

**SOCIAL +
BEHAVIOUR
CHANGE**

SAR

unicef 
pour chaque enfant

Recueil des meilleures pratiques CSC

Région de l'Asie du Sud

Avant-propos

L'Asie du Sud compte 650 millions d'enfants, soit $\frac{1}{4}$ des enfants et 30 % des adolescents du monde. En dépit des progrès remarquables réalisés au cours des deux dernières décennies, la région continue de connaître un nombre élevé de décès de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents. Les enfants d'Asie du Sud font face à des défis intergénérationnels tels que le manque d'accès aux services de santé, le mariage des enfants, la crise de l'apprentissage, la défécation en plein air et le changement climatique. Ces défis impliquent des interactions complexes entre les dynamiques environnementales, sociales et comportementales. Le changement social et comportemental (CSC) permet de répondre aux besoins immédiats et futurs des enfants d'Asie du Sud en veillant à ce que les politiques et les programmes s'appuient sur des données comportementales et sociales et soient conçus en collaboration avec les communautés locales.

En Asie du Sud, quelque 3 millions d'enfants ne sont toujours pas complètement vaccinés, ce qui est alarmant.ⁱ Pour accroître la couverture vaccinale, l'équipe régionale a mis au point un outil d'élaboration de stratégies de demande de vaccins (Vaccine Demand Strategy Builder). Cet outil a été conçu grâce à un mélange d'expérience pratique sur le terrain impliquant une itération continue, des tests sur le terrain et un retour d'information de la part de la communauté, le tout associé à des normes académiques rigoureuses. La couverture régionale en matière de rougeole reste inférieure à l'objectif clé.ⁱⁱ En pleine pandémie de COVID-19, les initiatives du Bangladesh en faveur de l'engagement communautaire pour la vaccination contre la rougeole et la rubéole ont mis en évidence la nécessité d'approches multisectorielles pour s'assurer qu'aucun enfant n'est laissé pour compte. Dans le processus d'éradication de la polio, le Pakistan a réussi à lutter contre la désinformation et à surmonter des dynamiques sociales complexes grâce à l'utilisation efficace des données.

En réponse à la pandémie de COVID-19, le Bhoutan a obtenu des résultats sanitaires louables grâce à des stratégies efficaces de communication sur les risques et d'engagement communautaire, en collaborant avec diverses parties prenantes, en particulier les scouts et les jeunes bénévoles, et en les incitant à s'engager dans cette voie. Parallèlement, la série télévisée indienne « Dur Se Namaste » a appliqué des approches ludo-éducatives en utilisant le potentiel de la télévision et de YouTube pour éduquer les jeunes et les adolescents aux mesures de prévention, aux comportements favorables à la santé et à la santé mentale.

Le Bhoutan a créé un environnement social favorable, stimulant et propice à la croissance et au développement des enfants et des adolescents, en adoptant une approche fondée sur les normes sociales et de genre pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants. Dans les centres de retour d'information soutenus par l'UNICEF à Cox's Bazar, au Bangladesh, les populations les plus vulnérables et marginalisées ont bénéficié de conseils vitaux et de services améliorés grâce aux mécanismes et systèmes de retour d'information et de responsabilisation.

Le Népal, une nation qui a surmonté des tremblements de terre dévastateurs et des urgences de santé publique comme le choléra et la dengue, fait preuve de résilience au niveau local en renforçant ses capacités et ses systèmes. L'approche du design centré sur l'humain pour les bénévoles de santé communautaire de première ligne au Népal a encore illustré le pouvoir de l'innovation pour assurer la sécurité et le bien-être des enfants, des familles et des communautés.

Les expériences recueillies au sein de la SAR démontrent la complexité des moteurs autour des défis critiques et le rôle clé que joue le CSC pour les relever

SAR

Dorina Andreev-Jitaru
Conseillère régionale CSC, Asie du Sud

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/UN0638751/Upadhayay



L'UNICEF Bhoutan mène des actions de sensibilisation sur la violence à l'encontre des enfants

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

© UNICEF Bhoutan/2012/Ssherpa

Résumé



Dates de l'activité

Juillet 2022 -
janvier 2023



Durée de l'activité

6 mois



Budget

600 000 dollars US

En juillet 2022, le Bhoutan a lancé une campagne pilote multisectorielle de six mois visant à sensibiliser à la prévalence de la violence contre les enfants (VCE) et à surmonter les obstacles entravant l'accès des enfants et des jeunes aux services de protection de l'enfance. Cette campagne, dirigée par la Commission nationale pour les femmes et les enfants, a été mise en œuvre par un consortium de 17 agences gouvernementales et non gouvernementales jusqu'en janvier 2023. Menée en parallèle avec la pandémie de COVID-19, elle a intégré les messages de prévention de la COVID-19 à ceux de la campagne sur la VCE. Les

activités de sensibilisation ont touché au moins 200 000 personnes dans les trois districts pilotes, soit le double de l'objectif initial. Plus de 50 000 personnes influentes ont été formées et mobilisées, et plus de 395 000 personnes ont participé aux médias sociaux. En général, la campagne a obtenu des résultats positifs en matière d'amélioration des connaissances, de sensibilisation et de perception de la violence envers les enfants. Cependant, elle a également mis en évidence la nécessité de continuer les efforts pour éliminer les obstacles au signalement et encourager des pratiques disciplinaires positives.



Contexte

Au Bhoutan, la séparation, le divorce, le stress et la violence ont altéré les structures familiales. Les couches traditionnelles de protection fournies par les familles et les communautés ont été affaiblies. Des pratiques normatives qui exposent les enfants au risque de violence, telles que le mariage précoce et les châtiments corporels, persistent à travers le pays. Ces facteurs sociaux et culturels ont contribué à une augmentation des incidents de violence contre les enfants au Bhoutan au fil du temps, de 168 en 2018 à 970 en 2022.¹ À partir de 2020, la pandémie de la COVID-19 a exacerbé les cas de violence à l'encontre des enfants.

Près de six enfants bhoutanais sur dix, âgés de 13 à 17 ans, ont été victimes d'au moins un incident de violence physique. Cette violence est souvent le fait des parents, des enseignants, des adultes qui s'occupent des enfants et de

leurs camarades. Les agressions entre pairs sont monnaie courante. Environ 12 % des enfants sont victimes de violences sexuelles et près de la moitié d'entre eux déclarent avoir subi des violences émotionnelles. La négligence et le harcèlement sexuel verbal sont des expériences fréquentes tant pour les filles que pour les garçons. L'exposition des enfants à la pornographie et leur accès à Internet les rendent également vulnérables aux abus en ligne. Au Bhoutan, au cours des quatre à cinq dernières années, un enfant ou un jeune a été victime de violence toutes les 42 heures. Les problèmes liés au travail des enfants et à la toxicomanie chez les enfants et les adolescents suscitent également de vives inquiétudes dans le pays.²

La négligence est la forme de violence la plus répandue (34 %), suivie de la violence psychologique (26 %) et de la violence physique (22 %). Les filles et les femmes représentent 68 % de l'ensemble des cas signalés. Depuis le début de la pandémie de la COVID-19 en 2020, les numéros d'appel d'urgence du Bhoutan ont enregistré une augmentation des demandes de services de soutien en santé mentale de la part d'enfants et d'adolescents. En 2021, 1 067 enfants et adolescents ont sollicité des services de conseil pour divers problèmes de santé mentale, dont 598 filles et plus de 45 % d'adolescents âgés de 15 à 17 ans.³

Des études sur la violence envers les enfants au Bhoutan ont montré que les enfants et les jeunes ne divulguent ou ne signalent que rarement les actes de violence aux adultes ou aux autorités. Bien que la loi bhoutanaise sur les soins et la protection des enfants contienne des dispositions relatives aux différentes formes de violence physique, sexuelle et émotionnelle, ainsi qu'au harcèlement sexuel, seuls les cas de sévères blessures physiques, d'attouchements et de viols d'enfants sont généralement portés à la connaissance de la police. En revanche, les attouchements sexuels non consentis, le harcèlement sexuel verbal et les châtiments corporels sont souvent considérés comme de désagréments plutôt que comme des infractions à signaler par les adultes ou les enfants.⁴





Approche stratégique

En juillet 2022, l'UNICEF Bhoutan a contribué au lancement d'une [campagne](#) pilote multisectorielle et multidimensionnelle de six mois, Rangge Buzhi, *Rangee Norbu (Nos enfants, notre richesse)*, afin de sensibiliser à la violence contre les enfants dans trois districts - *Thimphu, Trashigang et Samtse*. Les messages de la campagne visaient à motiver les enfants, les parents et les personnes qui s'occupent d'eux à rechercher des services pour lutter contre la violence à l'égard des enfants, à promouvoir l'importance du bien-être mental des enfants et à faire connaître les mesures préventives de la COVID-19. La campagne a été menée par la Commission nationale pour les femmes et les enfants et mise en œuvre par un consortium de 17 agences gouvernementales et non gouvernementales.⁵ Au niveau communautaire, les écoles, les professionnels de la santé, les associations sportives, la société civile, les organisations religieuses et les jeunes volontaires ont été mobilisés. La presse a également été sollicitée pour sensibiliser à l'arrêt de la pratique de la VCE au Bhoutan.

La campagne a consisté en quatre phases, chacune abordant un thème distinct. Au cours de la première phase, les messages portaient sur la définition de la VCE, la santé mentale et le soutien psychosocial, mettant en évidence l'impact de la VCE et d'une mauvaise santé mentale sur le bien-être de l'enfant, en particulier pendant des périodes difficiles telles que la pandémie de COVID-19. La deuxième phase était axée sur la violence sexuelle. La troisième phase identifiait les effets néfastes de la violence

physique entre pairs. Enfin, la dernière phase mettait en lumière les dommages causés aux enfants par les abus en ligne. Chaque phase visait à sensibiliser sur la manière dont chaque type de violence affecte les enfants et proposait des actions que les enfants, les parents ou aidants familiaux, les prestataires de services et d'autres personnes peuvent entreprendre pour prévenir différents types de VCE et y répondre. Une signature distincte a été développée et utilisée sur tous les supports de la campagne pour faciliter l'identification par le public.

La campagne comprenait plusieurs activités de changement social et comportemental (CSC) ciblant divers niveaux sociaux écologiques, tels que individuel, communautaire et institutionnel/sociétal, et a engendré les résultats suivants :

Résultats au niveau individuel

- Un manuel illustré (disponible en anglais et en *Dzongkha*) sur la lutte contre la violence envers les enfants a été diffusé à cinq mille exemplaires auprès des enseignants, des dirigeants locaux, des chefs religieux, des travailleurs sociaux, des médias et d'autres personnes influentes au sein de la communauté ;
- Des vidéos abordant les thèmes de la violence sexuelle, de la violence entre pairs et de la discipline positive/non violente des enfants ont été diffusées par les médias nationaux (BBS, radio et télévision) et partagées sur les pages Facebook des partenaires, y compris sur les plateformes de médias sociaux de l'UNICEF.



Résultats au niveau communautaire

- La mobilisation des organisations confessionnelles et des réseaux de chefs religieux pour promouvoir des valeurs telles que la bienveillance, l'harmonie et la cohésion sociale, ainsi que pour répondre à la COVID-19 et aux problèmes connexes de VCE.
- Sensibilisation par le biais des organisations de services communautaires (OSC) et de leurs réseaux. Trois organisations de la société civile (RENEW, *Nazhoen Lamtoen*, *Tarayana*) ont mené des consultations et des discussions avec les responsables de district et les représentants du gouvernement local. Après ces consultations au niveau du district, les OSC ont mené des discussions avec d'autres personnes influentes au niveau de la communauté, à savoir les dirigeants locaux, les volontaires des services de soutien communautaires, les jeunes volontaires, les conseillers et les représentants de la communauté, et les ont mobilisés pour faire participer les communautés et les familles de leur localité.
- Mobilisation des enseignants, des scouts et des jeunes volontaires. Le département de l'éducation et du programme des scouts et des sports du ministère de l'éducation et du développement des compétences du Bhoutan a organisé une séance d'engagement avec des scouts, des enseignants, des étudiants et des jeunes dans 161 écoles et centres de jeunesse à *Thimpu*, *Trashigang*, *Samtse*.
- Mobilisation au travers d'organisations de personnes handicapées (OPH). Deux OPH (*Ability Bhutan Society* et *Draktsho*) ont impliqué des enfants en situation de handicap ainsi que leurs parents ou aidants pour discuter et sensibiliser aux risques liés à la VCE et à la santé mentale, ainsi que pour expliquer la manière de rechercher des services de soutien ;

Résultats au niveau sociétal/institutionnel

- Le chef adjoint de la police royale du Bhoutan

a diffusé une vidéo abordant le harcèlement et la violence sexuelle comme des enjeux sociaux qui doivent être traités par des efforts sociétaux coordonnés, et sur la nécessité de signaler les cas d'abus. Cette vidéo a été diffusée sur les plateformes de médias sociaux dans le cadre d'une campagne en ligne qui s'est déroulée en même temps que les activités de CSC.

- Mobilisation de la Fédération de football du Bhoutan (BFF). La BFF a lancé la campagne lors des matchs du championnat national de football de 2022. Elle a organisé des séances avec les joueurs et les officiels afin de discuter comment les joueurs pourraient sensibiliser à la prévention et à la réponse aux violences contre les enfants (VCE), encourager la santé mentale des enfants, et également promouvoir et servir de modèle pour les comportements préventifs liés à la COVID-19. La BFF a sollicité la participation de célébrités locales et à des sportifs populaires pour plaider en faveur de la sécurité et du bien-être des enfants. Tous les joueurs et les officiels de match se sont engagés publiquement à lutter pour lutter contre la VCE.
- Des manifestations ont été organisées lors de la Journée mondiale de l'enfance, où le gouvernement a annoncé le lancement d'une campagne de lutte contre le harcèlement pour l'année scolaire 2023 et a intensifié les messages contre la violence envers les enfants.
- Plaidoyer par l'intermédiaire des médias grand public. Le Bhutan Broadcasting Service (la chaîne de télévision et la station de radio nationales) et *Kuensel* (la presse écrite nationale) ont diffusé des messages pour sensibiliser le public à la sécurité et au bien-être des enfants en utilisant divers formats médiatiques (par exemple, des discussions de groupe, des interviews d'experts, des blocs d'information, des teasers, des feuilletons radiophoniques, des jingles, des docufilms, des spots télévisés).





Principales réalisations

Les activités relatives à la campagne ont touché au moins 200 000 personnes dans les trois districts pilotes, soit le double de l'objectif visé. Plus de 50 000 personnes influentes ont été formées et mobilisées, et plus de 395 000 personnes se sont engagées dans les médias sociaux. Les réalisations spécifiques sont les suivantes :

- Les trois OSC ont engagé et mobilisé environ 13 000 influenceurs communautaires dans les trois districts. L'initiative a également contribué à ce que les dirigeants locaux et les bénévoles au niveau de la communauté mettent en place des groupes de réseaux sociaux et des comités de bien-être de l'enfant pour discuter des questions relatives aux enfants. Certains dirigeants locaux ont décidé d'inscrire le bien-être des enfants à l'ordre du jour de leurs réunions régulières de développement communautaire. De même, les OSC partenaires ont incorporé la promotion du bien-être des enfants dans leurs programmes d'engagement communautaire.
- Le débat a impliqué plus de 29 000 étudiants, enseignants et jeunes, qui se sont mobilisés pour toucher d'autres étudiants et jeunes.
- De son côté, la BFF a intégré le bien-être des enfants dans son programme de formation à la sécurité des enfants.
- Un match de football d'exhibition de l'UNICEF et de la BFF, organisé à l'occasion de la Journée mondiale de l'enfance (20 novembre 2022), a été retransmis en direct à la télévision nationale et sur les sites de réseaux sociaux de la BFF et de l'UNICEF. Plus de 500 personnes étaient présentes à l'événement et plus de 200 000 personnes ont été touchées par les médias sociaux.
- Plus de 350 chefs religieux de différentes confessions ont été impliqués et mobilisés pour faire participer les familles et les communautés dans trois districts.
- Environ 250 enfants handicapés, leurs parents et les aidants ont été sensibilisés aux risques de violence et de santé mentale pour les enfants et à la manière de rechercher des services de soutien pour prévenir et répondre à leurs préoccupations ;
- BBS a élaboré et diffusé plus de 40 programmes radio en quatre langues (*Dzongkha*, anglais, *népalais* et *Tsangla*), y compris des discussions de groupe, des interviews d'experts, des blocs d'information, des teasers, des pièces radiophoniques, des jingles abordant les divers types de violence, leur impact sur le développement de l'enfant et les moyens de prévention, de réponse et de recherche de services d'aide.



- BBS TV a développé et diffusé 24 programmes télévisés, dont des débats, des interviews d'experts, des dramatiques, des films documentaires, des spots télévisés et d'autres programmes de divertissement et d'éducation.
- Dans la presse écrite, Kuensel, le journal national, a publié un numéro spécial sur la VCE en août 2022. Parallèlement, Kuensel a produit et diffusé 10 courtes vidéos traitant de divers sujets liés à la violence, les diffusant ensuite sur ses plateformes de médias sociaux.
- Tous les programmes du BBS ont été partagés sur les sites de médias sociaux du BBS.
- Pendant la campagne, le nombre d'appels aux lignes d'assistance téléphonique a triplé.
- Les médias sociaux ont recueilli plus de 54 millions d'impressions (le nombre total de fois où les navigateurs des réseaux sociaux ont vu le contenu de la campagne) ; plus de 395 000 utilisateurs ont interagi avec le contenu des médias sociaux ;
 - Un plus grand nombre d'enfants ont exprimé leur volonté de signaler les incidents de

violence (85 % en mars 2023 contre 79 % en novembre 2022).

- Les Bhoutanais concernés par la campagne ont identifié les enfants handicapés, les enfants issus de familles à faible revenu ou brisées, les orphelins, la communauté LGBT+ et les personnes vulnérables aux problèmes de santé mentale, comme étant exposés au risque de violence.
- Un atelier de partage d'expérience a été organisé pour le gouvernement, les OSC, les Nations unies et d'autres parties prenantes pour échanger les leçons tirées de la campagne afin d'amplifier le besoin de renforcer la programmation multisectorielle conjointe et l'intégration du CSC. Chaque partenaire de mise en œuvre a présenté ses réalisations, ainsi que les difficultés rencontrées et les enseignements tirés. L'atelier a rassemblé plus de 50 participants représentant diverses agences, y compris deux membres honorables du Parlement et le bureau du coordinateur résident des Nations unies.

Les activités de la campagne ont touché au moins

200 000
PERSONNES

dans les trois districts pilotes

PLUS DE
50 000

personnes influentes au sein de la communauté formées et mobilisées

PLUS DE
54 million

impressions sur les réseaux sociaux



© UNICEF



Enseignements tirés et recommandations

- 1** L'évaluation de la campagne a mis en lumière la nécessité de mettre en place des mécanismes de signalement efficaces et de mener des efforts éducatifs pour surmonter les obstacles au signalement des incidents liés à la VCE. Il est apparu qu'il persistait un manque de connaissances sur les lieux où signaler les cas de violence, ainsi qu'une appréhension à l'idée d'interagir avec les forces de l'ordre et de faire face à des questions juridiques.
- 2** Les activités de la campagne devraient s'étendre au-delà des trois districts pilotes pour devenir une campagne nationale.
- 3** Les messages de la campagne doivent dépasser la simple sensibilisation (même si la sensibilisation aux politiques de protection de l'enfance doit encore être améliorée) et viser à changer les attitudes et les pratiques (ce qui demande plus de temps et de répétition des messages).
- 4** L'UNICEF Bhoutan devrait continuer à renforcer les partenariats intersectoriels et multipartites et inclure de nouveaux partenaires tels que LGBTQIA+, l'Institut Wangsel des Sourds, le Secrétariat Pema et les influenceurs populaires des médias sociaux. De plus, il est essentiel de continuer à renforcer les capacités de ces partenaires pour soutenir les activités visant à éliminer la VCE.
- 5** L'UNICEF Bhoutan et ses partenaires doivent concentrer leurs efforts sur les enfants les plus vulnérables, c'est-à-dire ceux qui sont exposés à un risque accru de violence (par exemple, les garçons efféminés, les filles masculines, les enfants handicapés) et ceux qui subissent des préjudices importants.
- 6** Il est également essentiel d'établir des liens entre la violence contre les enfants (VCE) et la violence contre les femmes (VCF), car les facteurs de risque de perpétuation de la violence peuvent être similaires (par exemple, la consommation d'alcool) et les situations de violence peuvent se produire dans le même contexte (par exemple, au sein du foyer).
- 7** Ce projet a favorisé une meilleure compréhension et un plus grand engagement des agences gouvernementales, des organisations non gouvernementales et des Nations unies concernant la manière de traiter des problématiques complexes telles que la violence et la santé mentale. Il a démontré comment une collaboration multisectorielle peut être efficace, en mettant en lumière la complémentarité des différents acteurs pour une action plus efficace.
- 8** Le financement d'une telle initiative est limité pour les pays moins grands. Le soutien régional de l'UNICEF au CSC a été déterminant dans la mise en œuvre de la campagne. Il est impératif de maintenir ce soutien régional aux petits pays.

Notes de fin

- 1 Fonds des Nations unies pour l'enfance, « Results report: Rangge Buzhi, *Rangee Norbu - Our Children, Our Wealth*, a multisectoral social and behaviour change campaign to address violence against children », UNICEF Bhoutan, 22 janvier 2023.
- 2 Fonds des Nations unies pour l'enfance, « Protection... For every child », UNICEF Bhoutan, <www.unicef.org/bhutan/protection-%E2%80%A6-every-child>.
- 3 Fonds des Nations unies pour l'enfance, « Results report: Rangge Buzhi, *Rangee Norbu - Our Children, Our Wealth*, a multisectoral social and behaviour change campaign to address violence against children », UNICEF Bhoutan, 22 janvier 2023.
- 4 Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Research on violence against children in Bhutan: A report*. Commission nationale des femmes et des enfants, gouvernement royal du Bhoutan et UNICEF Bhoutan, 2016, <www.unicef.org/bhutan/media/341/file/Research%20on%20Violence%20Against%20Children%20in%20Bhutan.pdf>.
- 5 Les organismes impliquées dans la campagne sont la Commission nationale pour les femmes et les enfants, le ministère de l'éducation, le ministère de la santé, le département des technologies de l'information et des télécommunications, le MoIC, *Dratshang Lhentshog*, le Conseil des affaires religieuses du Bhoutan, la police royale du Bhoutan, la Fondation *Tarayana*, RENEW, *Nazhoen Lamtoen*, Ability Bhutan Society, *Draktsho*, Bhutan Nun Foundation, le Bhutan Broadcasting Service et l'UNICEF.





L'UNICEF Inde encourage les jeunes à adopter des comportements sains face à la COVID-19

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

Résumé



Dates de l'activité
Août 2022 à
janvier 2023



Durée de l'activité
18 semaines



Budget
700 000 dollars US
(env.)

Le 14 août 2022, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et l'UNICEF ont lancé une série télévisée et YouTube en 18 épisodes, intitulée *Duur Se Namaste* (« Salutations à distance » ou DSN). Ce feuilleton ludo-éducatif fictif illustre les défis auxquels sont confrontés les enfants et les jeunes qui vivent dans le monde de la « nouvelle normalité ». Les personnages faisaient la promotion de la vaccination la COVID-19 et de la nécessité de continuer à adopter des comportements

préventifs, en plus de fournir des conseils pour gérer les problèmes de santé mentale des jeunes dans une Inde en pleine période post-pandémique.¹ La série a été diffusée du 14 août 2022 au 15 janvier 2023. Elle a été regardée par environ sept millions de téléspectateurs et par 3,8 millions d'utilisateurs de YouTube. La plupart des téléspectateurs ont trouvé le feuilleton instructif et ont discuté des messages clés avec d'autres personnes.



Contexte

La COVID-19 a plongé de nombreuses familles dans un sentiment de perte généralisé, notamment la perte d'êtres chers, de réseaux sociaux, d'emplois et de sécurité financière. Ce sentiment a eu un impact sur la qualité des relations entre les parents, les enfants et les frères et sœurs, ainsi que sur l'éducation et le bien-être mental des enfants. En mars 2020, les écoles de toute l'Inde ont été fermées en

vue d'enrayer la propagation de la COVID-19. Deux ans sans salle de classe et sans interaction physique avec des personnes extérieures à leur foyer ont fait perdre aux enfants les comportements et les compétences nécessaires pour s'engager dans la vie publique. Nombre d'entre eux ont perdu leur capacité d'attention en raison d'une surexposition aux appareils numériques.



Approche stratégique

Duur Se Namaste est un feuilleton télévisé conçu pour traiter les effets de la COVID-19 sur les enfants, en leur fournissant des outils d'adaptation et en modélisant des comportements sains alors qu'ils se réadaptent à leurs activités quotidiennes habituelles. Le premier épisode de la série *Duur Se Namaste* a été diffusé sur *Doordarshan* (la chaîne de télévision de service public indienne) à une heure

de grande écoute le 14 août 2022. La série a été diffusée tous les dimanches de 11 heures à midi, avec des rediffusions les samedis de 18 heures à 19 heures. Le format du feuilleton est bien connu du public indien. Les personnages principaux ont transmis des messages clés liés à la COVID-19, notamment l'importance de la vaccination contre la COVID-19 et la lutte contre l'hésitation à se faire vacciner. Les aidants familiaux et d'autres personnages modèles ont présenté des comportements et des pratiques sains tels que le soutien psychosocial aux enfants et la facilitation du retour des enfants en classe.

La série a également été diffusée sur la chaîne YouTube *Duur Se Namaste*. Cette composante numérique a permis au public de continuer à interagir avec le programme et les personnages par l'intermédiaire du chatbot U-Report, de renforcer les messages et d'entamer des conversations pour que les enfants restent en bonne santé et s'épanouissent.²

Une évaluation finale a été réalisée par le biais du chatbot U-Report et accompagnée d'enquêtes téléphoniques menées auprès du public par les équipes de sensibilisation sur le terrain. Les partenaires chargés de la mise en œuvre dans toute l'Inde ont recueilli les numéros de téléphone des téléspectateurs et obtenu leur consentement pour participer à des enquêtes téléphoniques sur DSN. Un échantillon aléatoire a été sélectionné dans les listes de participants potentiels. On leur a demandé de donner leur avis sur la série et on a évalué leur engagement et leur capacité



à mémoriser les messages. Les activités de collecte de données ont débuté en janvier 2023, après la diffusion de la série à la télévision. Les enquêtes téléphoniques ont été menées en deux phases : les données de la première phase ont été recueillies après la diffusion de l'épisode 16, et celles de la deuxième phase après la diffusion de l'épisode 32. Les personnes interrogées étaient originaires des États parlant l'Hindi où la série a été diffusée. L'âge moyen des personnes interrogées était de 21 ans. Les hommes et les femmes étaient représentés à parts presque égales dans le groupe de répondants.



© UNICEF/Inde

Principales réalisations

- À ce jour, *Duur Se Namaste* a été visionné par au moins sept millions de téléspectateurs de *Doordarshan* et plus de 3,8 millions d'utilisateurs de YouTube.
- 63 % des téléspectateurs du feuilleton ont déclaré avoir regardé la série parce qu'ils la trouvaient instructive, et 64 % ont déclaré avoir discuté du feuilleton ludo-éducatif avec d'autres personnes.
- Environ 84 000 personnes ont regardé le feuilleton sur la chaîne YouTube.
- L'évaluation finale a montré que les notes attribuées à la qualité de DSN étaient plus élevées que celles de toute autre émission comparable en Inde. Plus de 70 % des personnes interrogées ont estimé que DSN était plus réaliste, plus motivant et plus éducatif que d'autres feuilletons, tandis que 53 % environ ont déclaré qu'il était plus divertissant.
- 72 % des personnes interrogées ont déclaré avoir obtenu de nouvelles informations grâce au feuilleton. Les personnes interrogées à la fin de l'enquête ont montré une nette amélioration de leur compréhension des informations cruciales liées à la COVID-19. Les personnes interrogées étaient également plus conscientes de l'impact du confinement imposé par la COVID-19 sur les enfants. Un nombre nettement plus important de personnes interrogées à la fin de l'enquête ont parlé d'une alimentation saine, de l'exercice physique et du lavage des mains comme moyens de se maintenir en bonne santé après la COVID-19. En outre, elles étaient également capables d'identifier les symptômes du stress mental.

7 millions
de téléspectateurs
de **DOORDARSHAN**
et plus de

3,8 millions
D'UTILISATEURS
DE YOUTUBE

ont visionné
Duur Se Namaste.

63% des téléspectateurs
l'ont trouvée instructive

64% des téléspectateurs ont
déclaré avoir discuté de la
fiction ludo-éducatif avec
d'autres personnes



Enseignements tirés et recommandations

La série a été diffusée à la télévision et sur YouTube jusqu'en janvier 2023. Les activités de suivi et d'évaluation ont montré qu'il était possible de suivre la réaction des gens, d'obtenir un retour d'information et d'évaluer la capacité des téléspectateurs à se souvenir des messages en temps réel par l'intermédiaire de YouTube et du chatbot U-Report. Ce retour d'information immédiat a permis de modifier rapidement les messages sur les plateformes numériques. Le principal enseignement, comme pour les initiatives ludo-éducatives précédentes, est que le divertissement éducatif a permis d'accroître les connaissances sur la prévention de la COVID-19. Les enseignements spécifiques tirés sont les suivants :

- 1 Le « binge-watching » (visionnage en boucle) par rapport au visionnage sur rendez-vous :** Il faut s'adapter aux jeunes téléspectateurs dont les habitudes télévisuelles diffèrent de celles de nombreux adultes plus habitués à la télévision sur rendez-vous. Le visionnage sur rendez-vous signifie que le téléspectateur est investi et intéressé par le contenu parce qu'il a choisi de le regarder, puis d'y revenir à intervalles réguliers. Les jeunes interagissent davantage avec leurs appareils mobiles. Avec l'augmentation du taux de pénétration des smartphones et la baisse des tarifs des données, les habitudes de visionnage en Inde ont évolué vers le « binge-watching » sur différentes plateformes. L'encombrement de l'environnement numérique exige une approche différente du divertissement éducatif, où le contenu est à la fois convivial et diffusé en une seule fois (contrairement à la diffusion échelonnée de la télévision sur rendez-vous) afin de maintenir l'intérêt des jeunes.
- 2 L'établissement de relations prend du temps :** Les résultats du suivi de DSN ont montré que les téléspectateurs impliqués faisaient des personnages et des intrigues une partie de leur vie. Lorsqu'on a demandé aux téléspectateurs s'ils discutaient de l'émission, de ses thèmes et de ses personnages avec un ami, le pourcentage de personnes interrogées ayant répondu par l'affirmative a augmenté au cours des quatre cycles de suivi simultané, passant de 69 % lors du premier cycle à 70 % lors du quatrième et dernier cycle. Les discussions avec le conjoint sont passées de 23 % au premier cycle à 28 % au quatrième cycle. Le divertissement éducatif est plus efficace lorsque le contenu du programme suscite des discussions avec d'autres personnes. Bien que les téléspectateurs aient pu nouer des relations avec les personnages en seulement 36 épisodes, il serait idéal de prévoir davantage d'épisodes pour permettre aux téléspectateurs d'adhérer pleinement aux thèmes et d'évoluer vers un changement réel des comportements et des normes sociales.
- 3 Mémorisation des messages :** Les téléspectateurs ont tendance à ne retenir que les messages qui les concernent personnellement à ce moment précis. DSN contenait de nombreux messages de promotion de la santé, notamment sur la COVID-19, la santé mentale, la nutrition, l'égalité des genres, etc. Le chatbot U-Report et les évaluations qualitatives des téléspectateurs ont montré que la mémorisation des messages évoluait au fur et à mesure de l'avancement de l'histoire. Par exemple, les épisodes 9 à 16 comportaient un arc narratif sur la santé mentale chez les adultes et le cycle de suivi concomitant correspondant comportait des questions à ce sujet. Lors de ce cycle de suivi simultané, le taux de mémorisation des messages sur la santé mentale était élevé, mais il a chuté lors du cycle suivant, lorsque l'histoire a progressé. Autre exemple : la mémorisation des soins prodigués aux femmes enceintes atteintes de COVID-19 a été faible d'un cycle à l'autre, bien qu'elle ait bénéficié d'un temps d'antenne important en tant qu'élément majeur de l'intrigue de la série. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les téléspectateurs n'ont pas trouvé l'information pertinente d'un point de vue personnel. Il est non seulement important d'adapter les messages de promotion de la santé aux besoins et aux intérêts spécifiques des téléspectateurs, mais aussi de répéter les messages clés de manière créative tout au long des épisodes afin de renforcer leur importance et d'accroître la rétention des informations.
- 4** Le nouveau paysage des médias et du divertissement, avec la prolifération des options de divertissement, rend difficile l'utilisation du divertissement éducatif pour la promotion de la santé. Un environnement encombré appelle des solutions innovantes pour atteindre le téléspectateur grâce à un mélange de médias traditionnels et nouveaux, de campagnes numériques et interpersonnelles.

Notes de fin

- 1 UNICEF, « UNICEF and the Ministry of Health launch the "Kindness is Contagious" campaign in Viet Nam », mai 2020, <www.unicef.org/vietnam/stories/unicef-and-ministry-health-launch-kindness-contagious-campaign-viet-nam>
- 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.





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 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).

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



© UNICEF / UN10665232 / Kiron

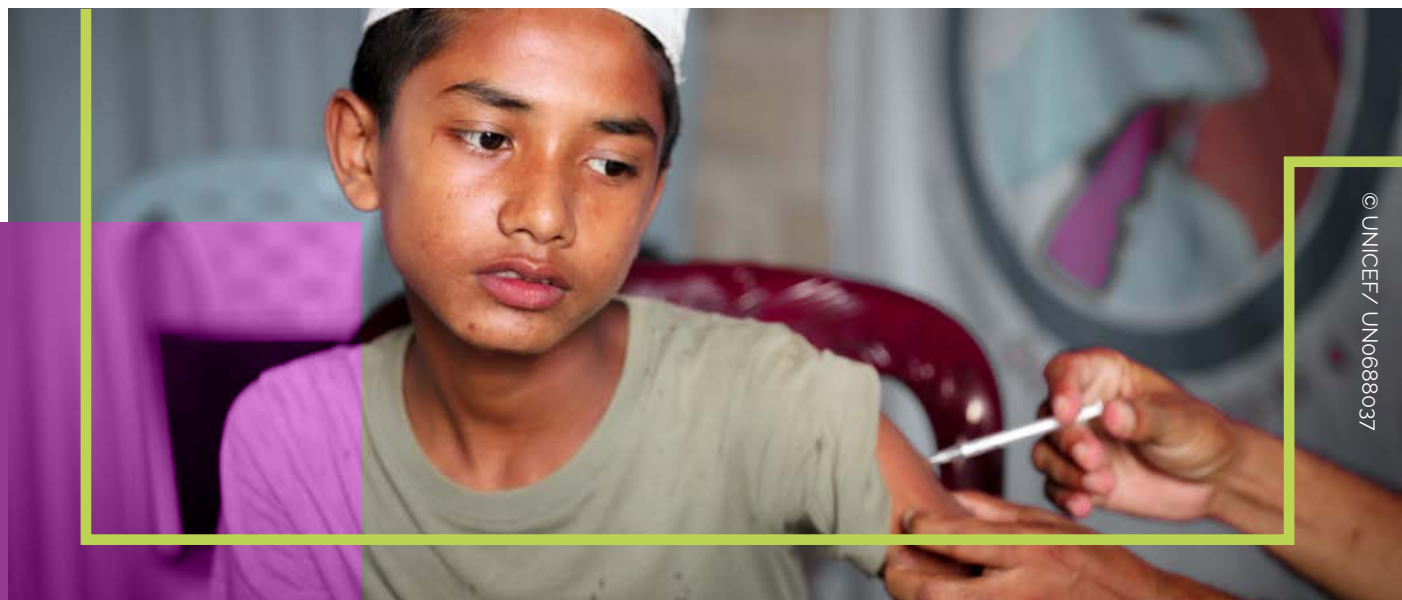
enregistrés en ayant recours aux médias, l'équipe a créé des messages d'intérêt public pour la télévision et la radio, des émissions-débats, des chansons, des brochures, des articles de journaux et des publicités, des supports extérieurs (par exemple, de grandes affiches, des panneaux d'affichage), et 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 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.



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.



L'UNICEF Népal soutient des initiatives innovantes de mobilisation sociale menées par des jeunes pour prévenir la gastro-entérite aiguë et le choléra dans la vallée de Katmandou

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

Résumé

L'UNICEF Népal, avec le concours de *Yuwalyaya*, une organisation dirigée par des jeunes, a conçu et mis en œuvre une initiative innovante de mobilisation sociale de six mois pour améliorer les pratiques d'hygiène des personnes vivant dans les bidonvilles urbains de la vallée de Katmandou et éliminer les épidémies de choléra. Le projet comprenait le renforcement des capacités des organisations de jeunes, une campagne comprenant des activités de divertissement telles que les flash mobs, le théâtre forum, les bandes dessinées murales, la poésie slam, la mobilisation et les discussions communautaires, ainsi que des audiences publiques avec des fonctionnaires au niveau du district. Les messages clés ont été transmis directement

à plus de 34 000 personnes dans 29 zones sensibles de deux villes métropolitaines et de cinq municipalités de la vallée de Katmandou. Des formations ont été dispensées à 800 jeunes, qui ont ainsi pu renforcer leurs compétences pour discuter des messages clés sur l'assainissement et l'hygiène avec leurs communautés et leurs familles. Les jeunes qui ont conçu, dirigé et mis en œuvre ces initiatives ont non seulement amélioré leurs connaissances en matière d'eau salubre et de pratiques hygiéniques, mais ils ont également acquis des compétences essentielles dans la vie quotidienne, telles que la confiance en soi pour parler en public, l'expression des émotions, la pensée critique et créative et la capacité d'influencer les gens.



Contexte

Au Népal, le choléra est endémique dans plusieurs régions, y compris dans la vallée de Katmandou. En 2015, un important tremblement de terre dans la vallée de Katmandou a entraîné une pénurie partielle d'eau. Nombre de personnes vivent encore dans des conditions insalubres, avec un accès limité à l'eau potable et

aux installations sanitaires. Il est difficile pour les habitants des bidonvilles d'adopter des pratiques sûres en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, bien qu'ils en connaissent l'importance. Au moment de la mousson, le choléra menace d'atteindre des proportions épidémiques.





Approche stratégique

Nous avons mené une enquête de base sur les connaissances, les attitudes et les pratiques courantes afin de comprendre les comportements des gens en matière d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de recherche de traitements pour les gastro-entérites aiguës et le choléra. Pour effectuer l'enquête CAP, 64 jeunes ont reçu une formation sur la collecte de données. UNICEF Népal a élaboré un questionnaire de 50 questions qui a été testé par *Yuwalaya* (une organisation non gouvernementale à but non lucratif dirigée par des jeunes au Népal) avant d'être finalisé. La collecte de données auprès de 1 601 ménages a été réalisée par de jeunes agents recenseurs qui ont fait du porte-à-porte. Grâce à cette méthode de collecte de données, les jeunes ont pu évaluer objectivement la situation en matière d'assainissement et d'hygiène, et mesurer l'impact de leur travail sur leur communauté.

UNICEF Népal et *Yuwalaya*, en étroite collaboration avec les bureaux de santé publique des districts de Katmandou, Lalitpur et Bhaktapur, ont utilisé ces résultats pour concevoir un programme de six mois visant à accroître l'adoption de l'eau salubre et des pratiques sanitaires et hygiéniques parmi les familles et les communautés de la vallée de Katmandou. C'est un programme basé sur le modèle socio-écologique (SEM) qui a intégré les approches de communication correspondantes, à savoir le plaidoyer, le renforcement des capacités et la communication de proximité/interpersonnelle.¹

Au cours des saisons de pré-mousson et de mousson, entre juin et novembre 2017, diverses formations et activités innovantes menées par des jeunes ont été menées dans 29 zones identifiées comme des points chauds pour le choléra dans les deux villes métropolitaines de Katmandou et de Lalitpur, et dans cinq municipalités de *Chandragari*, *Godawari*, *Kirtipur*, *Mahalaxmi* et *Suryabinayak*. Les principales activités sont les suivantes :

1. **Renforcer les capacités des organisations de jeunesse** : Grâce à une coordination avec les clubs de jeunes locaux, des adolescents et des jeunes des zones sensibles identifiées ont été sélectionnés

pour suivre une formation sur les compétences en matière de communication et de mobilisation sociale. Pendant une journée, 141 jeunes ont reçu une formation leur permettant d'acquérir des compétences de base en matière de mobilisation sociale et d'affiner leurs connaissances sur la prévention des maladies d'origine hydrique.

2. **Discussions au niveau communautaire** : Les discussions au sein de la communauté ont été organisées par 30 clubs de jeunes et diverses parties prenantes locales (représentants de quartier, femmes volontaires en santé communautaire (FCHV), groupes de femmes et jeunes locaux) afin de promouvoir l'utilisation d'eau potable et les pratiques d'hygiène dans les zones d'intervention, et de plaider en faveur d'un environnement propre et sain.
3. **Événements** : La contribution des clubs de jeunes à diverses manifestations organisées à l'occasion de la Journée mondiale de l'environnement, de la Journée internationale de la jeunesse, de la Journée de l'enfance et de la Journée mondiale des toilettes a mis l'accent sur le fait que l'accès à l'eau potable et à l'hygiène est essentiel pour une communauté saine et constitue un droit pour chaque enfant. Parmi les contributions des jeunes, on compte 130 bandes dessinées murales, 20 flash mobs, 24 présentations de théâtre forum participatif, des sessions de poésie slam (avec 123 poètes slam), et le « miking » (marcher ou voyager à travers les quartiers tout en diffusant des messages à l'aide d'un microphone). Certaines mascottes ont été utilisées pour attirer les foules lors de spectacles et de présentations dans des espaces publics.
4. **Auditions publiques** : Au cours des auditions publiques organisées au DPHO, les jeunes ont présenté les problèmes d'assainissement et d'hygiène par le biais de poèmes slamés, de représentations théâtrales et de bandes dessinées murales.
5. **Enquête finale** : La campagne a été suivie d'une enquête de fin de campagne afin de déterminer ses effets sur les connaissances, les attitudes et les pratiques concernant l'eau, l'assainissement, l'hygiène et les comportements de recherche de traitement.



Principales réalisations

- Au total, cent quarante et un jeunes ont été formés à la communication interpersonnelle et à la mobilisation sociale. Dans le cadre de 29 discussions communautaires et campagnes d'assainissement, des clubs de jeunes ont coordonné et mis en œuvre la campagne dans 29 quartiers. Sur ces 141 jeunes, 64 ont également été formés à la réalisation d'enquêtes auprès des ménages sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP).
- Les messages clés ont été transmis directement à 34 350 personnes dans 29 zones sensibles de deux villes métropolitaines et de cinq municipalités de la vallée de Katmandou.
- Des formations ont été dispensées à 800 jeunes par des formateurs de jeunes, qui ont renforcé leurs compétences pour discuter des messages clés sur l'assainissement et l'hygiène avec leurs communautés et leurs familles.
- Les jeunes qui ont conçu, dirigé et mis en œuvre ces initiatives ont non seulement amélioré leurs connaissances en matière d'eau salubre et de pratiques hygiéniques, mais ils ont également acquis des compétences essentielles dans la vie quotidienne, telles que la confiance en soi pour parler en public, l'expression des émotions, la pensée critique et créative et la capacité d'influencer les gens.
- La collaboration entre 30 clubs de jeunes et les parties prenantes locales a été renforcée ; 16 jeunes, dont 11 animateurs communautaires, 2 superviseurs de terrain et 3 associés chargés des rapports, ont pris l'initiative d'assurer un lien direct entre les clubs de jeunes locaux, les représentants de leur quartier et les établissements de santé compétents.
- Les activités de promotion de l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène ont été organisées par 30 groupes de jeunes lors de 94 manifestations publiques.
- Les bureaux de santé publique des districts ont participé à 9 auditions publiques dans les zones sensibles des sept municipalités.
- La vallée de Katmandou n'a pas connu d'épidémie de choléra en 2017, alors que 186 cas avaient été recensés en 2016.

94

**MANIFESTATIONS
PUBLIQUES**

Les activités de promotion de l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène ont été organisées par 30 groupes de jeunes

141

JEUNES

ont été formés aux techniques de communication interpersonnelle et de mobilisation sociale

9

AUDIENCES PUBLIQUES

ont été mises en œuvre dans les régions sensibles des sept municipalités



Enseignements tirés et recommandations

- 1 Il est nécessaire d'améliorer les services publics (approvisionnement en eau salubre et systèmes d'égouts fonctionnels) pour que les habitants des bidonvilles puissent mettre en pratique leurs connaissances approfondies et leurs attitudes positives à l'égard de l'assainissement et de l'hygiène.
- 2 Le recours à des activités menées par des jeunes, en s'appuyant sur des réseaux de clubs de jeunes et en bénéficiant d'une formation appropriée, peut être un moyen rentable de transmettre aux communautés des messages pertinents sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène.
- 3 La participation de la communauté (en particulier des jeunes) augmentera probablement la portée, l'efficacité et la durabilité du projet, et devrait être appliquée à tous les projets pertinents.
- 4 Certaines activités innovantes, telles que la poésie slam, les foules éclair et les bandes dessinées murales, pourraient être utilisées dans le cadre d'autres projets afin de s'attaquer aux normes sociales et de modifier les comportements.

Notes de fin

- 1 Le [modèle socio-écologique \(SEM\)](#) postule que le comportement individuel est déterminé par des niveaux d'influence multiples (individuel, interpersonnel, communautaire, institutionnel/organisationnel, sociétal), d'où la nécessité d'intervenir à tous les niveaux afin de favoriser les changements comportementaux..



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 pachtounes.

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 pachtounne 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 pachtounne à faire vacciner leurs enfants contre la polio. Les AS et SM pachtounes ont identifié des « figures maternelles » pachtounes 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.



© 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 feuillet 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

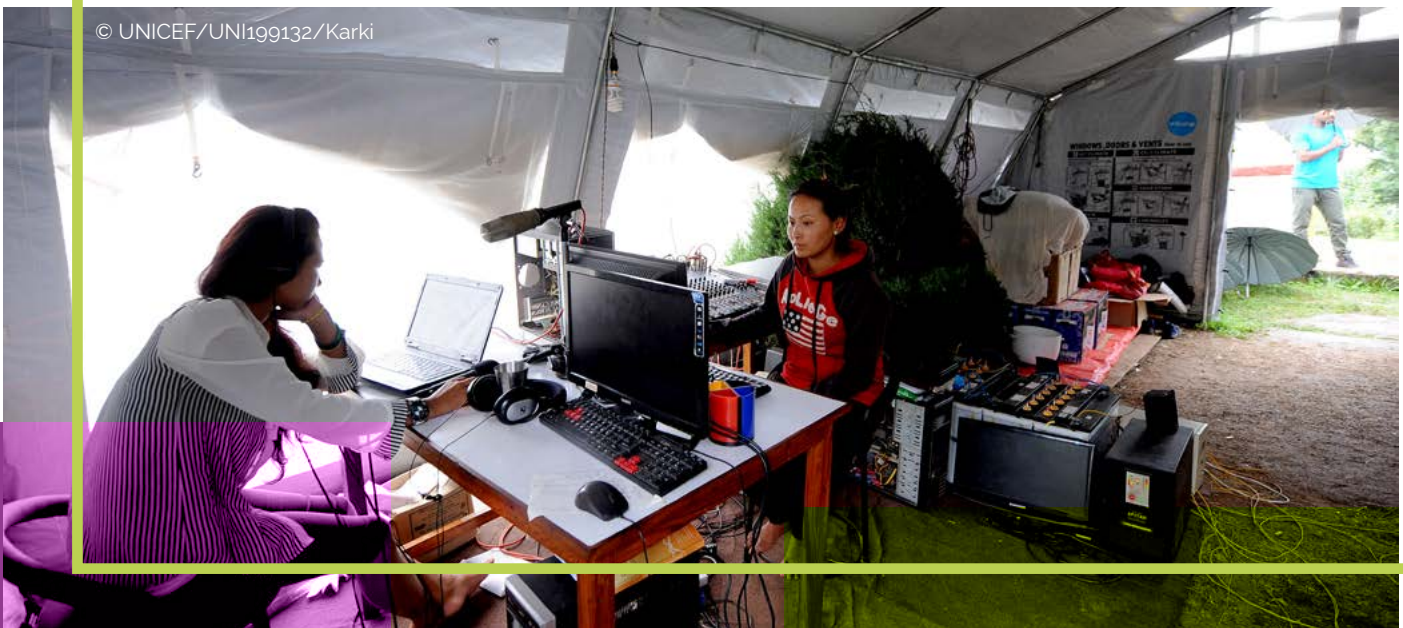
- 1** Les initiatives visant à répondre aux urgences telles que les tremblements de terre et d'autres catastrophes doivent reposer sur une théorie claire du changement pour orienter leurs actions. L'absence d'une théorie du changement claire a été évidente dans la réponse initiale de l'UNICEF au Népal, 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.



© UNICEF/UNI199132/Karki

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 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 feedback (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/UN026418/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/UN084275/Himnu

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 Afghanistan développe une nouvelle stratégie intégrée de changement social et comportemental

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

Résumé



Dates de l'activité
2022-23



Durée de l'activité
D'août 2022 à
avril 2023



Budget
91 000 dollars US
(Siège)
150 000 dollars US
(Bureau de pays)



Contexte

L'Afghanistan demeure l'une des interventions les plus complexes réalisées dans la région de l'Asie du Sud. Avant août 2021, le conflit qui dure depuis des décennies en Afghanistan, combiné aux faiblesses institutionnelles et aux normes socioculturelles, a rendu la situation assez difficile pour faire valoir les droits et la santé des enfants. Après août 2021, la mise en œuvre des programmes de soins de santé et le travail humanitaire est devenue de plus en plus difficile. Le bureau de l'UNICEF Afghanistan n'a pas été épargné par le phénomène de la fuite des cerveaux qui touche le pays : il a dû composer avec le départ de plusieurs employés tout comme la section CSC qui a perdu à elle seule quatre membres sur cinq ; en outre, le bureau n'avait pas de chef ni de spécialiste CSC jusqu'en avril 2022. D'autres situations d'urgence (par exemple, les

épidémies de choléra et de rougeole, la diarrhée aqueuse aiguë) et les catastrophes naturelles (par exemple, les tremblements de terre et les inondations) ont rendu les enfants et les femmes davantage vulnérables et ont exercé une pression supplémentaire sur l'intervention globale du bureau de pays.

En août 2022, l'UNICEF Afghanistan a élaboré une stratégie nationale intégrée de changement social et comportemental (CSC). Le bureau de pays s'est inspiré des documents d'orientation et des cadres CSC fournis par le siège de l'UNICEF, et a bénéficié du soutien technique du bureau régional de l'UNICEF en Asie du Sud et des équipes du siège de l'UNICEF. La stratégie a permis de renforcer les capacités en matière de CSC au sein du bureau de pays et des partenaires.





Approche stratégique

L'équipe CSC de l'UNICEF Afghanistan s'est attachée les services d'un cabinet international au travers d'un accord à long terme mondial pour aider à mettre au point la stratégie. La stratégie a été élaborée en concertation avec toutes les sections du programme de l'UNICEF et un certain nombre de participants issus des principales ONG partenaires. Des représentants de chaque section de l'UNICEF et des partenaires ont participé à un atelier de cinq jours pour finaliser les détails de la stratégie et élaborer une théorie du changement pour la période 2023-2025. Le processus d'élaboration de la stratégie CSC a commencé par la création de documents d'orientation intersectoriels sur la production de données factuelles CSC, l'engagement communautaire et la responsabilité envers les populations affectées, et une boîte à outils CSC dans les contextes d'urgence assortie de modules spéciaux (par exemple, comment mener des évaluations rapides ; recueillir des réponses CSC) à utiliser dans les situations d'urgence. L'UNICEF Afghanistan a alloué une partie de ses propres ressources au déploiement de la stratégie en organisant des formations en cascade au niveau sous-national ; le personnel de 15 organisations non gouvernementales (ONG) internationales et nationales et les Afghans de diverses structures communautaires (par exemple, les agents de santé communautaires, les membres de la Shura de gestion des écoles, les chefs religieux) qui travaillent avec l'UNICEF sur les activités d'engagement communautaire ont été formés au CSC et à la responsabilité. La stratégie a permis de renforcer les capacités du personnel de l'UNICEF chargé du CSC et d'autres secteurs (par exemple, eau, assainissement et hygiène ; nutrition), des partenaires d'exécution de l'UNICEF (ONG internationales et nationales) et des parties prenantes des principaux départements des ministères des Affaires étrangères.

La stratégie nouvellement mise au point a aidé à la planification et la mise en œuvre du programme CSC en Afghanistan. L'équipe du CSC a adopté une approche intégrée pour assurer l'engagement des communautés, répondre aux situations d'urgence et améliorer la responsabilité envers les populations affectées (AAP, Accountability to Affected People), et a



© UNICEF/UNI446338/Neikrawa

mis en place des mécanismes de réclamation et de retour d'informations dans l'ensemble du pays. L'équipe CSC a collaboré avec les sections du programme pour identifier les principales priorités et a ensuite mis au point des stratégies sectorielles ciblées pour répondre à ces priorités. Les activités CSC ont été mises en œuvre par les partenaires locaux et amplifiées par les membres de la communauté grâce à diverses structures communautaires, notamment des espaces sûrs où les femmes et les adolescentes peuvent faire part de leurs commentaires, de leurs préoccupations et de leurs plaintes. La boîte à outils CSC pour les situations d'urgence a permis d'assurer des interventions opportunes et appropriées lors des récents tremblements de terre et des épidémies de choléra/diarrhée aqueuse aiguë, et de gérer l'afflux de rapatriés afghans.

UNICEF Afghanistan a eu recours à l'approche CSC pour appuyer le renforcement des systèmes communautaires, les nouvelles

activités d'engagement communautaire et l'intensification des initiatives en cours. Des investissements ont été engagés en vue de tirer parti de partenariats avec des structures communautaires, par exemple le TAAVON (un réseau de chefs religieux qui est passé de 500 membres en 2022 à environ 7 000 membres en 2023). Un module de formation sur les droits de l'enfant dans l'islam a été élaboré pour aider les chefs religieux à comprendre les droits de l'enfant en s'appuyant sur des exemples religieux. Les chefs religieux ont depuis aidé à accéder à des districts auparavant difficiles d'accès et ont facilité l'interaction avec les communautés. Un partenariat a également été établi avec QAHRAMANAN (un réseau de jeunes comptant environ 5 000 membres) afin de soutenir leur engagement citoyen et, en même temps, de tirer parti de leur soutien dans des domaines d'activité

plus vastes du CSC. Un montant limité des 7 % de fonds d'affectation spéciale a été utilisé pour renforcer les groupes de grands-mères (GMG). Les grands-mères sont influentes au niveau des ménages et respectées dans tout le pays. Elles peuvent se déplacer librement et sont en mesure d'aider les femmes à surmonter les restrictions qui leur sont imposées. Les grands-mères ont contribué non seulement à exercer une influence sur les pratiques recommandées au niveau des ménages, mais aussi à surmonter les problèmes liés aux restrictions imposées aux femmes et au coût du Maharam. En collaboration avec les sections du programme, l'équipe CSC a contribué au renforcement des capacités des agents de santé communautaires, des Shuras de gestion scolaire et des conseils de développement communautaire.



© UNICEF/UNI1453751/Naftalin



Principales réalisations

- L'élaboration et l'approbation de la stratégie intégrée de CSC et des documents du système intégré (production de données factuelles, engagement communautaire et boîte à outils CSC en situation d'urgence).
- Formation des principaux partenaires à la stratégie. Au total, 82 participants de l'UNICEF et de ses partenaires ont été formés à l'approche intégrée du CSC. Certains de ces partenaires ont transposé la formation au niveau infranational, en touchant davantage de groupes et en investissant dans les structures communautaires.
- L'UNICEF Afghanistan a mobilisé des ressources complémentaires pour déployer la stratégie CSC aux niveaux national et infranational. L'équipe CSC a également mis en pratique certains des moyens développés dans le cadre de cette stratégie, par exemple en mettant en œuvre la boîte à outils CSC dans les contextes d'urgence lors des tremblements de terre et des épidémies de choléra et de rougeole.

82

PARTENAIRES FORMÉS

à l'approche intégrée du CSC

Formations transposées au
niveau infranational





Enseignements tirés

- 1** L'élaboration d'une stratégie intégrée de CSC pour l'engagement communautaire et la responsabilité nécessite une analyse solide de la situation afin de comprendre les principaux problèmes à résoudre.
- 2** La mobilisation de plusieurs secteurs de l'UNICEF et de partenaires sélectionnés dans l'élaboration conjointe d'une stratégie intégrée de CSC constitue un défi (de temps), mais elle est essentielle pour s'assurer que toutes les parties comprennent la valeur ajoutée du CSC.
- 3** Disposer d'une équipe CSC nouvellement formée et talentueuse dans l'Afghanistan d'après 2021 a facilité le passage de la C4D au CSC et l'adoption d'une stratégie intégrée de CSC.
- 4** Expliquer le « CSC intégré » au personnel, aux partenaires et aux parties prenantes ayant des spécialités différentes et des connaissances de base en matière de CSC nécessite des efforts constants et répétés. Faire comprendre la « valeur ajoutée » du CSC intégré, en particulier pour les activités d'engagement et de responsabilisation des communautés, et surtout dans des environnements difficiles, a nécessité des efforts considérables.
- 5** Travailler dans un environnement contraignant, complexe et imprévisible (par exemple, les restrictions de mouvement des femmes, l'interdiction de l'éducation des femmes et de l'emploi des femmes, le rétrécissement des espaces physiques dans lesquels travailler), exige du personnel qu'il fasse preuve de flexibilité et d'agilité dans la manière dont les programmes CSC sont mis en œuvre. Compte tenu des capacités limitées en matière de CSC des organismes de services communautaires (OSC) en Afghanistan, l'équipe CSC a dû fournir plus d'efforts pour assurer une programmation de qualité. L'agence externe responsable de l'élaboration de la stratégie CSC n'a pas pu se rendre en Afghanistan pour dispenser la formation sur la stratégie en raison de sa position sur l'interdiction des travailleuses humanitaires, ce qui a eu un impact négatif sur la qualité de la formation.
- 6** L'équipe de l'UNICEF Afghanistan gère un vaste programme qui, outre le CSC, couvre la responsabilité envers les populations affectées (AAP), l'engagement des jeunes et des adolescents et le renforcement des systèmes communautaires. L'intégration de la question du CSC dans toutes les sections de l'UNICEF a permis d'éviter que cet aspect soit omis dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes dans les différents secteurs.
- 7** Le bureau de l'UNICEF Afghanistan a pu tirer parti des 7 % de fonds d'affectation spéciale pour investir dans les structures communautaires existantes et établies, une stratégie qui s'est avérée très efficace pour la planification, la mise en œuvre et le suivi de l'ensemble du programme.



Recommandations

- 1** Continuer à intensifier la mise en œuvre de la stratégie en 2024 et au-delà.
- 2** Former davantage de partenaires à la stratégie CSC.

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 de la dimension de 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 questions liées à l'égalité des sexes 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 en matière de soins de santé. Le genre est un facteur déterminant de la prise du vaccin.¹ 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



Pour que les programmes de promotion et d'élargissement de la vaccination tiennent compte des différences entre les sexes, 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 de création de la demande de vaccination avec des activités explicitement sensibles 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 de la façon dont la création de la demande au moyen d'approches de changement social et comportemental (CSC) peut réduire les inégalités entre les sexes en matière de vaccination et transformer les normes et les structures de pouvoir qui limitent la mobilité, la voix, la prise de décision et le contrôle des femmes sur les 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 questions liées à l'égalité des genres 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 création d'une demande, les aspects relatifs à l'offre et aux services sont étroitement liés. De même, bien que l'accent soit mis 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	Principaux changements liés au genre	Niveau d'intégration de la question de genre
Libéria	Campagne de sensibilisation urbaine axée sur le genre et l'équité	Engagement des hommes Recrutement de femmes chargées de la vaccination et de la mobilisation	Réactif
Mozambique	Promouvoir l'engagement des hommes en faveur de pratiques sanitaires intégrées	Engagement des hommes Prise de décision conjointe Partage des responsabilités domestiques	Transformateur
Pakistan	Écoute sociale pour promouvoir l'engagement des femmes dans le secteur du numérique	Engagement 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 sexe Engagement des hommes dans l'éducation des enfants	Transformateur
Soudan	Écoute sociale pour l'équité vaccinale pendant la COVID-19	Engagement 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 d'activités génératrices de revenus/renforcement des compétences	Transformateur

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 avait pour but de comprendre les pratiques prometteuses qui ont intégré des questions de genre dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des efforts de création de la 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 efforts de création de la demande de vaccination avec une composante sexospécifique. 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 de l'égalité des genres, ainsi qu'à toute personne chargée de planifier, de mettre en œuvre, de gérer ou de diriger des programmes de vaccination (fonctionnaires, organisations de la société civile et organisations communautaires, spécialistes du développement international et travailleurs humanitaires, par exemple).⁵





Principales réalisations

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

LA PRISE EN COMPTE DE la dimension de genre

est la clé d'un meilleur impact

6

ÉTUDES DE CAS

sur l'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 Népal s'appuie sur le théâtre radiophonique pour transformer les normes de genre et améliorer le bien-être des enfants

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

Résumé

Rope Guna Fal (« On récolte ce que l'on sème »), une série radiophonique fictive divertissante, a mobilisé environ 325 026 Népalais chaque semaine entre 2021 et 2022, pour un coût de seulement 0,91 dollar US par auditeur. Cette émission de 104 épisodes, financée par l'UNICEF et The Kendeda Fund et produite en partenariat avec Antenna Foundation Nepal et Population Media Centre, a motivé des changements sociaux, comportementaux et normatifs en vue de réduire et d'éliminer les mariages d'enfants, d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des

adolescents et de renforcer les compétences parentales afin d'améliorer le bien-être de l'enfant. Parmi les auditeurs interrogés, tous étaient d'accord ou plutôt en accord pour dire que leurs connaissances s'étaient améliorées en écoutant le feuilleton radiophonique. Les auditeurs ont déclaré à 90 % avoir changé d'attitude, avoir pris conscience de nouveaux problèmes et avoir réfléchi aux normes sociales. Parmi les auditeurs, 89 % ont signalé un nouveau changement de comportement ou le maintien d'un comportement récemment modifié.



Contexte

Les autorités népalaises ont mis en œuvre divers programmes et politiques visant à améliorer l'éducation parentale, les mariages d'enfants et la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA), notamment en dispensant une éducation sexuelle dans les écoles, en améliorant l'accès aux services de planification familiale et à l'information, et en s'efforçant de réduire la stigmatisation et la discrimination. Toutefois, les

normes culturelles et les pratiques traditionnelles liées à l'éducation des enfants, au mariage des enfants et à la santé sexuelle et reproductive des adolescents constituent des obstacles importants à l'amélioration de la situation. La *Rope Guna Fal* (« On récolte ce que l'on sème ») a été conçue pour soutenir les efforts du gouvernement népalais.



Approche stratégique

UNICEF Népal, avec le concours de The Kendeda Fund, Antenna Foundation Nepal (AFN) et Population Media Center (PMC)-Népal, a parrainé et développé la série de feuilletons radiophoniques *Rope Guna Fal* afin de remettre en question les normes traditionnelles en matière de genre et de servir de plate-forme éducative pour les parents et les adolescents. Un modèle d'étapes de changement a été utilisé comme base pour développer le programme radio. Les 104 épisodes ont été diffusés deux fois par semaine dans tout le Népal (en particulier dans les provinces de Karnali, Lumbini et Sudur Paschim) de septembre 2021 à septembre 2022, sur Radio Nepal et 100 stations de radio locales. Cette émission a été diffusée sur Facebook, YouTube, Hamro Patro et les plateformes de réseaux sociaux 3-2-1. Certains épisodes ont également été mis à la disposition de publics difficiles à atteindre (abonnés à Nepal Telecom) par l'intermédiaire du système de réponse vocale instantanée et gratuite de VIAMO, « Suchana ko Sansar ».¹

Au nombre des thèmes clés du programme radio figuraient l'éducation parentale, le mariage des enfants et la santé sexuelle et génésique des adolescents. Ils ont été choisis en fonction des besoins locaux. Les adolescents et les jeunes âgés de 13 à 24 ans, ainsi que les parents âgés de 25 à 45 ans, constituaient le principal public visé par la série. Les grands-parents, les

tuteurs et les autres personnes qui s'occupent des enfants étaient également concernés par la série. Le public de *Rope Guna Fal* a pu s'inspirer des personnages de la série. Chaque épisode se terminait par un quiz destiné aux auditeurs, avec des prix (par exemple, une recharge de 200 roupies sur le téléphone portable de l'auditeur, offerte par l'AFN) pour ceux qui avaient trouvé les bonnes réponses. Ce procédé avait pour but de motiver les auditeurs à rester à l'écoute et de les récompenser pour leurs connaissances sur le(s) sujet(s) abordé(s).

Un sondage quantitatif transversal a été réalisé auprès d'un échantillon représentatif de personnes âgées de 14 à 49 ans vivant dans la zone de diffusion dans les sept provinces du Népal, du 14 octobre au 5 novembre 2022. Plusieurs exercices de validation ont été menés afin de vérifier l'exactitude et la précision des données de l'enquête. Dans certaines régions, la collecte de données n'a pas été possible en raison de glissements de terrain. Le programme *Rope Guna Fal* comprenait une série de questions visant à évaluer dans quelle mesure les auditeurs estimaient (1) avoir pris conscience de nouveaux problèmes sociaux, (2) avoir acquis des connaissances, (3) avoir changé d'attitude, (4) avoir réfléchi aux normes sociales de leur communauté, (5) avoir été incités à changer de comportement et (6) avoir été motivés pour maintenir les changements qu'ils avaient opérés.



Principales réalisations

- On estime que *Rope Guna Fal* a touché 325 026 Népalais chaque semaine, pour un coût moyen de seulement 0,91 dollar US par auditeur.
- 100 % des auditeurs sont d'accord ou plutôt en accord pour dire que leurs connaissances se sont améliorées en écoutant la pièce radiophonique.
- Les auditeurs ont déclaré à 90 % avoir changé d'attitude, avoir pris conscience de nouveaux problèmes et avoir réfléchi aux normes sociales.
- Parmi les auditeurs, 89 % ont signalé un nouveau changement de comportement ou le maintien d'un comportement récemment modifié.
- Plus de la moitié (54,5 %) des auditeurs ont parlé de l'émission à leurs amis et à leur famille et ont discuté avec eux des questions qu'elle soulevait.
- La quasi totalité des auditeurs (95,5 %) ont déclaré avoir l'intention de mettre un terme au mariage des enfants dans leur famille et leur communauté, contre 78,9 % des non-auditeurs.
- Ceux qui écoutent sont plus de quatre fois plus nombreux que ceux qui n'écoutent pas à reconnaître que leur communauté attend d'eux qu'ils aident les filles à terminer leurs études avant le mariage.
- 93 % des auditeurs ont estimé que les maris doivent s'occuper des femmes enceintes et des nouvelles mères, contre 84 % des non-auditeurs (un changement important en faveur d'une plus grande implication des hommes dans l'éducation des enfants parmi les auditeurs).
- Les auditeurs étaient près de quatre fois plus nombreux que les non-auditeurs à déclarer avoir pris des mesures pour décourager les mariages d'enfants.
- 83 % des auditeurs ont déclaré avoir essayé d'améliorer l'apprentissage et le développement des enfants dans leur foyer, contre 69 % des non-auditeurs.

325 026

Népalais engagés
chaque semaine

coût de
seulement

US\$0.91

par auditeur

le

104 épisodes

l'histoire a motivé un
changement social,
comportemental et
normatif

100%

des auditeurs sont
d'accord ou plutôt en
accord avec le fait que
leurs connaissances se
sont accrues en écoutant
la pièce radiophonique.



Enseignements tirés et recommandations

- 1** Le recours à la radio comme canal de diffusion d'informations importantes est essentiel pour sensibiliser, changer les attitudes et motiver les changements de comportement dans les régions où les feuilletons radiophoniques sont connus et appréciés, et où les autres canaux médiatiques sont difficiles d'accès. Il faut toujours procéder à une analyse du paysage médiatique avant de développer une pièce radiophonique afin de comprendre quels autres programmes ou activités similaires sont mis en œuvre avant ou en même temps que l'intervention radiophonique envisagée. Savoir quels programmes peuvent être en concurrence ou en complément de vos messages radio vous aidera à comprendre la mémorisation et les réactions du public.
- 2** La conduite d'activités de collecte de données solides est essentielle pour le suivi des activités et la création d'une base de données probantes permettant de comprendre les effets des changements de comportement et de normes sociales au fil du temps. Dans les cas où le nombre d'auditeurs est inférieur à 10 %, il peut être judicieux d'utiliser un modèle d'étude cas-témoins apparié et d'utiliser les données relatives aux appels radio, les données des médias sociaux et d'autres sources pour identifier un échantillon d'auditeurs « cas » à interroger. Par la suite, les enquêteurs pourraient interroger la communauté afin d'identifier les non-auditeurs appariés sur le plan démographique (les témoins).
- 3** La collecte de données qualitatives (par exemple, des entretiens ou des discussions de groupe) dans le cadre d'un plan d'évaluation intentionnel à méthodes mixtes. En effet, les résultats des méthodes qualitatives peuvent aider à contextualiser et à mieux comprendre pourquoi et comment les auditeurs ont réagi à leur pièce de théâtre *Rope Guna Fal*.

Notes de fin

- 1** VIAMO est une entreprise sociale internationale spécialisée dans l'engagement mobile et les technologies de l'information et de la communication pour le développement.



© UNICEF/UN0638984/Upadhyay

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 dollars US
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.



Contexte

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, co-présidés 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 coprésidées 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 agents de première ligne et des chercheurs posées par la COVID-19.



Recommandations

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

Notes de fin

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



SOCIAL + BEHAVIOUR CHANGE

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

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

Nous remercions tout particulièrement Tobgye Tobgye (Bhoutan), Tamara Abu Sham et Alka Malhotra (Inde), Mohammad Badrul Hassan, Bridget Job-Johnson, Armm Kamal et Sanjit Kumar Das (Bangladesh), les collègues du CSC au Népal, Tommi Laulajainen, Jahanuddin, Julianne Birungi et Sheeba Afghani (Pakistan), Ibrahim Elsheikh (Afghanistan), Shreya Singh (Népal), Tasmia Bashar (Bureau régional), Dorina Andreev-jitaru (Bureau régional) Xiaohan Ma (Bureau régional), Audrey Franchi (Siège) et Vincent Petit (Siège).

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

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