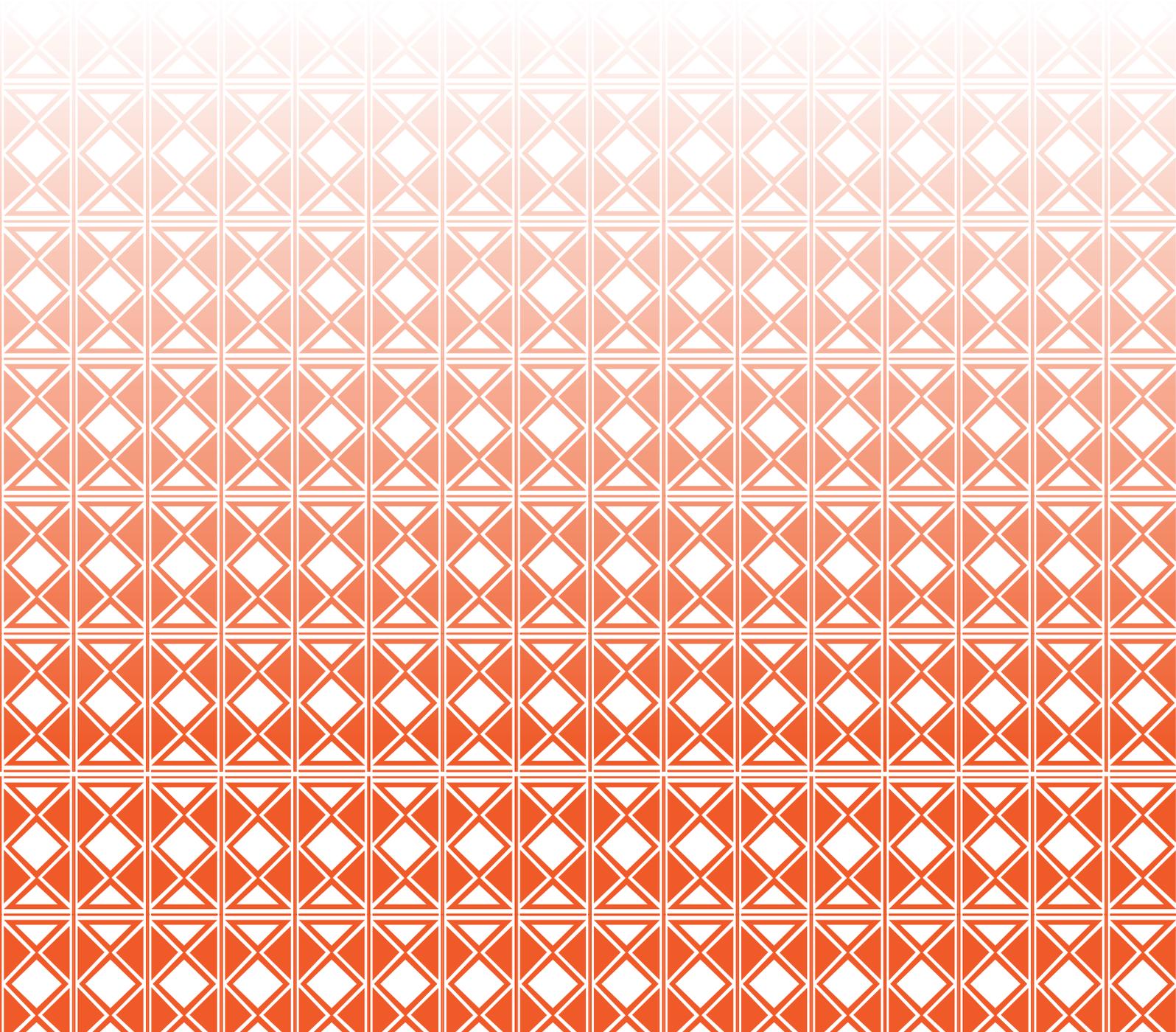


PARTIE 1 :

CONTEXTE ET JUSTIFICATION



À PROPOS DU MANUEL DE MISE EN ŒUVRE

Quel est le but du Manuel de mise en œuvre ?

Le but de ce Manuel de mise en œuvre (ou, le Manuel) de communication pour le changement social et comportemental à destination des adolescents en milieu urbain est de fournir une sélection d'éléments et d'outils essentiels pour guider la création ou le renforcement de programmes de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) destinés aux adolescents en milieu urbain âgés de 10 à 19 ans. Le Manuel est conçu pour enseigner ces éléments de CCSC essentiels et contient des fiches de travail illustrant chaque élément pour faciliter la mise en pratique.

Voici les sept éléments essentiels qui forment la structure du Manuel:

1. **Collecte des informations utiles sur les adolescents en milieu urbain**
2. **Évaluation de l'environnement urbain des jeunes**
3. **Segmentation de la cible**
4. **Création d'un profil du groupe cible**
5. **Établissement des objectifs et indicateurs de comportement**
6. **Identification des canaux de communication dans l'environnement urbain**
7. **Développement de messages pour les adolescents en milieu urbain**

Le Manuel n'est **pas** un guide étape par étape de développement et de mise en œuvre d'un programme de CCSC complet, car ces étapes sont décrites en détail dans d'autres ressources. Si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur le développement d'un programme de CCSC complet étape par étape, vous pouvez vous reporter à la section « Ressources » à la fin de chaque élément essentiel. Vous y trouverez une sélection d'outils qui peuvent vous guider, du début à la fin, dans le développement d'un programme de CCSC.

Ce Manuel met plutôt l'accent sur les éléments essentiels du développement d'un programme de CCSC en se concentrant sur les aspects spécifiques au contexte des adolescents en milieu urbain. Vous pouvez utiliser le Manuel dans son intégralité, du début à la fin, ou travailler seulement sur les éléments essentiels qui sont importants pour votre programme.

À quelle cible le Manuel de mise en œuvre s'adresse-t-il ?

Le Manuel s'adresse à des cibles variées, dont :

- **Les professionnels de la CCSC**, comme les responsables, les concepteurs et les exécutants de programmes qui travaillent déjà avec les adolescents ou qui l'envisagent ;
- **Les professionnels de la SSR**, comme les responsables, les concepteurs et les exécutants de programmes intégrant déjà des composants de la CCSC ou qui l'envisagent ;
- **Les organisations dirigées par la jeunesse ou les professionnels axés sur la jeunesse**, comme les responsables, les concepteurs et les exécutants de programmes qui œuvrent déjà à incorporer des éléments de la CCSC à leur travail de SSR ou qui sont l'envisagent.

Que contient le Manuel de mise en œuvre ?

Le Manuel inclut les éléments suivants :

1. **Contexte et justification** : Cette section pose les bases de ce Manuel. Elle contient des définitions de base de la CCSC et des adolescents en milieu urbain, et offre un aperçu des éléments nécessaires à la réussite de la conception d'un programme de CCSC. Le Manuel utilise un groupe de personnages et une organisation non gouvernementale (ONG) fictifs dans une ville imaginaire appelée « Zanbe ». Ces personnages et leur histoire sont utilisés dans le Manuel pour illustrer les éléments essentiels et les fiches de travail.
2. **Éléments essentiels et fiches de travail** : Ces sections décrivent les thèmes et les composantes importants pour les programmes de CCSC en matière de SSR destinés aux adolescents en milieu urbain. Chaque élément essentiel inclut des considérations clés, des exemples brefs et des fiches de travail, conçus pour aider les utilisateurs à apprendre comment appliquer l'élément de CCSC. Les fiches de travail peuvent être utilisées pour la pratique ou avec des données réelles dans le cadre de la planification ou du renforcement d'un programme existant. Des exemples de fiches de travail remplies sont fournis pour vous servir de guide pour compléter les fiches de travail vierges. Nous vous recommandons de photocopier l'ensemble de fiches de travail pour que vous et votre équipe puissiez les utiliser lorsque vous consultez le Manuel.
3. **Ressources** : Dans le texte et dans la section **Ressources** à la fin de chaque élément essentiel, vous trouverez des outils supplémentaires sur la CCSC et la conception de programme.

Comment le Manuel de mise en œuvre doit-il être utilisé ?

L'objectif du Manuel est de vous aider à comprendre les éléments clés de la procédure de planification de la CCSC et leur application spécifique aux programmes de SSR ciblant les adolescents en milieu urbain. Il peut être utilisé **comme outil d'auto-apprentissage** ou **faire partie d'une formation**.

Utilisez le Manuel d'un bout à l'autre, car chaque élément essentiel s'appuie sur le précédent. Cependant, il est également possible d'utiliser des sections individuelles en fonction des besoins du programme. Le temps nécessaire à la réalisation de chaque élément varie en fonction du niveau d'expérience de l'utilisateur et de la façon dont il utilise cet élément. En moyenne, l'étude d'un élément essentiel dans son intégralité, dont les fiches de travail, devrait prendre de 2 à 4 heures. Le Manuel peut être utilisé par des personnes individuelles, mais il est recommandé de travailler sur les fiches de travail en groupes de manière à inclure les différents points de vue, d'établir un dialogue et de formuler un avis critique.

L'adaptabilité du Manuel de mise en œuvre

Le Manuel est conçu pour accompagner le développement d'un programme de CCSC pour les jeunes en milieu urbain et met l'accent sur les éléments importants des interventions de CCSC en matière de SSR à destination des jeunes en milieu urbain. Cependant, les éléments essentiels décrits peuvent être utilisés facilement pour d'autres sujets relatifs à la santé, paramètres géographiques ou groupes d'âge. Vous pouvez aussi utiliser les éléments essentiels pour les besoins spécifiques à votre programme et recueillir des données pertinentes.

Icônes et signification des légendes du Manuel de mise en œuvre

Dans le Manuel, vous noterez également un ensemble d'icônes récurrentes.



Ce symbole indique des **rappels** ou des suggestions de choses à faire et auxquelles penser lorsque vous planifiez votre programme de CCSC.



Ce symbole accompagne les fiches de travail conçues pour vous aider à **mettre en pratique** ce que vous apprenez et à mieux comprendre l'élément essentiel.



Dans le texte et dans la section **Ressources** à la fin de chaque élément essentiel, vous trouverez des outils supplémentaires qui vous aideront, vous-même et votre équipe, travailler à partir des leçons du Manuel, de vos connaissances et des exemples de projets. Dans tout le Manuel, recherchez le symbole représenté ici pour vous aider à identifier ces ressources.



Nous vous encourageons à inclure des jeunes lorsque vous remplissez les fiches de travail ou que vous élaborez des stratégies pour votre programme. Cela permet de s'assurer que vos programmes répondront effectivement aux besoins des adolescents et leur seront présentés de façon compréhensible. Dans tout le Manuel, recherchez ce symbole pour identifier les endroits pour lesquels **la participation des jeunes** est particulièrement importante.



Le Manuel se concentre sur les adolescents âgés de 10 à 19 ans. Cependant, un nombre limité de programmes prennent en compte ou envisagent spécifiquement les besoins des **adolescents les plus jeunes**, de 10 à 14 ans. Pour veiller à ce que ce groupe ne soit pas oublié, recherchez ce symbole, qui désigne les aspects particuliers spécifiques à cette population que vous pourriez intégrer à la planification de votre programme.

Maintenant que vous êtes familiarisés avec le Manuel, son contenu et la façon de l'utiliser, il ne vous reste plus qu'à commencer !

L'accent sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents

Qui sont les adolescents ?

Les adolescents sont les jeunes en cours de transition entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescence est généralement définie par l'âge (de 10 à 19 ans) et comme une étape de la vie caractérisée par des changements importants en terme de développement. Pendant cette étape, l'apparence, les pensées, les sentiments et la socialisation changent. Tout au long de l'adolescence et du prime âge adulte, les personnes passent par différents stades de développement. Même s'il n'y a pas d'âge défini auquel ces changements se produisent, il peut être utile de décomposer le groupe d'âge en deux groupes plus restreints :

- **Les adolescents plus jeunes : 10 à 14 ans**
- **Les adolescents plus âgés : 15 à 19 ans**

Le passage de l'enfance à l'âge adulte est une période d'incertitude, de formation de l'identité, de prise de risque et d'expérimentation. Il s'agit d'une phase de la vie marquée par la curiosité, le développement sexuel, une influence accrue des pairs et la transition de la dépendance aux autres vers des expériences d'indépendance et de prise de décision.

Le tableau ci-dessous (Figure 1) contient des informations utiles sur le développement des adolescents sur les plans social, cognitif, physique et sexuel. Bien sûr, il n'y a pas deux jeunes identiques et chaque individu se développe à un rythme différent. Utilisez ce tableau à titre d'illustration de la procédure de développement.



Rappel !

Souvenez-vous de la période où vous étiez adolescent. Est-ce que l'un de ces éléments vous semble familier ?

Le Manuel se focalise sur les personnes âgées de 10 à 19 ans, que nous appellerons « adolescents » ou « jeunes ». Cependant, ce que vous apprenez dans le Manuel peut être adapté pour les jeunes adultes, âgés de 20 à 24 ans, ainsi que pour d'autres personnes en dehors de cette tranche d'âge.



**Adolescents plus jeunes
(10 à 14 ans)**

**Adolescents plus âgés
(15 à 19 ans)**

**Jeunes adultes
(20 à 24 ans)**

INDÉPENDANCE

Questionnent l'autorité (par exemple, les parents, les enseignants), rejettent le monde de l'enfance et souhaitent davantage d'intimité.

S'éloignent des parents et se tournent vers leurs pairs. Commencent à développer un système de valeurs propre.

Commencent à travailler/étudier dans l'enseignement supérieur, entrent dans l'âge adulte et retrouvent leur place au sein de la famille.

DÉVELOPPEMENT COGNITIF

Trouvent le raisonnement abstrait difficile, recherchent la prise de décision et connaissent des sautes d'humeur.

Commencent à développer une pensée abstraite et assument les conséquences de leur comportement.

Établissent une pensée abstraite, s'améliorent dans la résolution des problèmes et sont plus à même de résoudre les conflits.

PAIRS

Nouent des amitiés intenses avec des personnes du même sexe.

Établissent des liens forts avec leurs pairs et explorent leur pouvoir de séduction sur les partenaires. Les pairs influencent leur comportement.

Sont moins influencés par leurs pairs dans leur prise de décisions, établissent des relations avec des personnes individuelles plutôt qu'avec des pairs.

IMAGE DE SOI PAR RAPPORT À SON CORPS

Sont préoccupés par les changements physiques, sont critiques envers l'apparence et inquiets à propos de la puberté.

Sont moins préoccupés par les changements du corps et cherchent à paraître séduisants.

Ont tendance à être à l'aise avec leur corps et à accepter leur apparence personnelle.

SEXUALITÉ ET COMPORTEMENT SEXUEL

Commencent à ressentir de l'attirance pour d'autres, peuvent se masturber/expérimenter des jeux sexuels.

Affichent un intérêt sexuel accru, peuvent avoir du mal à trouver leur orientation sexuelle, peuvent commencer une vie sexuelle.

Commencent à développer des relations intimes sérieuses qui remplacent les relations de groupe.

Figure 1: Tableau de développement psychologique des adolescents¹

¹ Adapté de Engender Health (2002). Youth-Friendly Services: A Manual for Service Providers, Part 4: Adolescent Development. Extrait de www.engenderhealth.org/files/pubs/gender/yfs/04-adolescent.pdf

L'âge et le stade de développement ne sont pas les seules choses qui caractérisent l'adolescence. Il y a d'autres aspects de leur vie qui influent sur qui ils sont et ce qu'ils font. Ces aspects peuvent être les suivants :

- **Statut familial** : un orphelin peut avoir une éducation très différente de celle d'un jeune élevé dans une famille biparentale.
- **Statut matrimonial** : une jeune femme de 18 ans mariée peut avoir des besoins de SSR très différents de ceux d'une jeune fille de 18 ans célibataire.
- **Amis et réseaux sociaux** : les études suggèrent que les jeunes qui ont un réseau social et des liens solides avec leurs pairs se développent selon une trajectoire plus saine et qu'ils sont plus résistants, sur le plan mental et sociable, que les jeunes dépourvus de soutien social.²
- **Religion/Croyances religieuses** : un jeune qui grandit au sein d'un foyer chrétien religieux peut se voir enseigner des choses et des croyances différentes en ce qui concerne le sexe et la sexualité par rapport à un jeune élevé dans un foyer musulman laïc.
- **Niveau d'éducation** : les jeunes qui entrent dans le secondaire peuvent avoir des ambitions et des opportunités très différentes de celles de jeunes qui n'ont jamais terminé l'école primaire.
- **Statut socio-économique** : les jeunes issus d'un milieu défavorisé sont souvent confrontés à des défis et des opportunités différents de ceux que rencontrent les jeunes issus de milieux aisés.

Pourquoi se concentrer sur les adolescents ?

Les choix faits pendant l'adolescence peuvent se transformer en habitudes réitérées qui se perpétuent à l'âge adulte, qu'il s'agisse de comportements sains ou malsains.

À l'échelle mondiale, près des deux tiers des décès prématurés sont associés à des comportements et à des pathologies ayant commencé à l'adolescence.³ Par exemple, un comportement sexuel à risque, le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'exercice physique peuvent conduire à une maladie ou à un décès prématuré plus tard dans la vie.

La forte prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) qui touchent les jeunes, dont le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), est particulièrement préoccupante. En 2007, 45 pour cent de toutes les nouvelles infections à VIH dans le monde concernaient des jeunes âgés de 15 à 24 ans,⁴ tandis qu'un tiers de toutes les nouvelles IST observées chaque année concernent des personnes âgées de moins de 25 ans.⁵ De plus, les grossesses et la maternité chez des adolescentes sont associées à des risques importants pour leur santé, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les complications connexes constituent la principale cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans.⁶

« Les jeunes sont les salariés et les entrepreneurs, les éducateurs et les innovateurs, les professionnels de la santé, les leaders politiques et civiques d'aujourd'hui et de demain. Ils sont essentiels à la croissance économique et au bien-être. »

Politique relative à la jeunesse en développement de l'USAID, 2012

² Campbell C, Foulis CA, Maimane S, and Sibya Z. (2005) The impact of social environments on the effectiveness of youth HIV prevention: a South African case study. *AIDS Care*, 17(5):471-478; Montgomery MR and Hewett PC. (2005) Urban poverty and health in developing countries: household and neighborhood effects. *Demography*, 42(3):397-425; Kaufman CE, Clark S, Manzini N, May J. (2004) Communities, opportunities and adolescents' sexual behavior in KwaZulu-Natal, South Africa. *Studies in Family Planning*, 35(4):261-274

³ World Health Organization (2008). 10 Facts About Adolescent Health. http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/; Gore F, Bloem P, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Swayer SM, and Mathers CD (2011) Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011; 377:2093-102

⁴ World Health Organization (2008). 10 Facts About Adolescent Health. http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/

⁵ Blum RW and Nelson-Mmari K. (2004) The health of young people in a global context. *Journal of Adolescent Health*.35:402-418

⁶ World Health Organization. (2012) *Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries: What the Evidence Says*. Geneva, Switzerland: World Health Organization

En Afrique sub-saharienne (ASS), le SIDA est la principale cause de décès chez les jeunes de 15 à 19 ans,⁷ et la prévalence du VIH dans cette tranche d'âge est supérieure en ASS que dans d'autres parties du monde.⁸ En outre, les femmes enceintes en ASS sont confrontées à un risque de décès 600 fois supérieur à celui des femmes des pays industrialisés. Pour les adolescentes, le risque est encore plus élevé, car elles sont plus susceptibles d'être affectées par une pré-éclampsie, un travail dystocique, des complications liées à l'avortement et une anémie ferriprive que les femmes plus âgées.⁹

Au vu de ces risques accrus pour la population des jeunes, il est essentiel de veiller à ce que les adolescents disposent d'outils leur permettant de faire des choix sains afin qu'ils puissent mener à l'avenir une vie saine et réussie.

Quelles sont les particularités des adolescents en milieu urbain ?

Le lieu de résidence est une autre influence forte sur le développement d'un jeune. L'environnement urbain peut présenter à la fois des avantages et des inconvénients au regard de la SSR des adolescents.



Avantages : Les zones urbaines disposent davantage d'infrastructures et de services, comme les centres de santé, que les zones rurales. Les adolescents sont plus susceptibles d'être inscrits à l'école et sont plus au fait en matière de SSR. Ils sont également plus exposés aux médias, comme la radio et la télévision, qui peuvent communiquer des informations importantes en matière de SSR.



Inconvénients : Même si les adolescents urbains sont plus exposés à un type de médias, certaines sources médiatiques peuvent délivrer des informations peu fiables, qui peuvent exposer les jeunes à un risque supérieur. Les zones urbaines possèdent une concentration plus élevée de lieux de rencontres, comme les bars et les discothèques, et cela donne aux adolescents davantage de liberté sexuelle et d'occasions de prendre des risques. Les structures familiales traditionnelles (par exemple, un enfant vivant avec un ou deux parents) peuvent être moins fréquentes chez les adolescents en milieu urbain, en particulier pour les adolescents des zones rurales qui se rendent en ville. Les adolescents défavorisés en milieu urbain sont particulièrement vulnérables, car ils ont moins accès aux services proposés par les villes et sont susceptibles de vivre dans des logements pauvres, inadaptés, avec des ressources ou un soutien limités.

Qu'est-ce que la santé sexuelle et reproductive ?

La santé proprement dite est un état de bien-être physique, mental et social.¹⁰ La SSR s'applique spécifiquement à la sexualité et aux processus, fonctions et systèmes de reproduction à tous les stades de la vie. Cette définition exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, libres de toute coercition, discrimination et violence.¹¹

La SSR est fortement influencée par les normes et les rôles inhérents de genre, ainsi que par les attentes sociales et les inégalités de pouvoir. Elle doit être comprise dans des contextes sociaux, culturels, économiques et politiques spécifiques. La SSR se penche également sur la personne de manière globale, en abordant les aspects sociaux, affectifs, cognitifs et physiques de la vie d'une personne.

⁷ World Health Organization. (2001) The World Health Report 2001: Mental Health. New Understanding and New Hope. Geneva, Switzerland: World Health Organization

⁸ Blum RW. (2007) Youth in Sub-Saharan Africa. *Journal of Adolescent Health*, 41:230-238

⁹ Fraser A, Brockert J, Ward R. (1995) Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *New England Medical Journal*. 332:1113-7

¹⁰ Même si cette définition de la santé a été acceptée par les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il est reconnu que dans certaines cultures, le bien-être spirituel est aussi nécessaire à une santé complète.

¹¹ WHO (2006a). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva, World Health Organization.

Ressources



Santé reproductive et sexuelle des adolescents

Les Faits sur la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents dans le Monde en Développement (2010)

Guttmacher Institute et IPPF

<http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH-FR.pdf>

Influencer la Santé Sexuelle et Reproductive des Jeunes Urbains Grâce à la Communication Pour le Changement Social et Comportemental : Revue de la Documentation – Synthèse (2014)

The Health Communication Capacity Collaborative (HC3)

<http://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2014/06/UrbanYouthLitReview-FactSheet-FRENCH.pdf>

Agir Maintenant : Investir dans la Santé Sexuelle et Reproductive auprès des Jeunes (2012)

Population Reference Bureau

Cette fiche d'information donne une vue d'ensemble des messages clés concernant la santé sexuelle et reproductive des jeunes dans les pays en développement et explique pourquoi il est important d'y investir.

http://www.prb.org/pdf12/engage-youth-key-messages_fr.pdf

Les Grandes Étapes du Développement de l'Adolescent de 12 à 16 ans (2011)

Jeunesprofs.com

Ce bref document d'une page résume les différents stades de développement des jeunes âgés de 12 à 16 ans, en mettant l'accent sur les besoins différents des plus jeunes adolescents.

<http://www.jeunesprofs.com/outils-pratiques/le-developpement-de-l-enfant/les-grandes-etapes-du-developpement-de-l-adolescent-de-12-a-16-ans/telecharger-pdf>

Le Développement Positif des Jeunes

Ministère des Services à l'Enfance et à la Jeunesse, Ontario

Ce site Internet fournit des informations utiles sur la façon dont les facteurs internes et externes se combinent pour influencer le développement des adolescents.

http://www.children.gov.on.ca/htdocs/french/topics/youthopportunities/steppingstones/youth_policy_development.aspx

Les Jeunes Aujourd'hui. Il est temps d'agir (2013)

UNESCO

Ce rapport donne un aperçu de l'état de l'éducation sexuelle dans les écoles d'Afrique subsaharienne ainsi que des données pour indiquer l'importance de l'amélioration de l'éducation sexuelle dans les écoles.

<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002234/223447F.pdf>

L'adolescence: L'âge de tous les possibles (2011)

UNICEF

Ce rapport sur l'état des enfants dans le monde et sur l'adolescence met un accent particulier sur les défis de la jeunesse dans les pays en voie de développement. Il met également en lumière la façon dont la mondialisation, la migration et la technologie affectent la façon dont les jeunes deviennent adultes.

http://www.unicef.org/french/publications/files/SOWC_2011_Main_Report_FR_02092011.pdf

La Mère-Enfant: Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente (2013)

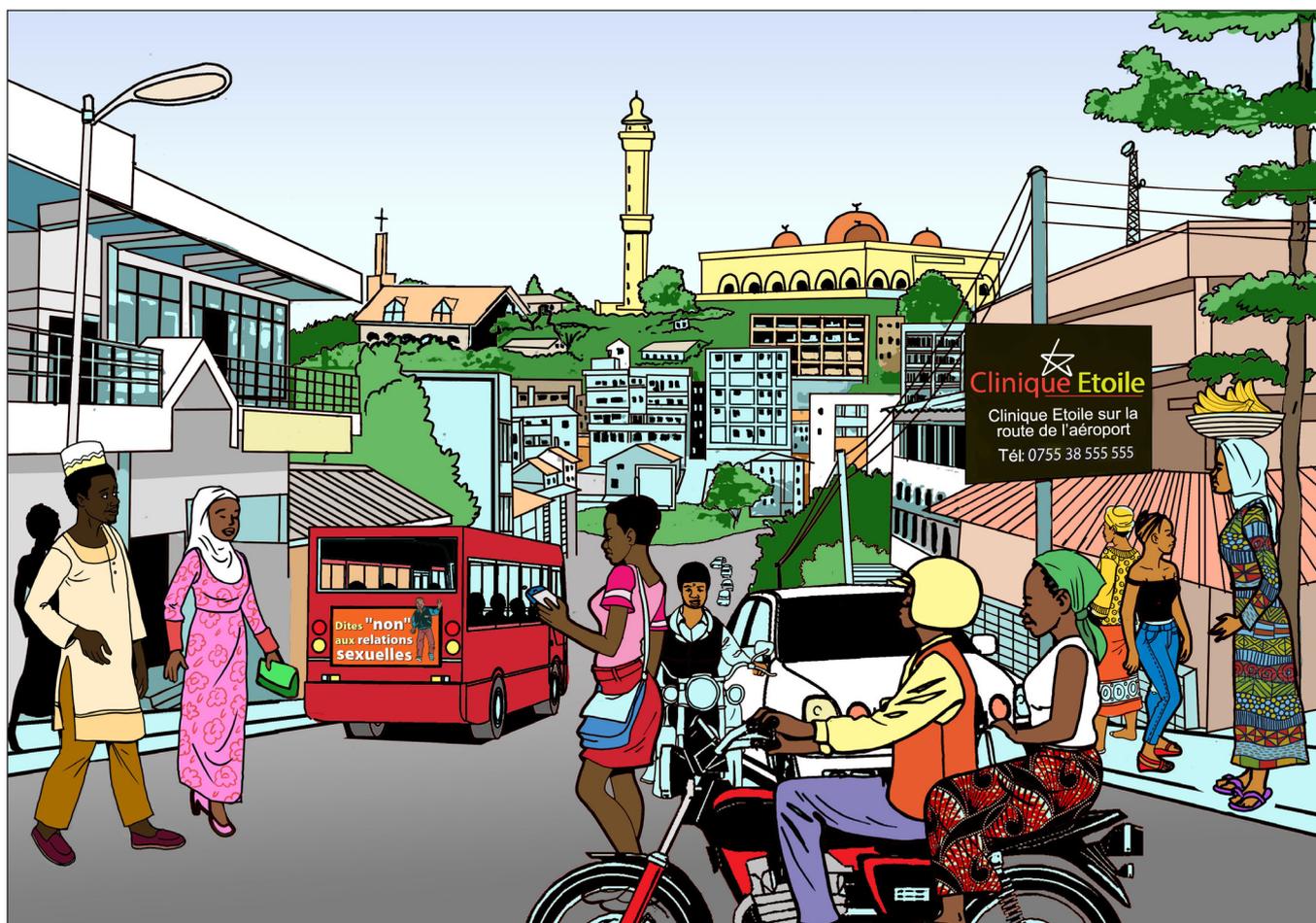
UNFPA

Ce rapport sur les défis de grossesses chez les adolescentes du monde entier fournit des statistiques des informations sur les conséquences d'une grossesse précoce et un appel à l'action

<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-SWOP2013.pdf>

Les Adolescents dans l'Océan Indien (2008)

Le rapport sur les défis et opportunités pour les adolescents qui vivent dans la région de l'Océan Indien. Vidéo : <http://www.cg974.fr/index.php/content/Etude-Regionale-de-l-ODEROI.html>



PRÉSENTATION D'UN CONTEXTE FICTIONNEL

Pour mieux démontrer les procédures de planification des programmes et les aspects à prendre en compte dans le contexte urbain, le Manuel utilise un programme imaginaire mettant en scène la ville fictive de Zanbe, qui compte une ONG fictive, «Étoile», et des jeunes personnages fictifs. L'exemple de Zanbe, de trois de ses jeunes habitants et de l'ONG Étoile avec le programme « Parlons-en ! » seront utilisés dans ce Manuel pour présenter des exemples pratiques de mise en application des éléments essentiels.

Les trois jeunes présentés ici, Étienne, Awa et Nadia, représentent des jeunes typiques, confrontés aux mêmes défis et aspirations que de nombreux jeunes d'autres villes. Nous espérons que ces exemples vous aideront à réfléchir aux différents aspects lors de la conception des programmes de CCSC adressés à la jeunesse urbaine.

La ville de « Zanbe »

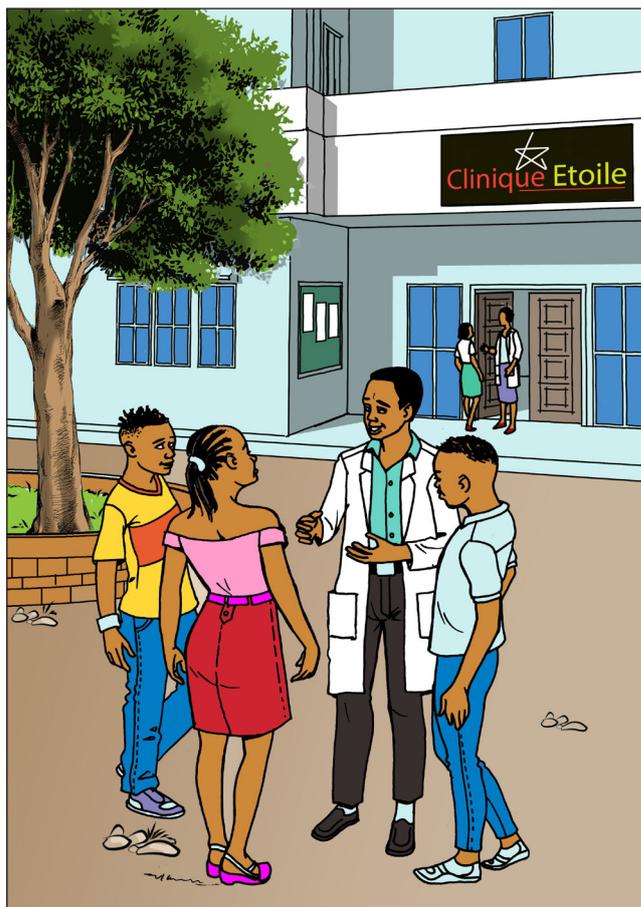
Zanbe est une métropole en plein développement, sise au cœur du Tokona, une grande nation africaine. Pays pacifique, le Tokona fonde son économie et son mode de vie principalement sur l'agriculture et l'élevage. Cependant, Zanbe a attiré des investissements étrangers depuis plusieurs années grâce à son secteur commercial actif et à ses travailleurs étrangers. En conséquence, les adultes et les jeunes de tout le pays migrent vers Zanbe à la recherche d'un travail, d'une formation et d'opportunités d'une vie meilleure.

L'ONG « Étoile »

Étoile est une ONG basée à Zanbe, financée par un bailleur international. Son dernier programme, mis en œuvre de 2006 à 2011, vise à résoudre le problème croissant des grossesses non désirées et des IST chez les jeunes femmes de 10 à 19 ans. Étoile possède trois cliniques adaptées aux jeunes à Zanbe, et l'ONG mène également des activités au sein de la communauté. Grâce à son financement, l'ONG Étoile a ciblé les filles déscolarisées qu'elle a identifiées comme étant particulièrement vulnérables et a élaboré un programme de CCSC appelé « Parlons-en ! », en complément de son travail clinique.

Au cours des cinq années de son financement, « Parlons-en ! » a permis d'obtenir les résultats suivants :

- Réduction de 17 pour cent des cas d'IST dans le groupe cible.
- Réduction de 21 pour cent des grossesses non désirées dans le groupe cible.
- Augmentation de 26 pour cent de l'utilisation d'une méthode de contraception moderne dans le groupe cible.
- Amélioration de la communication sur les questions de santé sexuelle entre les jeunes et entre les jeunes et les adultes (dont leurs parents).

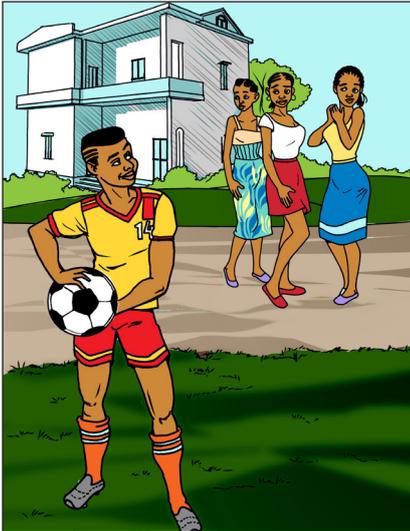


Étoile et son programme « Parlons-en ! » seront utilisés dans le Manuel pour illustrer comment appliquer chaque élément essentiel afin que le programme réussisse. Notez que les données et les informations utilisées concernant Zanbe et le programme « Parlons-en ! » sont fictives et présentées uniquement à titre d'exemple.

Les personnages

Au milieu de l'agitation de Zanbe, on trouve des personnes représentant la jeunesse urbaine typique avec des contextes, des intérêts, des ambitions et des besoins différents. En voici quelques-uns :

- **Étienne** : 16 ans, scolarisé et excellent joueur de football, vivant dans un quartier aisé.
- **Awa** : 11 ans, vendeuse sur un marché, étant récemment retournée à l'école et rêvant de trouver un « bon travail ».
- **Nadia** : 18 ans, ayant abandonné l'école à la naissance de sa fille, actuellement sans emploi, vivant avec sa sœur.



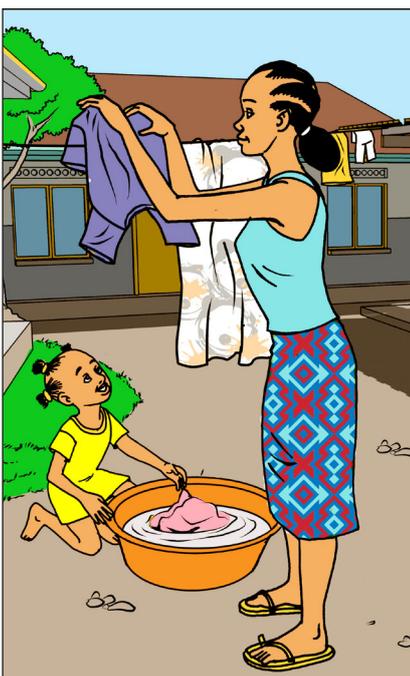
Étienne

Étienne a 16 ans. Il vit avec sa famille dans un quartier de classe moyenne à Zanbe. En dehors de l'école, il aime le football et rêve de devenir un joueur professionnel un jour. Il joue au football après l'école et le week-end avec l'équipe de son club, que son père, Thomas, entraîne. Étienne est le capitaine de son équipe. Ses amis l'appelle « Droit au but », car il joue attaquant, mais aussi car il va « droit au but » avec les filles. Parfois Étienne et ses amis vont voir des films ou se rendent dans des bars ou des boîtes pour écouter de la musique hip-hop et rencontrer des filles. Étienne a eu deux petites amies et il a eu des relations sexuelles avec les deux. Son utilisation des préservatifs est aléatoire, et il n'en utilise presque jamais s'il a bu. Il sait que les préservatifs préviennent la grossesse et les IST, mais ses amis disent toujours que « les préservatifs tuent le plaisir ».



Awa

Awa a 11 ans. Elle vit avec sa mère dans une maison de deux pièces dans un quartier pauvre et bondé de la périphérie de Zanbe. Awa a quitté l'école depuis deux ans. Elle avait alors 9 ans. Récemment, elle a réussi à retourner à l'école, mais elle manque souvent les cours, car sa mère n'a pas toujours d'argent pour payer les frais scolaires. Awa vend des vêtements au marché central après l'école pour contribuer au maigre revenu du foyer. Après le travail, Awa aime rester avec des amis au marché de nuit ou dans des cafés au lieu de rentrer à la maison, où sa mère vend l'alcool de fabrication locale. Les hommes qui passent dans son salon pour acheter de l'alcool sont souvent en état d'ébriété et cherchent à la toucher et à lui parler, ce qu'elle déteste. Awa fait l'objet de plus d'attention de la part des hommes ces derniers temps, car son corps se développe. Autour d'elle, elle entend les autres parler de sexe, mais ça ne l'intéresse pas. Elle rêve de poursuivre sa scolarité afin de trouver un meilleur emploi dans l'un des grands immeubles de la ville.



Nadia

Nadia a 18 ans. Elle vit dans un bon quartier avec sa sœur aînée, le mari de sa sœur et leurs deux enfants. Quand elle avait 15 ans, son petit ami lui a dit qu'elle ne pouvait pas tomber enceinte la première fois qu'ils avaient des rapports sexuels, mais elle est tombée enceinte et a dû quitter l'école quand sa fille est née. Ses parents ne l'aidaient pas, alors elle est venue à Zanbe pour vivre avec sa sœur. Nadia prend soin de sa fille, de sa nièce et de son neveu, nettoie la maison et prépare les repas pour la famille. Elle n'a pas beaucoup de temps libre et regrette les amis qu'elle avait chez elle. Malgré tout, elle sort avec quelques amis en ville. Elle n'a pas eu de nouvelles du père de son enfant depuis qu'elle lui a annoncé qu'elle était enceinte, mais, dernièrement, elle a commencé à sortir avec un homme qu'elle a rencontré en boîte de nuit. Après la naissance de sa fille, les infirmières lui ont parlé des injectables. Depuis, elle utilise cette méthode de contraception pour planifier sa prochaine grossesse, mais elle sait qu'elle doit utiliser des préservatifs pour prévenir les IST.

La Communication pour le changement social et comportemental et la théorie

En quoi consiste la communication pour le changement social et comportemental ?

Auparavant appelée « communication pour le changement comportemental » (CCC), la CCSC est une approche qui favorise et facilite les changements dans les connaissances, les attitudes, les normes, les croyances et les comportements. Les acronymes CCC et CCSC sont souvent utilisés de façon interchangeable. Ils font tous deux référence à une série d'activités et de stratégies favorisant des habitudes de comportement saines. Le mot « social » a été ajouté au concept de CCC afin d'indiquer que pour améliorer les résultats sanitaires, il est nécessaire de soutenir un changement social plus vaste. Dans ce Manuel, nous privilégierons le concept de CCSC à celui de CCC.

Une approche stratégique de la CCSC suit un processus systématique pour analyser un problème afin de définir les principaux obstacles et facteurs de motivation en faveur du changement, et puis de concevoir et de mettre en œuvre un ensemble exhaustif d'interventions visant à soutenir et à encourager les comportements positifs. Une stratégie de communication sert de guide pour les campagnes et interventions en matière de CCSC, en veillant à définir les objectifs de communication, à identifier les cibles concernées et à déterminer des messages cohérents pour tous les matériaux et les activités. Les programmes de CCSC efficaces utilisent différents canaux de communication pour atteindre les cibles.

Il existe différents modèles et cadres disponibles pour guider la planification des programmes de CCSC. La plupart partagent les mêmes principes de base communs. Le « Processus P » est un modèle largement utilisé pour planifier une intervention ou une campagne : il fournit un guide étape par étape, qui permet d'explorer un concept défini brièvement en matière de changement de comportement jusqu'à l'élaboration d'un programme stratégique et participatif ancré dans la théorie et ayant un impact mesurable (Figure 2. <http://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2014/07/French-P-Process-Brochure-Final.pdf>).

Le Processus P comporte cinq étapes :

- Étape n° 1 : Analyse
- Étape n° 2 : Conception stratégique
- Étape n° 3 : Élaboration et pré-test
- Étape n° 4 : Mise en œuvre et suivi
- Étape n° 5 : Évaluation et évolution

Trois concepts transversaux sont intégrés au Processus P, qui, lorsqu'ils sont intégrés au processus stratégique, permettent d'assurer une plus grande efficacité des approches de CCSC :

- 1. Théorie de la CCSC
- 2. Participation des intervenants
- 3. Renforcement des capacités en continu

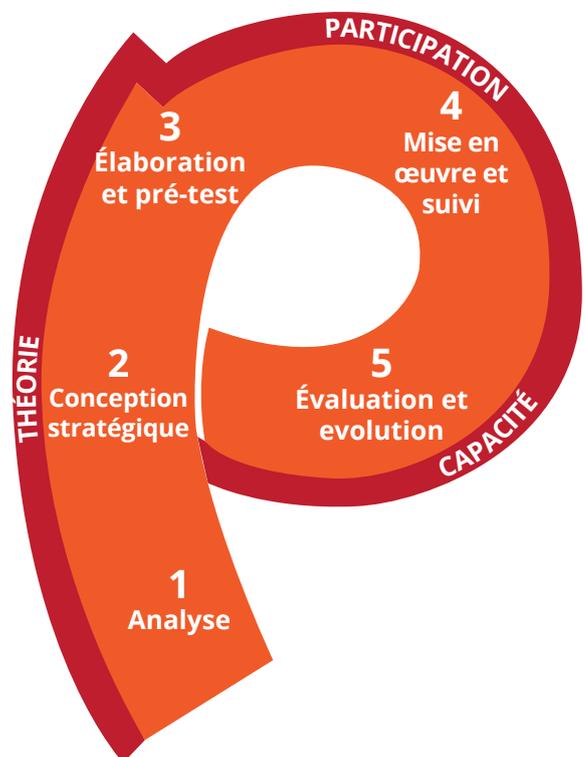


Figure 2 : Processus P

Vous avez probablement observé des exemples d'activités de CCSC dans votre ville, par exemple :

- **Une campagne médiatique de masse** en faveur de l'utilisation du préservatif pour prévenir le VIH et les autres IST par le biais d'annonces dans les services publics et/ou de feuillets diffusés à la radio ou à la télévision.
- **Une troupe de théâtre** jouant une pièce portant sur la violence basée sur le genre à l'intention d'une communauté et tenant une discussion après la prestation.
- **Une émission de radio** qui répond aux questions des auditeurs en matière de planning familial.
- **Un programme scolaire** qui encourage les élèves à attendre avant d'avoir leurs premiers rapports sexuels.
- **Un service de messages courts (SMS) ou d'assistance téléphonique** qui fournit des informations sur le planning familial ou le VIH.

Toucher les jeunes avec des programmes de CCSC en milieu urbain présente des avantages et des inconvénients spécifiques.



Avantages : les adolescents en milieu urbain bénéficient d'un accès accru à différents médias et diverses possibilités technologiques, et les services de soins de santé à leur disposition sont plus nombreux et plus variés. La forte densité de population signifie aussi que beaucoup d'adolescents peuvent être touchés en même temps.



Inconvénients : les adolescents en milieu urbain ont tendance à être plus mobiles, ce qui signifie qu'il est difficile de toucher un même adolescent plusieurs fois avec votre message. Les bidonvilles rendent difficile la transmission du message, et le manque de structures familiales traditionnelles pour de nombreux adolescents en milieu urbain signifie qu'ils ne bénéficient peut-être pas, au sein de leur foyer, du soutien nécessaire pour renforcer les messages sur les comportements sains.

Marketing social

Des concepts de marketing social sont également utilisés fréquemment dans une conception de programmes de CCSC réussie. Le marketing social fait référence à l'application des principes de marketing commercial pour influencer les comportements de la cible concernée afin d'améliorer le bien-être personnel et/ou social. Au final, l'objectif du marketing social est de changer les comportements, et pas seulement l'amélioration des connaissances et la sensibilisation.

Apprendre ce que désire la cible concernée et ce dont elle a besoin est un objectif principal du marketing social. Le « marketing mix », ou les « 4 P's », comprend les quatre composantes stratégiques du marketing social qui, conjointement, aident un planificateur à concevoir une approche pour atteindre la cible concernée. Les quatre P's sont :

- **Le Produit :** peut désigner un intrant médical (comme le préservatif ou une autre méthode contraceptive), un service (comme le dépistage du VIH et le counselling) ou un comportement (comme la réduction des partenaires simultanées). Dans l'**Élément essentiel 1** et l'**Élément essentiel 5**, vous apprendrez comment utiliser vos données fondamentales et secondaires pour vous aider à choisir l'intrant et vos objectifs de comportement pour cet intrant.
- **Le Prix :** peut être direct ou financier (comme le coût d'un préservatif pour le consommateur) ou indirect (comme le coût lié au manque de salaire lorsqu'on perd une journée de travail pour aller à



Ressources

HealthCOMPASS

Pour plus d'informations sur tous les aspects de la CCSC, le Health COMPASS (www.thehealthcompass.org) est un excellent point de départ. Le site web traite de tous les aspects, des ressources de base en matière de CCSC jusqu'aux outils réels et aux exemples de projets mis en œuvre dans le monde entier. Veuillez à consulter le dossier spécial (Focus Package) sur la jeunesse en milieu urbain (www.thehealthcompass.org/focus-package-reaching-urban-youth).

l'hôpital). L'**Élément essentiel 1** et la **Fiche de travail n° 1** vous aideront à comprendre comment définir le prix de votre intrant (si vous définissez un prix) ou aborder la question du coût pour les adolescents en milieu urbain afin de vous assurer qu'ils peuvent accéder à votre intrant.

- **La Place** : désigne le lieu où intervient la promotion de l'intrant. S'agissant d'adolescents en milieu urbain, il est important de savoir où ils se rassemblent afin de pouvoir présenter vos programmes et documents marketing comme il convient. Utilisez l'**Élément essentiel 2, Fiche de travail n° 2 : « Évaluation du milieu urbain »** et l'**Élément essentiel 6, Fiche de travail n° 9 : « Une journée type »** pour vous aider à déterminer les meilleurs endroits où promouvoir votre intrant.
- **La Promotion** : désigne les différents canaux de communication que vous allez utiliser et les messages clés que vous développez pour promouvoir votre intrant. Faites appel aux **Élément essentiel 6** et l'**Élément essentiel 7** pour identifier les canaux de communication appropriés et développer des messages clés efficaces pour les adolescents en milieu urbain.

Qu'est-ce qui influence le comportement des personnes ?

Le comportement d'une personne est influencé par de nombreux facteurs à la fois au niveau individuel et au-delà. Les cercles d'influence sur le comportement peuvent être résumés par l'**approche socio-écologique** (Figure 3).

Cette approche reconnaît qu'il est possible d'obtenir un changement de comportement grâce à des activités ciblant quatre cercles : individuel, interpersonnel (famille/pairs), communautaire et social/structurel.

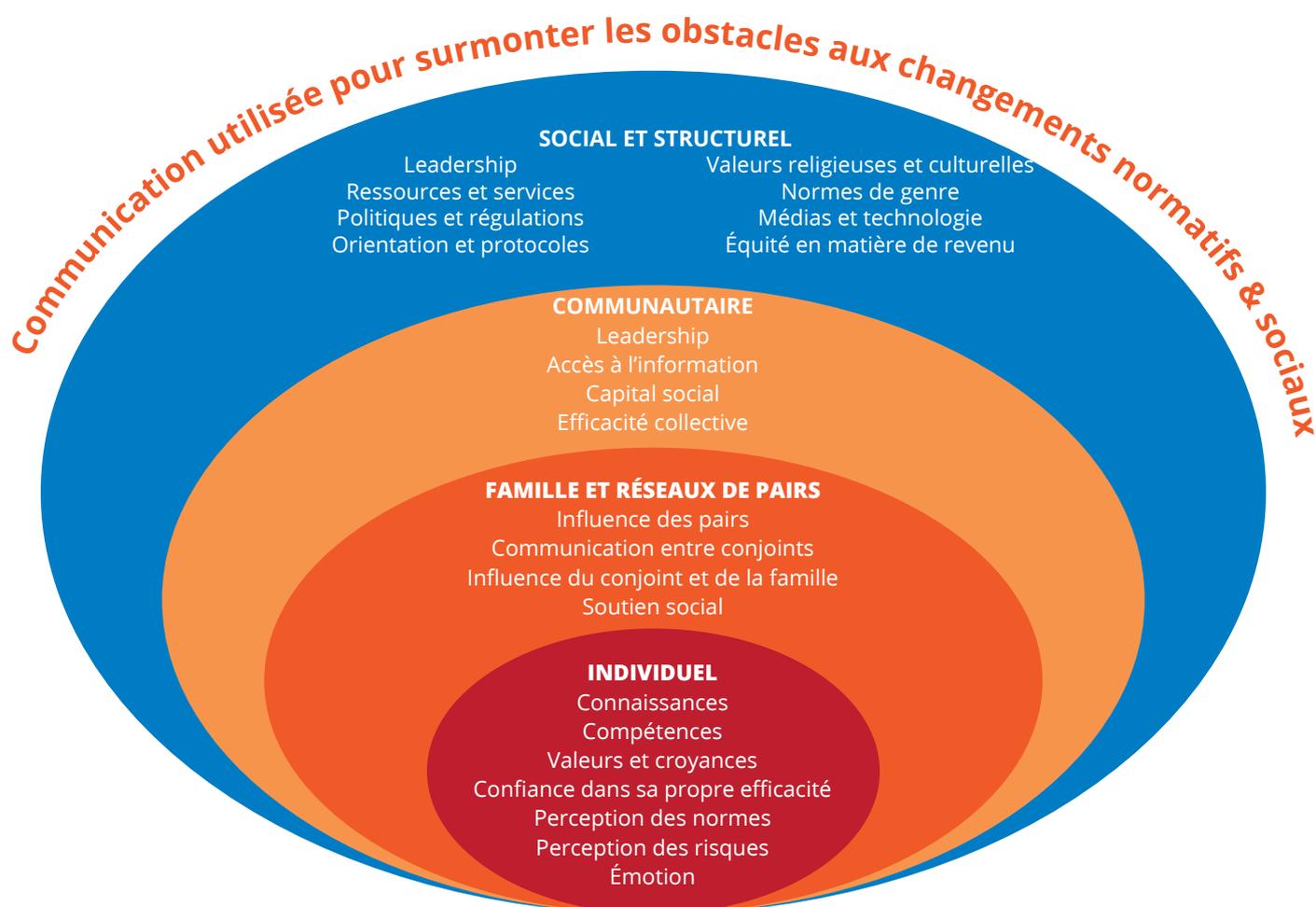


Figure 3: Approche socio-écologique

Prenons l'exemple d'une jeune adolescente, peut-être quelqu'un comme Awa, vivant dans un bidonville en milieu urbain et qui n'est pas sexuellement active. Votre programme vise à soutenir les jeunes adolescentes afin d'éviter les grossesses non désirées. Pensons à tous les facteurs à chaque niveau de l'approche socio-écologique qui peuvent influencer la capacité de ces jeunes filles à prendre des décisions saines.



Au niveau **individuel**, les jeunes adolescentes ont besoin d'informations et de compétences liées à la puberté et à la reproduction humaine : ce que signifie de commencer une activité sexuelle, le choix d'avoir ou non des rapports sexuels et à quel moment, les risques des rapports sexuels non protégés, où s'informer, savoir comment accéder à des services proposant contraception et conseil et négocier l'utilisation de la contraception ou utiliser la contraception qu'elle choisit.



Au niveau de la **famille et des pairs** (également appelé « interpersonnel »), les jeunes adolescentes ont besoin de pouvoir parler à des amis, des frères et sœurs et des membres de leur famille pour obtenir des informations et des conseils précis.



Au niveau de la **communauté**, les jeunes adolescentes ont besoin de services disponibles et accessibles afin d'obtenir des informations sur le développement de leur corps, les méthodes de contraception et les IST et avoir la certitude qu'il n'y aura pas de conséquences négatives de la part de la communauté si elles accèdent aux services, utilisent une contraception ou choisissent d'avoir ou non des rapports sexuels et à quel moment.



Au niveau **social/structurel**, les jeunes adolescentes peuvent avoir besoin de normes constructives en matière de genre et de relations, permettant à une jeune femme d'accéder à la contraception et de l'utiliser si elle choisit de devenir sexuellement active, de politiques en faveur d'une contraception abordable pour tout le monde et de la disponibilité de services adaptés aux jeunes.



Rappel !

Pour une seule organisation, il n'est pas toujours possible d'agir à tous les niveaux. Il est vital d'établir des partenariats et de collaborer avec les organisations et les institutions qui opèrent dans des cercles différents de celui de votre organisation de sorte que vous puissiez planifier une approche globale de la CCSC pour votre cible. Les phases de planification et de prévisions budgétaires des projets doivent comprendre la collaboration avec les organisations. Cela est nécessaire pour assurer qu'il y ait réellement des partenariats lors de l'exécution du projet.

À chaque niveau, on trouve des facteurs qui affectent positivement le comportement (facilitateurs) et des facteurs qui influent négativement sur le comportement (obstacles). Nous allons discuter plus en détail de ces facilitateurs et de ces obstacles dans la suite de ce Manuel.

Théories de la CCSC

Les théories de changement de comportement peuvent aider à comprendre pourquoi les personnes se comportent d'une certaine manière et comment elles changent. Les théories de la CCSC peuvent s'avérer utiles pour guider la conception du programme de CCSC et elles vous aident à vous focaliser sur les personnes et les thèmes que votre programme doit traiter. Chaque théorie ou modèle comporte un ensemble différent de facteurs qui expliquent le changement de comportement et la zone d'attention : la personne, son intention de changer de comportement ou son environnement immédiat.

La Figure 4 présente les théories de changement comportemental les plus fréquemment utilisées dans les programmes de CCSC et elle identifie le niveau d'intervention en fonction de l'approche socio-écologique.

NIVEAU SOCIO-ÉCOLOGIQUE	THÉORIE	POINT D'INTÉRÊT
 Individuel	Le modèle des présomptions liées à la santé	La perception qu'ont les individus de la menace d'un problème de santé et de l'évaluation du ou des comportements recommandés pour prévenir ou gérer le problème.
	La théorie du comportement planifié	L'intention comportementale de la personne est le facteur déterminant le plus important du comportement.
 Interpersonnel	Les étapes du changement (modèle transthéorique)	La disposition des personnes à changer ou à tenter de changer afin d'adopter des comportements sains.
	La théorie de l'apprentissage social	Le comportement est expliqué par une théorie de réciprocité dynamique à trois voies, dans laquelle les facteurs personnels, les influences environnementales et les comportements interagissent en continu.
 Communautaire	La théorie de la diffusion de l'innovation	Traite de la façon dont des nouvelles idées, des produits et des pratiques sociales se répandent au sein d'une société ou d'une société à une autre.

Figure 4 : Théories de la CCSC

Vous aurez la possibilité d'appliquer les théories de changement comportemental à votre propre programme lorsque vous remplirez la **Fiche de travail n° 5** dans l'**Élément essentiel 4**.

Voici une brève description de certaines des théories les plus fréquemment utilisées dans le développement de programmes de CCSC. Lorsque cela est possible, nous ferons référence à Awa, la jeune femme de Zanbe, pour aider à illustrer la façon dont elles peuvent être appliquées.

Le modèle des présomptions liées à la santé

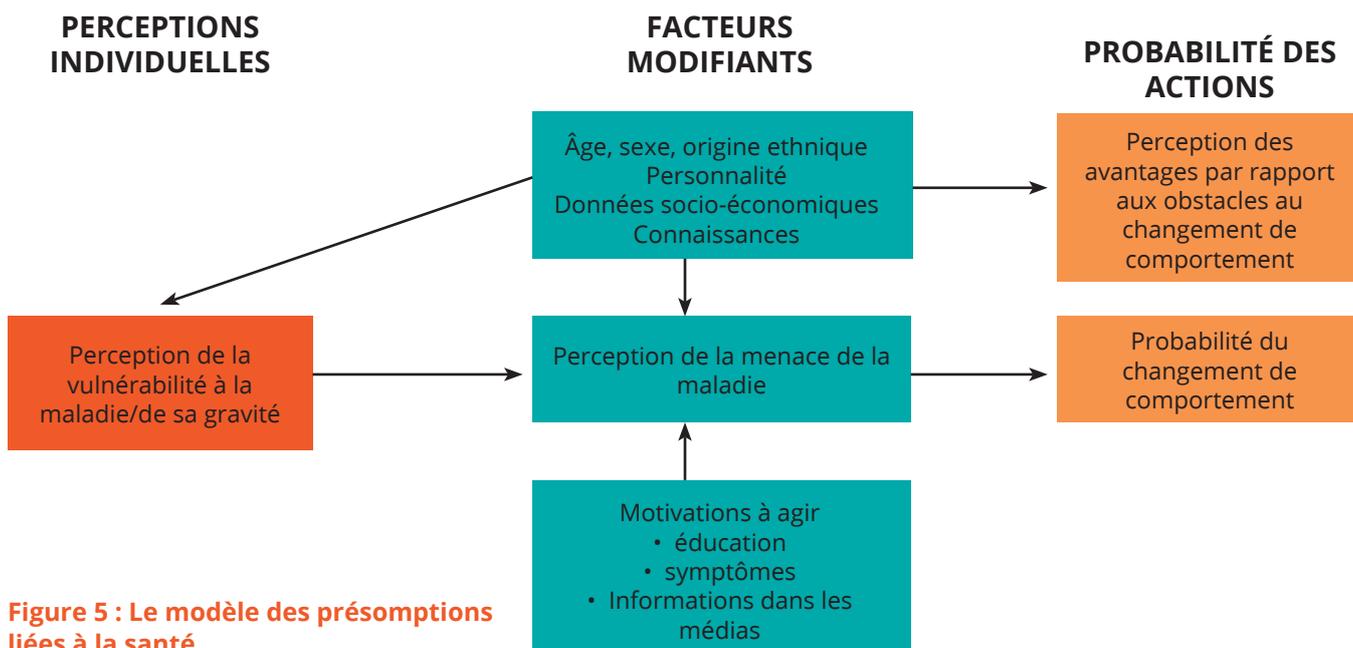


Figure 5 : Le modèle des présomptions liées à la santé

Que nous dit le modèle des présomptions liées à la santé sur le comportement ?

Le modèle des présomptions liées à la santé met l'accent sur la nécessité des programmes de prendre en compte les croyances individuelles concernant le problème traité, ainsi que les coûts et les obstacles associés au changement de comportement. Le modèle des présomptions liées à la santé repose sur l'hypothèse qu'une personne est susceptible de changer de comportement si elle ressent :

- **Vulnérabilité/gravité perçue** : la personne croit qu'elle court un risque.
(Par exemple, Awa croit qu'elle est exposé au risque de tomber enceinte.)
- **Avantages perçus** : la personne croit que le changement de comportement pourra réduire le risque.
(Par exemple, Awa croit que l'utilisation d'une contraception permettra de réduire le risque de grossesse non désirée.)
- **Obstacles perçus** : la personne interprète le coût/les obstacles du comportement souhaité.
(Par exemple, Awa croit que son partenaire ne voudrait pas qu'elle utilise une contraception, mais, pour elle, les avantages à utiliser une contraception sont plus important que la réaction de son partenaire.)
- **Motivations à agir** : les stratégies pour activer la « disposition » d'une personne à agir.
(Par exemple, Awa reçoit une éducation sur la contraception et les différentes options disponibles.)
- **Auto-efficacité** : confiance en sa capacité à agir.
(Par exemple, Awa est sûre de pouvoir accéder à la contraception et à l'utiliser correctement pour éviter une grossesse non désirée.)

Comment le modèle des présomptions liées à la santé peut-il être mis en application ?

Le modèle des présomptions liées à la santé est mieux utilisé lors de la promotion de comportements préventifs individuels, comme l'utilisation du préservatif ou la vaccination. Il se concentre sur les croyances et les perceptions de la personne. Il est donc approprié de modifier les comportements qui ne sont pas fortement influencés par la société et les normes sociales. Il nous apprend l'importance de mettre en évidence les conséquences négatives du comportement actuel tout comme les conséquences positives du comportement alternatif suggéré.

La théorie du comportement planifié

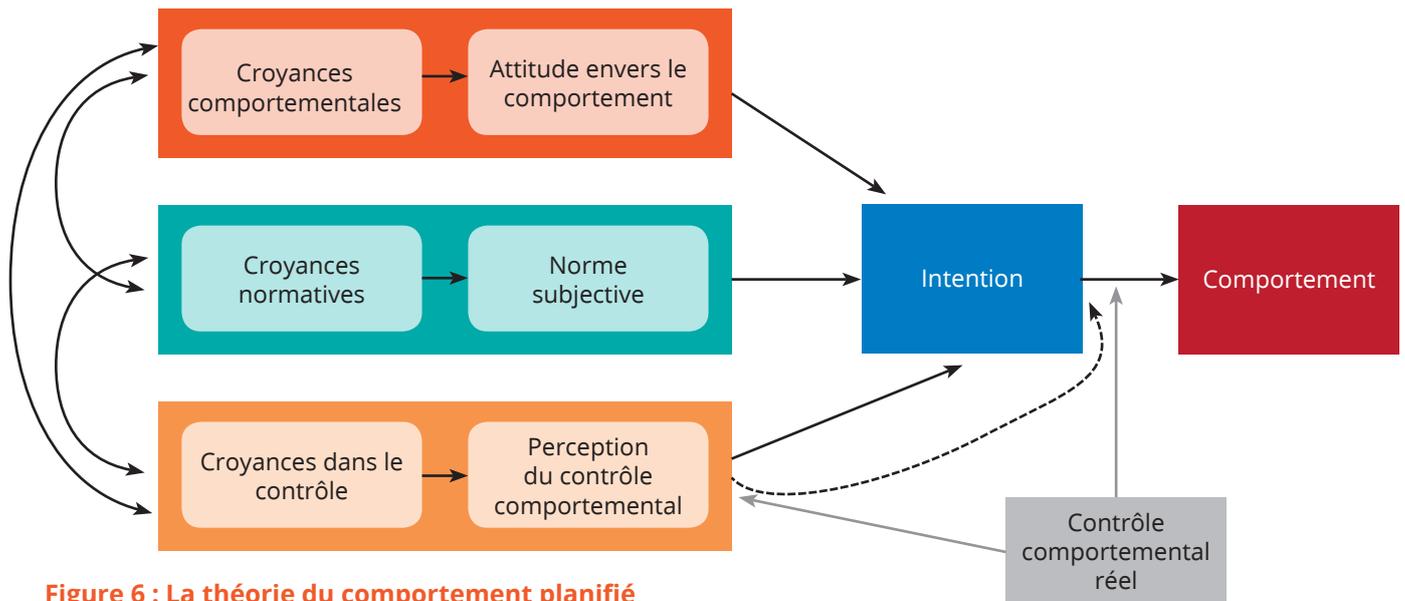


Figure 6 : La théorie du comportement planifié

Que nous dit la théorie du comportement planifié sur le comportement ?

Selon la théorie du comportement planifié (découlant du concept initial de théorie de l'action raisonnée), le comportement est influencé par trois éléments :

- **Attitude** : le sentiment que le comportement sera bénéfique à la personne.
(Par exemple, Awa estime que l'utilisation d'une contraception est un bon moyen de prévenir une grossesse.)
- **Normes subjectives** : la croyance que les autres pensent que le comportement est acceptable.
(Par exemple, Awa croit que son partenaire, ses amis et sa famille seraient favorables à ce qu'elle utilise une contraception.)
- **Capacité perçue** : la croyance que l'on possède les compétences et la capacité pour changer de comportement.
(Par exemple, Awa croit qu'elle peut accéder à la contraception et l'utiliser correctement pour empêcher une grossesse non désirée.)

Comment la théorie du comportement planifié peut-elle être mise en application ?

La théorie du comportement planifié peut être utilisée pour changer les comportements fortement influencés par les pairs et le réseau social proche. Cette théorie indique que le réseau social proche doit être ciblé pour soutenir le changement de comportement souhaité chez la personne. Elle nous dit aussi qu'il est important de mettre en évidence les avantages à court terme du changement de comportement pour promouvoir l'action.

Les étapes du changement

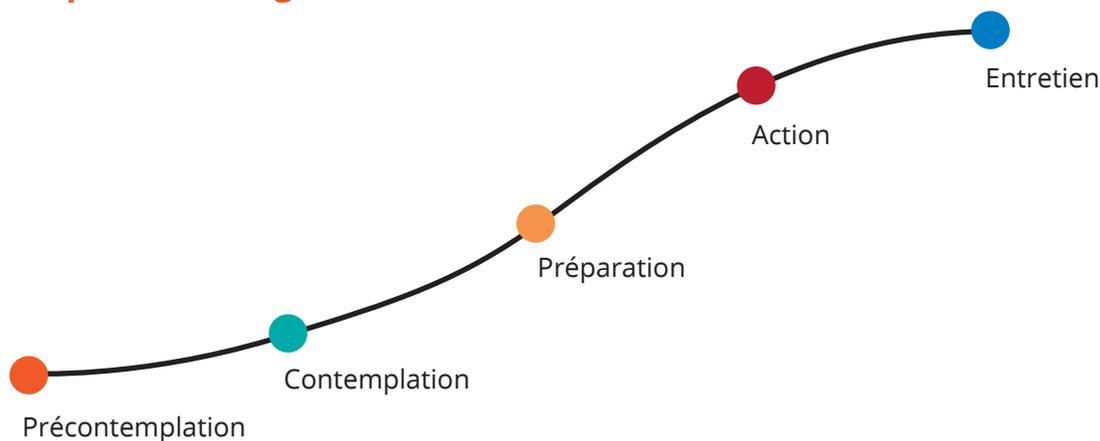


Figure 7 : Les étapes du changement

Que nous disent les étapes du changement sur le comportement ?

Les étapes du changement (parfois appelées « modèle transthéorique ») indiquent que les personnes franchissent différentes étapes lors d'un changement de comportement. Cette théorie suppose que les personnes possèdent différents degrés de motivation et de disposition au changement, qui déterminent l'étape de changement à laquelle ils se trouvent actuellement. Selon cette théorie, les différentes étapes du changement impliquent des besoins d'information et des approches différents pour essayer de faire passer la cible à l'étape suivante. Même si les personnes peuvent progresser de façon prévisible dans ces étapes, une personne peut régresser ou sauter des étapes. Les étapes sont les suivantes :

- **Précontemplation** : il n'y a aucune intention de changer de comportement ultérieurement.
(Par exemple, Awa ne pense pas à utiliser une contraception pour éviter une grossesse non désirée.)
- **Contemplation** : la personne est consciente du problème et envisage sérieusement de le surmonter, mais elle n'est pas encore engagée à prendre des mesures.
(Par exemple, Awa s'est informée sur la contraception et pense à commencer à l'utiliser.)
- **Préparation** : une personne a l'intention d'agir immédiatement.
(Par exemple, Awa prévoit de se rendre à l'établissement de santé ce mois-ci pour commencer à prendre une contraception.)
- **Action** : une personne commence à adopter le comportement en question.
(Par exemple, Awa commence à utiliser une contraception pour éviter une grossesse non désirée.)
- **Entretien** : une personne continue à pratiquer le nouveau comportement et s'efforce de le maintenir.
(Par exemple, Awa continue à utiliser systématiquement et correctement la contraception de son choix.)

Certains professionnels de la CCSC ont ajouté une sixième étape à ce modèle : **le plaidoyer**. Le plaidoyer est l'étape au cours de laquelle Awa continue à utiliser une contraception et vante les mérites de la contraception à ses amies, qu'elle encourage à l'essayer.

Comment les étapes du changement peuvent-elles être mises en application ?

Les étapes du changement peuvent être utilisées dans des situations de tête-à-tête, par exemple, entre un client et un conseiller. Si le conseiller sait à quelle étape du changement se trouve le client, cela peut l'aider à sélectionner les informations à partager. Lors des étapes de précontemplation et de contemplation, les informations se focaliseraient sur les faits, les risques du comportement actuel et les avantages du changement de comportement. Lors des phases de préparation et d'action, elles se concentreraient davantage sur les opportunités de changement de comportement et la façon d'y parvenir.

La théorie de l'apprentissage social

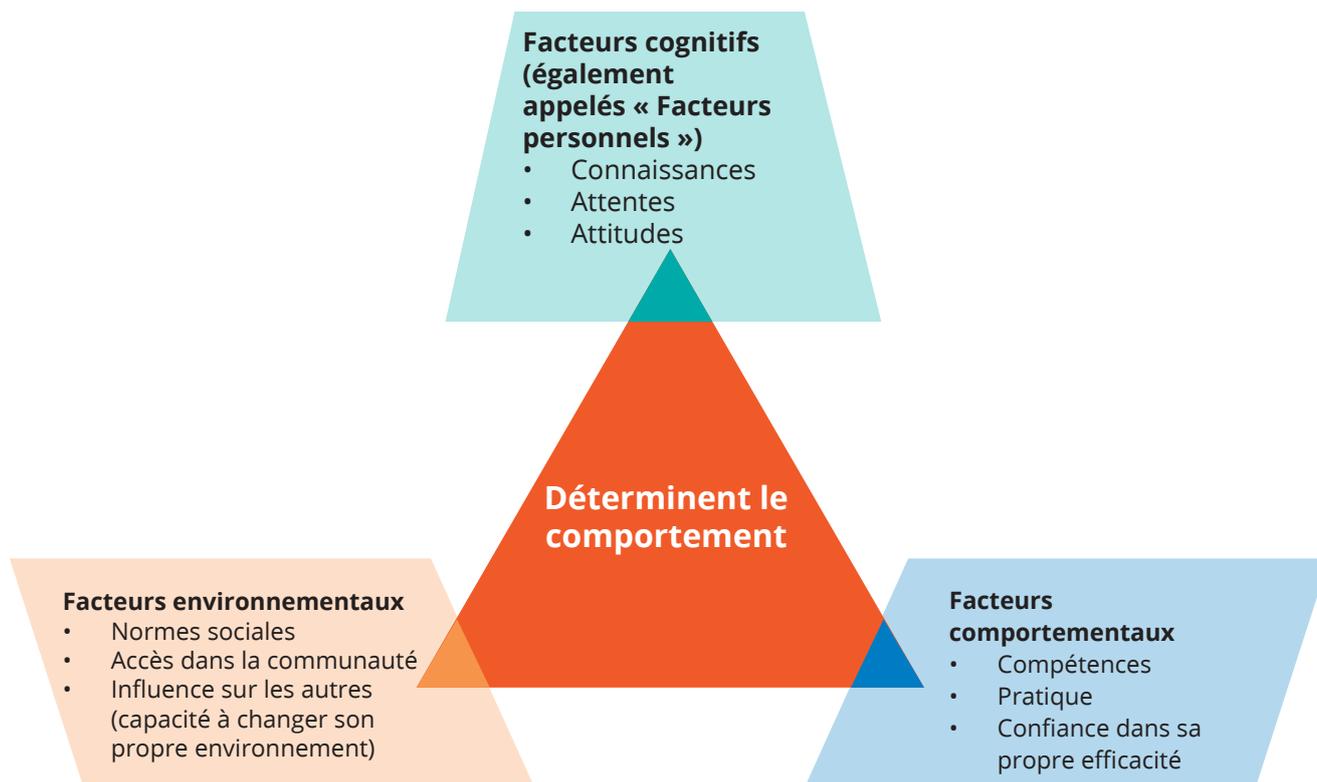


Figure 8 : La théorie de l'apprentissage social

Que nous dit la théorie de l'apprentissage social sur le comportement ?

La théorie de l'apprentissage social reconnaît l'interaction entre une personne et son environnement.

L'environnement extérieur est l'endroit où une personne peut observer une action, en comprendre les conséquences et trouver la motivation de la reproduire et de l'adopter. Le comportement est influencé par des facteurs structurels, comme la disponibilité du service et les politiques, ainsi que par des facteurs sociaux, comme les normes sociales et l'influence des pairs.

Dans la mise en œuvre de la théorie de l'apprentissage social, l'apprenant (cible) est encouragé à :

- **Observer et à imiter le comportement des autres.**
(Par exemple, Awa peut observer son amie Nadia utiliser une contraception et décider de ce fait qu'elle veut, elle aussi, utiliser une contraception.)
- **Découvrir les comportements positifs modélisés et mis en pratique.**
(Par exemple, Awa constate que son amie Nadia est contente de la contraception qu'elle a choisie. Cela lui donne envie d'en faire autant et d'adopter le même comportement.)
- **Augmenter sa propre capacité et sa confiance à mettre en œuvre de nouvelles compétences.**
(Par exemple, lorsque la communauté d'Awa devient plus favorable et se fait davantage entendre sur la question de l'accès à la contraception pour les adolescentes de son âge, elle prend suffisamment confiance en elle pour en parler à sa mère.)



- **Avoir des attitudes positives envers la mise en œuvre de ces compétences.**

(Par exemple, après avoir appris comment utiliser sa contraception, Awa se sent confiante d'avoir les capacités de continuer à l'utiliser et être donc en bonne voie pour atteindre ses rêves.)

- **Recevoir du soutien de son environnement quant à l'utilisation de ces compétences.**

(Par exemple, Awa apprend que son centre de santé est ouvert tard le soir et le week-end pour aider les jeunes comme elle qui travaillent ou vont à l'école pendant la journée, ce qui signifie qu'elle peut rencontrer plus facilement son conseiller et accéder aux services de SSR.)

Comment la théorie de l'apprentissage social peut-elle être appliquée ?

La théorie de l'apprentissage social peut être utilisée pour des comportements fortement influencés par l'environnement physique et social dans lequel vit la personne. La théorie indique l'importance de créer un environnement favorable, facilitant le changement de comportement souhaité. Elle nous enseigne également que l'observation du comportement mis en pratique peut aider d'autres personnes à l'adopter. Cela peut être fait à travers des personnes modèles qui popularisent les comportements souhaités en les pratiquant et en montrant les avantages qui en résultent. Les personnes modèles peuvent être des personnes réelles ou des personnages fictifs, représentés par différents canaux médiatiques, par exemple.

Vous ne savez pas quelle théorie employer ?

Pour plus d'informations sur les théories spécifiques, reportez-vous à la section **Ressources** à la fin de cette section. Vous pouvez également essayer d'utiliser TheoryPicker (<http://www.orau.gov/hsc/theorypicker/>), un outil interactif (en anglais) qui vous permet d'identifier la meilleure théorie de changement de comportement potentielle pour un programme donné. L'outil vous guide dans différentes étapes et vous pose des questions pour vous aider à déterminer la meilleure théorie ou le meilleur groupe de théories à utiliser pour la conception de votre programme.

La théorie de la diffusion de l'innovation

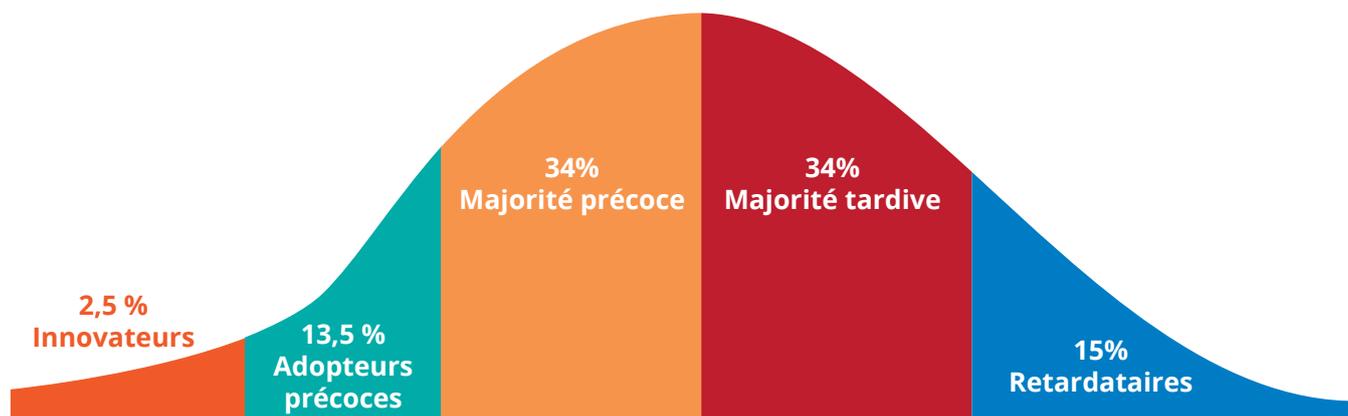


Figure 9 : La théorie de la diffusion de l'innovation

Que nous dit la théorie de la diffusion de l'innovation sur le comportement ?

La théorie de la diffusion de l'innovation fait référence à la propagation de nouvelles idées et de nouveaux comportements au sein d'une communauté ou d'une communauté à une autre.

Certaines personnes et groupes au sein de la société sont plus rapides que les autres à s'emparer des nouvelles idées ou des « innovations ». En général, les jeunes adoptent plus rapidement les nouvelles tendances, par exemple, en matière de mode ou de technologie que les adultes. Cette théorie identifie cinq catégories, qui définissent la propension d'une personne à accepter ou à adopter l'innovation :

1. **Innovateurs** : les plus prompts à adopter une innovation. Cependant, les autres membres de la communauté peuvent les trouver inconstants et être moins susceptibles de leur faire confiance et de les imiter.
2. **Adopteurs précoces** : plus grand public au sein de la communauté, ils se caractérisent par l'acceptation de l'innovation et les ressources ils possèdent personnelles/financières qui leur permettent d'adopter l'innovation.
3. **Majorité précoce** : disposée à changer et persuadée des avantages de l'innovation par l'observation.
4. **Majorité tardive** : sceptique et réticente à adopter de nouvelles idées jusqu'à ce que les avantages soient clairement établis.
5. **Retardataires** : ceux-ci sont les plus conservateurs et résistants au changement ; dans certains cas, ils peuvent ne jamais changer.

La probabilité d'adoption d'une innovation/d'un comportement dépend de la cible, des obstacles environnementaux et des facilitateurs, du système de communication et des attributs de l'innovation, comme :

- **Avantage relatif** : le comportement offre-t-il un avantage par rapport au comportement actuel ?
(Par exemple, l'utilisation d'une contraception offre-t-il à Awa un avantage [par exemple, la tranquillité d'esprit] dont elle ne jouit pas actuellement ?)
- **Compatibilité** : le comportement est-il compatible avec les valeurs sociales et culturelles existantes ?
(Par exemple, est-ce acceptable culturellement pour une fille comme Awa d'utiliser une contraception ?)
- **Complexité** : dans quelle mesure le nouveau comportement est-il difficile à adopter ?
(Par exemple, Awa serait-elle capable de continuer à utiliser correctement sa contraception dans le temps ?)
- **Capacité à essayer** : le comportement peut-il être essayé sans trop de risques ?
(Par exemple, est-il possible pour Awa d'essayer une contraception et de voir comment ça se passe ?)
- **Caractère observable** : est-il possible de voir ce qui arrive à ceux qui adoptent le comportement ?
(Par exemple, Awa a-t-elle des amies qui utilisent une contraception et qui peuvent lui en parler ?)

Comment la théorie de la diffusion de l'innovation peut-elle être appliquée ?

La théorie de la diffusion de l'innovation peut être utilisée pour changer les comportements influencés par les normes et les tendances sociales. La théorie indique comment promouvoir le comportement souhaité en se focalisant sur les attributs. Cela peut être fait par le biais d'**agents du changement**, à savoir les adopteurs précoces d'un nouveau comportement qui en font la promotion auprès des autres et les incitent à adopter ce comportement. Les agents du changement peuvent être des personnes travaillant dans la communauté ou des membres de la communauté ayant adopté le nouveau comportement et qui servent de modèles. Le ciblage d'agents du changement efficaces, comme les leaders locaux, les personnalités influentes, les pairs et les célébrités, peut permettre d'accélérer l'adoption d'un nouveau comportement.

Leçons tirées de programmes réussis de CCSC destinés aux adolescents en milieu urbain

Il existe de nombreux exemples de programmes de CCSC en matière de SSR destinés aux adolescents en milieu urbain, et les leçons apprises de ces programmes peuvent être appliquées aussi bien au stade de la conception du programme que lors de l'élaboration d'activités spécifiques.



Voici un résumé des principales caractéristiques des programmes réussis de CCSC destinés aux adolescents en milieu urbain, d'après un examen de ces programmes dans les pays en développement datant de 2013. Vous pouvez trouver une revue complète de la littérature sur : <http://www.healthcommcapacity.org/hc3Ressources/influencing-sexual-reproductive-health-urban-youth-social-behavior-change-communication/>.

Lorsque cela est possible, il sera fait référence à l'Élément essentiel spécifique décrit ultérieurement.

Lors de la conception de votre programme ...

- **Créez un environnement favorable.** Cela signifie que les activités doivent avoir pour but de changer l'environnement dans lequel vit la personne, de promouvoir les facilitateurs et de supprimer les obstacles au comportement souhaité.



Impliquez les jeunes. Les programmes ciblant les jeunes doivent les impliquer dès l'étape d'élaboration de l'idée jusqu'à la mise en œuvre, et même l'évaluation. Ce n'est qu'avec la participation et la contribution actives des jeunes que les activités et les messages seront développés d'une manière qui leur plaît et les implique.

- **Segmentez et diversifiez les cibles.** Les jeunes du même âge peuvent présenter des comportements et des besoins très différents, en particulier lors des changements rapides intervenant à l'adolescence. Les jeunes se différencient par leur appartenance culturelle et religieuse, leur niveau d'éducation, leur environnement et leurs conditions de vie, leur situation familiale, leur statut matrimonial et leurs aspirations. Il est peu probable qu'une seule approche soit adaptée pour tous les adolescents. Les programmes doivent prendre en compte ces différences et identifier les caractéristiques spécifiques du segment des jeunes sur lequel ils choisissent de travailler. Vous en apprendrez plus sur la segmentation de la cible dans l'**Élément essentiel 3**.



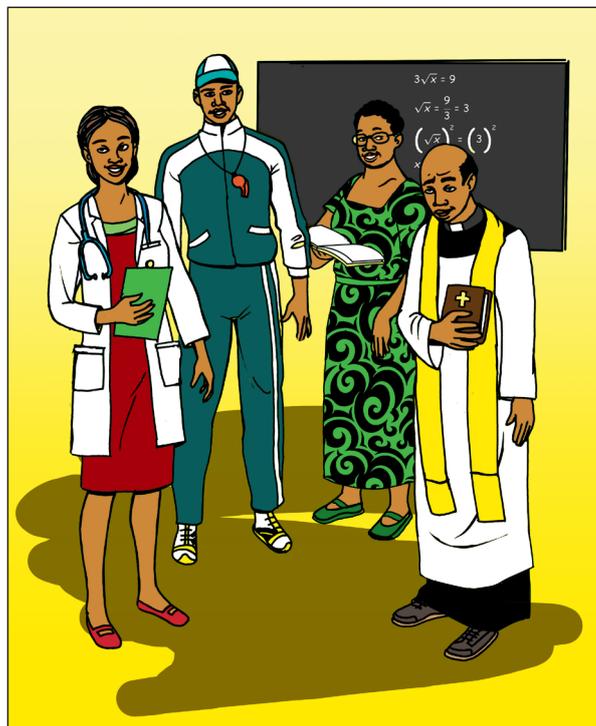
- **Incluez les cibles secondaires.** Il s'agit de personnes ayant une influence sur la cible principale. Si nous voulons que les jeunes modifient leurs comportements, les principales personnes influentes (cibles secondaires) peuvent être les parents, les frères et les sœurs, les enseignants ou les leaders. Votre programme doit trouver des moyens de travailler avec eux.

- **Développez des moyens d'intégrer les activités.**

En identifiant les possibilités dans les systèmes et les structures existants auxquelles incorporer les activités de CCSC, on permettra une plus grande durabilité. Par exemple, les possibilités d'intégrer des activités de SSR peuvent être intégrées dans les programmes scolaires, dans des événements communautaires ou dans d'autres occasions importantes qui marquent la vie de la communauté.

- **Adaptez le programme au contexte culturel local en ce qui concerne les comportements sexuels.**

La SSR est influencée par les normes de genre, les rôles, les attentes et les inégalités de pouvoir. Il est important de prendre conscience de ces dimensions culturelles qui régissent les comportements sexuels afin de comprendre comment encadrer les activités et veiller à leur bonne réception.



- **Examinez les différents aspects qui affectent les comportements sexuels des jeunes.** La pauvreté, l'alcoolisme et la l'utilisation des drogues affectent négativement les comportements sexuels des adolescents en milieu urbain. Dans le cadre de ces programmes, il est donc nécessaire d'envisager de trouver des moyens de répondre à ces questions plus larges afin de favoriser le changement de comportement.

- **Maintenez dans la durée les messages de changement de comportement.** Lors de la planification des programmes, des stratégies de renforcement des messages à intervalles réguliers, pour assurer que les changements de connaissances, d'attitude et de comportement soient durables. Cela peut être fait en reprenant des activités réussies à intervalles réguliers.



Rappel !

La SSR dépend de l'accès aux bonnes informations. Les adolescents non-scolarisés peuvent ne pas parler le français, le portugais ou les autres langues nationales, au même niveau que leur langue locale. Assurez-vous que vos activités et vos matériels donnent les messages dans la langue qui est la mieux comprise par la cible, en utilisant les langues locales au besoin.

Lors de l'élaboration des activités spécifiques ...

- **Prenez le temps d'élaborer des messages efficaces.** Des messages bien conçus sont une composante importante de toute activité de CCSC. Vous en apprendrez plus à ce sujet dans l'**Élément essentiel 7**.
- **Utilisez les médias de masse, les réseaux sociaux et la technologie de la téléphonie mobile pour toucher les adolescents en milieu urbain.** Beaucoup d'adolescents en milieu urbain ont accès à ces types de canal de communication et préfèrent souvent recevoir des informations de santé par ces moyens.



Rappel!

Rappels pour créer un environnement propice

- **Encouragez les conversations portant sur la SSR :** Un environnement où l'on discute ouvertement de la SSR peut constituer un facteur de protection. Les activités doivent viser à créer l'espace et la possibilité pour les membres de la communauté (jeunes et adultes) de discuter des questions liées à la santé sexuelle. Cela peut être par le biais de différents canaux de communication (reportez-vous à l'**Élément essentiel 2**).
- **Travaillez avec les prestataires de services :** Pour promouvoir, auprès des jeunes, l'utilisation de préservatifs, la contraception ou le dépistage des IST, nous devons faire en sorte que ces services soient accessibles. Être « accessible » ne signifie pas seulement que les jeunes puissent se rendre physiquement au centre de santé ou à la pharmacie. Les jeunes doivent également se sentir à l'aise lorsqu'ils s'y rendent, se sentir respectés et savoir que la confidentialité sera respectée.



Pour plus de conseils sur comment créer des liens avec des services de santé adaptés aux jeunes, reportez-vous à la section **Ressources** à la fin de cette section.

- **Faites participer les parents et les leaders :** Le soutien des parents et des leaders communautaires est nécessaire pour modifier les normes dominantes qui influent sur les relations sexuelles et développer des attitudes favorables.

- **Utilisez des modèles populaires.** Recherchez des façons d'impliquer des personnages et des personnalités célèbres, admirés des jeunes, dans la livraison des activités aux jeunes ou dans la promotion des messages clés par des apparitions dans les médias ou par d'autres canaux de communication. Assurez-vous que ces personnes illustrent dans leurs actions habituelles les comportements que vous essayez de promouvoir.

- **Faites de la pair-éducation une composante de votre programme de CCSC plutôt qu'une activité autonome.** L'utilisation des pairs comme éducateurs peut être un moyen efficace de transmettre des messages aux adolescents. Cependant, il a été démontré que, si la pair-éducation se fait de façon isolée, elle ne suffit pas pour changer les attitudes et les comportements. Il est important de faire de la pair-éducation une composante d'un programme de CCSC élargi.



Ressources

Vous trouverez des exemples de programmes sur ces aspects étendus qui affectent le comportement sexuel des jeunes dans la section **Ressources** à la fin de cette section.

Ressources



Engagement de la communauté et participation des jeunes

Straight to the Point : Identifier et Prioriser les Besoins en Changement de Comportement (2013)

Pathfinder International

Les organisations et les groupes peuvent utiliser cet outil pour guider une activité de groupe avec des membres de la communauté avec lesquels ils travaillent de façon à identifier les principaux obstacles à l'adoption d'un comportement plus sain particulier et à hiérarchiser les obstacles à aborder en premier.
<http://www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/BC-Needs-French.pdf?x=113&y=24>

Les Jeunes se Prennent en Charge : Synthèse du Programme de Participation Communautaire pour la Santé Reproductive et Sexuelle des Jeunes au Burkina Faso (2006)

Advocates for Youth et Mwangaza Action

Ce document décrit les différents stades de développement et de mise en œuvre d'un programme visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes au Burkina Faso. Il fournit des exemples concrets sur la façon d'engager les jeunes et les communautés bénéficiaires, de la phase d'idéation d'une intervention à sa mise en œuvre et son évaluation.
<http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/burkina.pdf>

Théories de la CCSC

La Communication pour le Changement du Comportement à l'Usage des Volontaires de la Communauté. Manuel du Formateur (2010)

Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Ce Manuel de formateur a été développé pour préparer les formateurs à enseigner aux bénévoles de la communauté les concepts clés de communication pour le changement de comportement et la façon de l'appliquer. Bien qu'il ait été développé dans l'optique de la prévention du paludisme, il fournit des perspectives utiles sur les éléments essentiels de la communication pour le changement de comportement, en détaillant les stades de changement du comportement, les principes à la base d'un message efficace, l'emploi de différentes approches de communication et la façon de développer une stratégie de communication. Cette ressource en langue française est accompagnée d'une collection d'outils de formation (boîte à outils des volontaires) destinée au formateur.

http://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/119200_BCC%20Manuel%20du%20formateur_LR.pdf
(Manuel de formation)

http://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/119200_BCC_Bo%C3%AEte%20C3%A0%20outils%20des%20volontaires-LR.pdf (Boîte à outils des volontaires)

La Communication pour le Changement de Comportement (Module XI) (2006)

Programme Santé Sexuelle, Droits Humains (PROSAD) et BMZ

Ce module de formation donne une vue d'ensemble sur ce en quoi consiste la communication pour le changement de comportement. Il examine les stades du changement de comportement, les facteurs qui affectent le comportement et le changement de comportement, et les différentes approches et techniques utilisées pour appliquer la communication pour le changement de comportement dans le but d'améliorer la santé sexuelle et reproductive.

http://health.bmz.de/good-practices/GHPC/Going_all-out_for_human_rights_and_sexual_health/Toolbox_1/module_11.pdf

Partenariats

Straight to the Point : Évaluer les Besoins en Renforcement des Capacités du Partenaire (2014)

Pathfinder International

Cet outil aide les utilisateurs à réaliser une évaluation concise des points forts et des points faibles d'une organisation partenaire (ou d'un partenaire potentiel), afin d'identifier les domaines dans lesquels une assistance technique sera requise pour réussir la mise en œuvre d'un projet. Cet outil aborde des domaines de capacité clés parmi lesquels : capacité humaine, capacité de gestion de base, capacité S & E, capacité absorptive et connexité communautaire. L'outil est prévu pour servir de guide pour interviewer de multiples parties prenantes dans une organisation partenaire ou sous-bénéficiaire.

http://www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/Straight-to-Point_Assessing-Partner-Capacity-Building-Needs_FRENCH.pdf?x=104&y=12