 2 (DHIS2). Ce système a permis aux membres de l'équipe, de la plus petite unité administrative au niveau national, de charger des données en temps voulu. Une application mobile basée sur Android a été créée pour diffuser les modèles de micro-plan, rendre compte des « séances de vaccination » au cours desquelles les micro-plans ont été montés, fournir une supervision de soutien, faciliter la programmation des visites dans les ménages et renforcer la surveillance rapide des activités de la campagne sur un tableau de bord en temps réel. Un plan de communication des risques a été élaboré pour aider l'équipe de campagne à lutter contre la désinformation, les rumeurs et les effets indésirables du vaccin.⁷





Principales réalisations

- Le gouvernement du Bangladesh a assuré la protection de ses enfants contre la rougeole et la rubéole tout au long de la pandémie de COVID-19. Au moins 36,6 millions d'enfants, âgés de neuf mois à neuf ans, ont été vaccinés contre la rougeole et la rubéole au cours de la campagne MRV 2020 soutenue par l'UNICEF. Ce résultat dépasse l'objectif de 34 millions d'enfants (104 % de l'objectif a été atteint). La campagne a touché 64 districts et 12 municipalités, dont 484 Upazilas, 111 municipalités et 48 zones.
- La page Facebook de la campagne MRV de l'UNICEF Bangladesh a été suivie par plus de 10,5 millions d'utilisateurs. La chanson générique a touché plus de 300 000 personnes et le message d'intérêt public environ 500 000.

PLUS DE

50 000

vaccinateurs ont été employés

AU MOINS

36,6 millions

enfants vaccinés

messages d'intérêt public ont touché environ

500 000

PERSONNES



Enseignements tirés

- 1** La collecte d'informations sur les normes sociales influençant le changement de comportement en matière de MRV a été cruciale pour le développement des interventions de la campagne.
- 2** Disposer d'un modèle de cadre stratégique clair, d'un plan de mise en œuvre très convivial et d'un processus à suivre par les partenaires de la campagne a permis de transformer rapidement le matériel pour le vaccin rougeole-rubéole afin de l'adapter au contexte de la pandémie et a aidé les partenaires à agir sur le terrain par le biais d'orientations virtuelles.
- 3** Une directive spécifique pour la communication sur les risques en situation de crise et d'urgence (CERC) et la prise en compte de l'hésitation vaccinale a permis de traiter les problèmes liés aux manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI) soulevées au cours de la campagne.



Recommandations

- 1 Les campagnes suivantes devraient envisager de créer un personnage ou d'en utiliser un qui existe déjà (bande dessinée ou autre) pour servir de mascotte pouvant être associée à la vaccination des enfants au Bangladesh et être utilisée pour promouvoir les vaccinations des enfants dans tout le pays.
- 2 Les contenus des réseaux sociaux créés pour cette campagne ont été principalement hébergés par l'UNICEF Bangladesh. Les capacités des partenaires en matière d'écoute des réseaux sociaux doivent être renforcées afin qu'ils soient en mesure de promouvoir les messages de la campagne.
- 3 Le Bangladesh compte au moins 30 000 enfants de moins d'un an qui n'ont reçu aucune dose de vaccin. Ces enfants n'ont reçu aucun vaccin, y compris contre la rougeole et la rubéole, et devraient donc être la cible des campagnes suivantes.

Notes de fin

- 1 Khanal S., Bohara R., Chacko S., Sharifuzzaman M., Shamsuzzaman M., Goodson J.L. et al, « Progress toward measles elimination - Bangladesh, 2000-2016 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 66, no. 28, pp. 753-757, 2017.
- 2 Les activités supplémentaires de vaccination (ASV) de rappel sont des campagnes de vaccination, généralement mises en œuvre pour deux tranches d'âge ciblées. Une première activité supplémentaire de vaccination de rappel à l'échelle nationale cible tous les enfants âgés de 9 mois à 14 ans ; une ASV de suivi périodique cible ensuite tous les enfants nés depuis la dernière ASV et est généralement menée tous les 2 à 4 ans. L'objectif d'une ASV de suivi est d'éliminer toute sensibilité à la rougeole accumulée dans les cohortes de naissance récentes et de protéger les enfants qui n'ont pas réagi à la première dose de vaccin antirougeoleux.
- 3 Khanal S., Bohara R., Chacko S., Sharifuzzaman M., Shamsuzzaman M., Goodson J.L. et al, « Progress toward measles elimination - Bangladesh, 2000-2016 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 66, no. 28, pp. 753-757, 2017.
- 4 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Measles & rubella vaccination 2020: Capturing the action*, UNICEF Bangladesh, Dhaka, 2021.
- 5 Hassan B., Gupta D., Rehman S.M., Adhikary J.M., *Social and Behaviour Change Communication (SBCC) Strategy for Improving Routine Immunization and Measles-Rubella (MR) Campaign Coverage 2018-2019*, UNICEF, 2019.
- 6 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Measles & rubella vaccination 2020: Capturing the action*, UNICEF Dhaka, 2021.
- 7 Gouvernement du Bangladesh, « Measles Rubella Vaccination Campaign 2020: Guideline for the crisis and emergency risk communication (CERC) and addressing the vaccine hesitancy », Dhaka, 2020.

L'UNICEF Pakistan mène des initiatives de changement social et comportemental pour mettre fin à la polio à Karachi

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

Résumé



Dates de l'activité
Depuis août 2020



Durée de l'activité
En cours



Budget
45 000 dollars US pour les activités relatives à l'engagement de la communauté (le personnel et le budget de la commission externe ne sont pas inclus).

Le Pakistan fait partie, avec l'Afghanistan et le Nigeria, des trois pays du monde où la polio est encore endémique. Pour éradiquer complètement la polio, chaque enfant de chaque foyer doit être vacciné. L'UNICEF Pakistan vient en aide à Karachi (capitale de la province de Sindh) pour établir le profil des cas de refus de vaccination contre la polio, déterminer les principaux goulets d'étranglement de la population sous-vaccinée et engager

les membres de la communauté, par le biais d'activités sociales et de changement de comportement adaptées, dans l'établissement d'une carte et la co-création de solutions pour faire face à la résistance aux vaccins contre la polio. Les activités relatives à l'engagement communautaire ont permis de réduire de 70 % le taux de refus de la vaccination contre la polio à Karachi entre août 2020 et août 2022.



Contexte

Les cas de polio ont diminué de 99 % depuis le lancement du programme d'éradication de la polio au Pakistan en 1994.¹ Le nombre de cas de poliomyélite sauvage dans la province de Sindh est passé de 12 en 2015 à un seul en 2018. En revanche, en 2019 et 2020, le nombre de cas a grimpé à 30 et 22 respectivement. Dans la province du Sindh, le nombre de poliovirus circulants dérivés d'un vaccin (cVDPV2) s'élevait à 45 en 2020.² Aujourd'hui encore, des milliers d'enfants pakistanais ne bénéficient pas du vaccin antipoliomyélique. Les vaccins sont donc très difficiles à administrer à ces enfants, qui vivent souvent dans des régions isolées, fragiles et touchées par des conflits, et dont beaucoup font partie de populations migrantes ou réfugiées. Les campagnes d'immunisation

interrompues lors de la pandémie de la COVID-19 ont également entravé l'éradication de la polio en raison d'une mauvaise information sur les vaccins.

La ville de Karachi, la plus grande du Pakistan, compte environ 17 millions d'habitants appartenant à différentes communautés et tribus qui luttent pour maintenir leur identité culturelle et historique tout en survivant dans des conditions socio-économiques difficiles, des systèmes civils et de santé médiocres et un barrage de conspirations politiques qui entraînent une faible confiance dans le gouvernement et ses programmes, y compris la vaccination contre la poliomyélite. Au Pakistan, la plupart des communautés pachtounes se trouvent à la périphérie de la ville de Karachi.



© UNICEF/UN0324982/Zalidi



Approche stratégique

L'UNICEF Pakistan appuie une étude de cartographie des défis au niveau des ménages des parents de Karachi (province de Sindh) qui ont refusé le vaccin contre la polio pour leurs enfants âgés d'un à cinq ans.³ Les chercheurs ont ainsi pu identifier la langue, la tribu, la caste, le clan, la religion et le statut socio-économique des familles ayant les taux de refus les plus élevés, les raisons de leur refus, ainsi que les chefs tribaux et les personnes influentes au sein des communautés pachtones.

Les plus forts taux de refus ont été enregistrés chez les personnes parlant l'ourdou et le pachto, et chez les familles vivant dans des bidonvilles ou dans des quartiers « huppés ». Au total, plus de 150 000 enfants n'ont pas été vaccinés contre la polio. Dans cette étude, la majorité des parents ont refusé de faire vacciner leur enfant parce qu'ils pensaient que le vaccin devait être administré par un médecin, ou parce qu'ils n'avaient pas confiance dans le vaccin antipoliomyélique et/ou dans le gouvernement pakistanais qui soutenait les activités de vaccination contre la poliomyélite. Pour certains parents, le programme de prévention de la polio était une conspiration occidentale contre les musulmans et contenait des ingrédients interdits par la loi islamique. La population pachtone est également victime d'idées culturelles erronées sur les dangers de la vaccination d'un nouveau-né. Les parents ont majoritairement déclaré que leur enfant n'avait pas été vacciné parce qu'il souffrait de diarrhée, de fièvre ou d'une maladie saisonnière au moment de la campagne de vaccination. Dans les quartiers huppés, les parents étaient réticents à l'idée de laisser leur enfant recevoir plusieurs doses de vaccin antipoliomyélique. À partir des résultats de l'étude menée auprès des parents, des groupes de refus ont été identifiés sur une carte de Karachi.

Plusieurs interventions sociales et de changement de comportement (CSC) ont été élaborées en collaboration avec les membres de la communauté afin de réduire le nombre de refus de vaccination contre la poliomyélite. À l'échelle de la communauté, des microplans de lutte contre la polio ont été élaborés afin d'impliquer la communauté et de renforcer l'appropriation et la responsabilité de l'augmentation de la vaccination contre la polio chez les enfants au sein de la communauté. Chacune des zones ciblait entre 1 000 et 1 200 enfants à vacciner contre la poliomyélite. Ces interventions ont été menées en priorité dans les zones où le taux de refus de vaccination

était supérieur à 10 %. Les activités clés du CSC étaient les suivantes :

- 1. Plaidoyer auprès des principaux actionnaires :** Une collaboration de haut niveau avec les principaux dirigeants politiques, religieux et tribaux a été mise en place afin de créer un environnement favorable aux activités de vaccination contre la poliomyélite.
- 2. Fourniture de services intégrés :** Le programme a élaboré un plan d'action spécifique et a fait appel à d'autres sections de l'UNICEF pour se concentrer davantage sur la prestation de services intégrés et la sensibilisation des communautés aux pratiques essentielles en matière de soins de santé familiale.
- 3. Formation des agents de première ligne :** Des séances de renforcement des capacités ont été organisées avec les agents de première ligne afin d'améliorer leurs compétences en matière de communication interpersonnelle.
- 4. Séances d'engagement communautaire avec les anciens des tribus et les membres de la communauté :** Nous avons eu recours à la communication interpersonnelle pour motiver les anciens des tribus à soutenir la vaccination contre la polio et pour inciter les membres de la communauté pachtone à faire vacciner leurs enfants contre la polio. Les AS et SM pachtones ont identifié des « figures maternelles » pachtones âgées (*Moor*) au sein de la communauté, qui ont joué un rôle d'influence auprès des femmes aidantes familiales.
- 5. Engagement des écoles religieuses :** La diffusion des messages clés s'est faite par l'intermédiaire des madrassas (écoles religieuses islamiques réservées aux garçons pour l'enseignement élémentaire et supérieur) et des rassemblements religieux.
- 6. Médias :** Pour diffuser des vidéos réalisées par un vidéaste de l'UNICEF au Pakistan, des médias locaux ont été contactés. Ces vidéos contenaient des messages positifs sur la vaccination contre la poliomyélite, délivrés par des personnes influentes telles que des chefs tribaux, des dirigeants politiques, l'Association médicale du Pakistan, des médecins, l'Association médicale islamique du Pakistan, des partenaires de l'UNICEF, des superviseurs de zone de l'UNICEF, l'équipe de lutte contre la poliomyélite, et d'autres parties prenantes.



Principales réalisations

- Entre 2020 et 2022, au moins 19 campagnes de vaccination contre la poliomyélite ont été mises en œuvre.
- Un minimum de 100 vidéos avec des messages du personnel de l'UNICEF et des principales parties prenantes sur les avantages de la vaccination contre la poliomyélite ont été créées par l'UNICEF et diffusées par les médias locaux.
- Par ailleurs, plus de 80 agents de première ligne ont été formés à la prévention des infections et sont rattachés à leur communauté d'origine.
- À Karachi, le taux de refus de vaccination contre la polio a diminué d'environ 70 % entre août 2020 et août 2022.
- Une amélioration de la couverture globale de la vaccination contre la poliomyélite a été constatée, plus de 98 % des enfants éligibles ayant été vaccinés lors de chaque activité de vaccination supplémentaire.
- Grâce à l'engagement systématique des principaux dirigeants tribaux, politiques et religieux, plus de 1 500 d'entre eux soutiennent activement la vaccination contre la poliomyélite et d'autres services intégrés.
- Le travail d'engagement communautaire a permis de renforcer considérablement la confiance de la communauté ; les vaccinateurs ont pu se déplacer dans des zones hostiles sans l'intervention des forces de l'ordre.
- La participation des femmes aux séances d'engagement communautaire sur la vaccination contre la poliomyélite a augmenté.
- Grâce à des interventions ciblées et spécifiques, la résistance à la vaccination contre la poliomyélite a pu être réduite.
- De solides alliances ont été nouées avec des organisations communautaires.
- Aucun virus de la polio n'a été trouvé chez l'homme ou dans l'environnement dans la plupart des régions de la province du Sindh depuis le début de l'intervention en 2020.

PLUS DE

80

Les agents de première ligne ont été formés

70%

baisse du taux de refus de la vaccination contre la polio

AU MOINS

19

des campagnes de vaccination contre la polio ont été organisées



Enseignements tirés

- 1** Il est essentiel de recueillir des informations sur les comportements et de dresser une carte des difficultés pour comprendre les refus de vaccination contre la poliomyélite, ce qui constitue une première étape vers l'élaboration d'activités visant à modifier les attitudes et les comportements à l'égard du vaccin antipoliomyélique.
- 2** Faire participer les membres de la communauté (en particulier les leaders communautaires et d'opinion) à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des activités de CSC permet de s'approprier les activités et de réduire la résistance aux activités de vaccination contre la poliomyélite. La mise à l'écoute permanente de la communauté permet d'identifier et de résoudre les problèmes rencontrés sur le terrain dans le cadre des interventions de vaccination contre la poliomyélite.
- 3** Les services intégrés peuvent revitaliser l'engagement communautaire, renforcer la confiance au sein de la communauté et faire en sorte que la communauté se sente écoutée. La confiance n'a pas été entamée même lorsque les communautés n'ont pas eu d'expériences positives avec le système de prestation de services de santé. La création de partenariats fondés sur les besoins et d'alliances avec des partenaires publics et privés nécessite des activités axées sur les objectifs et un plan d'action pour une exécution efficace.



Recommandations

- 1** Poursuivre l'utilisation d'une approche systématique et en temps réel de la collecte de données sociales auprès des ménages (parents/aidants) afin d'identifier et de comprendre les causes sous-jacentes des refus de vaccination contre la poliomyélite.
- 2** Renforcer l'approche des services intégrés, en particulier dans les bidonvilles de Karachi, notamment en renforçant le PEV et les services de santé et de nutrition de base afin d'améliorer la confiance de la communauté dans le système de santé.
- 3** Sensibiliser systématiquement les décideurs politiques à une meilleure intégration du CSC, du PEV et de l'ensemble des services intégrés, ainsi qu'à une plus grande pérennité des résultats.

Notes de fin

- 1** Programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan, « Pakistan Polio Eradication Initiative: Working towards a polio-free Pakistan for every child », <www.endpolio.com.pk/images/reports/PPEI%20Brochure%20English.pdf>.
- 2** Programme d'éradication de la poliomyélite au Pakistan, « Polio Free Pakistan for Every Child », <www.endpolio.com.pk/polioin-pakistan/polio-cases-in-provinces>.
- 3** Une carte des défis communique clairement l'expérience acquise sur le terrain et met en évidence des défis spécifiques à l'aide d'images et de citations d'utilisateurs, ainsi que d'un texte explicatif qui porte sur un problème, un obstacle ou un thème.



L'UNICEF conduit la mobilisation sociale et l'engagement communautaire au cœur de la riposte contre Ebola en Afrique de l'Ouest¹

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

© UNICEF/UNI1475705/Ryeng

Résumé

En juillet 2014, il a été demandé à l'UNICEF de diriger, conjointement avec l'OMS et les ministères de la Santé des pays touchés par le virus Ebola (la Guinée, le Libéria, la Sierra Leone), le volet communication et mobilisation sociale, que l'UNICEF a appelé communication pour le développement (C4D) de la riposte contre le virus Ebola. Pour la première fois dans un contexte d'urgence, la C4D a été officiellement intégrée à la riposte nationale de chaque pays, aux côtés d'éléments typiques tels que les fournitures et la logistique, la surveillance et les soins cliniques.

Une évaluation de la mobilisation sociale et de l'engagement communautaire après l'épidémie a permis de tirer des enseignements importants, notamment l'importance de s'appuyer sur des membres dignes de confiance de la communauté locale pour faciliter l'entrée et l'engagement de la communauté ; il s'agit également d'assurer l'équilibre entre la centralisation des mécanismes visant à promouvoir la cohérence et la qualité et la décentralisation des programmes pour maintenir la flexibilité et l'adaptation aux besoins locaux.

Contexte

En décembre 2013, une épidémie de Maladie à Virus Ebola (MVE) s'est déclarée en Afrique de l'Ouest, se propageant en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone. En juillet 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré l'épidémie « urgence de santé publique de portée internationale ». ² En mars 2016, lorsque le comité d'urgence sur Ebola convoqué par l'OMS a conclu que l'épidémie ne constituait plus une urgence de santé publique, 28 616 cas confirmés, probables et suspects avaient été signalés, plus de 11 310 personnes étaient décédées et 23 588 enfants avaient perdu l'un de leurs parents, les deux ou leur principal tuteur. ³ Une sous-estimation initiale de l'ampleur de l'épidémie a contribué à des retards de financement, qui ont à leur tour contribué à un démarrage lent de la riposte.

Une fois sur le terrain, la riposte s'est d'abord concentrée sur l'endiguement de la MVE et sur la mise en place des piliers de l'offre liés à la surveillance, à la logistique et, en particulier,

aux enterrements. Les communautés géraient leurs propres risques, mais la riposte officielle d'alors n'accordait que peu d'attention au travail au sein des structures communautaires et ne reconnaissait pas les stratégies traditionnelles d'adaptation des communautés et les influences sur le comportement. Les rumeurs et les idées fausses ont largement circulé car les membres de la communauté se méfiaient des messages émanant des canaux de communication officiels. Ces liens insuffisants avec les communautés et la mauvaise qualité des services ont ébranlé la confiance des communautés, la mobilisation sociale efficace et, en fin de compte, la riposte elle-même. À mesure que l'épidémie progressait au-delà des prévisions initiales, et compte tenu des limites des approches cliniques et de la faiblesse des systèmes locaux, la pression s'est accrue pour que l'engagement communautaire et la mobilisation sociale soit au cœur du changement de comportement à adopter afin de prévenir et de contrôler l'épidémie.



© UNICEF/UNI176799/Ryeng



Approche stratégique

Pour la première fois dans des contextes d'urgence, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire ont été inclus en tant que « système de groupes thématiques » (également appelé « pilier ») dans les trois pays les plus touchés (Guinée, Liberia, Sierra Leone), représentant ainsi un domaine clé de la riposte. Ces systèmes de groupes thématiques étaient dirigés par les ministères de la Santé et leurs unités techniques correspondantes, avec le soutien d'agences des Nations Unies (ONU) et d'organisations de la société civile. La principale fonction du pilier « mobilisation sociale et engagement communautaire » était celle de coordonner les efforts et de concevoir une stratégie axée sur les comportements clés, y compris la mesure et l'établissement de rapports sur les indicateurs de performance clés. L'UNICEF a été désigné comme chef de file pour ce pilier avec ses homologues du gouvernement et de la société civile dans chacun des pays, tout en travaillant en étroite collaboration avec de nombreux autres partenaires.

Bien qu'il existe des différences entre les trois pays, les autres piliers comprenaient généralement les médias et la communication, l'épidémiologie/la surveillance, la gestion des cas/la recherche des contacts, la lutte contre les infections, les laboratoires, les enterrements, la logistique/l'approvisionnement, le soutien psychosocial et la protection des enfants, ainsi que d'autres secteurs tels que l'eau et l'assainissement, le VIH/SIDA, la santé, la nutrition et l'éducation. L'UNICEF a utilisé son expertise et ses outils de communication pour le développement (C4D) pour partager les connaissances sur Ebola et les normes sociales.



En 2015, une évaluation a été menée pour identifier les enseignements tirés de la riposte à Ebola en Afrique de l'Ouest, en mettant particulièrement l'accent sur les contributions de la C4D. L'évaluation comprenait une analyse documentaire des documents pertinents de l'UNICEF et des agences partenaires, des discussions structurées d'experts avec plus de 90 participants de l'UNICEF et de la société civile à travers l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, une enquête en ligne, mise en œuvre entre juillet 2014 et avril 2015, avec des personnes qui ont travaillé sur Ebola avec les gouvernements, l'ONU ou toute organisation partenaire dans l'un des trois pays, et des entretiens confirmatoires avec des informateurs clés de l'UNICEF et de la Mission des Nations unies pour la réponse d'urgence à Ebola (UNMEER) pour discuter des projets d'enseignements tirés. Le projet d'étude sur les enseignements tirés a également été présenté au Sommet international de la communication pour le changement social et de comportement qui s'est tenu en Éthiopie en février 2016. Lors des entretiens et du sommet, les partenaires ont fait des commentaires favorables et confirmant la validité des enseignements.



© UNICEF/UN|176921/Nesbitt



Principales réalisations

- Au total, 53 personnes interrogées de l'UNICEF, de l'UNMEER, d'ONG, de gouvernements et d'organisations de la société civile ont répondu à l'enquête.
- Les personnes interrogées ont mis en évidence les principales difficultés

rencontrées lors de la riposte à Ebola (par exemple, la coordination des efforts visant l'engagement des communautés, la collaboration avec les survivants, l'élaboration d'indicateurs d'engagement communautaire ou les questions de suivi et d'évaluation).

53

personnes
interrogées

PLUS DE
90

discussions des
experts

L'UNICEF A UTILISÉ
C4D

expertise et outils pour
partager les connaissances
du virus Ebola



© UNICEF/UNI176936/Nesbitt



Enseignements tirés et recommandations

- 1** Mettre en place une stratégie globale axée sur les comportements clés, mettre les communautés au centre de toutes les phases de la riposte et faciliter la décentralisation grâce à une programmation de la C4D de qualité supérieure et intégrée dans tous les secteurs.
- 2** Mettre en place, à tous les niveaux, un rôle de chef de file en matière de C4D, doté de l'autorité nécessaire pour coordonner les partenaires.
- 3** S'appuyer sur des membres dignes de confiance de la communauté locale en tant que mobilisateurs et renforcer les systèmes communautaires plus larges pour une résilience à long terme. Identifier les principaux décideurs et canaux de communication ayant une grande portée et pertinence, tout en envisageant une communication plus spécialisée pour des sous-groupes spécifiques.
- 4** Avec l'évolution des caractéristiques de l'épidémie au fil du temps, il convient d'adapter en permanence les messages et les stratégies qui correspondent le mieux à la sensibilisation des communautés au problème de santé, à leurs besoins en matière d'information et aux moyens d'action susceptibles de prévenir et de contenir les infections.
- 5** Engager des partenariats stratégiques pour atteindre des objectifs à court et à long terme, en commençant par les communautés elles-mêmes, afin de mettre en place des stratégies, des compétences et d'autres ressources qui sont les plus pertinentes pour sensibiliser la communauté au problème de santé et endiguer l'épidémie.
- 6** Mettre en place et soutenir un réseau de professionnels locaux et internationaux dotés de capacités en matière de communication pour le développement, y compris de compétences techniques et de gestion, qui peuvent être déployés rapidement et rester sur place pendant une longue période afin de compléter les systèmes nationaux.
- 7** Établir des indicateurs clairs sur les processus et l'impact de la C4D ainsi qu'une plateforme de données harmonisée et accessible pour le suivi, et œuvrer en faveur d'innovations en matière d'analyse des données en temps réel et à des retours rapides aux communautés et aux autorités afin d'éclairer la prise de décision.

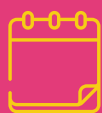
Notes de fin

- 1 Gillespie A.M., Obregon R., El Asawi R., Richey C., Manoncourt E., Joshi K., Naqvi S., Pouye A., Safi N., Chitnis K., Quereshi S., 'Social mobilization and community engagement central to the Ebola response in West Africa : Lessons learned for future public health emergencies', *Global Health : Science and Practice*, vol. 4, 2016, pp. 626-644.
- 2 Organisation mondiale de la santé, « Déclaration de l'OMS sur la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 », OMS, Genève, 8 août 2014, <<https://www.who.int/news/item/08-08-2014-statement-on-the-1st-meeting-of-the-ih-er-emergency-committee-on-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa>>.
- 3 Fonds des Nations unies pour l'enfance, « UNICEF Situation Reports: Guinea, Liberia, Sierra Leone », UNICEF, New York, 29 février 2016.

L'UNICEF Chine incite les enfants à adopter de nouvelles habitudes alimentaires

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

Résumé



Dates de l'activité
De mai à juin 2022



Durée de l'activité
Un mois



Budget
582 000 dollars USD

À l'occasion de la Semaine nationale de la nutrition en mai 2022, l'UNICEF Chine a lancé une campagne #KnowYourFood qui s'est étalée sur un mois. Un magasin de proximité fictif a été dévoilé dans chacune des villes de Chengdu, Enshi et Weiha. Le magasin fictif a été créé pour simuler l'environnement de vente au détail de produits alimentaires que les enfants vivent au quotidien. En lieu et place de la vente des collations et des boissons, le magasin fournit aux « acheteurs » des informations nutritionnelles sur les aliments et les boissons. Ces magasins ont misé sur une approche créative pour aider les enfants et les parents à devenir des consommateurs éclairés et à faire des choix plus

sains concernant les aliments et les boissons qu'ils consomment. Des séances sur la nutrition en milieu scolaire destinées aux enfants, aux adolescents et aux parents ont également été organisées au cours de cette campagne d'un mois. L'objectif de la campagne était de doter les enfants et les jeunes de moyens leur permettant d'effectuer des choix éclairés et sains en matière d'alimentation grâce à une meilleure connaissance de la nutrition. Une évaluation réalisée à l'issue de la campagne a montré que 81 % des participants avaient acquis de nouvelles connaissances, notamment l'importance de consommer plus de légumes, de faire plus d'exercice et de dormir suffisamment.

Contexte

Les taux de surpoids et d'obésité chez les enfants en Chine ont augmenté rapidement au cours des dernières décennies. En 2020, près de 10 % des enfants de moins de six ans souffraient d'un problème de surpoids ou d'obésité. Le taux de prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants âgés de 6 à 17 ans est passé à 19 % en 2020.¹ L'augmentation du surpoids et de l'obésité est due à l'évolution du marché alimentaire, où les aliments bon marché et ultra-transformés et les boissons sucrées sont

facilement accessibles, ainsi qu'à un marketing agressif ciblant les enfants et les jeunes. Les magasins de proximité situés près des écoles ou dans les communautés exposent les enfants à des aliments riches en graisses, en sucre et en sel. Si aucune mesure n'est prise, la menace de l'obésité infantile pourrait avoir de graves conséquences à court et à long terme sur le développement psychologique des enfants, et accroître les risques d'obésité et de problèmes de santé y afférents à l'âge adulte.





Approche stratégique

Afin d'éveiller la conscience des enfants et des jeunes aux éventuels dangers pour la santé des collations ultra-transformés, l'UNICEF Chine a lancé la campagne ludo-éducative #KnowYourFood. Le point culminant de la campagne a été l'ouverture d'un magasin de proximité éphémère regorgeant des échantillons d'aliments préemballés les plus connus que les enfants et les jeunes adultes achètent habituellement (par exemple, des chips, des produits de pâtisserie et des boissons sucrées). Contrairement à un magasin ordinaire, le magasin éphémère ne vendait pas de collations et de boissons, mais proposait aux « clients » des informations sur les ingrédients et les effets potentiels sur la santé des collations et des boissons.

Le magasin fictif était assorti de grands dessins animés afin de le rendre convivial auprès des jeunes. Des étiquettes faciles à comprendre indiquaient la teneur en sucres ajoutés, en sel et en matières grasses de chaque produit. Des fonctionnalités interactives, par exemple un système de caisse libre-service, permettaient aux enfants de scanner des articles et de recevoir un « reçu » imprimé contenant des informations nutritionnelles qu'ils pouvaient utiliser comme marque-page. Au cours de leur visite, les enfants ont participé à divers jeux interactifs afin d'acquérir des connaissances en matière de nutrition en s'amusant (par exemple, en résolvant des énigmes). À la fin de la visite, les enfants saluaient

la caméra de sortie en emportant avec eux des objets issus du magasin (par exemple, des puzzles en forme de paquet de chips) et, plus important encore, les connaissances nécessaires pour effectuer des choix alimentaires plus sains.

La campagne était diffusée sur six plateformes numériques de réseaux sociaux populaires (Weibo, WeChat, Douyin, Kuaishou, Bilibili, Xinhua), avec une version virtuelle en 3D du magasin de proximité, de courtes vidéos et des jeux. L'UNICEF Chine a publié 201 messages sur les réseaux sociaux en lien avec la campagne. En collaboration avec la plateforme de vidéos courtes Kwai, la campagne #KnowYourFood a également proposé des expériences interactives pour créer une expérience d'apprentissage immersive pour les enfants afin qu'ils puissent avoir des connaissances scientifiques approfondies sur les aliments. Professeur de chimie à l'Université de technologie chimique de Pékin et blogueur vidéo sur Kwai, David Evans s'est associé à l'UNICEF pour produire des vidéos d'expériences scientifiques (appelées « Labo du Dr Dai ») afin d'étudier les ingrédients de certaines des collations et boissons sucrées les plus connues. De célèbres sportifs et influenceurs de l'Association chinoise d'athlétisme ont également contribué à donner plus de résonance aux messages de la campagne et ont discuté avec les enfants et les jeunes de l'importance de la connaissance de la nutrition pour leur santé.



Pour élargir la portée de la campagne et encourager les enfants à procéder à des changements, l'UNICEF a collaboré avec des experts en nutrition et en éducation pour élaborer des supports pédagogiques destinés à promouvoir une alimentation saine auprès des élèves des écoles primaire et secondaire. Les « séances sur la nutrition » ont été proposées aux élèves, à leurs parents et aux personnes qui s'occupent d'eux, afin que les élèves et leurs familles puissent changer leurs habitudes de consommation et améliorer l'alimentation et la nutrition des élèves. Les enfants ont été encouragés à relever un défi nutritionnel d'une semaine et ont reçu une fiche pour noter les aliments qu'ils ont consommés en une semaine. Les séances ont été organisées dans 10 516 écoles primaires et 6 426 établissements d'enseignement secondaire dans 30 provinces/régions.

L'UNICEF Chine a apporté son appui à une évaluation des activités pour déterminer l'impact des magasins de proximité fictifs, de

la mobilisation sur les réseaux sociaux et des séances sur la nutrition dans les écoles. Le modèle RE-AIM a servi de guide à l'évaluation qui a porté sur la portée, l'efficacité, l'adoption, la mise en œuvre et le maintien des activités et des changements de comportement. Les données ont été recueillies grâce au suivi des consultations et des interactions sur les pages des réseaux sociaux en ligne et à l'utilisation d'une enquête en ligne affichée sur la page d'accueil de la campagne qui a recueilli 3 825 réponses issues de 32 provinces/régions. Les élèves et les parents qui ont assisté à des séances sur la nutrition ont été invités à remplir des questionnaires après les séances et sept jours plus tard. Les questionnaires ont été remplis par 2 830 élèves et 2 599 parents après les séances sur la nutrition. Des discussions de groupe ont été menées avec certains élèves et leurs parents qui avaient participé aux séances sur la nutrition afin de mieux comprendre l'influence des séances de nutrition sur leurs comportements et leurs choix en matière d'alimentation.





Principales réalisations

- L'activité de la campagne la plus suivie sur les réseaux sociaux #KnowYourFood a été « Dr. Dai's Lab », avec plus de 77 millions de vues.
- La campagne #KnowYourFood, qui a été menée sur cinq plateformes de réseaux sociaux, a donné lieu à au moins 291 000 interactions (par exemple, des mentions « J'aime », des transferts, des favoris, des avis). Plus de 3 500 commentaires d'utilisateurs ont été publiés, dont 97 % étaient positifs.
- Quatre-vingt-un pour cent des répondants à l'enquête en ligne ont déclaré avoir acquis de nouvelles connaissances grâce à la campagne (91 % ont appris qu'ils devraient consommer plus de légumes, 89 % ont appris qu'ils devraient faire plus d'exercice et 87 % ont appris qu'ils devraient dormir suffisamment) ;
- Au moins 95 % des répondants à l'enquête en ligne ont déclaré qu'ils étaient disposés à communiquer des informations sur la campagne à d'autres personnes.
- Les séances sur la nutrition organisées dans les écoles ont touché 13 millions d'enfants et d'adolescents et six millions de parents. La quasi-totalité des élèves (93 %), des parents (92 %) et des enseignants (97 %) ont trouvé les séances utiles, éducatives et stimulantes. Au moins 66 enfants ont pu relever le défi de la campagne nutritionnelle d'une semaine.
- Sept jours après les séances sur la nutrition menées dans des écoles, un questionnaire rempli par 3 189 élèves sur leurs comportements en matière de santé au cours de la semaine écoulée a montré que 78 % d'entre eux ont amélioré leurs habitudes de sommeil, 77 % ont fait plus d'exercice et 68 % ont réduit leur consommation de boissons sucrées. Le questionnaire a également révélé que les élèves qui avaient jugé les séances sur la nutrition très stimulantes et instructives avaient plus de chance d'afficher des changements de comportement positifs sept jours plus tard.

séances ont été
mises en œuvre
dans

10,516

ÉCOLES PRIMAIRES

et

6,426

ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE

dans 30 provinces/régions

PLUS DE

3,500

avis d'utilisateurs
ont été publiés,

97%

dont certains
étaient positifs

68%

DES ÉLÈVES

ont réduit leur
consommation de
boissons sucrées.



Enseignements tirés et recommandations

- 1 Les industries de l'alimentation et des boissons sont très présentes dans les médias chinois de masse et en ligne, ce qui présente un grand risque de conflit d'intérêts.
- 2 Le partenariat avec le gouvernement pour donner plus d'écho à la campagne, en utilisant la « Semaine nationale de la nutrition », était une bonne initiative, mais les technocrates craignent de s'attaquer aux entreprises.
- 3 Il est difficile de coordonner les campagnes de sensibilisation de sorte qu'elles soient en phase avec les activités sur le terrain, mais elles peuvent nous aider à amplifier les effets.
- 4 Les campagnes doivent être soutenues, en se fondant sur les ressources et les idées.

Notes de fin

- 1 Bureau national de l'UNICEF en Chine, « #KnowYourFood, Empowering children and young people to make healthier food choices <<https://www.unicef.cn/en/know-your-food>>



L'UNICEF intensifie ses campagnes de vaccination en Europe et en Asie centrale

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

© UNICEF/Arménie/2021/Grigoryan

Résumé



Dates de l'activité
D'octobre 2020 à
novembre 2022



Durée de l'activité
Deux ans



Budget
Inconnu

Le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Europe et l'Asie centrale (ECARO), en partenariat avec les bureaux de pays de l'UNICEF et le Vaccine Confidence Project (VCP) de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, a mis en œuvre une initiative d'écoute des réseaux sociaux dans 15 pays d'Europe et d'Asie centrale. Ce projet avait pour but de repérer et de suivre les conversations relatives à la vaccination et à la COVID-19, ainsi que les sujets d'intérêt, les rumeurs et la désinformation s'y rapportant, afin de cerner l'impact des réseaux sociaux sur les attitudes, les croyances, la confiance, les intentions de vaccination et l'adoption du vaccin.

Les résultats de cette initiative ont éclairé la prise de décision et la programmation au niveau national, notamment l'élaboration de campagnes sur les réseaux sociaux fondées sur des données probantes pour améliorer les taux de couverture vaccinale. Ils ont en outre contribué à la création d'une boîte à outils d'écoute et d'engagement sur les réseaux sociaux pour aider les personnes qui s'occupent de la communication relative aux programmes de vaccination de routine et contribuent à la mise en œuvre de ceux-ci. Cette initiative d'écoute sociale était la première du genre dans la région.

Malgré l'important investissement consacré à l'approvisionnement et à la distribution de vaccins au cours des dernières décennies, de nombreux enfants d'Europe et d'Asie centrale ne bénéficient toujours pas des vaccinations infantiles de base. Les taux de couverture vaccinale systématique continuent de varier considérablement d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays, allant de 99 % à 50 %.¹ Plus de 70 % des nourrissons non vaccinés de la région sont issus de pays à revenu intermédiaire, l'Ukraine étant le pays au taux de couverture le plus faible et au plus grand défi. Les enfants issus de groupes ethniques et vulnérables (par exemple, les Roms, les réfugiés et les migrants) accusent tous un retard en matière de vaccins de base.² Certains pays ne procèdent pas non plus à un suivi adéquat de la couverture vaccinale, une mesure pourtant essentielle pour déterminer les lacunes et les combler.

L'hésitation vaccinale est une source de préoccupation grandissante dans la région. Les parents exposés aux mythes, à la désinformation et aux informations erronées sur la vaccination dans les médias ou sur les réseaux sociaux sont plus réfractaires aux vaccins. La diminution de l'appui des donateurs à la vaccination, l'augmentation des coûts et la pénurie de vaccins sur le marché mondial, ainsi que les réformes de la structure et du financement des programmes

de vaccination dans certains pays ont contribué à l'écllosion de maladies évitables par la vaccination.³ Au moins 500 000 enfants de la région ne sont pas protégés contre la rougeole.⁴

Les organisations qui promeuvent la vaccination se heurtent souvent à des difficultés importantes en matière de suivi et de communication efficaces par le biais des réseaux sociaux. Ces défis revêtent différentes formes : manque de ressources, manque d'accès à des compétences spécialisées et à des logiciels, désinformation en ligne et campagnes de désinformation organisées contre la vaccination.⁵ Ces problèmes sont souvent aggravés par le manque de données sur l'efficacité des différents types d'interventions numériques, ce qui complique l'élaboration des stratégies de communication fondées sur des données probantes par les organismes de promotion de la vaccination ou leur prise de décisions en connaissance de cause sur la meilleure façon d'allouer le peu de ressources disponibles. Face à la pandémie de COVID-19, les organismes de santé publique ont pris conscience de la nécessité de renforcer leur capacité institutionnelle à surveiller les réseaux sociaux et à concevoir, mettre en œuvre et évaluer des interventions dans ce domaine.⁶



© UNICEF/UN060132/Oleksii



Approche stratégique

Le suivi des réseaux sociaux constitue un moyen de surveiller les conversations sur un sujet donné sur les plateformes de réseaux sociaux. En 2020, l'UNICEF a lancé une initiative régionale avec son partenaire de recherche, le Vaccine Confidence Project (VCP) de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, afin de dresser le tableau des réseaux sociaux en Europe et en Asie centrale (ECA) et d'élaborer un ensemble d'outils de suivi des réseaux sociaux et d'engagement. L'objectif principal de cette initiative de deux ans était de permettre à l'UNICEF et aux gouvernements de renforcer leurs capacités de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des interventions basées sur des preuves sur les réseaux sociaux autour de la vaccination. De manière concrète, l'initiative s'est principalement concentrée sur les pays de l'ancien bloc de l'Est, où la confiance dans les vaccins est souvent relativement faible et où la capacité institutionnelle tend à être la plus limitée.⁷ Conçue à l'origine avant la survenue de la pandémie de COVID-19 et axée sur la vaccination systématique des enfants, l'initiative a dû s'adapter au contexte de la pandémie en élargissant son champ d'action pour inclure le nouveau coronavirus et en adoptant des méthodologies et des plateformes de collaboration virtuelle et d'apprentissage à distance.

Lors de la phase de planification, le bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale, basé à Genève, a invité les bureaux de pays de l'UNICEF de toute la région à participer à l'initiative. Les pays qui y ont joint leurs efforts sont les suivants : Albanie, Arménie, Bosnie-Herzégovine, France, Géorgie, Kazakhstan, Kosovo, Kirghizstan, Moldavie, Monténégro, Macédoine du Nord, Roumanie, Serbie, Tadjikistan, Turquie et Ouzbékistan. Les bureaux nationaux de l'UNICEF implantés dans les pays participants ont été invités à recenser d'autres acteurs locaux pertinents pour participer (par exemple, les instituts de santé publique et les ministères de la Santé).

La phase de recherche formative de l'initiative a débuté en octobre 2020. Les équipes de pays de

l'UNICEF et les parties prenantes régionales ont répondu à des enquêtes et participé à des ateliers en ligne pour faire part de leurs expériences et points de vue. Ces formations ont servi de base pour l'acquisition des connaissances et des capacités liées au suivi des réseaux sociaux et à l'engagement, ont aidé à recensé les activités d'écoute sociale existantes et ont éclairé le choix de canaux de communication en ligne appropriés. Au moins 43 % des participants à un atelier en ligne organisé en février 2021 ont déclaré que leur organisation effectuait un suivi des réseaux sociaux. Soixante-cinq pour cent de ces organisations utilisaient des outils logiciels spécialisés, tandis que 25 % surveillaient les flux de réseaux sociaux. Dix pour cent ont fait appel à un tiers pour effectuer la surveillance et l'analyse des données. Les données recueillies auprès des participants à l'atelier montrent qu'il est nécessaire d'acquérir des connaissances et des compétences sur la manière d'utiliser les logiciels de suivi des réseaux sociaux ou de sélectionner l'outil le plus approprié en fonction des besoins et du contexte.

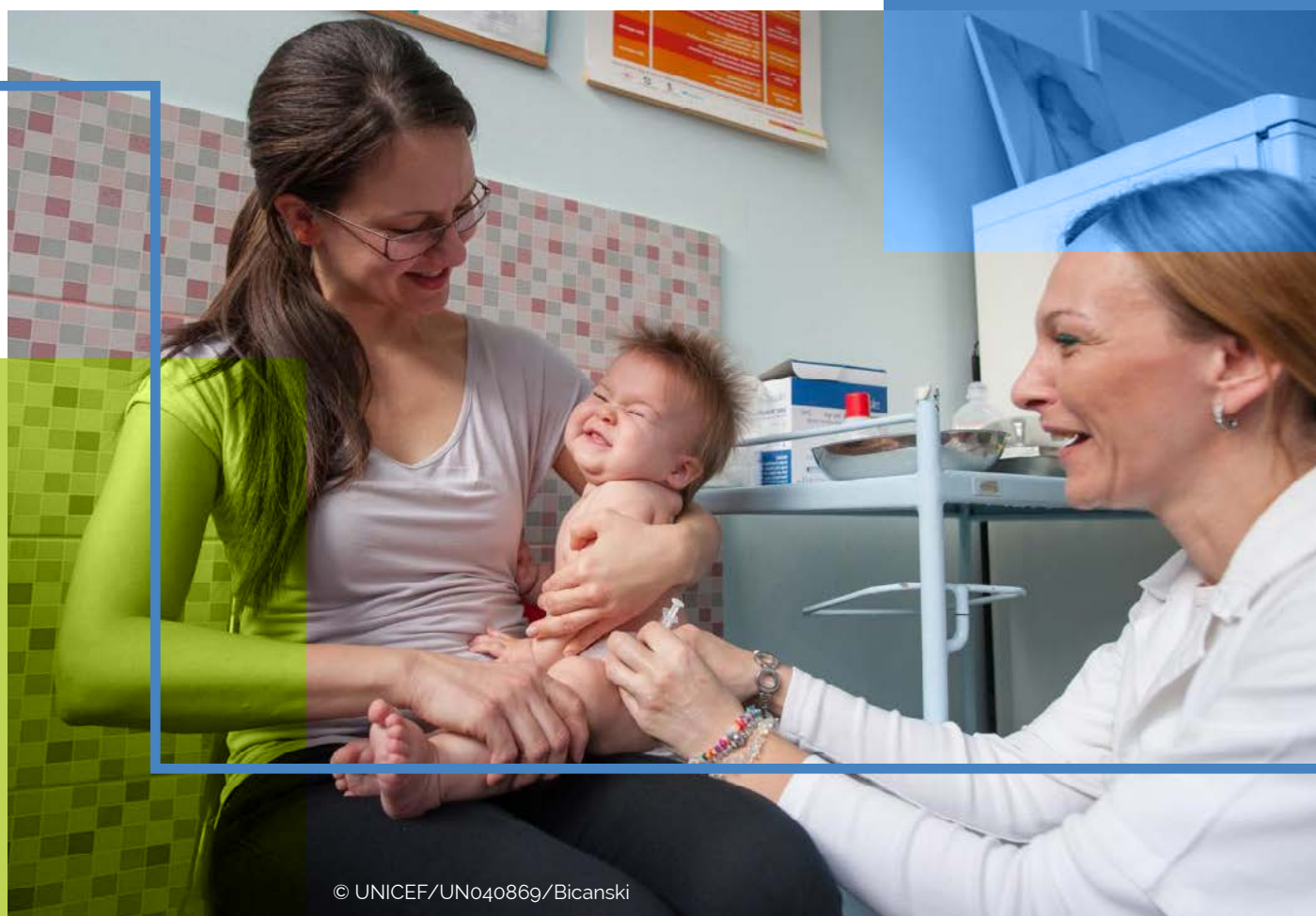
La phase de suivi des réseaux sociaux a été mise en œuvre entre octobre 2020 et octobre 2021. Les programmes de vaccination contre la COVID-19 étaient en cours dans de nombreux pays de la région de l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale. Le suivi a consisté essentiellement à l'identification des principales plateformes, pages et groupes pour les discussions en ligne sur les vaccins et la COVID-19. L'ambiance des discussions, ainsi que la composition socio-démographique, les attitudes et les comportements des participants aux conversations en ligne étaient particulièrement intéressants. Les critères de suivi ont été sélectionnés sur la base de connaissances spécialisés, traduits en termes de recherche (dans plusieurs langues) et mis à jour le cas échéant au fur et à mesure. Le principal outil logiciel utilisé était YouScan, un service de suivi des réseaux sociaux dont le siège se trouve à Kiev, en Ukraine, qui a la capacité d'analyser les sentiments des messages des réseaux sociaux en caractères latins et cyrilliques, et dans diverses langues régionales, notamment le kazakh, le russe et l'arménien. Parmi les autres

outils logiciels, figurent CrowdTangle, un outil propriétaire de Meta qui permet de surveiller Facebook et Instagram dans plusieurs langues ; Meltwater, un outil de suivi des médias qui offre un accès illimité aux données de Twitter ; et Audiense, un outil d'analyse et de segmentation de l'audience. Des rapports mensuels régionaux et nationaux ont été générés et transmis au bureau régional de l'UNICEF et aux équipes de pays. Dans l'ensemble, les résultats ont montré que les discussions en ligne étaient centrées sur les vaccins contre la COVID-19, et non sur la vaccination systématique des enfants.

L'UNICEF ECARO a exploité les informations générées par l'écoute des réseaux sociaux pour créer une boîte à outils illustrant comment élaborer un système d'écoute des réseaux sociaux et utiliser les résultats pour concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer les campagnes sur les réseaux sociaux. La boîte à outils explique comment rédiger des messages adaptés qui déconstruisent les mythes et la désinformation,

intègre des tests dans la campagne sur les réseaux, et fournit des exemples, des lignes directrices et des ressources.

La créativité de la campagne réside dans le fait qu'elle a présenté les vaccins comme des « protecteurs silencieux ». Les messages et le contenu visuel ont été créés par Real Chemistry (un fournisseur de services basé sur l'IA) à l'aide d'un processus itératif. Le thème central de la campagne était que les vaccins permettent aux parents d'avoir l'esprit tranquille en mettant leurs enfants à l'abri de maladies imprévues. La campagne a été lancée sur Facebook et Instagram, les sites en ligne les plus connus de la région. Des ateliers de renforcement des capacités ont été organisés en mars et avril 2021 pour former les parties prenantes à la mise en place de systèmes de suivi des réseaux sociaux, au suivi des rumeurs et de la désinformation, et à la traduction des données numériques en campagnes de santé publique sur les réseaux sociaux.



© UNICEF/UN040869/Bicanski



Principales réalisations

- Les résultats de l'écoute sociale ont permis d'élaborer des messages de communication à l'intention du public (par exemple, déconstruire les mythes et la désinformation) et des professionnels de la santé (sous forme de FAQ).
- Plusieurs pays ont créé leurs propres mécanismes d'écoute sociale (par exemple, l'Ukraine, l'Ouzbékistan, la Moldavie et le Kosovo).

DES RAPPORTS MENSUELS RÉGIONAUX ET NATIONAUX

ont été générées et communiquées aux bureaux régionaux et aux équipes de pays de l'UNICEF.

Les discussions en ligne ont porté sur

VACCINS CONTRE LA COVID-19

et non sur la vaccination systématique des enfants



Enseignements tirés et recommandations

- 1** Les commentaires et les discussions en ligne sur les vaccins, y compris le langage spécifique utilisé par les internautes et les réponses générées par ce langage, peuvent fournir des indications importantes sur les moyens les plus efficaces de communiquer sur les vaccins.
- 2** Le suivi des réseaux sociaux peut mettre en évidence les tendances du débat public sur les vaccins et la vaccination, notamment en ce qui concerne la confiance, les approbations, la désinformation et les théories du complot.

Notes de fin

- 1 Vaccine Confidence Project, « Building confidence in routine immunization », 2022, <www.vaccineconfidence.org/our-work/projects/building-confidence-in-routine-immunisation/>.
- 2 Fonds des Nations unies pour l'enfance, « Immunization », UNICEF ECARO, <www.unicef.org/eca/health/immunization>.
- 3 Ibid.
- 4 Ibid.
- 5 Steffens, Maryke S., Adam G. Dunn, Kerrie E. Wiley et Julie Leask, « How organisations promoting vaccination respond to misinformation on social media: A qualitative investigation », BMC Public Health, vol. 19, no. 1, 2019, p. 1348.
- 6 Fonds des Nations unies pour l'enfance, « #KeepingKidsProtected: Development and evaluation of a data-driven social media campaign to promote routine childhood immunization during COVID-19 », UNICEF, 2023.
- 7 de Figueiredo, Alexandre, Emilie Karafillakis et Heidi J. Larson, « State of vaccine confidence in the EU and UK 2020 », Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, 2020.

© UNICEF/UN066747/Rich



L'UNICEF Myanmar crée un tableau de bord interactif sur la responsabilité envers les populations affectées afin d'améliorer les interventions du programme

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

Résumé



Dates de l'activité
Depuis avril 2021



Durée de l'activité
En cours



Budget
400 000 dollars US

L'unité Changement social et comportemental (CSC) de l'UNICEF Myanmar a lancé un [tableau de bord interactif sur la responsabilité envers les personnes affectées \(Accountability to Affected Populations, AAP\)](#) afin de faciliter la consolidation des commentaires et des contributions régulièrement recueillis auprès des membres de la communauté par les bureaux locaux (FO) de l'UNICEF et les partenaires de mise en œuvre (Implementing Partners, IP) par des mécanismes

de retour d'information de la communauté et dans le cadre de leurs activités de suivi et de sensibilisation sur le terrain. L'objectif du tableau de bord est de fournir aux organisateurs de programmes des données ventilées faciles à utiliser afin d'informer et de renforcer les activités des programmes. Le tableau de bord est alimenté par le logiciel de reporting Power Business Intelligence (BI) de Microsoft.



Contexte

Avant 2021, il n'existait pas d'approche ou de stratégie systématique permettant la mise en œuvre d'AAP au sein de l'UNICEF Myanmar, en dépit de quelques initiatives au niveau sectoriel. En 2021, un indicateur d'AAP a été intégré à l'action humanitaire pour les enfants (HAC) et la responsabilité du rapport sur AAP a été assignée à l'unité CSC. Cette tâche a été suivie par l'institutionnalisation des mécanismes de retour d'information des communautés et la systématisation du processus de collecte de l'information auprès des communautés par l'intermédiaire des partenaires de mise en œuvre de l'UNICEF. L'élaboration du tableau de bord a été principalement motivée par la nécessité de rassembler et d'analyser les informations reçues des partenaires de mise en œuvre des différents états et régions.



Approche stratégique

Pour concevoir le tableau de bord AAP, l'UNICEF Myanmar a mené des consultations avec le personnel des bureaux locaux (FO) et les partenaires de mise en œuvre (IP) afin de déterminer les types de données qui seraient les plus utiles pour informer les activités de leurs programmes. En avril 2021, le personnel des bureaux locaux et des partenaires de mise en œuvre de l'UNICEF a commencé à recueillir des informations sur le suivi et la sensibilisation et des contributions par le biais d'activités telles que des discussions de groupe, des enquêtes de satisfaction, des entretiens individuels, un suivi post-distribution et des réunions de groupe, ainsi que par le biais de boîtes à suggestions et de lignes directes. Le retour d'information a été (et continue d'être) enregistré par les IP dans un modèle au format Microsoft Excel, converti sous forme d'application de collecte de données en ligne sur Kobo Connect, et téléchargé automatiquement lorsqu'un appareil (un smartphone) est connecté. Le fait que Kobo Connect ne nécessite pas d'accès permanent à internet est particulièrement important, cela permet ainsi aux travailleurs sur le terrain dans les zones de conflit et dans les régions où l'accès à internet est limité ou inexistant de

soumettre leurs données sans délai. En outre, ce processus garantit que les données peuvent être téléchargées à partir de n'importe quel endroit, même s'il s'agit d'un endroit éloigné. L'unité CSC de l'UNICEF Myanmar a accès aux données une fois qu'elles sont téléchargées sur Kobo Connect.

Les données du tableau de bord AAP peuvent être ventilées par secteur (par exemple, éducation, WASH, protection de l'enfance), par âge, par sexe et par lieu de résidence des personnes interrogées. Les utilisateurs du tableau de bord peuvent également voir la modalité utilisée pour recueillir les retours d'informations de la communauté (par exemple, rapport de visite sur le terrain, boîte à idées, appel téléphonique, etc.). Le retour d'information est analysé par l'unité CSC de l'UNICEF Myanmar sur une base trimestrielle et est communiqué aux sections chargées du programme qui, à leur tour, l'utilisent pour affiner les priorités et les activités spécifiques au secteur.

Le tableau de bord AAP se compose de trois parties :

- **Résumé** : La première partie du tableau de bord donne un aperçu du nombre de retours d'information reçus par mois, de leur statut

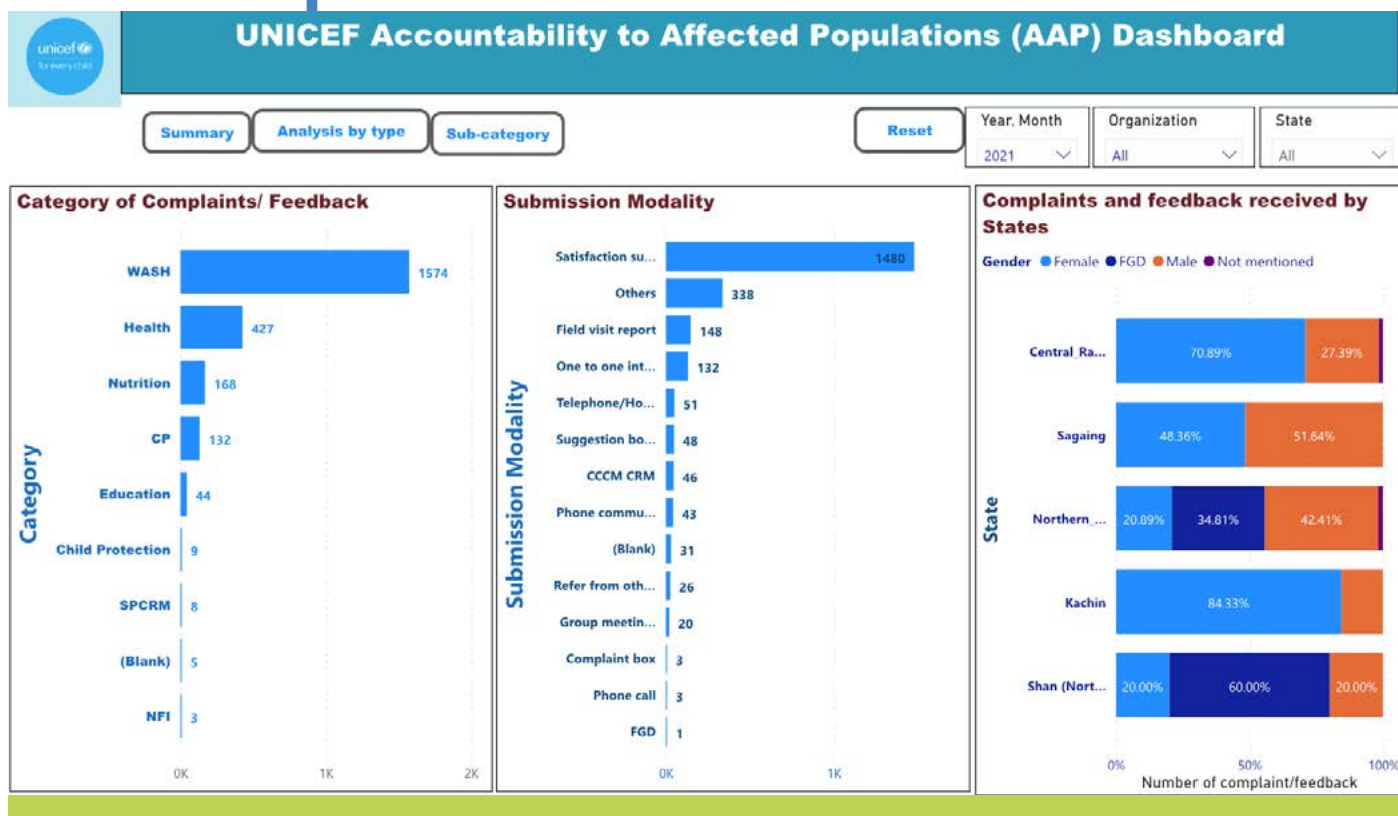
en ce qui concerne les mesures prises, et de l'état des retours d'information reçus, ventilés par âge, par sexe et par site (par exemple, village, camp de personnes déplacées à l'intérieur du pays). Par exemple, entre janvier et septembre 2022, 3 290 soumissions ont été reçues, dont 61 % provenaient de femmes et 61 % de personnes âgées de 19 à 34 ans ; 45 % des soumissions provenaient des nouveaux sites de déplacement, et le nombre maximum de soumissions provenait de la région centrale de Rakhine (2 116).

- **Données ventilées** : La deuxième section présente des données ventilées par secteur, par modalité de soumission, par site (et par sexe pour chaque site). L'analyse des soumissions pour la période de janvier à septembre 2022, par exemple, a montré que la majorité des soumissions étaient liées au programme WASH (1 761), suivi par la santé (833), l'éducation (310) et la nutrition (214). La plupart des retours d'informations proviennent d'enquêtes de satisfaction menées par les IP.
- **Analyse des services/interventions** : Cette section présente les retours d'informations des populations affectées concernant les services/interventions qui leur ont été fournis par l'UNICEF et les IP.

Le bureau de l'UNICEF au Myanmar a mis en place un groupe de travail AAP composé de 19 membres,

afin de s'assurer que les retours d'informations du tableau de bord et les contributions des personnes affectées soient utilisés pour informer les activités du programme. Les membres du groupe de travail sont des personnes de référence désignées par les sections de programme de l'UNICEF, la section de suivi et d'évaluation et les FO. L'unité CSC de l'UNICEF Myanmar organise également des sessions régulières d'orientation et de formation sur AAP pour les sections du programme, les bureaux locaux et les partenaires de mise en œuvre.

En mai 2023, l'UNICEF Myanmar a lancé un cours en ligne sur AAP en langue locale sur la plateforme Talent Learning Management Server (LMS). Le cours est composé de cinq modules : (i) Introduction à la responsabilité envers les populations affectées, (ii) Intégration de la responsabilité envers les populations affectées dans notre travail, (iii) Renforcement de la responsabilité envers les populations affectées dans le cycle du programme, (iv) Responsabilité envers les populations affectées en action, et (v) Partenariat et collaboration. Le cours est conçu pour une auto-formation en ligne et comprend des éléments interactifs tels que des vidéos, des exercices et des quiz. Un certificat d'achèvement est fourni à l'issue de tous les modules et des quiz finaux. Ce cours est actuellement disponible pour les partenaires de l'UNICEF, y compris les agents de première ligne et les bénévoles, ainsi qu'aux organisations de la société civile (OSC) et aux organisations communautaires (OC).





Principales réalisations

- Le tableau de bord AAP a permis de recueillir et d'analyser systématiquement et régulièrement les informations reçues des populations affectées et d'enregistrer les commentaires des populations les plus marginalisées résidant dans des endroits reculés.
- Dans le cadre de cette initiative, des mécanismes de retour d'information communautaire ont été institutionnalisés dans les organisations partenaires qui en étaient dépourvues et renforcés dans les organisations où ils n'étaient pas aussi solides.
- Le tableau de bord a permis à l'unité CSC d'informer/de mobiliser les sections chargées du programme et la direction de l'UNICEF pour une réaction et une remédiation rapides, ainsi que pour toute correction nécessaire.
- Le tableau de bord a été utilisé comme outil de sensibilisation au sein de l'UNICEF, de ses partenaires de mise en œuvre et d'autres parties prenantes.



© UNICEF/Myanmar/2022/Nyan Zay Htet

A 19-member AAP Taskforce

a été établi

Les mécanismes de retours d'information des communautés ont été institutionnalisés dans les organisations partenaires.

The course includes interactive elements such as videos, exercises, and quizzes



Enseignements tirés

- 1** Convaincre les partenaires de mise en œuvre d'adopter les indicateurs AAP requiert du temps et des efforts de sensibilisation, en particulier lorsque l'innovation (en l'occurrence les indicateurs AAP) était nouvelle et ne faisait pas partie des documents du programme auparavant. Les partenaires travaillant sur les questions de protection trouvent difficile de faire un rapport sur AAP en raison de la nature sensible des interventions telles que la gestion des cas d'enfants.
- 2** Même si le tableau de bord AAP est utile et puissant, la sensibilisation et le renforcement des capacités du personnel de l'UNICEF ainsi que des partenaires en matière d'AAP doivent être entrepris régulièrement pour veiller à ce qu'AAP soit intégrée.



Recommandations

- 1** Institutionnaliser un mécanisme de soumission en ligne des retours d'informations de la communauté en temps réel.
- 2** Former et renforcer les capacités des parties prenantes, y compris les parties prenantes internes (personnel de l'UNICEF et organisations agricoles), les partenaires de mise en œuvre (personnel, travailleurs communautaires et bénévoles).
- 3** Effectuer des consultations régulières avec toutes les parties prenantes à chaque phase de l'élaboration du tableau de bord afin de s'assurer que des rapports réguliers sont reçus de la part des partenaires, approuvés et soutenus par les différents secteurs.
- 4** La mise en place d'un mécanisme de suivi des mesures prises ou des changements apportés aux activités relatives au programme en réponse aux retours d'informations reçus contribuera grandement à boucler la boucle de la responsabilité.





L'UNICEF Nigeria soutient les mobilisateurs communautaires bénévoles dans l'éradication de la polio

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

Résumé



Dates de l'activité
2012 à 2021



Durée de l'activité
11 ans



Budget
8 052 194 USD

Le programme Mobilisateur communautaire bénévole (VCM) du Nigeria avait pour objectif d'accroître les vaccinations contre la polio dans huit États à haut risque afin d'éradiquer le virus sauvage de la poliomyélite et le virus de la poliomyélite circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVS1 et PVDVc2) dans le pays. Plus de 20 000 bénévoles ont été formés pour travailler

avec les équipes de vaccination et faciliter leur travail. Ensemble, ces équipes ont couvert des localités dans les États à haut risque du Nigeria, vaccinant plus de cinq millions d'enfants de moins de cinq ans contre la polio. Le résultat a été l'éradication de la polio dans les régions dotées de VCM beaucoup plus tôt que dans les régions où les VCM n'ont pas été déployés.



Contexte

Le nord du Nigeria, où la médecine occidentale et les programmes de vaccination ont été abordés avec méfiance, a été un défi permanent pour les efforts du Nigeria dans l'éradication de la polio. En 2016, les États du Nord ont été l'épicentre de l'épidémie de virus sauvage de la poliomyélite. Pour augmenter la couverture vaccinale contre la polio, l'initiative pour l'éradication de la polio (PEI) au Nigeria a créé un cadre de mobilisateurs communautaires bénévoles (VCM) à travers le projet CORE Group Polio (CGPP). Deux mille cent trente VCM ont été déployés dans 31 zones gouvernementales locales participantes dans les cinq États mettant en œuvre le CGPP à partir de 2014, et ont été chargés d'accroître la sensibilisation, la compréhension et l'acceptation de la vaccination contre la polio.

En 2020, le Nigeria a été déclaré exempt de polio sauvage. Le dernier cas de virus sauvage de la poliomyélite a été enregistré dans l'État de Borno (une zone jusque-là inaccessible) en 2016. Une campagne de vaccination agressive menée tout au long de l'année dans l'ensemble du pays a

permis de s'assurer qu'aucun enfant de moins de cinq ans n'était pas vacciné. L'administration des vaccins à tous les ménages a nécessité une collaboration entre les gouvernements des différents États et les partenaires internationaux. Des milliers de mobilisateurs et de vaccinateurs bénévoles ont été engagés et formés, et les systèmes logistiques de vaccination ont été revus dans plusieurs États du pays. Les chefs religieux et traditionnels, des membres dignes de confiance de leurs communautés, ont été mobilisés pour amener les gens à accepter la vaccination, ce qui a permis une meilleure vaccination des enfants dans presque toutes les communautés du pays.

Bien que le pays soit officiellement exempt du virus sauvage de la poliomyélite, il reste important de maintenir les taux de vaccination systématique et supplémentaire et de renforcer la surveillance épidémiologique. Les réseaux étendus, efficaces et efficients de bénévoles formés, créés pour éradiquer la polio, sont optimisés pour veiller à ce que les enfants du Nigeria restent exempts de polio.





Approche stratégique

Créer un cadre de VCM

Près de 20 000 mobilisateurs communautaires bénévoles (VCM), généralement des femmes adultes de la communauté, ont été au cœur du programme d'éradication de la polio au Nigeria. Les VCM ont travaillé en collaboration avec les équipes chargées des vaccinations. Ils étaient connus de la communauté, perçus comme dignes de confiance, parlaient la langue locale, connaissaient les us et coutumes locales et pouvaient donc faciliter l'accès des vaccinateurs aux ménages. On leur attribuait généralement 150 à 300 ménages dans leur communauté. Les VCM ont reçu une formation complète sur l'importance de l'initiative d'éradication de la polio (PEI), la vaccination systématique, la surveillance de la paralysie flasque aiguë (AFP), la mobilisation sociale et l'engagement communautaire, l'utilisation d'outils de communication pour le changement comportemental et les compétences en matière de communication interpersonnelle. Les VCM portaient des hijabs roses qui leur permettaient d'être identifiés comme agents communautaires.

Les VCM présentaient l'équipe de vaccination aux ménages, tenaient un registre des personnes manquantes ou ayant refusé un vaccin, et étaient chargés de notifier aux chefs de la communauté les membres de la communauté qui refusaient d'être vaccinés. Ils utilisaient du matériel destiné à favoriser l'évolution du comportement (bannières, affiches, autocollants, bracelets, prospectus, t-shirts) pour fournir des informations sur la vaccination contre la polio et motiver l'adoption du vaccin. Ils collaboraient également avec les établissements de santé pour identifier les enfants manquants et les escorter jusqu'à l'établissement pour qu'ils soient vaccinés, et mettaient en contact les parents qui ne respectaient pas les règles avec le personnel de l'établissement de santé. Le suivi étroit au cas par cas des vaccinations manquées a permis de s'assurer qu'aucun enfant n'est oublié.

Des événements communautaires (camps ou campagnes de santé communautaire) et des activités culturelles (par exemple la vaccination *Suna*) ont été mis à profit par les VCM pour sensibiliser la population à l'importance de la vaccination contre la polio et de la vaccination

systématique.^{1,2} Les réseaux étendus des VCM formés leur ont permis d'atteindre des communautés jusque-là inaccessibles afin d'éradiquer la polio au Nigeria. Le réseau VCM a été déployé dans certaines des zones les plus difficiles d'accès, touchées par les conflits, les zones pauvres en milieu urbain et les zones rurales éloignées, et a joué un rôle important en atteignant les enfants et les familles à dose zéro, mal desservis et déplacés.

Numérisation du système d'information sanitaire du Nigeria

La numérisation des systèmes d'information sanitaire utilisés pour le suivi des vaccinations a joué un rôle essentiel dans la réussite de l'éradication de la polio au Nigeria. L'ancien système d'enregistrement manuel dans des registres papier a contribué au retard dans la transmission d'informations vitales aux décideurs en matière de soins de santé et de gestion de la santé, et à priver des milliers d'enfants de leurs vaccins. Les VCM ont été formés à l'utilisation du nouveau système ODK (Open Data Kit) pour collecter des informations détaillées sur les nouveau-nés, les mères et les enfants de moins de cinq ans.³ Les VCM utilisaient l'ODK pour enregistrer tous les enfants qui n'avaient pas été vaccinés lors d'une campagne de lutte contre la polio et désignaient des personnes chargées du suivi jusqu'à ce que l'enfant soit vacciné. L'ODK a permis aux VCM de suivre les retardataires de la vaccination systématique, de mener des visites de sensibilisation de porte à porte, d'organiser des dialogues communautaires sur la vaccination et de travailler avec les personnes influentes de la communauté pour répondre aux préoccupations des parents réticents à la vaccination. Ce type de rapport de données en temps réel a également permis aux décideurs de prévoir les besoins en vaccins, ce qui s'est traduit par une plus grande efficacité de l'ensemble du programme de vaccination.



Principales réalisations

En 2016, l'épidémie de polio au Nigéria a été efficacement endiguée dans les zones où des VCM ont été déployés. Ce résultat a été obtenu 3 à 4 ans plus tôt que dans les États qui n'étaient pas couverts par des VCM. Ces travailleurs communautaires ont contribué de manière significative à réduire le nombre de ménages qui refusaient la vaccination contre la polio, dont les enfants n'étaient pas vaccinés, qui ne respectaient pas les règles, ainsi que le nombre de cas de polio. Dans les régions du Nigéria couvertes par le VCM, le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois qui n'avaient jamais été vaccinés contre la polio (dose zéro) est passé de 45 % en 2014 à 1,4 % en 2017. Le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la polio est passé de 55 % en 2014 à 99 % en 2017. Chaque année, environ 500 000 enfants vivant dans des zones à haut risque et difficiles d'accès sont pris en charge par les VCM, avec une rotation minimale, voire nulle, des travailleuses.⁴



© UNICEF/Nigeria/2021/Kaalu

PLUS DE
20,000

bénévoles formés

500,000
D'ENFANTS

vivant dans des endroits à haut
risque et difficiles d'accès sont
atteints chaque année



Enseignements tirés

- 1** L'implication de femmes locales dignes de confiance pour motiver et faire le suivi de la vaccination au sein d'une communauté est un moyen efficace d'accéder aux ménages pour vacciner les enfants.
- 2** Associer les VCM aux décideurs locaux (par exemple, des chefs religieux) lors d'événements ou d'activités communautaires peut contribuer à renforcer la confiance dans les programmes de vaccination.
- 3** Confier aux VCM le suivi des enfants vaccinés et non vaccinés dans les ménages permet de réduire le nombre d'enfants non vaccinés.
- 4** L'établissement d'un lien entre les VCM et les établissements de santé permet aux VCM d'identifier les enfants non vaccinés et d'assurer un suivi auprès de la famille.
- 5** Le recours aux VCM peut être mis à profit pour aborder d'autres changements de comportement en matière de santé.
- 6** La numérisation du système d'information sanitaire rend le processus de suivi du statut vaccinal des ménages plus efficace pour l'enregistrement de la prise vaccinale, des enfants non vaccinés et de la planification de l'offre.



Recommandations

- 1** Continuer à recourir aux VCM pour renforcer le système de vaccination systématique et améliorer la couverture vaccinale et le système de soins de santé primaires.
- 2** Tirer parti du recours aux VCM pour ne pas se cantonner à la polio et assurer l'éducation sanitaire, la collecte de données, la surveillance active des maladies et les visites à domicile pour les populations difficiles à atteindre dans le cadre d'autres initiatives sanitaires.
- 3** Les documents, y compris la publication et l'adoption des meilleures pratiques en matière de polio, contribuent à la fois à l'héritage de l'éradication de la polio et à la réalisation plus rapide des cibles et des objectifs d'autres programmes de santé prioritaires.
- 4** Maintenir un plaidoyer de haut niveau pour institutionnaliser l'approche VCM par le biais de la ligne budgétaire soutenant le programme de santé communautaire d'un niveau national à un niveau opérationnel.

Notes de fin

- 1 La cérémonie traditionnelle du septième jour ou l'enfant reçoit son nom, également connue sous le nom de Suna Immunization, est une activité au cours de laquelle un VCM vaccine le nouveau-né et les autres enfants de moins de cinq ans. Cette cérémonie traditionnelle est organisée par la famille qui convie les parents, les amis et tous ceux qui le souhaitent. Avec l'aide de son superviseur (le VWS), le VCM va chercher le vaccin oral contre la polio à l'établissement de santé et se joint à la famille pour célébrer l'événement. Lors de la cérémonie, le nouveau-né reçoit la dose de VPO administrée à la naissance, tout comme les autres jeunes enfants présents.
- 2 Ijeoma Duru J., Usman S., Adeosun O., Stamidis K.V., Bologna L., 'Contributions of Volunteer Community Mobilizers to polio eradication in Nigeria : The experiences of non-governmental and civil society organizations', *Am J Trop Med Hyg.*, vol. 10, 2019, pp. 74-84.
- 3 ODK est un logiciel libre qui permet la collecte, la gestion et l'utilisation de données en temps réel dans des environnements à ressources limitées.
- 4 Ijeoma Duru J., Usman S., Adeosun O., Stamidis K.V., Bologna L., 'Contributions of Volunteer Community Mobilizers to polio eradication in Nigeria : The experiences of non-governmental and civil society organizations', *Am J Trop Med Hyg.*, vol. 10, 2019, pp. 74-84.

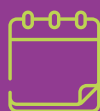


L'UNICEF Ghana appuie les activités de mobilisation sociale visant à accroître la couverture vaccinale contre la COVID-19 au sein de la population peule

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

© UNICEF/UN328480/OUARMYNE

Résumé



Dates de l'activité
De mars à juillet 2022



Durée de l'activité
5 mois



Budget
22 600 USD

En règle générale, la vaccination s'accompagne de risques et de bénéfices qu'il convient de faire savoir aux éventuels bénéficiaires. La réticence à la vaccination est un comportement influencé par des facteurs tels que les connaissances, les perceptions, les attitudes, la confiance et la commodité. La confiance dans l'efficacité et l'innocuité du vaccin, ainsi que dans le système de santé au travers duquel il est administré,

s'avère déterminante dans la décision d'une personne ou d'une famille de se faire vacciner. L'unité Changement social et comportemental (CSC) de l'UNICEF Ghana a soutenu les organisations de la société civile dans les initiatives visant à inciter la population des Peuls des régions du nord-est et du nord-ouest à accepter le vaccin contre la COVID-19 et à se faire vacciner.



Contexte

La couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les Peuls des régions du nord-est et du nord-ouest du Ghana constitue un défi de taille pour juguler la pandémie du virus COVID-19. La réticence à la vaccination au sein de ce groupe

a été alimentée par des mythes, des idées fausses et un ciblage inapproprié de la promotion des vaccins, ce qui a entraîné une baisse disproportionnée de l'adoption du vaccin et de la couverture vaccinale.



Approche stratégique

L'unité Changement social et comportemental (CSC) du bureau de l'UNICEF au Ghana a engagé RISE-Ghana et d'autres organisations de la société civile (OSC) pour promouvoir la confiance dans les vaccins parmi les Peuls au travers de la mobilisation sociale et des activités médiatiques. À cet effet, l'unité CSC a organisé une série de séances de renforcement des capacités, de soutien technique et de planification au profit des OSC afin d'améliorer leur capacité non seulement à comprendre les facteurs propres aux circonstances locales qui sous-tendent la réticence à la vaccination ainsi que la demande et l'adoption des vaccins, mais aussi à y répondre. Les OSC ont mené des discussions de groupe et des évaluations rapides avec des membres de la population des Peuls afin de faire le point sur leurs connaissances sur le vaccin contre la COVID-19, ainsi que les mythes, la désinformation et les idées reçues qui circulent dans leurs sphères d'influence sociale (par exemple, les épouses, les bouchers, les chefs traditionnels et religieux).

Les résultats de ces évaluations rapides ont été transposés dans des activités de CSC afin de communiquer à la population réfractaire au vaccin des informations correctes sur le vaccin contre la COVID-19 et de l'inciter à se faire vacciner. Parmi les activités mises en œuvre de mars à juillet 2022 figurent la formation de 31 volontaires communautaires chargés de l'amélioration de la qualité afin de mener des campagnes de porte-à-porte, l'organisation de

groupes de discussion pour obtenir des réponses centrées sur l'humain, la conception et la mise en place de supports relatifs au changement social et comportemental (par exemple, des peintures murales) dans des endroits stratégiques, la formation de leaders peuls pour mobiliser les auditeurs locaux et mener des discussions radiophoniques hebdomadaires locales dans leur dialecte, et le développement et la diffusion de messages radio quotidiens trois fois par jour sur une période de trois mois sur des stations communautaires locales et dans des parkings pour camions. Les messages ont été élaborés en collaboration avec des agents de santé et des membres de la communauté. Étant donné que les Peuls migrent en groupes, l'équipe CSC de l'UNICEF Ghana a accordé aux chefs de clan des programmes radio pour former des groupes d'auditeurs parmi les bergers et d'autres membres de la communauté qui se sont ensuite auto-mobilisés pour suivre les programmes radio en tant qu'auditeurs et appelants, et y participer. Pour la toute première fois, les Peuls ont eu l'occasion d'agir en tant que personnes ressources et panélistes lors d'émissions radiophoniques et ont été ravis de recevoir des informations utiles dans leur propre langue, de la part des personnes issues de leur communauté. Des contrôles de routine ont été effectués et des témoignages ont été recueillis.



© UNICEF/UN685634/OUARMYNE



Principales réalisations

Les interventions relatives aux CSC ont réussi à motiver les membres des communautés peules à se faire vacciner contre la COVID-19. Les programmes radio ont été très écoutés. Au moins 200 000 personnes dans les deux régions ont écouté les messages clés des programmes radio. Plus de 800 personnes ont fait partie de

groupes d'auditeurs et les stations de radio ont reçu 215 questions lors de sessions d'appels téléphoniques. Une trentaine de personnes ayant appelé les stations de radio ont déclaré que leur décision de se faire vacciner est motivée par le fait d'avoir entendu l'appel dans leur propre langue.

31

la formation de volontaires communautaires chargés de l'amélioration de la qualité

AU MOINS
200,000

personnes à travers les deux régions ont écouté les émissions radiophoniques clés

stations de radio reçues

215
QUESTIONS

lors de sessions d'appels téléphoniques

MESSAGES
RADIO QUOTIDIENS

élaborés et diffusés sur les stations locales pendant trois mois





Enseignements tirés et recommandations

1 Veiller à ce que les calendriers de vaccination soient adaptés aux schémas migratoires de la population visée : Il est important de tenir compte des calendriers communautaires locaux de la population visée, en l'occurrence les Peuls. Comme l'a fait remarquer un participant aux discussions de groupe, la faible couverture vaccinale chez les Peuls tenait au fait que les agents de santé se rendaient dans les communautés peules au moment qui leur convenait, ce qui n'était pas nécessairement le cas pour les membres de la communauté.

2 Dans les communautés pauvres en ressources et les milieux très conservateurs, l'influence des pairs et le travail en groupe sont efficaces. Cette leçon part du principe qu'il existe une influence mutuelle entre les gens et que les comportements peuvent être contagieux. L'identification de champions locaux et leur dotation en équipements ainsi que la mobilisation de groupes pour écouter et discuter de nouvelles informations par le biais de la radio et de plateformes communautaires peuvent être facilement transposées dans des contextes à faibles ressources similaires.

3 Les messages doivent être véhiculés par des sources fiables : Il est important que les messages soient transmis par des individus, des groupes ou des sources considérées comme dignes de confiance et respectées par les membres de la communauté. Les agents de santé communautaires qui sont acceptés par les Peuls et jouissent de leur confiance, et qui ont pris le temps de visiter les communautés peules et d'écouter leurs préoccupations concernant le vaccin contre la COVID-19, ont été les plus efficaces pour motiver l'adoption du vaccin.

4 Impliquer les leaders communautaires dès le début : À l'instar de nombreux groupes minoritaires, les Peuls sont une communauté très unie qui a tendance à *penser* et/ou à *agir en groupe*. Il est essentiel d'obtenir l'adhésion des chefs communautaires dès le début d'une intervention afin de s'assurer que les membres de la communauté adhèrent à l'activité proposée et adoptent la pratique souhaitée.

5 La langue revêt une importance : Peu de Peuls avaient entendu parler de leur langue à la radio ghanéenne. Le fait d'entendre le peul parlé à la radio a permis d'inciter les membres de la communauté peul à écouter les messages diffusés et à se faire vacciner contre la COVID-19.

6 Exploiter les ressources locales : Pour garantir une participation active et véritable aux programmes radio, des groupes d'auditeurs peuls ont été constitués pour écouter et discuter du contenu des programmes. Des publicités de bouche à oreille ont permis de mobiliser les communautés et de les informer sur les horaires de la radio et sur les lieux où se rendre pour écouter en visitant différentes fermes et exploitations familiales.



L'UNICEF lutte contre la désinformation sur la polio grâce à l'engagement de la communauté numérique et aux influenceurs

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

Résumé



Dates de l'activité

D'avril 2022 à avril 2023



Durée de l'activité

12 mois



Budget

2,5 millions de dollars US

En ligne, la désinformation sur la sécurité et l'efficacité des vaccins est l'un des principaux obstacles qui empêchent d'atteindre chaque enfant dans les dernières étapes de l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite. En 2021, l'UNICEF et le Public Good Projects (PGP) ont lancé le Digital Community Engagement Unit (DCEU), un modèle innovant destiné à impliquer et à mobiliser les communautés en ligne pour renforcer la confiance et stimuler la demande de vaccins contre la polio. Le DCEU a été rebaptisé en 2023 « Digital Community Engagement » (Engagement de la communauté numérique, DCE) afin de mieux représenter un éventail plus large de stratégies d'engagement numérique plutôt qu'une équipe spécifique. Le DCE, un élément essentiel de la stratégie de changement de comportement social de l'UNICEF face à la polio, aide les

bureaux de pays de l'UNICEF dans la surveillance des conversations en ligne sur la polio et la vaccination. Il leur permet de contrer efficacement la désinformation en fournissant des informations précises et opportunes sur les vaccins. La stratégie DCE forme les équipes des bureaux de pays à impliquer les communautés via des plateformes en ligne, à gérer la désinformation en ligne sur les vaccins et à construire un réseau de mobilisateurs sociaux numériques (DSM) bénévoles pour agir en tant que « voix de confiance » sur les vaccins au sein de leurs communautés. Au cours des six mois de son déploiement, le DCE a démontré une augmentation de 22 % de la perception des risques liés au virus, de 16 % de la confiance dans la sécurité des vaccins, et a réussi à recruter plus de 77 000 bénévoles du DSM pour amplifier les messages clés.¹



Contexte

Dans le monde entier, la poliomyélite, une maladie virale potentiellement mortelle qui était autrefois la principale cause de paralysie chez les enfants, est sur le point d'être complètement éradiquée. Depuis la mise en place de l'initiative mondiale pour l'éradication de la polio en 1988, le nombre d'enfants touchés par la polio a diminué de 99 %. Pour atteindre cet objectif d'éradication, il est impératif que chaque enfant dans chaque foyer soit vacciné. Malgré cela, des milliers d'enfants demeurent privés d'accès au vaccin contre la polio. Au cours des deux dernières années, les campagnes de vaccination contre

la polio ont connu des perturbations imprévues. En effet, la pandémie de la COVID-19 a contraint de nombreux pays à suspendre temporairement leurs programmes de vaccination, laissant de nombreux enfants sans protection contre le poliovirus. Cette pandémie a également entraîné une multitude de fausses informations et de désinformations sur les vaccins, entraînant une augmentation de l'hésitation générale des parents et des aidants à l'égard de la vaccination. Cette réticence a également affecté le programme de lutte contre la poliomyélite à l'échelle mondiale.



Approche stratégique

Deux enquêtes transversales en ligne ont été menées par le DCE auprès de la population générale dans sept pays (Togo, Nigeria, Pakistan, Zambie, Somalie, Mozambique et Egypte) afin d'identifier les connaissances, les attitudes et les comportements liés aux messages clés sur la polio, notamment les perceptions de la sécurité du vaccin, de son efficacité et du risque de polio, la probabilité de vacciner les enfants, de recommander le vaccin à d'autres personnes et de partager des informations sur le vaccin. Tous les pays ont mené des enquêtes en anglais, et des enquêtes supplémentaires en français ont été réalisées au Togo. Elles ont permis d'élaborer des messages contenant des informations correctes sur la poliomyélite et les vaccins antipoliomyélitiques à l'intention des bureaux nationaux et des responsables de la gestion des vaccins, en vue de leur diffusion.

Engagement de la communauté numérique (DCE)

En 2021, l'équipe Polio de l'UNICEF a établi un partenariat avec Public Good Projects (PGP), une organisation à but non lucratif spécialisée dans la santé publique, en vue de contrer la désinformation en ligne dans les pays où la poliomyélite est endémique, à risque ou en épidémie. Le DCE surveille activement diverses plateformes de médias sociaux telles que Facebook, YouTube, Instagram et Twitter en vue d'explorer les perceptions du public concernant les vaccins et de suivre la propagation des faits et de la désinformation. En fonction des données recueillies, le DCE et les équipes nationales créent conjointement des messages et des contenus en ligne appropriés pour démystifier les mythes et les rumeurs sur les vaccins et instaurer la confiance

grâce à des informations exactes et opportunes.

Le DCE apporte son soutien aux bureaux de pays de l'UNICEF en leur fournissant une gamme variée d'outils et de formations, tels que des webinaires mensuels et des vidéos, ainsi que des activités d'écoute sociale en ligne. De plus, il met à leur disposition une banque de messages pour répondre à des informations erronées spécifiques dans le contenu numérique. Il propose également des publicités numériques payantes modifiables afin d'étendre la portée des informations précises à des publics ciblés, et il engage des mobilisateurs sociaux numériques (DSM) pour promouvoir l'adoption des vaccins contre la polio. Le DCE diffuse également un bulletin d'information hebdomadaire contenant des informations actualisées sur la vaccination, des informations erronées courantes et des questions fréquentes sur la vaccination. Ces ressources sont destinées à aider les équipes de vaccination contre la polio à affiner leur approche stratégique et à répondre de manière plus efficace aux besoins d'information de la communauté.

Mobilisateurs sociaux numériques (DSM) et réseau *uInfluence*

Les DSM sont des bénévoles micro-influenceurs qui utilisent les réseaux sociaux pour diffuser les messages scientifiques conçus par le DCE. Leur objectif est de répondre aux questions courantes sur les vaccins de manière simple et compréhensible, de signaler les informations erronées et d'orienter les autres utilisateurs vers des sources d'information fiables. Les DSM constituent le réseau *uInfluence*, le réseau de



Approche stratégique

mobilisation sociale numérique de l'équipe Polio de l'UNICEF, qui comptera plus de 77 000 influenceurs dans 200 pays à partir de mai 2023.

Pour contrer la désinformation sur la vaccination contre la poliomyélite, une campagne *uInfluence* a été lancée sur Instagram et Facebook. Dans le cadre de cette campagne, la publicité numérique payante a permis d'attirer les DSM dans 17 pays et de diffuser des informations précises sur la vaccination contre la poliomyélite. La campagne a atteint 66 millions de personnes. Les DSM ont été informés par des « drip emails » (à savoir des courriels périodiques envoyés aux personnes qui se sont engagées avec le contenu des médias sociaux) avec des messages clés tels que « Les médecins principaux de l'OMS et des ministères de la santé locaux ont confirmé que le vaccin contre la polio ne provoque pas la maladie » ou « Des doses multiples de vaccin contre la polio sont nécessaires pour protéger les enfants contre

la polio. » Les DSM ont amplifié ces messages par le biais de posts Facebook, de stories Instagram, de posts in-feed et de contenus générés par les utilisateurs à l'aide du hashtag #uInfluence. Des emails d'appel à l'action (AAA) ont été envoyés aux DSM dans toutes les régions de l'UNICEF. Chaque e-mail portait un titre (par exemple, « You've got this », « Vous avez compris »), un bref message destiné au DSM (par exemple, « Pour vous aider à lutter contre la désinformation et à partager des informations factuelles sur la polio en ligne, voici quelques rappels et ressources »), et 2 ou 3 messages clés fondés sur des données probantes concernant le vaccin contre la polio. La campagne s'est achevée en mars 2023. Une étude post-campagne a été menée du 17 mars au 21 avril 2023. Entre le 22 mars et le 14 avril 2023, le DCE a également mené une enquête transversale unique en ligne auprès des destinataires de son bulletin d'information, en anglais et en français.



© UNICEF/UN0716204



Principales réalisations

Les activités du DCE ont permis de constater une augmentation de 22 % de la perception des risques liés aux virus et de 16 % de la confiance dans la sécurité des vaccins.² Cette enquête sur les activités du DCE a révélé d'autres succès dans trois domaines clés : Les effets du DCE sur les DSM, les résultats positifs de la campagne *uInfluence* et l'utilité de la lettre d'information du DCE. Voici les principales conclusions pour chacun de ces domaines :

Les résultats clés concernant les DSM sont les suivants :

- Le DCE a engagé plus de 77 000 influenceurs bénévoles dans les médias sociaux pour amplifier les messages clés ;
- Ce programme a eu un impact positif sur les efforts de communication et de défense des vaccins des DSM en renforçant leur capacité à lutter contre la désinformation. Un plus grand nombre de DSM ont indiqué qu'ils savaient reconnaître les fausses informations sur la polio lorsqu'ils les voyaient (de 73 % au départ à 79 % à l'arrivée), et qu'ils savaient où trouver des faits fiables à partager sur la polio (66 % au départ contre 72 % à l'arrivée) ;
- Les enquêtes de suivi ont révélé une amélioration des connaissances et des attitudes à l'égard de la polio et des vaccins, en particulier en ce qui concerne l'importance des doses multiples de vaccin ; il y a eu une augmentation significative du nombre de DSM qui pensent que des doses multiples sont nécessaires pour que le vaccin contre la polio soit le plus efficace possible ;
- La plupart des DSM sont satisfaits des informations et du matériel reçus de *uInfluence*, pensent que *uInfluence* les aide à avoir un impact positif sur leur communauté et recommanderaient *uInfluence* à un ami.



Les principales conclusions de la campagne *uInfluence* sont les suivantes :

- Cette campagne a eu un impact positif sur les connaissances relatives à la polio et aux vaccins, c'est-à-dire la nécessité d'administrer plusieurs doses de vaccin contre la polio pour être efficace, la perception de l'innocuité du vaccin, la conviction que la polio est toujours un risque et la compréhension du fait que le vaccin contre la polio est le seul moyen de protéger un enfant contre la polio ;
- Le succès de la campagne a été considérable en ce qui concerne la connaissance de la nécessité d'administrer plusieurs doses de vaccins antipoliomyélitiques ;
- Dans l'ensemble, les participants se sont déclarés prêts à vacciner leurs propres enfants, à recommander aux autres de vacciner leurs enfants, et ceux qui étaient au courant de la campagne étaient plus enclins à partager ou à publier des informations en ligne sur le vaccin antipoliomyélitique.



Principales réalisations

Les principaux résultats obtenus concernant les activités du DCE parmi les destinataires de la lettre d'information sont les suivants :

- Pratiquement la totalité des 46 personnes interrogées (96 %) ont trouvé que le DCE était informative pour leur travail, et plus de 80 % ont déclaré qu'ils étaient satisfaits du soutien fourni par le DCE et qu'ils participeraient probablement aux activités de le DCE à l'avenir ;
- 94 % des personnes interrogées ont affirmé que le DCEU avait accru leur confiance dans la lutte contre la désinformation sur la poliomyélite.
- 98 % des personnes interrogées ont déclaré que les bulletins d'information hebdomadaires leur étaient les plus utiles, suivis des vidéos de formation et de la banque de messages (94 %), et des annonces numériques modifiables (89 %) ;
- Au moins 76 % des destinataires des bulletins d'information ont utilisé la banque de messages au moins une fois.



PLUS DE
77 000

Recrutement dans
les réseaux sociaux
d'influenceurs bénévoles

94%

des personnes interrogées
ont renforcé leur confiance
dans la lutte contre la
désinformation sur la polio

96%

ont trouvé que le DCE était
instructif pour leur travail



Enseignements tirés

- 1 Le recours à la mobilisation numérique et à la micro-influence s'est avéré efficace :** L'engagement des mobilisateurs sociaux numériques (DSM) et du réseau uInfluence a considérablement amplifié la portée d'informations précises sur les vaccins. La mobilisation de micro-influenceurs, des individus moins connus mais très engagés sur les réseaux sociaux, présente un fort potentiel pour contrer la désinformation de manière efficace.
- 2 Grâce aux données en temps réel et aux retours d'information, la réponse a été renforcée :** La mise en place d'outils d'écoute sociale et d'enquêtes a permis de suivre en temps réel les opinions du public et les tendances en matière de désinformation. Ces informations se sont révélées précieuses pour contrer rapidement la désinformation en fournissant des faits vérifiés, pour ajuster les stratégies en fonction des besoins identifiés, et pour évaluer l'impact des différentes initiatives.
- 3 La participation sur plusieurs plateformes élargit l'impact de cette initiative :** S'engager avec le public sur plusieurs plateformes numériques a étendu la visibilité et a facilité la mise en œuvre de diverses stratégies de diffusion de l'information. Cette approche a également permis de s'adapter aux différentes habitudes de consommation médiatique des différents groupes démographiques.
- 4 La confiance de la communauté est vitale :** L'acceptation et la diffusion des informations au sein de la communauté dépendent largement du niveau de confiance établi. En faisant appel aux mobilisateurs sociaux numériques (DSM) déjà actifs au sein de la communauté, il a été possible de tirer parti des relations de confiance existantes, renforçant ainsi la crédibilité et la persuasion des messages.



Recommandations

- 1 Étendre le réseau uInfluence :** Face au succès des mobilisateurs sociaux numériques (DSM) et du réseau uInfluence, il est prévu d'étendre cette initiative en recrutant davantage de DSM dans un plus grand nombre de régions et en leur fournissant la formation et les ressources nécessaires.
- 2 Renforcer les capacités de suivi en temps réel :** Pour renforcer les capacités de suivi en temps réel, il est proposé d'investir dans des outils avancés d'écoute sociale et dans des capacités d'analyse des données d'écoute sociale dans les pays concernés. Cela permettrait d'identifier des informations plus pertinentes au niveau local, pouvant être utilisées pour contrer rapidement les fausses informations émergentes.
- 3 Mettre en œuvre des évaluations d'impact régulières :** Par ailleurs, la mise en œuvre d'évaluations d'impact régulières est recommandée. Ces évaluations permettraient d'analyser de manière systématique les différentes sous-initiatives du projet, afin de mieux comprendre leur impact, d'identifier les domaines à améliorer et d'ajuster les stratégies en conséquence.
- 4 Préparer les futures campagnes de santé :** Exploiter l'infrastructure, les partenariats et les enseignements tirés de cette initiative pour anticiper les défis à venir en matière de désinformation dans le domaine de la santé publique, qui vont au-delà de la polio. La durabilité des investissements du Programme élargi de vaccination (PEV) après l'éradication de la poliomyélite repose sur cette approche proactive et intégrée.

Notes de fin

- 1 Fonds des Nations unies pour l'enfance, Digital Community Engagement Unit: Program introduction, UNICEF/ Public Goods Project, UNICEF, New York, 5 juillet 2022.
- 2 Ibid.

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)>.

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



© 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



© UNICEF/ UN0533098



© UNICEF/ UNI206123/ Claudio Fauvel



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

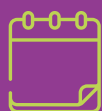
- 1 Nandi A., et Shet A., « Why vaccines matter: understanding the broader health, economic, and child development benefits of routine vaccination », Human Vaccines & Immunotherapeutics, vol. n° 8, 2020, pp. 1900-1904.
- 2 Fonds des Nations unies pour l'enfance, From coverage to empowerment: Integrating 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 Malaisie exploite les résultats de l'expérience des messages sur la COVID-19 pour concevoir des campagnes de communication sur les risques et d'engagement communautaire

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

Résumé



Dates de l'activité
Du 29 avril à juin 2021



Durée de l'activité
Deux mois



Budget
25 000 USD

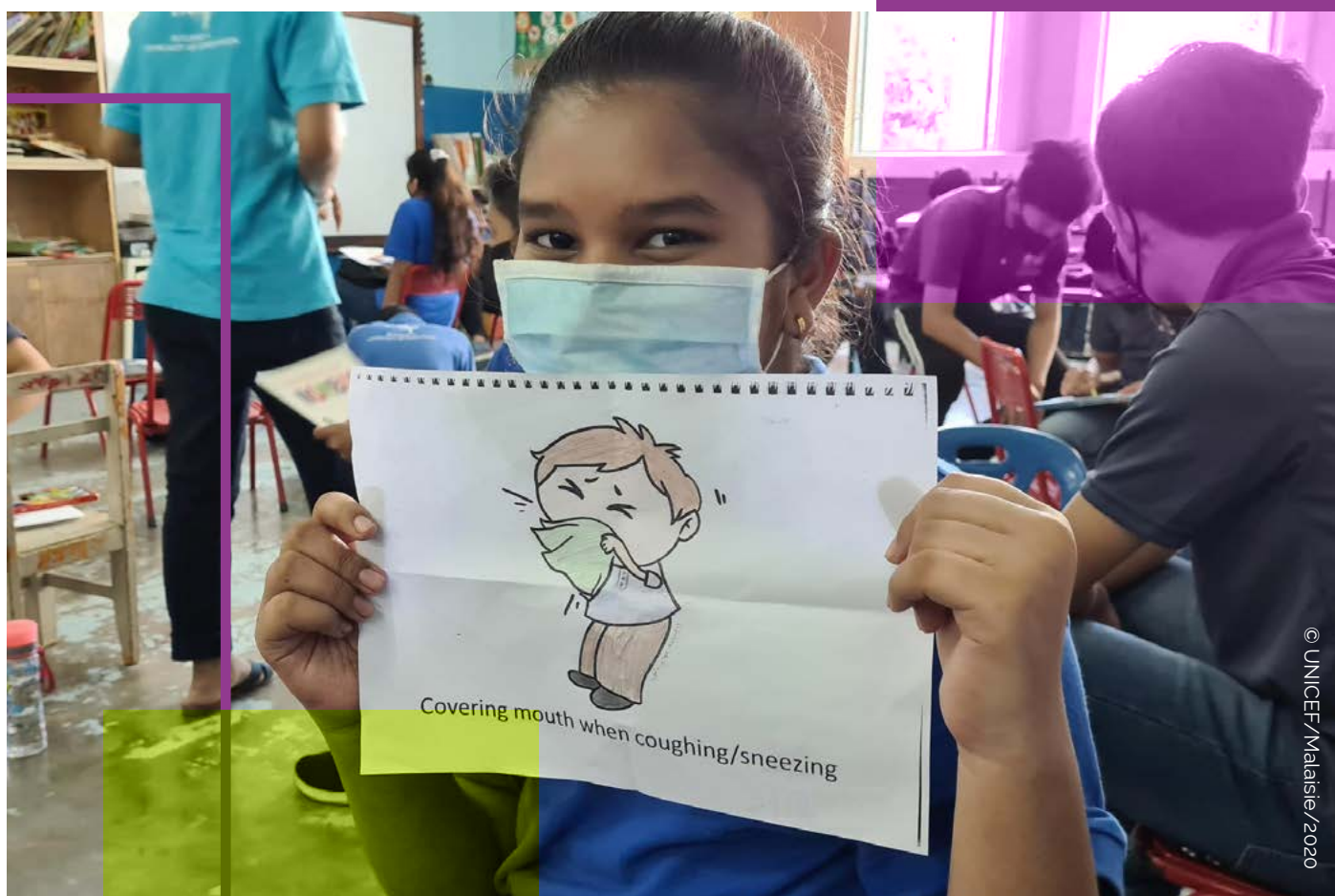
La mise au point rapide du vaccin contre la COVID-19 a soulevé des questions quant à son innocuité parmi les Malaisiens, ce qui a entraîné une certaine hésitation. L'UNICEF Malaisie a soutenu un essai randomisé contrôlé visant à tester sept messages persuasifs sur l'innocuité des vaccins afin de déterminer lesquels inciteraient les Malaisiens à se faire vacciner contre la COVID-19. L'étude a montré que l'idée d'aborder les questions liées à l'innocuité des

vaccins au moyen de messages persuasifs plaît aux personnes qui sont disposées à recommander le vaccin contre la COVID-19 aux personnes ayant des problèmes de santé préexistants. Les résultats de l'étude ont servi à éclairer les campagnes de communication sur les risques et d'engagement communautaire (RCCE) de la COVID-19 soutenues par le ministère malaisien de la Santé.

Contexte

En février 2021, la Malaisie a lancé un programme de vaccination de masse contre la COVID-19, en commençant par les travailleurs de première ligne, puis les groupes à haut risque (par exemple, les personnes âgées de 60 ans et plus), les personnes handicapées et les personnes souffrant de maladies chroniques sous-jacentes. En avril 2021, le vaccin était mis à la disposition de tous les Malaisiens selon le principe du premier arrivé, premier servi. En août 2021, la Malaisie comptait près de 1,3 million de cas de COVID-19 pour 11 162 décès.¹ Malgré l'existence de preuves tangibles selon lesquelles les vaccins contre la COVID-19 réduisaient la gravité de la maladie et la mortalité, de nombreux Malaisiens hésitaient à se faire vacciner.^{2,3} En général, l'hésitation face aux vaccins est motivée par des facteurs qui influent sur l'attitude et le comportement (par exemple, la perception du risque, la commodité).

Dans le cas de la vaccination contre la COVID-19, les normes subjectives (le fait d'être influencé par les autres), le contrôle comportemental perçu et les préoccupations concernant l'innocuité du vaccin et les coûts y afférents expliquent, en grande partie, l'hésitation des Malaisiens à se faire vacciner contre la COVID-19.^{4,5,6} La large publication de témoignages sur les effets secondaires du nouveau vaccin ainsi que d'autres informations erronées n'ont pas contribué à améliorer sa perception. L'adhésion à des théories conspirationnistes a également contribué à l'hésitation observée face à la vaccin COVID-19.⁷ Le manque de confiance dans le vaccin a conduit de nombreux Malaisiens à adopter une attitude attentiste, c'est-à-dire qu'ils attendaient de voir si l'innocuité du vaccin contre la COVID-19 était établie avant de se faire vacciner.



© UNICEF/Malaisie/2020



Approche stratégique

L'UNICEF Malaisie a financé un essai randomisé contrôlé auprès de 5 784 Malaisiens pour savoir si des messages persuasifs axés sur l'innocuité du vaccin influençaient l'intention d'une personne de se faire vacciner contre la COVID-19, et pour recommander le vaccin aux adultes en bonne santé, aux personnes âgées (60 ans et plus) et aux personnes souffrant de problèmes de santé préexistants.⁸ Les chercheurs ont comparé divers messages d'innocuité uniques sur la COVID-19 à un message de lutte, en partant de l'hypothèse que l'exposition à un message d'innocuité unique améliorerait considérablement l'intention de se faire vacciner chez les personnes qui hésitaient au départ à accepter ou à recommander le vaccin, par rapport au message de lutte. Ils ont ensuite étudié les effets de l'exposition des participants à deux messages d'innocuité persuasifs afin de simuler un environnement réel où les personnes sont exposées à plusieurs messages. Les chercheurs ont également émis l'hypothèse selon laquelle l'exposition à deux messages persuasifs entraînerait des changements d'intention positifs plus importants chez les personnes hésitantes, c'est-à-dire qu'une « dose » plus élevée de messages (le fait de recevoir plus d'un message) serait plus efficace pour inciter à se faire vacciner et à recommander le vaccin à d'autres personnes que l'exposition à un seul message.

Les participants à l'étude ont été répartis au hasard dans 14 groupes expérimentaux et exposés à un ou deux messages incitant les personnes à se faire vacciner contre la COVID-19. Chaque message expérimental était formulé différemment : par exemple, un message abordait la question de l'innocuité, tandis qu'un autre traitait des effets secondaires. Le message de lutte indiquait simplement : « Recevez le vaccin contre la COVID-19. C'est sûr et efficace ! » Chaque participant a été invité

à lire les messages. Les mesures des résultats ont été évaluées tout comme l'intention de prendre le vaccin et de le recommander à des adultes en bonne santé, à des personnes âgées et à des personnes ayant des problèmes de santé préexistants, avant et après l'exposition au message. Les changements d'intention ont été modélisés et les effets marginaux moyens ont été estimés sur la base des changements dans la probabilité projetée de répondre avec une intention positive pour chacun des quatre résultats.⁹

Au départ, au moins 80 % des participants ont déclaré qu'ils recommanderaient le vaccin contre la COVID-19 à des adultes en bonne santé (seuls 20 % étaient « hésitants »). Aucun des messages expérimentaux persuasifs n'a amélioré les intentions de vaccination ou les recommandations aux personnes en bonne santé ou plus âgées, certains montrant même des signes d'échec. Les chercheurs ont déclaré que les résultats négatifs pouvaient être dus à l'effet limité de messages textuels brefs qui ne parvenaient pas à capter l'attention et à paraître convaincants, ou que parler de la question de l'innocuité des vaccins n'était peut-être pas l'angle le plus approprié pour atteindre une minorité d'individus hésitants. Certains messages ont toutefois permis d'améliorer les recommandations adressées aux personnes ayant des problèmes de santé préexistants. Les résultats ont également montré que l'intention de recommander un vaccin à d'autres personnes ne reflétait pas nécessairement l'intention personnelle de se faire vacciner. Les chercheurs



© UNICEF/Malaisie/2023/Fara Zahri

ont émis l'idée selon laquelle la diffusion des messages par des médias plus attrayants aurait pu donner de meilleurs résultats.

Les résultats de cette étude ont servi à éclairer les messages contre la COVID-19 dans le cadre d'une campagne plus large sur les modes de vie sains appuyée par le ministère de la Santé de Malaisie. Un plan de publicité dans les médias a été élaboré pour accroître la sensibilisation et la portée des messages clés par le biais des réseaux sociaux, du réseau Google Display, des publicités sur YouTube, de TikTok, de Telegram et de l'activation de KOL d'août 2022 à janvier 2023. La campagne comprenait du contenu lié à la sensibilisation à un mode de vie plus sain. Le public le plus intéressé par les annonces Google du ministère de la Santé se situait dans la tranche d'âge 25 à 44 ans. Les publications animées reflétant des scénarios quotidiens, utilisant des messages décontractés, simples et comiques, et rédigés dans la langue locale (le malais), ont été plus faciles à comprendre et ont suscité le plus d'intérêt. Les contenus éducatifs ont généré de meilleurs résultats sur l'ensemble des plateformes, ce qui indique que la population est désireuse d'apprendre et ouverte à de nouvelles informations.

La campagne a atteint

951,344

10,731

engagé sur les réseaux sociaux et les plateformes numériques du ministère de la Santé



Principales réalisations

La campagne a touché 951 344 personnes et fait réagir 10 731 personnes sur les réseaux sociaux et les plateformes numériques du ministère de la Santé.



Enseignements tirés

- 1** Bien que l'innocuité du vaccin contre la COVID-19 soit l'une des raisons pour lesquelles les Malaisiens hésitent à se faire vacciner, la rédaction de messages axés uniquement sur cet aspect n'a pas permis d'améliorer de manière significative les intentions de vaccination personnelle ou les recommandations de vaccination, sauf chez les personnes ayant des problèmes de santé préexistants.
- 2** Les messages persuasifs qui mettent l'accent sur l'innocuité doivent être exploités pour recommander de nouvelles interventions de soins de santé à des personnes souffrant de maladies préexistantes, en particulier si l'intervention est initialement perçue comme potentiellement nocive pour elles.
- 3** Dans les situations d'urgence, une étude plus rapide peut s'avérer plus appropriée pour guider l'élaboration des campagnes. L'expérience a duré près d'un an, au cours duquel la Malaisie d'atteindre un taux de vaccination de 90 %. Bien que des enseignements auraient pu éclairer la campagne en faveur d'un mode de vie sain, il n'y avait pas de lien direct entre les deux.



Recommandations

- 1** Mener des recherches qualitatives plus approfondies basées sur des cadres théoriques afin de mieux comprendre la façon dont les messages persuasifs influencent les perceptions individuelles concernant la vaccination contre la COVID-19.
- 2** Mener des recherches plus approfondies pour comprendre les raisons scientifiques pour lesquelles les individus recommandent des interventions de soins de santé à d'autres.
- 3** Inclure dans les campagnes un contenu plus éducatif et plus « léger » sur le mode de vie afin de susciter l'intérêt des personnes cibles.

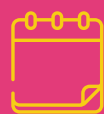
Notes de fin

- 1 Lee K.W., Gew L.T., Siau C.S., Peh S.C., Chia Y.C., Yacob S., Chan N.N., Seow V.K., Ooi P.B., « COVID-19 vaccine hesitancy and its associated factors in Malaysia », *PLoS One*, vol. 17, no. 9, septembre 2022.
- 2 Pormohammad A., Zarei M., Ghorbani S., Mohammadi M., Razizadeh M.H., Turner D.L., et al, « Efficacy and safety of COVID-19 vaccines : a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trial », *Vaccines*, vol. 9, no. 5, 2021, p. 467.
- 3 Chou W.-Y.S., Budenz A., « Considering emotion in COVID-19 vaccine communication : addressing vaccine hesitancy and fostering vaccine confidence », *Health Communication*, vol. 35, no. 14, 2020, pp.1718-1722.
- 4 Lee K.W., Gew L.T., Siau C.S., Peh S.C., Chia Y.C., Yacob S., Chan N.N., Seow V.K., Ooi P.B., « COVID-19 vaccine hesitancy and its associated factors in Malaysia », *PLoS One*, vol. 17, no. 17, septembre 2022, p. 9.
- 5 Syed Alwi S.A.R., Rafidah E., Zurraini A., et al, « A survey on COVID-19 vaccine acceptance and concern among Malaysians », *BMC Public Health*, vol. 1129, 2021, pp. 1-12.
- 6 Zahiid S.J., « Health Ministry survey shows a third of Malaysians still fear, doubt Covid-19 vaccine », *Malay Mail*, 2020, www.malaymail.com/news/malaysia/2020/12/31/health-ministry-survey-shows-a-third-of-malaysians-still-fear-doubt-covid-1/1936319.
- 7 Lee K.W., Gew L.T., Siau C.S., Peh S.C., Chia Y.C., Yacob S., Chan N.N., Seow V.K., Ooi P.B., « COVID-19 vaccine hesitancy and its associated factors in Malaysia », *PLoS One*, vol. 17, no. 17, septembre 2022, p. 9.
- 8 Hing N.Y.L., Woon Y.L., Lee Y.K., Kim H.J., Lothfi N.M., Wong E., Perialathan K., Ahmad Sanusi N.H., Isa A., Leong C.T., Costa-Font J., « When do persuasive messages on vaccine safety steer COVID-19 vaccine acceptance and recommendations ? Behavioural insights from a randomised controlled experiment in Malaysia », *BMJ Glob Health*, vol. 7, no. 7, 2022.
- 9 Ibid.

L'UNICEF MENARO mène des enquêtes chronologiques pour comprendre les connaissances, les attitudes et les pratiques relatives à la COVID-19 dans 23 pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord

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

Résumé



Dates de l'activité

Première série du 20 mai au 30 juillet 2021, deuxième série du 30 septembre au

2 décembre 2021, et troisième série du 20 mai au 9 août 2022.



Durée de l'activité

1 an



Budget

Inconnu

Entre juin 2021 et juin 2022, une série chronologique d'enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) liées aux principaux indicateurs de changement social et comportemental (CSC) de la COVID-19 a été mise en œuvre. L'enquête a été menée simultanément dans 23 pays de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord et répétée à trois reprises au cours de la période d'un an.¹ La première des trois enquêtes a été menée conjointement par l'UNICEF MENARO et l'OMS EMRO (Bureau

régional de la Méditerranée orientale), puis par l'UNICEF MENARO. Les données de ces enquêtes ont permis d'établir une base de référence normalisée pour la collecte des données COVID-19 sur le CSC et ont servi de point de recoupement pour les données nationales et infra-nationales. Les données ont servi à éclairer directement les décisions du programme (par exemple, la segmentation de l'audience) et à élaborer des réponses sur mesure.



Contexte

Tout au long de l'année 2021, la population de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA) a connu près de 16 millions de cas confirmés de COVID-19 et 279 000 décès dus au virus en décembre 2021. La République islamique d'Iran a enregistré le plus grand nombre de cas confirmés et de décès dans la région.

La région est unique en ce sens qu'elle abrite des pays à revenus faibles, moyens et élevés dont les conditions économiques et sociales et les systèmes de santé sont variables. Les pays du Golfe à revenu élevé ont pu se procurer une gamme de vaccins COVID-19 en quantité suffisante pour l'ensemble de leur population dès qu'ils étaient disponibles, tandis que les vaccins destinés aux pays à revenu moyen ou faible ont eu tendance à arriver plus tard et en lots insuffisants pour l'ensemble de la population. Le pourcentage de la population vaccinée variait considérablement d'un pays à l'autre, les pays à revenu élevé (par exemple, les Émirats arabes unis) ayant le taux de vaccination le plus élevé

et les pays à faible revenu (par exemple, le Yémen, le Soudan et la Syrie) ayant certains des taux les plus bas du monde.² Les effets directs et indirects de la pandémie de COVID-19, ainsi que l'instabilité et les situations humanitaires prolongées au Yémen, en Irak, en Libye, au Soudan et en Syrie, ont continué d'avoir un impact sur la vie et le bien-être des enfants les plus vulnérables de la région.

En 2021, l'UNICEF a donné la priorité à l'aide aux partenaires nationaux pour faire face aux effets immédiats de la pandémie de COVID-19, tout en renforçant les capacités requises pour lutter contre les effets à long terme du virus sur les enfants dans toute la région MENA. UNICEF MENA a joué un rôle important dans les domaines de la coordination, de la surveillance, des capacités de laboratoire, de la gestion clinique, de la prévention et du contrôle des infections, de la communication sur les risques et de l'engagement communautaire, ainsi que de la recherche.





Approche stratégique

De juin 2021 à juin 2022, l'UNICEF a mené une enquête CAP transversale dans 23 pays de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA) pour comprendre les perceptions du risque et les autres facteurs associés à l'adoption du vaccin contre la COVID-19, ainsi que les pratiques liées à la prévention et à la vaccination contre la COVID-19, chez les adultes de 18 ans et plus.³ Cette recherche visait à identifier les stratégies, les solutions communautaires, les approches, les canaux de communication préférés et les sources d'information fiables sur la COVID-19. L'instrument d'enquête était basé sur un cadre conceptuel de l'OMS spécifique à la vaccination et se concentrait sur les facteurs comportementaux et sociaux associés à la vaccination, résumés comme suit : réflexion et sentiment (par exemple, perception du risque de maladie et confiance dans le vaccin) ; processus sociaux (par exemple, normes sociales) ; motivation (par exemple, intention de se faire vacciner), et questions systémiques et pratiques (par exemple, disponibilité, accessibilité financière, accès, qualité du service).

Trois séries de données ont été collectées. La première série s'est déroulée du 20 mai au 30 juillet 2021, la deuxième série du 30 septembre au 2 décembre 2021 et la troisième série du 20 mai au 9 août 2022.

L'échantillonnage probabiliste par composition aléatoire (RDD) a été utilisé pour créer une base de sondage aléatoire générée par ordinateur à partir de laquelle les répondants ont été sélectionnés pour les entretiens téléphoniques assistés par ordinateur (CATI) et les enquêtes sur le Web mobile (MW). Le recrutement pour les enquêtes MW s'est appuyé sur le recrutement d'utilisateurs sur les médias sociaux (par exemple, Facebook, Twitter) et les applications de messagerie (par exemple, WhatsApp). Les données de l'enquête MW ont été envoyées directement au traitement des données, alors que les données de la méthode CATI ont nécessité des recenseurs et l'administration des enquêtes. Pour les deux premières séries de données, la méthode CATI a été utilisée dans les 23 pays. Lors de la troisième série, les données des répondants des pays du Comité de coopération du Golfe (CCG), à savoir le Royaume de Bahreïn, l'État du Koweït, le Sultanat d'Oman,

l'État du Qatar, le Royaume d'Arabie saoudite et les Émirats arabes unis, ont été collectées via Mobile Web, tandis que les enquêtes ITAO ont été utilisées dans les 17 autres pays.⁴ Les instruments d'enquête des deuxième et troisième série ont légèrement varié, compte tenu de l'évolution du contexte de la pandémie de COVID-19 et de la nécessité d'ajuster certaines questions. Lors de la série, par exemple, les répondants ont été interrogés sur leur volonté de recevoir une deuxième dose ou un rappel du vaccin contre la COVID-19, alors qu'une seule dose était recommandée lors de la première série.

Les données ont été analysées et pondérées en fonction de la taille de la population du pays et du sexe afin de produire des statistiques descriptives régionales. Les comparaisons avec les données de prestation de services sur l'utilisation du vaccin ont indiqué que l'échantillon de l'enquête pour la troisième série était biaisé en faveur des personnes qui avaient déjà reçu au moins une dose de vaccin. Les données ont été utilisées pour développer des archétypes basés sur les tendances suggérées pour les catégories de statut ou d'intention de vaccination (c'est-à-dire vacciné ; pas encore vacciné mais ayant l'intention de l'être ; indécis ; et non vacciné sans intention de l'être).⁵ Ces archétypes étaient destinés à décrire des sous-populations distinctes dans le but de créer des interventions visant à modifier la société et le comportement afin d'accroître l'utilisation du vaccin contre la COVID-19.





Principales réalisations

Les données obtenues à partir des trois séries d'enquêtes menées dans la région MENA ont permis de reformuler l'hésitation face au vaccin comme un continuum « d'acceptation » des vaccins, de façonner la conception de réponses multiples pour aborder l'acceptation des vaccins sur la base des différentes personnes identifiées à partir des données et de comprendre les normes sociales associées à l'acceptation des vaccins.

Les résultats de l'étude ont mis en évidence plusieurs interventions visant à améliorer l'acceptation du vaccin contre la COVID-19, notamment :

- Faire évoluer les attitudes des professionnels de santé en renforçant leur engagement auprès de la direction des établissements de santé sur les avantages de la vaccination et l'importance des vaccinations ;
- Améliorer les conditions de travail des professionnels de la santé ;
- Organiser des séminaires d'éducation à la santé/éducation pour tout le personnel concerné dans les établissements de santé et les hôpitaux ;
- Mettre en œuvre des campagnes de vaccination pour les professionnels de la santé avec une politique formelle d'exclusion (c'est-à-dire que les professionnels de santé devraient signer un formulaire indiquant qu'ils refusent le vaccin et qu'ils comprennent les risques de la non-vaccination pour eux-mêmes et pour les autres) ;
- Envoyer des lettres, des courriels ou des appels téléphoniques pour rappeler aux personnes de se faire vacciner ;
- Offrir des incitations à la vaccination (rafraîchissements, tirages au sort, billets de loterie et prix en espèces, par exemple) ;
- Intégrer la conformité ou la non-conformité dans les évaluations de routine des performances des employés du secteur de la santé ;

- Élaborer des messages sur mesure pour des personnes ou des sous-groupes spécifiques afin de répondre à leurs préoccupations ou de lever les obstacles auxquels ils se heurtent ;
- Établir des partenariats avec des organisations de services communautaires (OSC) et d'autres organismes pour soutenir la sensibilisation et l'inscription à la vaccination.



© UNICEF/Yemen - UNI333647

Enquête transversale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques

23 PAYS

au sein de la région
MENA

3 SÉRIES

des données
collectées



Enseignements tirés et recommandations

- 1 Le recouplement des données permet d'obtenir une image plus équilibrée d'une situation que n'importe quel méthode de collecte de données isolée. Cette recherche faisait partie d'une stratégie de données plus large qui comprenait des études quantitatives et qualitatives nationales et infra-nationales, l'écoute sociale et une série de mécanismes de retour d'information en ligne et hors ligne (par exemple, des permanences téléphoniques). Si l'étude régionale a été plus longue à réaliser, l'échantillon aléatoire a eu l'avantage de donner une idée plus précise de l'importance relative des différents éléments au fil du temps, tandis que les médias sociaux ont eu tendance à favoriser les opinions tranchées (qu'elles soient négatives ou positives), mais présentent l'avantage du « temps réel ». Les études futures devraient employer plusieurs méthodes pour permettre le recouplement des données.
- 2 Il est essentiel de comprendre les raisons et les étapes du processus de prise de décision concernant l'adoption d'un vaccin pour élaborer des stratégies efficaces visant à motiver cette adoption. Les données ont montré que différents segments de la population se trouvaient à différents stades du processus de prise de décision concernant l'adoption du vaccin. La majorité des habitants de la région ont déclaré vouloir se faire vacciner, et seule une petite partie d'entre eux a déclaré ne pas vouloir se faire vacciner ; leurs préoccupations et leurs raisons variaient considérablement. Cette étude a permis d'élaborer différentes stratégies pour atteindre différents segments de la population, ce qui a donné lieu à de multiples réponses localisées plutôt qu'à une intervention « unique ».

Notes de fin

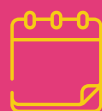
- 1 Nikoloski Z, Bain R, Elzalabany MK, Hanna P, Aynsley TR, Samhoury D, Menchini L, Kapil N, Gillespie A. Modélisation du statut vaccinal contre le COVID-19 et du respect des mesures de santé publique et sociales, Région de la Méditerranée orientale et Algérie. *Organe mondial de la santé Bull.* 1er février 2023;101(2):111-120. doi: 10.2471/BLT.22.288655. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9874377/pdf/BLT.22.288655.pdf>>
- 2 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *UNICEF Moyen-Orient et Afrique du Nord : Humanitarian situation report*, UNICEF, Décembre 2021, <www.unicef.org/media/118566/file/MENARO-Humanitarian-Situation-Report-December-2021.pdf>.
- 3 Les 23 pays concernés par cette étude sont la République islamique d'Afghanistan, la République algérienne démocratique et populaire, le Royaume de Bahreïn, la République de Djibouti, la République arabe d'Égypte, la République islamique d'Iran, la République d'Irak, le Royaume hachémite de Jordanie, l'État du Koweït, la République du Liban, la Libye, le Royaume du Maroc, le Sultanat d'Oman, la République islamique du Pakistan, l'État de Palestine, l'État du Qatar, le Royaume d'Arabie saoudite, la République fédérale de Somalie, la République du Soudan, la République arabe syrienne, la République de Tunisie, les Émirats arabes unis et la République du Yémen.
- 4 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *UNICEF MENA regional survey : COVID-19 knowledge, attitudes, & practices : Vaccine acceptance and public health and social measures, Round 3 regional report*, UNICEF, 2022.
- 5 Ibid.



UNICEF ROSA fournit un coffret « Demand Strategy Builder » (outil d'élaboration de stratégie de demande) pour aider les pays à augmenter l'adoption des vaccins

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

Résumé



Dates de l'activité
2020 à 2021



Durée de l'activité
15 mois



Budget
Indisponible

Le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud (ROSA) a soutenu la mise au point du Demand Strategy Builder, un coffret d'outils pratiques et très illustrés destinés à guider les responsables de programmes de santé et les personnes chargées de la mise en œuvre dans l'utilisation d'une approche de design centré sur l'humain pour élaborer des stratégies infranationales fondées sur

des données probantes qui favorisent l'adoption des vaccins. Ce coffret est conçu pour guider les utilisateurs à travers un processus étape par étape qui leur permet d'envisager la vaccination du point de vue des parents/aidants familiaux et de concevoir des activités et des programmes de nature à éliminer les obstacles à la vaccination des enfants.



Contexte

Au moins six millions d'enfants ne sont pas vaccinés ou le sont insuffisamment dans les huit pays les plus à risque d'Asie du Sud et du Sud-Est. La faible demande de vaccins s'explique notamment par le manque de connaissances sur les vaccins ou le nombre de doses nécessaires, la désinformation généralisée sur les effets secondaires des vaccins et les rappels de vaccins qui entraînent une méfiance à l'égard du produit. En Indonésie, une campagne de vaccination contre la rougeole visant 70 millions d'enfants a été interrompue en 2018 par des groupes religieux qui ont retiré leur soutien. Au Népal, des messages inefficaces sur la nécessité d'une deuxième dose de vaccin contre la rougeole ont entraîné une baisse des taux de vaccination (de 90 à 70 %).¹ Lors de la pandémie de COVID-19, la confiance dans les vaccins s'est érodée et la demande de vaccinations infantiles a diminué. Les calendriers de vaccinations infantiles ont été perturbés en raison des mesures de confinement à la maison, des demandes intenses sur les systèmes de santé, du détournement des ressources destinées à la vaccination contre la

COVID-19 et de la pénurie de personnel de santé.

Pour comprendre et traiter les raisons les plus pressantes de la faible adoption des vaccins, l'UNICEF a intensifié l'utilisation de l'approche du design centré sur l'humain (DCH) pour développer des stratégies de demande sur mesure afin d'augmenter l'adoption des vaccins dans des pays sélectionnés. Le DCH est une méthode de résolution des problèmes qui place des personnes réelles au centre du processus de développement, ce qui permet de mieux comprendre le problème du point de vue de la population concernée et de développer des matériels, des produits et des services spécifiquement adaptés qui répondent à leurs besoins. Depuis 2020, l'UNICEF soutient les ministères de la Santé du Sud-Soudan, du Zimbabwe, de Madagascar, d'Indonésie, d'Éthiopie, du Mozambique, de Somalie, du Myanmar, d'Afghanistan et du Pakistan, afin qu'ils adoptent l'approche du DCH pour développer des stratégies de génération de la demande adaptées et spécifiques au contexte.



© UNICEF/US. CDC/UN0735381 /Anita Khenka



Approche stratégique

UNICEF ROSA a collaboré avec Common Thread, une agence spécialisée dans la conception sociale et comportementale, pour créer un coffret « Demand Strategy Builder » (outil d'élaboration de stratégie de demande).² Le coffret a été conçu pour traiter des principes globaux et être appliqué dans tous les secteurs en Asie du Sud, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique. Toutefois, il peut être utilisé par toute personne qui le trouve utile. Il a été conçu pour les professionnels de la santé, de la communication et/ou du changement de comportement travaillant au niveau infranational, bien que l'utilisateur principal puisse varier d'un pays à l'autre. Chaque utilisateur principal sera soutenu par des managers et des champions aux niveaux national, régional et/ou mondial.

Common Thread s'est entretenue avec l'UNICEF, l'OMS et des responsables infranationaux de la vaccination et des comportements dans toute l'Asie du Sud et du Sud-Est afin de comprendre ce dont ils avaient besoin et ce qu'ils attendaient du coffret proposé. Il en est ressorti que personne ne voulait d'un « autre manuel » et que personne n'était intéressé par la théorie.³ Common Thread a ensuite étudié les raisons spécifiques du faible taux de vaccination dans la région. Les résultats de cette recherche ont permis de définir le problème du point de vue des parents et des aidants familiaux et de savoir ce dont les agents de santé et les responsables avaient besoin pour éliminer les obstacles et ouvrir la voie à la mise à jour des vaccins des enfants.

L'élaboration du coffret a été guidée par un comité directeur qui a fourni des informations en retour à chaque phase du processus de développement (idées initiales, atelier d'identification des problèmes, observations sur le terrain et atelier de conception de solutions).⁴ Les responsables régionaux, nationaux et infranationaux de l'UNICEF chargés de la vaccination et de la communication ont apporté des contributions essentielles à Common Thread. L'élaboration du coffret a duré 15 mois, du projet initial aux tests sur le terrain, en passant par les révisions et la finalisation.



An Introduction to the Demand Strategy Builder

- **What is the tool?** The Demand Strategy Builder is a full package tool to be used by sub-regional level health managers, taking them through four key moments to designing a behavioral strategy.
- **The objective?** To guide sub-regional level health professionals through a simple process that makes it easy for these health professionals to look at immunization from a caregiver's perspective, to develop more sensitive, evidence-based and human-centred solutions that respond to people's real needs.
- **The end result?** A crop of local level managers who are applying their deep knowledge of their communities to design behavioral solutions. A field research phase in the middle of the process makes sure assumptions are challenged, and human connections are made.

© UNICEF/



© UNICEF/

© UNICEF/UN0732860/Bannerjee VII Photo



Le « Demand Strategy Builder » permet aux responsables de passer par les moments clés d'une expérience immersive pour concevoir une stratégie comportementale et élaborer un plan d'action. Les praticiens de terrain reçoivent en permanence des conseils visuels (en utilisant le moins de texte possible), des instructions pour effectuer des visites guidées dans les communautés, et des jeux de cartes et de rôles. Au milieu du processus, une phase de recherche inspirée du design centré sur l'humain (DCH) permet de remettre en question les hypothèses et d'établir des liens humains. Le coffret contient des affiches pour guider les activités de l'atelier. Il comprend un classeur, des cartes « moment de planification indépendant » et une clé USB ou une page web contenant des instructions détaillées, des scripts d'atelier et des ressources/lectures, ainsi qu'une boîte de cartes de participants. La première étape du processus d'élaboration de la stratégie, qui peut être réalisée seul ou en petit groupe, consiste à utiliser des cartes de planification indépendantes, un cahier de travail numérique, le classeur et des post-it pour élaborer une hypothèse concernant le défi de la demande de vaccins et pour évaluer les stratégies et les plans existants. Cette étape mène au premier des deux

ateliers, divisé en huit modules, pour permettre au groupe de conception de mieux comprendre et confirmer le défi de la demande (par exemple, les personnes, les lieux, les barrières spécifiques et les données). L'objectif est de parvenir à un consensus au sein du groupe sur les principaux défis liés à la demande. Avant le deuxième atelier, un ou plusieurs petits groupes de planificateurs utilisent une autre série d'outils de planification indépendants pour décider des méthodes et outils de DCH qu'ils utiliseront pour collecter les données manquantes relatives au(x) problème(s) qu'ils ont identifié(s). Le deuxième atelier est structuré de manière à aider le groupe à finaliser sa stratégie. Un mélange de matériel issu du premier atelier (par exemple, des affiches, des cartes de participants, un cahier de travail numérique) est utilisé tout au long des six modules pour aider les participants à examiner et à finaliser la stratégie de demande. Avant d'être finalisé, le coffret « Demand Strategy Builder » a fait l'objet d'un pré-test dans un certain nombre de pays afin de déterminer sa facilité d'utilisation et son évolutivité dans les différents pays. Les leçons tirées de ce pré-test ont été utilisées pour affiner le coffret et le rendre plus convivial.



Principales réalisations

Le coffret a été distribué aux membres du comité de pilotage, au bureau de l'UNICEF en Afghanistan et, plus récemment, au secrétariat de GAVI.⁵ UNICEF MENA a approché l'équipe ROSA pour explorer, piloter et adapter une

version du Demand Strategy Builder adapté au contexte des pays de la région MENA. L'objectif est de positionner le coffret « Strategy Builder » comme un outil mondial.

L'élaboration du coffret a pris

15 MOIS

Le coffret offre aux responsables l'opportunité de participer à des moments essentiels dans une expérience immersive pour élaborer une stratégie comportementale et un plan d'action



Enseignements tirés et recommandations

- 1 Adapter le contenu au contexte.** Le contenu du coffret est applicable à plusieurs régions et pays. Chaque région et/ou pays devrait expérimenter le coffret et en adapter le contenu de manière à ce qu'il convienne aux populations visées, sans pour autant renoncer aux objectifs visés.
- 2 Renforcer les capacités d'utilisation du coffret.** Organiser des sessions de formation de maîtres formateurs afin de créer un cadre de formateurs capables de répercuter la formation et d'assurer une diffusion et une utilisation larges et approfondies du coffret.
- 3 Créer une communauté de pratique** pour soutenir le déploiement du coffret. Créer un réseau d'experts et motiver l'apprentissage par les pairs et le partage du contenu et des ressources locales.
- 4 Former un groupe de travail** (avec le ministère de la Santé comme animateur) pour veiller à ce que le coffret atteigne les utilisateurs prévus, surveiller son utilisation prévue et toute nouvelle utilisation ou conséquence imprévue, et guider toute amélioration du coffret, le cas échéant.
- 5** Les pays qui souhaitent adopter le coffret doivent s'assurer que des fonds sont affectés à la mise en œuvre de la formation appropriée nécessaire pour créer des utilisateurs avertis du coffret.



© UNICEF/U.S. CDC/UN0666532 r/Laxmi Prasad Ngakhusi



© UNICEF/UN0648256/Bidel

Notes de fin

- 1 Common Good, « South and Southeast Asia: Reimagining the vaccination guidebook », 2021, <<https://gocommonthread.com/work/south-and-east-asia/>>.
- 2 Common Thread a été engagé par GAVI, l'Alliance pour les vaccins.
- 3 Common Good, « South and Southeast Asia: Reimagining the vaccination guidebook », 2021, <<https://gocommonthread.com/work/south-and-east-asia/>>.
- 4 Le comité directeur était composé de représentants de l'Organisation mondiale de la santé (EMRO et SEARO), du bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie de l'Est et le Pacifique, et du siège de l'UNICEF et de l'OMS.
- 5 GAVI, l'Alliance du vaccin, est un partenariat public-privé indépendant et un mécanisme de financement multilatéral qui vise à élargir l'accès et l'utilisation des vaccins dans le monde, en particulier chez les enfants vulnérables..

L'UNICEF Pologne apporte son aide aux familles de réfugiés ukrainiens au travers d'une campagne de vaccination

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

Résumé



Dates de l'activité
Mars 2022 à ce jour



Durée de l'activité
En cours



Budget
2,5 millions de dollars
USD

Le bureau de réponse aux réfugiés (RRO) de l'UNICEF en Pologne a lancé une campagne nationale de promotion la vaccination chez les réfugiés ukrainiens qui sont arrivés en Pologne depuis le début de guerre en Ukraine le 24 février 2022. Au moins 4 380 000 personnes ont été exposés aux messages de promotion de la

vaccination à travers la campagne de publicités extérieures (par exemple des panneaux d'affichage, publicités dans les arrêts bus et les stations de métro), des informations publiées sur la plateforme numérique SPILNO et des médias sociaux.



Contexte

Depuis le début de la guerre en Ukraine, le 24 février 2022, des millions d'Ukrainiens ont cherché refuge en Europe. La Pologne a accueilli la plupart des femmes et des enfants réfugiés sollicitant une protection temporaire (entre 1,5 et 2 millions de personnes).¹ Environ 90 % des réfugiés ukrainiens enregistrés par le gouvernement polonais sont des femmes et des enfants. Cette crise de déplacement des mères et des enfants exerce une véritable pression sur les services publics et de santé de la Pologne. La législation polonaise stipule que les réfugiés d'Ukraine ont un accès gratuit à tous les services de santé en Pologne, notamment les services de vaccination systématique pour les enfants. Les vaccinations sont essentielles pour assurer la protection des enfants ukrainiens et polonais et leurs familles contre les maladies évitables.

Des taux de vaccination faibles en Ukraine signifient que les réfugiés sont exposés à des maladies évitables par la vaccination. Avant la guerre, l'Ukraine présentait déjà un risque élevé d'épidémie de polio, avec seulement 55 % des enfants ukrainiens vaccinés contre cette maladie. En 2018, seuls 78 % des enfants ukrainiens ont été vaccinés contre la rougeole, ce qui a entraîné 47 000 cas de rougeole, soit la plus grande épidémie d'Europe. La faible couverture vaccinale des enfants ukrainiens en Pologne pourrait entraîner des épidémies. Tous les enfants devraient être protégés contre les maladies évitables par la vaccination, où qu'ils vivent. L'UNICEF promeut la sécurité de la vaccination et son importance pour la santé des enfants en Pologne et veille à ce qu'il y ait suffisamment de stock de vaccins essentiels.²



Approche stratégique

Le Bureau de réponse aux réfugiés de l'UNICEF en Pologne a été créé en mars 2022 pour aider à renforcer les systèmes polonais qui fournissent déjà des services essentiels et une protection aux enfants et aux familles réfugiés d'Ukraine. Le RRO en Pologne s'est associé au gouvernement central, notamment aux ministères de la santé, de l'éducation, de la justice et de la famille, aux 12 municipalités qui accueillent environ 75 % des réfugiés d'Ukraine, ainsi qu'aux ONG et aux organisations de la société civile, pour combler les principales lacunes dans la prestation des services publics. Le RRO est axé sur la prévention des épidémies, d'aider les réfugiés à accéder aux soins de santé et à promouvoir l'allaitement maternel exclusif. La protection des enfants ukrainiens réfugiés en Pologne reste un pilier central de la réponse humanitaire d'urgence de l'UNICEF.

Le RRO de l'UNICEF Pologne a utilisé une approche de conception axée sur l'humain pour comprendre les problèmes liés à la faible prise



vaccinale chez les réfugiés ukrainiens. Entre décembre 2022 et février 2023, le RRO (Bureau du changement social et comportemental), en collaboration avec l'Institute of Mother and Child Foundation, a mené une étude transversale auprès de mères ukrainiennes issues de familles de réfugiés vulnérables. Il leur a été demandé de remplir un questionnaire auto-administré en ligne sur leur sensibilisation et leurs connaissances en ce qui concerne la vaccination des enfants, et l'accès aux services essentiels (par exemple, l'éducation, la santé, la protection contre la violence et le soutien à la santé mentale). Des recherches ont été menées auprès des professionnels de la santé pour comprendre leur point de vue sur la couverture vaccinale chez les réfugiés polonais. Une recherche sur l'écoute sociale a également été menée pour s'informer sur l'hésitation face à la vaccination et la désinformation chez les réfugiés ukrainiens en Pologne.

Les conclusions de la recherche axée sur l'humain ont mis en évidence les principaux obstacles à la vaccination : juridiques, administratifs et techniques, manque de sensibilisation, de connaissances et d'information, accès individuel, croyances et normes personnelles, sociales, culturelles et religieuses, accessibilité du vaccin, facilité d'obtention des vaccins. Les mères ukrainiennes étaient préoccupées par la sûreté des vaccins, ce qui les empêchait d'assurer la vaccination systématique

de leurs enfants. Sur la base des résultats de la recherche initiale, l'équipe d'intervention d'urgence de l'UNICEF Pologne a conçu et lancé une campagne multimédia pour inciter les réfugiés ukrainiens en Pologne à se faire vacciner. Plus précisément, la campagne consistait à :

- Dix articles contenant des informations pratiques et des recommandations sur l'accès à l'aide en Pologne. Ils pouvaient être consultés par les familles de réfugiés ukrainiens sur la plateforme en ligne SPILNO.³
- Des conférences pour les professionnels de la santé afin de leur fournir des informations clés sur les vaccinations pour les enfants réfugiés ukrainiens.
- Cinq webinaires présentés par des médecins sur les vaccinations des enfants réfugiés, dont un psychologue qui a indiqué comment communiquer avec les familles de réfugiés ukrainiens.
- Une plateforme du bureau d'assistance a été créée et mise en œuvre de septembre 2022 à janvier 2023, où les parents/aidants familiaux pouvaient appeler et recevoir des conseils d'experts sur la vaccination.
- Un site Web (www.szczepieniaua.pl) destiné aux mères ukrainiennes, avec un chat en direct et des informations fournies par des spécialistes de la santé ukrainiens et polonais.
- Cinq films mettant en exergue l'importance et la sûreté de la vaccination des enfants, présentés par des médecins, des infirmiers et des psychologues ukrainiens, afin de motiver les mères à faire vacciner leurs enfants.
- Des vidéos sur YouTube pour promouvoir la prise vaccinale auprès des familles de réfugiés ukrainiens.
- Des supports imprimés (par exemple, affiches, dépliants) affichés sur les lampadaires de la ville.
- Une brochure sur la vaccination des enfants pour les médecins.

Le RRO de l'UNICEF a contrôlé le site Internet et les réseaux de médias sociaux à l'aide de SPILNO pour s'assurer que les messages étaient diffusés comme prévu.





Principales réalisations

- Au moins 400 000 personnes ont été exposés aux messages de promotion de la vaccination à travers la campagne de publicités extérieures (panneaux d'affichage, publicités dans les arrêts bus et les stations de métro).
- Les informations publiées sur la plateforme en ligne SPILNO ont été vues par au moins 15 000 utilisateurs de SPILNO.⁴ 22 344 personnes supplémentaires ont été touchées à travers les médias sociaux.⁵
- Plus de 1 500 professionnels de santé ont été touchés par les conférences et les webinaires.
- Le service d'assistance a été consulté 4 300 fois et 550 demandes ont été formulées par le chat en

4,380,000

personnes cibles des messages de promotion de la vaccination

5

WEBINAIRES

présenté par des médecins sur les vaccinations des enfants réfugiés

5

FILMS

souligné l'importance et la sécurité de la vaccination des enfants



Enseignements tirés

- 1** L'approche de recherche axée sur l'humain a permis de mettre au point des opérations et des activités ciblées pour les parents et les aidants familiaux des réfugiés ukrainiens.
- 2** Il est important d'impliquer des partenaires locaux expérimentés qui ont des liens de confiance avec la population concernée.
- 3** Impliquer des professionnels de la santé pour diffuser des messages sur la vaccination des enfants a donné de la crédibilité aux messages auprès du public visé, à savoir les parents et les aidants familiaux.
- 4** L'utilisation de plusieurs réseaux pour diffuser aux parents/aidants familiaux et aux prestataires de soins de santé des messages clés sur la vaccination des enfants ukrainiens réfugiés a permis d'atteindre un plus grand nombre de personnes.
- 5** Évitez de travailler en vase clos Le personnel du RRO de l'UNICEF a veillé à ce que ses objectifs soient alignés sur ceux des autres sections dès les premiers stades de l'activité.



Recommandations

- 1 Réexaminer les besoins des professionnels de la santé et des aidants familiaux ukrainiens. Étant donné que la crise des réfugiés ukrainiens dure depuis près de deux ans en Pologne, il est important d'entreprendre des recherches pour réexaminer la manière dont les connaissances, les attitudes, les comportements (c'est-à-dire la vaccination) et les normes en matière de vaccination des enfants ont évolué depuis le début de la crise, et pour examiner et réviser les supports existants et/ou développer d'autres supports appropriés en matière de changement social et comportemental.
- 2 Échanger avec les parties prenantes et les institutions nationales concernées les stratégies et les enseignements tirés de la vaccination des populations réfugiées.
- 3 Continuer à suivre les activités en cours visant à augmenter la couverture vaccinale infantile chez les réfugiés ukrainiens en Pologne et soutenir une évaluation de l'ensemble de l'activité.

Notes de fin

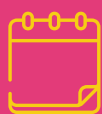
- 1 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Emergency response progress report Poland: A detailed overview of the UNICEF Emergency Response Office in Poland's work for children and families fleeing war in Ukraine, UNICEF Europe and Central Asia, November 2022, <www.unicef.org/eca/reports/emergency-response-progress-report-poland>.
- 2 Ibid.
- 3 SPILNO est une plateforme de démocratie participative pour les citoyens, les organisations et les gouvernements locaux. Elle a été créée pour promouvoir la communication des citoyens actifs, l'accélération des idées, les initiatives, la mise en œuvre de projets présentant un intérêt social (<https://spilnoinpl.org/>).
- 4 SPILNO est une plateforme de démocratie participative pour les citoyens, les organisations et les gouvernements locaux. Elle a été créée pour promouvoir la communication des citoyens actifs, l'accélération des idées, les initiatives, la mise en œuvre de projets présentant un intérêt social (<https://spilnoinpl.org/>). Cette plateforme a fourni des informations actualisées et vitales en ukrainien pour les parents, les jeunes et les enfants en Pologne. Le portail rassemble les dernières informations vérifiées provenant de sources d'informations fiables sur les questions juridiques, l'assistance financière, la santé, l'éducation et le soutien en matière de santé mentale.
- 5 Fonds des Nations unies pour l'enfance, Ukraine Situation: Refugee Response in Neighboring Countries. Rapport sur la situation humanitaire n° 16-2022, Région Europe et Asie centrale de l'UNICEF, <www.unicef.org/media/127491/file/ECAR-Refugee-Humanitarian-SitRep-06-September-2022.pdf>.



L'UNICEF Burkina Faso évalue le passage à l'échelle des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans deux districts sanitaires

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

Résumé



Dates de l'activité



Durée de l'activité



Budget

L'UNICEF Burkina Faso, de concert avec Nudge Lebanon, Busara Centre for Behavioural Economics et le ministère de la Santé, a réalisé une étude de base pour déterminer les obstacles et les facteurs favorables associés à la participation aux soins prénatals (ANC) et à la prise de supplémentation en micronutriments multiples (MMS). La recherche a permis d'élaborer un calendrier de grossesse pour les mères afin de leur rappeler les visites de soins prénatals et la prise de MMS, ainsi qu'un guide de poche pour les

prestataires de soins de santé avec des réponses semi-scriptum aux questions fréquemment posées sur les soins prénatals et les MMS, afin de les aider à communiquer efficacement avec les clientes et de les motiver à se rendre régulièrement aux soins prénatals et à prendre les MMS tel que prescrit. Le calendrier et le guide de poche ont été expérimentés dans deux districts sanitaires, Yako et Ziniaré. Un essai contrôlé randomisé par groupe a été mené pour évaluer l'impact de l'utilisation des deux interventions.



Contexte

Au Burkina Faso, plus de 70 % des femmes enceintes souffrent d'anémie, un facteur de mortalité infantile, de malnutrition et de carences de développement.¹ Au début de l'initiative gouvernementale visant à améliorer la santé infantile (en 2014), le taux de mortalité infantile et juvénile était de 82 %.² Au moins 25 % des enfants de moins de cinq ans.³ Le Plan de pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant 2013-2025 du Burkina Faso, conçu par des partenaires locaux et internationaux, vise à intensifier la promotion de pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. En concertation avec l'UNICEF, le ministère de la Santé a mis en œuvre le remplacement

de la supplémentation actuelle en fer et en acide folique (IFA) par une supplémentation en micronutriments multiples (MMS) et testé son efficacité dans les deux districts sanitaires de Yako et de Ziniaré. Il est prévu que les femmes enceintes reçoivent des comprimés MMS tous les jours pendant leur grossesse et dans les 42 jours après l'accouchement. Les comprimés MMS sont offerts aux femmes enceintes lors de leurs visites de soins prénatals. Toutefois, de nombreuses femmes ne se rendent pas à ces visites, en particulier au début de leur grossesse, en raison d'une série d'obstacles structurels et comportementaux.





Approche stratégique

Nudge Lebanon⁴ a coopéré avec l'UNICEF et le Busara Centre for Behavioural Economics pour effectuer des recherches visant à déterminer les obstacles et les facteurs favorables à la participation aux soins prénatals et à la prise de MMS, et pour promouvoir une participation adéquate et opportune aux visites prénatales et motiver la prise de MMS. Les recherches ont conduit Nudge Lebanon à mettre en place deux interventions comportementales : (1) un calendrier pour les femmes enceintes afin de leur permettre de se rappeler leurs rendez-vous de soins prénatals et de suivre leur prise de MMS ; et (2) un guide de poche pour les agents de santé résumant les messages comportementaux à transmettre aux femmes enceintes sur la prise de MMS et les visites de soins prénatals.

La conception du calendrier s'est appuyée sur les résultats d'ateliers de génération d'idées et d'exercices de cartographie des comportements. Les informations fournies lors des séances de mobilisation communautaire ont également été prises en compte dans le contenu du calendrier. Il comprend 11 mois et utilise des représentations visuelles des étapes du parcours de la grossesse, depuis l'annonce de la grossesse jusqu'à 42 jours après l'accouchement. Chacune des pages présente les comportements cibles spécifiques

à la CPN et au MMS et comprend une section d'auto-évaluation de la prise journalière de MMS et de la fréquentation mensuelle des centres de santé pour le retrait de la réserve de MMS de la mère et les examens de CPN. Ce calendrier fournit également des informations sur la manière de prendre les MMS et sur les groupes de soutien communautaires auxquels les mères peuvent participer. Les calendriers de grossesse ont été déployés en quatre phases : formation, approvisionnement, distribution et retour d'information. Cette formation a été dispensée par Busara et Nudge Lebanon par le biais de sessions en ligne. Les responsables de terrain de Busara ont assuré un suivi en personne sur le terrain. L'UNICEF et les partenaires de mise en œuvre ont assuré la logistique de la planification des sessions et de l'invitation des stagiaires. Les formations ont permis de présenter les calendriers de grossesse aux agents de santé communautaires (ASC), qui sont en contact direct avec les femmes enceintes. À la suite de la formation, les ASC ont reçu un lot de calendriers à distribuer lors des activités de mobilisation communautaire avec les femmes enceintes dans les villages sélectionnés. Le suivi de la distribution a permis d'évaluer l'approvisionnement, la portée et l'utilisation des calendriers, et de recueillir des informations qualitatives sur le terrain.

© UNICEF/UN0640866



Les professionnels de la santé ont reçu une formation sur la manière d'aborder avec leurs clients les préoccupations communes et les perceptions erronées concernant les soins prénatals et les MMS. Un guide de poche présentant les principales stratégies de communication avec les clientes au sujet des soins prénatals et du MMS a été distribué aux agents de santé qualifiés qui travaillent dans les centres de soins prénatals. Ce guide a pour but d'aider le personnel des centres de soins prénatals à mieux communiquer aux femmes enceintes les informations importantes relatives aux soins prénatals et au suivi médical et à répondre efficacement à leurs préoccupations les plus courantes. Il comprend : un script semi-structuré de messages clés sur l'importance de la nutrition maternelle et de la prise de suppléments MMS, ainsi que des appels à l'action ; une section de réflexion sur la manière de communiquer les messages clés dans la langue locale (Moore) ; des réponses aux questions les plus fréquemment posées sur la santé maternelle et les comprimés MMS ; des conseils utiles sous forme de choses à faire et à ne pas faire pour éviter les erreurs de communication ; des commentaires positifs

à l'intention des agents de santé soulignant leur contribution à l'éducation d'une génération en bonne santé ; et des dispositifs d'engagement pour améliorer l'engagement et l'utilisation du guide de poche. De plus, le guide comprend des éléments supplémentaires pour améliorer son utilité au quotidien, par exemple un calendrier mensuel et des pages vierges supplémentaires pour les notes.

Un essai contrôlé randomisé (ECR) en grappes a permis d'évaluer l'impact du calendrier de grossesse et du guide de poche dans des centres de santé sélectionnés de manière aléatoire qui offrent des services de santé maternelle (y compris des soins prénatals et des comprimés MMS) dans deux districts sanitaires, Yako et Ziniaré. En partenariat étroit avec l'UNICEF, les partenaires et les entités gouvernementales concernées, l'état d'avancement de la mise en œuvre a été contrôlé et les résultats ont été évalués de manière récurrente. Au terme de la période expérimentale, les résultats ont été comparés entre les femmes qui ont bénéficié des interventions et celles qui n'en ont pas bénéficié. Les informations recueillies ont été utilisées pour formuler des recommandations et rédiger des notes d'information.



Principales réalisations

- L'UNICEF, en coopération avec Nudge Lebanon et le Busara Centre for Behavioural Economics, a réussi à utiliser des méthodes qualitatives pour identifier les obstacles et les facteurs favorables à la santé maternelle parmi les femmes enceintes dans les zones étudiées.
- Cette recherche a constitué une base de référence de ce que les femmes enceintes savent déjà sur les soins maternels et la nutrition et a fourni une analyse de la manière dont ces connaissances affectent les comportements en matière de rendez-vous pour les soins prénatals et d'adoption des comprimés MMS.
- La recherche a permis d'élaborer des cartes comportementales illustrant le parcours sociocomportemental des femmes enceintes qui se rendent aux consultations prénatales et prennent des comprimés MMS.
- Ces résultats ont été utilisés pour concevoir et mener des expériences comportementales à l'aide d'un calendrier et d'un guide de poche afin d'accroître la participation aux soins prénatals et la prise de comprimés MMS par les femmes enceintes.



Beaucoup de femmes n'ont pas fréquenté l'école. Si vous me donnez une feuille et que vous me demandez d'écrire mon nom, je ne saurai pas le faire. Souvent, on voit des informations, mais elles sont écrites en français. Même lorsqu'on vous envoie quelque chose, vous devez appeler une autre personne pour qu'elle lise et traduise en mooré pour vous. C'est vraiment une contrainte.



Women, FGD



Enseignements tirés

- 1** La plupart des femmes enceintes ont leurs époux et leurs belles-mères comme principaux décideurs de leur routine de grossesse.
- 2** La méconnaissance par les maris et les membres du ménage des avantages de la participation aux soins prénatals renforce l'idée fautive que la grossesse ne nécessite pas de soins hospitaliers puisqu'il ne s'agit pas d'une maladie, et/ou qu'auparavant, les femmes accouchaient normalement sans se rendre dans les centres de soins prénatals.
- 3** La consultation de médecine préventive et la prise de comprimés MMS impliquent une prise de décision à plusieurs niveaux, à travers plusieurs étapes et jalons, et chaque décision et étape doit être prise en compte individuellement.
- 4** Le suivi des CPN et la prise de MMS sont des comportements interdépendants où le succès de l'un peut être corrélé au succès de l'autre. Assister régulièrement aux consultations prénatales peut accroître les taux de prise de MMS et vice versa.



© UNICEF/UN0660068



Recommandations

- 1** Pour permettre aux femmes de surmonter les obstacles individuels qui les empêchent de se rendre aux consultations prénatales, il est impératif que leur écosystème local (c'est-à-dire le ménage et la communauté) favorise l'acceptation et la promotion des consultations prénatales.
- 2** Les agents de santé, les dirigeants communautaires et les groupes locaux de soutien aux femmes sont des défenseurs influents pour combler l'écart entre le foyer de la femme enceinte et les centres de soins prénatals.

Notes de fin

- 1 Nudge Lebanon (ND). Implementation plan and experimental protocol: Improving prenatal nutrition among pregnant women in Burkina Faso.
- 2 Gouvernement du Burkina Faso, *Burkina Faso Enquête Multisectorielle Continue 2014*, 2014. <<https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2538>>
- 3 Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), *Enquête Nutritionnelle Nationale 2020*. SMART 2020. <<https://ghdx.healthdata.org/record/burkina-faso-national-nutrition-survey-2020>>
- 4 Nudge Lebanon est une initiative non gouvernementale et à but non lucratif qui vise à appliquer les connaissances comportementales aux défis politiques auxquels le Liban est confronté, en utilisant des approches expérimentales rigoureuses et des outils généralement utilisés dans le domaine de l'économie comportementale, tels que les essais contrôlés randomisés.



L'UNICEF Monténégro exploite les connaissances comportementales pour élaborer des messages de changement social et comportemental à l'intention des parents qui reçoivent des allocations familiales du gouvernement

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

Résumé



Dates de l'activité
2021 à 2023



Durée de l'activité
3 ans



Budget
75 000 dollars US

L'UNICEF Monténégro a mené des travaux de recherche sur les connaissances comportementales afin de déterminer de transmettre aux parents les messages les mieux à même de favoriser des changements sociaux et comportementaux concernant l'utilisation des allocations en espèces versées par le gouvernement pour inscrire leurs enfants à l'école maternelle et améliorer leur alimentation. L'objectif de la recherche était de comprendre comment les parents avaient l'habitude d'utiliser leurs

allocations. Les conclusions ont été utilisées pour élaborer des brochures et des affiches qui ont servi à expliquer les avantages de la scolarisation des enfants à l'école maternelle, comment améliorer leur alimentation, et à inciter les parents à passer à l'action. Les documents ont été prétestés et révisés en fonction des observations des parents. Dans la phase actuelle et finale du projet, l'UNICEF Monténégro teste des interventions sélectionnées dans les municipalités enregistrant les taux de scolarisation avant le primaire les plus faibles.



Contexte

Jusqu'à un tiers des enfants monténégrins sont exposés à une pauvreté monétaire importante, ce qui en fait l'un des groupes de population les plus démunis du pays.¹ Près de 46 % des enfants (entre 0 et 17 ans) sont exposés au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale.² La pauvreté est particulièrement généralisée et source de préoccupation chez les populations vulnérables telles que les enfants roms et égyptiens. Pour remédier à ce problème, la Commission des droits de l'enfant du gouvernement national du Monténégro, avec le soutien de l'UNICEF, a mis en place un programme de lutte contre la pauvreté. Le gouvernement monténégrin, avec le soutien de l'UNICEF, a proposé la mise en place d'allocations pour enfants, à savoir :

- Une allocation universelle (inconditionnelle) pour enfants, tout d'abord, pour les groupes d'âge de 0 à 6 ans, puis étendue (en 2022) à tous les enfants mineurs (<18 ans) ; et
- Une allocation pour enfant basée sur l'aide matérielle aux familles pour les enfants vulnérables (sous réserve que les enfants aillent à l'école).

L'UNICEF Monténégro a mis en place une démarche de connaissances comportementales afin de déterminer la meilleure utilisation des allocations familiales par les parents et les aides familiales vers la promotion du développement de la petite enfance (DPE) et les résultats en matière d'éducation de la petite enfance (EPE).





Approche stratégique

Le projet d'analyse comportementale a commencé par des initiatives de recueil de données et d'éléments probants, notamment une enquête sur les dépenses ainsi qu'une évaluation des bénéficiaires. L'évaluation visait à étudier et comprendre la manière dont les allocations familiales sont actuellement utilisées par les familles du Monténégro. Les données font apparaître que les fonds publics ne sont pas nécessairement utilisés par les parents d'une manière qui serve l'intérêt supérieur de l'enfant. Des comportements spécifiques souhaitables ont été identifiés, par exemple l'inscription de l'enfant en maternelle, l'utilisation des allocations familiales pour la nutrition de l'enfant, l'inscription de l'enfant à des activités extrascolaires et l'épargne de l'argent des allocations familiales pour l'avenir de l'enfant. L'équipe du projet a documenté les résultats et rédigé une étude de cas basée sur les principales conclusions des phases initiales du projet. Les résultats ont été utilisés pour développer une carte comportementale et identifier des approches potentielles visant à induire un changement social et comportemental (CSC).

L'approche CSC constituait un concept nouveau pour le bureau national de l'UNICEF au Monténégro. Afin de familiariser le personnel à l'approche CSC, une série de réunions internes ont été organisées, ainsi que des réunions externes et un atelier d'une journée impliquant l'ensemble des acteurs sociaux et de protection de l'enfance concernés (y compris des représentants du ministère du travail et de la protection sociale et du ministère de l'éducation) et les établissements d'enseignement. L'atelier a présenté la démarche de connaissances comportementales aux participants et les deux interventions proposées : (1) utilisation des normes sociales pour inciter les parents à dépenser les allocations pour enfants pour le bien-être de leur enfant d'une manière qui soit cohérente avec leur communauté (groupe interne) ; et (2) envoyer des messages temporels aux parents pour les encourager à utiliser les allocations familiales dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Les participants à l'atelier ont souligné la nécessité de diversifier les canaux de communication pour toucher les populations générales et vulnérables. L'équipe de l'UNICEF a tenu des groupes de discussion avec des travailleurs sociaux, des bénéficiaires (parents recevant des allocations familiales) et des écoles

maternelles, ainsi que des réunions individuelles avec les parties prenantes (par exemple, le directeur du ministère du travail et de la protection sociale, le directeur du centre de travail social) ; le but de ces groupes était de recueillir des informations sur les interventions proposées, en particulier sur les messages visant à atteindre les objectifs de développement du jeune enfant.

Lors de la deuxième phase du projet, une stratégie de communication a été élaborée et les interventions visant à promouvoir le changement social et comportemental ont été testées. Une brochure et des affiches contenant des messages à l'intention des parents sur les avantages de l'inscription de leurs enfants à l'école maternelle grâce à l'allocation gouvernementale et sur l'amélioration de la nutrition des enfants ont été prétestées dans le cadre de deux groupes de discussion en ligne avec des parents. Des modifications ont été apportées aux supports visant à induire le CSC, en fonction des observations des parents. Tous les documents du projet comprenaient des recommandations pour la conception de politiques et de programmes futurs en matière de politique sociale et de réduction de la pauvreté, ainsi que la mise en œuvre au niveau national d'interventions fondées sur des données probantes, visant à induire le CSC, en vue de garantir des résultats positifs pour les enfants.

Dans la phase actuelle et finale du projet, l'UNICEF Monténégro teste des interventions sélectionnées dans les municipalités enregistrant les taux de scolarisation avant le primaire les plus faibles. L'objectif de ces interventions est d'inciter les parents à utiliser leurs allocations familiales comme principale source de financement de l'éducation préscolaire de leurs enfants.



© UNICEF/Monténégro/Dusko Miljanic/2010



Principales réalisations

- L'UNICEF Monténégro a organisé plusieurs séries d'enquêtes sur les dépenses afin de créer une base de données pour la mise en œuvre d'interventions comportementales destinées à un meilleur développement du jeune enfant.
- L'UNICEF Monténégro a apporté des améliorations à la communication intersectorielle du programme d'allocations familiales du gouvernement du Monténégro en associant les ministères et les institutions sociales et de protection à l'identification des interventions visant à induire un changement social et comportemental.
- Le projet sur les connaissances comportementales a servi d'intervention en faveur du renforcement des capacités en matière de CSC pour le bureau de pays de l'UNICEF ; il a permis au personnel du bureau de se familiariser à l'approche CSC, en positionnant la démarche CSC comme une approche intégrée pouvant englober différents secteurs.

“

En ce qui concerne la crèche, j'ai une expérience merveilleuse ! Mes deux fils ont commencé à un an. Cette première période était un peu bruyante, avec des pleurs et des cris, comme avec les autres enfants... et après 2 à 3 ans, vous pouvez vraiment voir la différence entre les enfants fréquentant la crèche et ceux qui sont pris en charge par leurs grands-parents. Les premiers sont plus indépendants et plus sûrs d'eux. Un enfant de cinq ans viendra sur l'aire de jeux et dira « allons jouer » sans aucune hésitation.

”



Enseignements tirés

- 1 La collecte et l'analyse de données qualitatives et quantitatives de haut niveau s'est fondée sur les informations recueillies lors d'entretiens avec les parties prenantes et d'enquêtes sur l'évaluation ainsi que sur la base des dépenses des bénéficiaires ; cette phase a permis d'éclairer les interventions basées sur les connaissances comportementales en vue de promouvoir l'utilisation optimale des allocations familiales.
- 2 Il apparaît que les transferts d'argent aux parents et aux familles ne parviennent pas à modifier les pratiques parentales et n'améliorent pas le développement de la petite enfance et que l'application d'approches CSC est recommandée.



Recommandations

- 1 De groupes aléatoires de parents sont créés à des fins de comparaison dans la phase finale de ce projet sur les connaissances comportementales. Le premier groupe de parents recevra des allocations familiales et des messages CSC au titre de conseils sur la meilleure façon d'utiliser l'argent pour leurs enfants ; le deuxième groupe recevra l'allocation sans les messages. Le principal résultat recherché concerne l'utilisation des allocations en vue de la scolarisation des enfants à l'école maternelle.
- 2 Des recherches et des investissements supplémentaires sont nécessaires afin de mieux comprendre les complémentarités existant entre les allocations, les interventions visant à modifier les comportements sur le plan de la demande et les interventions sur le plan de l'offre, pour améliorer la qualité de la prestation de services ou diverses interventions directes ciblant les enfants ou les parents.

Notes de fin

- 1 Carraro A, Gavrilovic M, Novkovic M, Stanisic S, Smolovic D, (2020). Pauvreté infantile multidimensionnelle au Monténégro - Comprendre les réalités complexes des enfants vivant dans la pauvreté à l'aide d'une approche mixte. Bureau de recherche d'UNICEF - Innocenti et UNICEF Monténégro.
- 2 Monstat (2022). Enquête sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC) - données préliminaires : https://www.monstat.org/uploads/files/SILC/2021/RELEASE_Survey_on_Income_and_Living_Conditions_EU-SILC_2021.pdf



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.

يونسف
منظمة الطفولة
حملة سلامتكم تهمنا الإذاعية 7
تعزيز الممارسات المنقذة للحياة C4D
10 نوفمبر 2021 م - 10 فبراير 2022 م

L'UNICEF Yémen lutte contre le choléra et la COVID-19 grâce à un système de surveillance des comportements en matière de santé

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

Résumé



Dates de l'activité
Depuis 2018



Durée de l'activité
En cours



Budget
Inconnu



Contexte

Le conflit au Yémen, qui dure depuis 2015, a entraîné de multiples crises humanitaires, notamment la malnutrition, l'insécurité alimentaire, une grave crise économique et des flambées de maladies et des épidémies. Le Yémen a connu certaines des pires épidémies de choléra au monde. Entre 2016 et 2021, 2,54 millions de cas suspects de choléra ont été enregistrés au Yémen, avec près de 4 000 décès associés dans tout le pays. Les enfants de moins de cinq ans continuent de représenter plus d'un quart de tous les cas suspects de choléra.¹

Les épidémies sont liées à la détérioration des infrastructures d'eau, d'assainissement et de santé au Yémen, ainsi qu'au faible taux d'adoption de pratiques d'hygiène et d'assainissement au niveau des ménages, lesquelles ont essentielles pour prévenir la propagation du choléra et d'autres maladies. En 2020, la pandémie de COVID-19 a aggravé la situation des migrants. Le système de santé du pays était déjà paralysé, luttant pour faire face aux victimes de la violence, à la malnutrition et à d'autres épidémies.

Dans le cadre de la réponse humanitaire aux diverses urgences de santé publique au Yémen, la section CSC de l'UNICEF au Yémen a dirigé le développement et la mise en œuvre de stratégies de communication sur les risques et d'engagement communautaire (RCCE) pour riposter aux épidémies. Les stratégies de RCCE efficaces reposent sur la collecte de données sociales et comportementales afin de comprendre les connaissances, les attitudes,

la perception des risques et les pratiques de la population en rapport avec une urgence sanitaire spécifique. Ces données sont importantes pour comprendre les principaux moteurs et obstacles des comportements qui déterminent l'adoption de pratiques préventives positives. La mise en place et le maintien d'un système de collecte de ces données essentielles ont été déterminants dans la lutte contre le choléra et d'autres maladies au Yémen.



Approche stratégique

En 2018, reconnaissant le besoin critique de collecter des données sociales et comportementales pour guider le développement et la mise en œuvre des réponses aux épidémies, l'UNICEF Yémen a mis en place un système complet de collecte de données opportunes et précises sur les urgences de santé publique, y compris une série d'évaluations des connaissances, des attitudes et des pratiques (CAP) menées en cycles périodiques pour suivre les changements dans les CAP au fil du temps et pour évaluer l'efficacité des efforts de RCCE. Ces évaluations quantitatives sont complétées par des approches qualitatives d'écoute sociale (par exemple, l'écoute sociale en ligne à l'aide de plateformes telles que *Talkwalker* ; les discussions de groupe en face à face, le suivi des rumeurs, les permanences téléphoniques) pour identifier les causes et les moteurs des pratiques négatives (non protectrices).

Entre 2018 et 2019, l'UNICEF Yémen a mené trois séries d'une étude de suivi des indicateurs de comportement face au choléra auprès de 9 800 ménages et 1 200 vendeurs d'aliments dans 98 districts à haut risque de choléra afin de suivre l'adoption de pratiques clés de prévention du choléra, notamment le lavage des mains au savon, la salubrité de l'eau, l'élimination des matières fécales, la salubrité des aliments et la prise en charge de la diarrhée. En 2020, lorsque la pandémie de COVID-19 a atteint le Yémen, l'UNICEF Yémen a adapté les protocoles et les outils de suivi des indicateurs de comportement face au choléra établis pour générer des données sur la COVID-19 afin de guider l'élaboration et la mise en œuvre de la réponse stratégique (RCCE) à la pandémie de COVID-19 menée par l'ONU. Depuis 2020, cinq séries d'évaluations sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) liées à la COVID-19 et les vaccins contre la COVID-19 ont été menées,

chacune impliquant environ 1 500 participants de tous les gouvernorats du Yémen. L'UNICEF Yémen a également mis au point un outil de suivi pour surveiller les rumeurs et les idées fausses sur la COVID-19, les vaccins contre la COVID-19 et la vaccination en général. Cet outil permet aux individus et aux bénévoles de partager des informations sur les rumeurs liées à la COVID-19 qui circulent dans leurs communautés par le biais d'un smartphone. L'UNICEF Yémen a formé des médecins et des sages-femmes à suivre les rumeurs et les idées fausses et à y répondre.

L'UNICEF Yémen a utilisé des outils d'écoute sociale en ligne pour surveiller les conversations sur les réseaux sociaux liées à la COVID-19 et au vaccin contre la COVID-19. L'outil d'écoute sociale *Talkwalker* a été utilisé pour suivre et analyser les tendances, les sentiments, la désinformation et les thèmes clés des conversations sur les réseaux sociaux liées à la COVID-19 et aux vaccins contre la COVID-19.

L'équipe de l'UNICEF a également utilisé les données des permanences téléphoniques et des émissions de radio sur la COVID-19 pour mieux comprendre les questions et les préoccupations les plus courantes des Yéménites au sujet de la pandémie. Ces données sont continuellement collectées, recoupées et partagées avec les mécanismes de coordination de la riposte à la COVID-19 du Yémen, y compris le Comité national de pilotage, le Comité de déploiement technique COVID-19 et le Groupe de travail RCCE, afin d'aider à la prise de décision sur l'utilisation des ressources nationales. Des analyses approfondies et tendanciennes des données ont également été menées pour identifier les écarts de comportement au niveau des gouvernorats et des districts. Cette approche a permis à l'UNICEF de mieux cibler ses interventions et d'élaborer des messages plus adaptés pour répondre aux besoins et aux préoccupations spécifiques des différentes communautés.



Principales réalisations

Le système de suivi des indicateurs comportementaux mis en place par l'UNICEF Yémen a permis d'obtenir une vue d'ensemble des connaissances, des perceptions, des attitudes et des comportements du public face aux urgences de santé publique, en particulier au plus fort de la pandémie de COVID-19. Les informations générées par les différentes composantes du système ont permis à l'UNICEF Yémen d'examiner et de réviser régulièrement ses stratégies de riposte, ses messages et ses interventions de RCCE afin de combler les lacunes identifiées. La possibilité de recouper les données avec les données démographiques et les données d'intervention de RCCE a contribué à garantir une utilisation efficace des résultats. Cette approche a permis une compréhension plus nuancée des facteurs influençant les perceptions et les comportements du public par

rapport aux urgences de santé publique, et a aidé à identifier les domaines dans lesquels des interventions ciblées étaient nécessaires.

Les données provenant des permanences téléphoniques sur la COVID-19, des programmes d'appel radio et de l'écoute sociale en ligne ont été particulièrement utiles pour comprendre les besoins d'information et les préoccupations de la population dans tout le Yémen. Les mécanismes de suivi des rumeurs mis en place par l'UNICEF ont joué un rôle clé dans la réponse aux rumeurs et aux idées fausses liées à la COVID-19. Ces outils ont permis à l'UNICEF d'identifier et de répondre rapidement à la désinformation et aux rumeurs liées à la COVID-19 et aux vaccins contre la COVID-19, ce qui fait partie intégrante de la stratégie de RCCE.

5

SÉRIES

d'évaluations sur les CAP liées à la COVID-19 et les vaccins contre la COVID-19 effectuées depuis 2020.

1,500

PARTICIPANTS

de tous les gouvernorats du Yémen pour chaque série d'évaluation



Enseignements tirés et recommandations

- 1** La collecte en temps utile de données sociales et comportementales au cours des premières phases d'une urgence de santé publique est essentielle pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies de RCCE efficaces, orienter les efforts de réponse et guider l'élaboration de stratégies de communication et de messagerie sur mesure.
- 2** Le recoupement des données provenant de sources multiples, y compris les évaluations périodiques de CAP, les outils d'écoute sociale et les mécanismes de suivi des rumeurs, peut fournir une compréhension plus complète et plus nuancée des perceptions et des comportements du public en rapport avec les urgences de santé publique.
- 3** Il est essentiel d'adapter les stratégies de communication et de diffusion de messages aux besoins et préoccupations spécifiques des différents contextes et communautés pour renforcer la confiance dans les efforts de réponse.
- 4** S'attaquer aux rumeurs et à la désinformation liées aux urgences de santé publique est essentiel pour renforcer la confiance dans les efforts de RCCE.
- 5** L'engagement des parties prenantes (par exemple, les partenaires, les donateurs, les cadres supérieurs, les programmes de l'UNICEF et les homologues concernés) dans les résultats des données sociales et comportementales est essentiel pour une action coordonnée et collective.



© UNICEF/UNo588198/Alsharabi

Notes de fin

- 1** Organisation mondiale de la santé, « Situation du choléra au Yémen, avril 2021 », Reliefweb, 9 janvier 2022, <<https://reliefweb.int/report/yemen/cholera-situation-yemen-april-2021>>.



SOCIAL + BEHAVIOUR CHANGE

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

Nous remercions les équipes SBC et les équipes des programmes nationaux pour leurs contributions.

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

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