

Groupe d'engagement communautaire

Quelle est la pratique prometteuse à haut impact associée à la planification familiale susceptible d'aider à changer les conditions sociales et les comportements ?

Engager et mobiliser les communautés dans l'action et le dialogue collectif en vue de la promotion de comportements sexuels sains.

Contexte

Le présent brief d'information expose les expériences et les résultats associés aux interventions des groupes d'engagement communautaires (GEC), dont l'objectif est d'encourager les comportements sains en termes de santé sexuelle et reproductive. La caractéristique distinctive des interventions des GEC par rapport aux autres interventions axées sur la modification des conditions sociales et



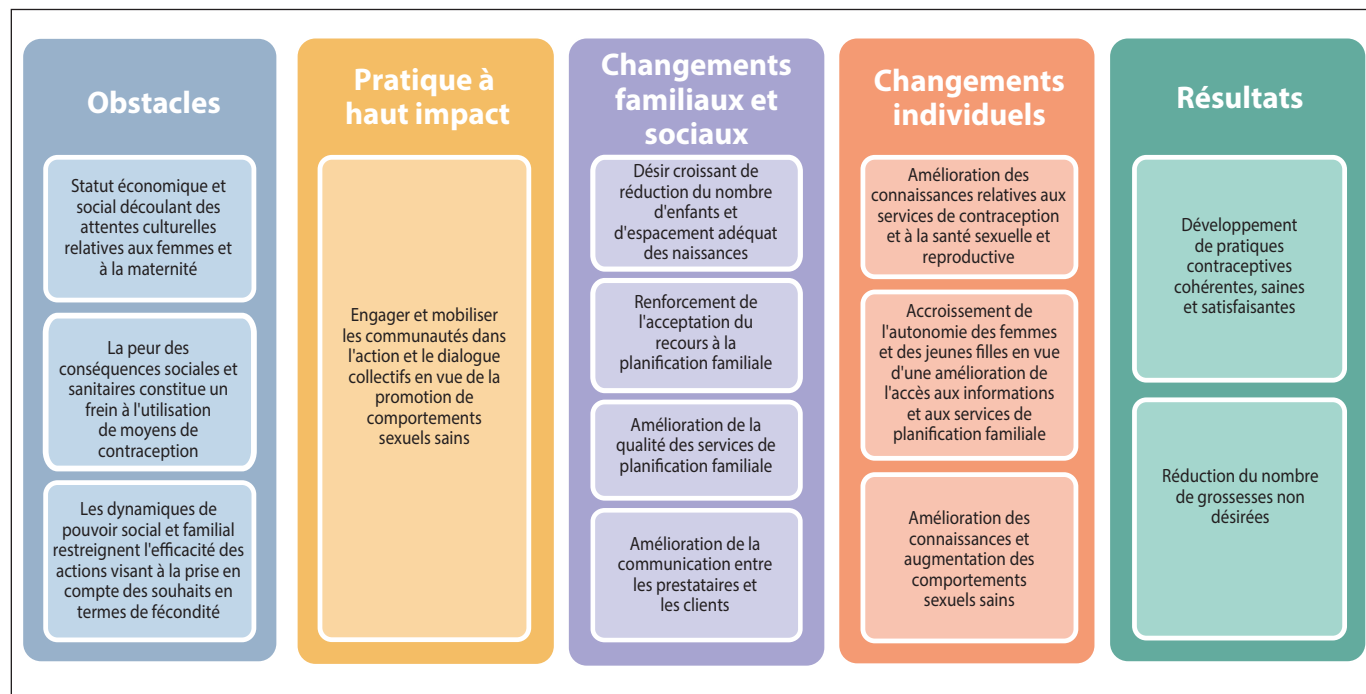
Save the Children, 2002

des comportements (Communication pour le changement social et de comportement CSC) est qu'elles permettent de travailler avec/par l'intermédiaire des groupes communautaires, afin d'influer sur les comportements individuels et/ou les normes sociales, plutôt que de modifier les comportements en ciblant uniquement les personnes. Plus spécifiquement, le soutien communautaire peut aider à modifier les comportements, notamment concernant la contraception, en faisant évoluer les normes, ainsi que les attitudes et les connaissances des personnes ciblées (Storey et al., 2011).

Les obstacles empêchant d'accéder aux moyens de contraception ou de les utiliser efficacement sont nombreux. La peur des conséquences sociales et/ou sanitaires liées au recours à la planification familiale est l'un d'entre eux. Les obstacles évoqués dans la théorie du changement illustrative relative aux GEC (Figure 1) se fondent sur une analyse des obstacles liés au genre liés à l'utilisation de moyens de contraception (McCleary-Sills et al., 2012) et tiennent compte des problèmes quotidiens traités par les activités des GEC. Bien que la théorie du changement soit élaborée selon un format linéaire et unidirectionnel, il est probable que les mécanismes d'action soient plus complexes et multidirectionnels.

Les activités des GEC suivent en règle générale un processus défini permettant d'identifier les facteurs influents sur la santé sexuelle et reproductive et de surmonter les obstacles qui y sont associés. Cette approche vise à optimiser l'engagement au sens large et à utiliser les conversations avec les décideurs et les dirigeants, afin de mieux appréhender la problématique de la santé sexuelle et reproductive du point de vue de la communauté. Les activités sont diverses : travaux de compilation des données, approches fondées sur les réseaux sociaux, jeux à caractère exploratoire, pièces de théâtre, études de cas, travaux axés sur l'établissement des priorités et projets de création de coalitions. Bien que les activités puissent être animées par des intervenants extérieurs (personnel des ONGs, fonctionnaires, agents de vulgarisation), elles reposent sur la participation active des groupes communautaires locaux et de leurs membres, qui doivent être les catalyseurs du changement.

Figure 1. Promotion de comportements positifs en termes de santé sexuelle et reproductive par le biais de l'engagement et de la mobilisation des communautés : Théorie du changement



Les programmes mettent souvent en œuvre les interventions des GEC dans le cadre d'un ensemble d'interventions ayant pour vocation d'influer à la fois sur les personnes, les milieux familiaux et/ou les groupes affinitaires et, in fine, les communautés. Les GEC doivent être rattachés à d'autres approches relatives à la modification des conditions sociales et des comportements (par exemple, campagnes médiatiques, communication interpersonnelle ou activités de conseil) et/ou associés à des investissements visant à un accroissement de l'impact des PHI par le biais d'une amélioration des prestations de service.

Les interventions des GEC sont une des « pratiques à haut impact sur la planification familiale » prometteuses identifiées par un groupe consultatif technique composé d'experts internationaux. Une « pratique prometteuse » est une pratique donnant de bons résultats mais nécessitant une documentation exhaustive de l'expérience associée à sa mise en œuvre et de son impact potentiel. Le groupe consultatif technique recommande une généralisation de ces interventions, à condition qu'elles soient mises en œuvre en accord avec le contexte de recherche et soigneusement évaluées en termes d'impact et de processus (PHI, 2015) Pour de plus amples informations sur les PHI, voir <http://www.fphighimpactpractices.org/fr/overview/>.

Quels sont les défis que les pays peuvent relever grâce à l'engagement communautaire ?

Le statut économique et social des femmes et des jeunes filles découle de leur obéissance aux attentes culturelles relatives à la condition féminine et à la maternité. (McCleary-Sills et al., 2012). Les normes relatives au genre idéalisant la virginité féminine et les prouesses sexuelles masculines sont très répandues sur la planète (Kågesten et al., 2016 ; Marston and King, 2006). Ces normes sous-tendent des pratiques sociales dangereuses pour la santé. Ces normes, souvent renforcées par les familles et les communautés, exposent les femmes et les jeunes filles aux mariages précoces, ainsi qu'à des problèmes d'isolement social, de manque de pouvoir et d'autonomie limitée. Celles-ci sont également soumises à des pressions sociales associées à la fertilité qui les incitent à tomber enceintes rapidement et le plus souvent possible (Adams et al., 2013 ; Greene et al., 2014 ; Singh et al., 2014 ; McCleary-Sills et al., 2012). Les mariages sont dans la majorité des cas décidés par les parents, les conjoints, la belle-famille et d'autres personnes détentrices de l'autorité (OMS, 2009 ; Daniel et al., 2008 ; Mathur et al., 2004 ; Shattuck et al., 2011). Les prestataires de services soutiennent ces pratiques en exigeant le consentement du conjoint ou en imposant des restrictions liées à l'âge/à la parité dans le cadre de l'accès aux moyens de contraception (Chandra-Mouli et al., 2014, Tumlinson et al., 2015).

Les études montrent que les GEC permettent d'améliorer les connaissances des hommes et des femmes en termes de santé sexuelle et reproductive (Schuler et al., 2015). La méconnaissance et la compréhension limitée des questions relatives à la contraception et à la reproduction sont des facteurs contribuant à la peur des conséquences sociales et sanitaires du recours à la planification familiale. (McCleary-Sills et al., 2012). Il existe dans de nombreuses communautés des carences importantes en termes de compréhension générale des corrélations entre sexualité, reproduction et contraception. Ce manque de connaissances expose les femmes (et plus particulièrement les adolescentes) à une évaluation erronée des risques de grossesse (McCleary-Sills et al., 2012, Sedgh et al., 2007).

Les GEC peuvent contribuer au renforcement des pouvoirs décisionnels des femmes. La capacité de décision et d'action des femmes est liée à l'utilisation de moyens de contraception (Chandra-Mouli et al., 2013 ; Kraft et al., 2014 ; Radice, 2014 ; Wang et al., 2013 ; OMS, 2010). L'autonomie décisionnelle et l'accès direct à l'argent (ou le contrôle de ce dernier) sont des aspects essentiels de l'accès aux moyens de contraception (Miller et al., 2002 ; Keele et al., 2005). L'analyse de données d'études démographiques et sanitaires portant sur 31 pays ont montré que le taux d'utilisation de moyens de contraception des femmes activement impliquées dans les prises de décision du ménage est supérieur de 80 % à celui des femmes ne disposant d'aucun pouvoir décisionnel. L'implication de ces femmes concerne les décisions concernant leur propre santé, les achats d'articles ménagers importants, la participation aux besoins du ménage, les visites à leur famille ou à leurs relations et la préparation des repas quotidiens (Ahmed et al., 2010). Les études confirment que les GEC peuvent participer à l'établissement de normes sociales équitables et à la promotion de l'égalité dans le couple, mais aussi à la réduction de l'acceptation de la violence conjugale (Schuler et al., 2015 ; Abramsky et al., 2014 ; Shattuck et al., 2011 ; Figueroa et al., 2016 ; Underwood et al., 2011).

Les GEC influencent les changements au niveau individuel, familial et communautaire en aidant au développement des compétences au sein des communautés. Une étude réalisée en Zambie a démontré que les GEC permettent d'améliorer la cohésion sociale, la capacité collective de résolution des problèmes et la gestion des conflits. Ils aident en outre à la promotion d'un leadership juste et efficace et au développement de la participation et de l'efficacité personnelle (Underwood et al., 2013). Les personnes appartenant à des communautés abordant les questions sanitaires de façon collective sont deux fois plus nombreuses à utiliser des moyens de contraception que les personnes issues de communautés ne mettant pas ce principe en pratique.

Quel impact ?

La création de GEC est associée à une augmentation des taux d'utilisation de moyens de contraception. Les GEC sont souvent utilisés en combinaison avec d'autres améliorations des prestations de service et stratégies relatives à la modification des conditions sociales et des comportements, mises en œuvre dans le cadre des programmes de planification familiale. Des études de cette approche combinée s'appuyant sur des analyses à variables multiples ont été réalisées au Bénin, au Ghana, au Nigeria et au Sénégal. Les analyses à variables multiples permettent aux chercheurs d'évaluer la corrélation entre l'exposition aux GEC et les mesures d'impact, puis de comparer ces dernières à celles obtenues dans le cadre des autres types d'interventions. Ces quatre études ont montré une augmentation du taux d'utilisation de moyens de contraception modernes ou une diminution des taux de fertilité dans les deux à trois années suivant la mise en œuvre du programme (Speizer and Lance, 2016 ; Debpuur et al., 2002 ; Population Council, 2012 ; IRH, 2016). L'impact de la mise en œuvre des programmes exhaustifs se traduisait par une augmentation de 4 à 10 % du taux d'utilisation de moyens de contraception modernes dans les communautés ayant fait l'objet d'une intervention (Speizer and Lance, 2016 ; Debpuur et al., 2002 ; IRH, 2016). Les analyses à variables multiples ont établi que, dans ces quatre pays, les GEC ont contribué de manière significative aux résultats observés (Speizer and Lance, 2016 ; Debpuur et al., 2002 ; IRH, 2016).

Les différences entre les modalités d'intervention des programmes étaient importantes. Les programmes mis en œuvre au Ghana, au Nigeria et au Sénégal mettaient l'accent sur la collaboration avec les leaders religieux et communautaires, ainsi qu'avec les communautés au sens large (par exemple, via des pièces de théâtre suivies d'un débat de groupe) et intégraient des messages et des activités spécifiques. Tous les programmes, à l'exception de celui du Ghana, s'appuyaient sur des campagnes médiatiques ainsi que sur d'autres stratégies visant à la modification des conditions sociales et des comportements (par exemple, des supports imprimés). En outre, tous les programmes, excepté celui du

Bénin, impliquaient des investissements importants en termes d'amélioration des prestations de service (Speizer and Lance, 2016 ; Debpuur et al., 2002 ; Ashburn et al., 2016).

Des études consacrées aux GEC ont été effectuées dans des contextes divers et parmi une vaste gamme de groupes de population. Des expériences axées sur le théâtre participatif, le chant et des débats réunissant un grand nombre de participants des deux sexes ont par exemple permis d'étudier les obstacles restreignant l'accès à la planification familiale dans des environnements de crise, au Tchad, en République démocratique du Congo, au Mali et au Pakistan. Les programmes développés dans ces cinq pays ont permis la prise en charge de 52 616 nouveaux utilisateurs de moyens de contraception moderne en deux ans et demi (Curry et al., 2015). Au Kenya, 150 animateurs de communautés ont établi pendant trois ans et demi un dialogue avec les hommes et les femmes de leurs communautés, sur des sujets tels que le genre, la sexualité et la planification familiale.

Le taux d'utilisation de moyens de contraception modernes s'est révélé supérieur de près de 80 % chez les femmes ayant participé à ces débats par rapport à celles n'y ayant pas pris part. (Wegs et al., 2016). Les GEC permettent également d'impliquer les hommes dans ces problématiques. Au Malawi, près de 80 % des hommes engagés dans un GEC ont déclaré utiliser des moyens de contraception modernes (Shattuck et al., 2011). Bien que les études menées sur les GEC du Salvador et du Guatemala aient montré une augmentation de l'utilisation de moyens de contraception par rapport aux groupes témoins, les différences demeurent statistiquement insignifiantes (Lundgren et al., 2005 ; Schuler et al., 2015).

Les GEC peuvent être un rouage essentiel des programmes exhaustifs consacrés à la santé sexuelle et reproductive. Les GEC peuvent aider à débattre avec des personnes influentes et ainsi permettre d'identifier et de clarifier les valeurs relatives au mariage des adolescents et à la grossesse, mais aussi d'aborder les normes, les mythes et les idées fausses concernant la sexualité des adolescents (Dick and Chandra-Mouli, 2006 ; Daniel et al., 2008 ; Daniel and Nanda, 2012 ; Denno et al., 2015).

Huit études portant sur des programmes d'aide aux adolescents avec instauration de GEC ont été identifiées : trois en Inde, deux au Népal et une au Burkina Faso, au Bangladesh et en Ouganda (Save the Children, 2009 ; Kanesathasan et al., 2008 ; Mathur et al., 2004 ; ACQUIRE, 2008 ; Thiombiano et al., 2006 ; IRH, 2016 ; Santhya et al., 2008 ; Daniel and Nanda, 2012). Aucune de ces études ne comprend d'analyse portant sur le caractère unique de la contribution des GEC. Quatre de ces études ont évalué les effets du programme sur les mariages précoces. Chacune d'entre elles a constaté un impact positif à cet égard (Save the Children, 2009 ; Kanesathasan et al., 2008 ; Mathur et al., 2004 ; ACQUIRE, 2008), susceptible de contribuer à la résolution des problèmes liés à la maternité et à l'enfance. Au Bangladesh, l'âge moyen du mariage est passé de 14,6 à 15,4 ans ; en Inde, de 16 à 18 ans et au Népal de 14 à 16 ans (Save the Children, 2009 ; Kanesathasan et al., 2008 ; ACQUIRE, 2008). Sept études ont été menées sur l'utilisation de moyens de contraception par les adolescentes mariées. Les résultats globaux sont incertains, ce qui est en cohérence avec les conclusions d'une étude réalisée par l'OMS (OMS, 2009). Les trois études effectuées en Inde et celle réalisée en Ouganda ont toutefois montré une forte augmentation du taux d'utilisation de moyens de contraception modernes : au moins 10 % dans chaque cas (Daniel and Nanda, 2012 ; Santhya et al., 2008 ; IRH, 2016 ; Kanesathasan et al., 2008). Deux autres études ont montré une augmentation insignifiante ou nulle en termes d'utilisation de moyens de contraception (ACQUIRE, 2008 ; Thiombiano et al., 2006). Une des études menées au Népal a constaté une diminution du taux d'utilisation des moyens de contraception. Cependant, le fait que ce déclin ait été plus prononcé sur les sites témoins semble indiquer que l'intervention a atténué ce recul (Mathur et al., 2004).

À quoi ressemble un GEC ? Exemple tiré des travaux effectués en Ouganda

En Ouganda, le projet « Gender Roles, Equality, and Transformations » (GREAT) Project a amené les participants à réfléchir sur les attentes sociales générées par la condition d'homme ou de femme, ainsi que sur la manière dont ces normes influent sur les prises de décision en matière de sexualité et l'accès aux services. La mise en œuvre des GEC impliquait l'utilisation d'un ensemble d'outils et la diffusion d'un feuilleton radio permettant d'instaurer un dialogue instructif entre des groupes d'adolescents âgés de 10 à 19 ans et les membres de leurs communautés. Le processus avait pour objectif d'amener les leaders et les membres des communautés à réfléchir sur les normes régissant celles-ci, à identifier les problèmes essentiels et à élaborer, puis exécuter un plan d'action. (IRH, 2016).

Ces huit programmes d'aide aux adolescents étaient semblables à l'approche combinée décrite ci-dessus. Tous les programmes s'appuyaient sur une gamme diversifiée d'approches de la modification des conditions sociales et des comportements et de l'amélioration des prestations de service. Concernant les groupes d'âge, deux des programmes mis en œuvre en Inde et un des programmes népalais ciblaient les femmes mariées de moins de 20 ans et leurs époux (Daniel and Nanda, 2012 ; Santhya et al., 2008 ; ACQUIRE, 2008). Les autres ont ajouté à cette population d'adolescents mariés les jeunes filles et jeunes hommes célibataires âgés de 10 à 24 ans. Le programme mis en œuvre au Burkina Faso ne spécifie quant à lui aucun groupe de population cible. (Thiombiano et al., 2006).

Des GEC ont été mis en œuvre à grande échelle et de manière économiquement viable dans d'autres aires de santé. La mise en œuvre de GEC dans le cadre des programmes de planification familiale n'est pas encore systématique. Les résultats de l'utilisation des GEC dans le cadre des programmes de santé maternelle et de l'enfant ont toutefois montré que cette approche peut déboucher sur une « transformation durable et économiquement viable permettant une amélioration des comportements essentiels en termes de santé » (Farnsworth et al., 2014 ; Prost et al., 2013)

Méthodologie : Conseils découlant des expériences de mise en œuvre

Un groupe d'experts s'est réuni afin d'identifier les éléments fondamentaux susceptibles d'inciter les communautés à modifier leurs comportements (Gumucio, 2001). Ce groupe a déclaré qu'il convenait d'aller au-delà des comportements individuels et de se concentrer sur les conclusions relatives aux normes sociales, aux politiques et aux aspects culturels, ainsi qu'à l'environnement de soutien. Ses recommandations étaient les suivantes :

- **La communication pour le changement social doit être responsabilisée, horizontale (en opposition à une approche « top-down ») et tenir compte des contenus et de l'appropriation locale. Elle doit en outre permettre à tous les membres de la communauté de s'exprimer.**

Les réflexions et débats collectifs, ainsi que la mise en œuvre d'activités participatives, peuvent mettre en exergue l'influence des normes sociales/ liées au genre sur les mauvais résultats en terme de santé reproductive. Ces approches se révèlent particulièrement utiles pour les populations à faible pouvoir, telles que les adolescents ou les minorités ethniques. Les approches s'appuyant sur les GEC peuvent apporter aux personnes appartenant aux populations marginalisées une



Un groupe de réflexion réservé aux jeunes hommes (Mwene-Ditu, Province du Kasai-Oriental, République démocratique du Congo)

voix collective plus forte et la possibilité de peser sur les questions de santé et de changement social, à titre individuel, mais aussi au sein de leur famille ou de leur communauté au sens large (Storey et al., 2011). Lorsque les parties prenantes et les membres des communautés articulent et explorent ces dynamiques, elles se trouvent mieux positionnées pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies contextuellement pertinentes, permettant d'obtenir un soutien social en vue de la modification des normes et de l'amélioration des pratiques liées à la santé sexuelle et reproductive.

- **Les communautés doivent être actrices du changement.** Outre qu'elles permettent aux membres du personnel des ONG de comprendre dans quelles mesures les normes sociales façonnent leurs propres comportements, les interventions des GEC doivent à la fois s'adresser à la communauté et à chacun des membres qui la composent. Il s'agit par exemple de développer leurs compétences à conduire des processus de groupe afin d'encourager les prises de décision éclairées et les actions collectives (Cheetham, 2002 ; IAWG, 2007). Il est également recommandé d'améliorer les capacités des organisations de jeunes/d'aide aux jeunes (Youth Health and Rights Coalition, 2011 ; IAWG, 2007). Ces capacités accrues leur permettront d'identifier et de traiter leurs problèmes et ceux de leurs communautés au fur et à mesure de leur survéance.

- **L'accent doit être mis sur le passage de méthodes axées sur la persuasion et la transmission d'informations par des experts techniques à des pratiques fondées sur le dialogue, le débat et la négociation et abordant les problématiques touchant les membres des communautés.** Les interventions des GEC doivent éviter l'application de solutions préconçues. Les GEC doivent animer un processus par le biais duquel les communautés peuvent identifier les causes fondamentales des problèmes et élaborer des approches permettant de traiter celles-ci. Une fois l'objectif clairement défini, les communautés jouiront souvent d'une certaine flexibilité en termes d'identification et de mise en œuvre de réponses locales spécifiques. Cette flexibilité des programmes augmente les chances de renforcer l'engagement, les capacités et les prises de responsabilité à l'échelle locale, afin d'obtenir les résultats souhaités sur le long terme.

Les programmes des GEC doivent également :

- **S'adresser aux jeunes, notamment ceux qui ne sont pas/plus scolarisés.** Une étude de 2009 portant sur les programmes dédiés à la santé sexuelle et reproductive de l'OMS a conclu que les sessions éducatives organisées en dehors du milieu scolaire débouchaient sur des débats plus ouverts et plus participatifs que celles proposées dans le cadre des structures d'enseignement. Les membres des communautés ou les organisations reconnues dans le domaine de l'éducation de la jeunesse, telles que les mouvements de Scouts et de Guides peuvent conduire les débats et les sessions éducatives de manière durable et respectueuse des aspects culturels. Cette étude recommande d'associer ces sessions éducatives à des activités de mobilisation des communautés.
- **S'appuyer, dans la mesure du possible sur les plateformes existantes.** Les interventions des GEC doivent permettre d'évaluer dans quelle mesure les populations marginalisées et/ou touchées participent aux plateformes et aux groupes existant déjà au sein des communautés. L'utilisation des infrastructures sociales existantes (officielles ou non) encourage la durabilité et améliore les possibilités de réitération et de mise à l'échelle. La formation de nouveaux groupes est en revanche gourmande en ressources et nécessite des efforts soutenus afin d'en assurer la viabilité. Les programmes doivent toutefois tenir compte du fait que les populations les plus vulnérables, telles que les adolescents ou les minorités ethniques, peuvent se sentir mal à l'aise au sein des groupes existants. Ces populations vulnérables peuvent avoir besoin de soutien pour s'exprimer et défendre leur droit à la participation. Lorsqu'il s'avère nécessaire de créer de nouvelles plateformes communautaires, les délais d'élaboration des programmes doivent être prolongés (en règle générale de six mois ou d'un an) à des fins de pénétration de la communauté et d'organisation.
- **Stratifier et connecter les approches CSC.** Les experts estiment que les GEC fonctionnent de manière optimale lorsque les intervenants chargés de la mise en œuvre établissent des liens et des dispositifs de feedback (par exemple, activités de conseil interpersonnel, débats collectifs et programmes radio à thèmes harmonisés) ayant les mêmes objectifs entre les diverses approches CSC. Les stratégies CSC liées à la santé, effectives à plusieurs niveaux et par le biais de canaux multiples, débouchent sur une meilleure couverture et un impact accru (Arora et al., 2012). Comme c'est la règle pour les approches complexes et multidimensionnelles, la perte d'efficacité et d'efficacé associée à la mise à l'échelle doit être prise en compte dans la planification (Maclean, 2006). La conception des interventions doit offrir une vision de la planification et du soutien de l'expansion de la mise en œuvre des aspects reconnus comme efficaces.
- **Définir des mécanismes d'assurance qualité et de suivi.** Comme pour les autres approches des programmes, un suivi de la mise en œuvre est nécessaire afin de garantir une programmation efficace. Les stratégies impliquant une mise en œuvre à « faible dose » (1 heure ou moins) et à « haute fréquence » (une fois par mois) et des sessions de suivi pour les animateurs des groupes permettent de partager les expériences et de résoudre les problèmes et sont garantes de la haute qualité des programmes. Des listes de contrôles (sur papier ou périphériques mobiles) permettant une supervision coopérative des animateurs de groupes sont également utiles.
- **S'assurer d'un engagement pour les approches axées sur les GEC en termes de contacts politiques et de ressources** Les approches axées sur les GEC sortent souvent les Ministères de la Santé de leur « zone de confort », ce qui peut amener ces institutions à déprioriser ce type d'intervention pendant la mise à l'échelle, ce qui engendre notamment une réduction des ressources et des effectifs. L'évaluation à long terme du projet Navrongo du Ghana a par exemple montré que le développement de l'intervention du GEC n'a pas été soutenu pendant la mise à l'échelle. Le projet n'a donc pas permis de réduire les grossesses de manière durable dans le cadre de son application à l'échelle.

(Phillips et al., 2012). L'engagement peut être renforcé par des données de qualité et des histoires vécues impliquant des parties prenantes engagées de la première heure. D'autres éléments permettant de renforcer cet engagement peuvent être puisés dans les pratiques visant à s'assurer de la cohésion et de l'engagement des parties prenantes dans le cadre de la mise à l'échelle d'interventions ayant pour objectif le développement des compétences des jeunes, des adultes et des organisations (Diop et al., 2004 ; Daniel et al., [2013] ; Mathur et al., 2004).

Questions de recherche prioritaires

1. Les interventions des GEC influencent-elles les résultats fondamentaux des activités de planification familiale parmi les groupes de population composés de catégories d'adolescents spécifiques, par exemple, les très jeunes adolescents, les adolescents mariés et les adolescents célibataires ?
2. Comment les GEC sont-ils mis en œuvre à l'échelle et quels sont les coûts connexes ?
3. Quel est le niveau d'action et de couverture requis des GEC pour obtenir un changement durable des normes sociales et des comportements en termes de planification familiale ?

Ressources

Communication pour le changement social : Un modèle intégré d'évaluation du processus et de ses résultats fournit aux organisations communautaires, aux professionnels de la communication et aux militants engagés dans le changement social travaillant sur des projets de développement une ressource pratique leur permettant d'évaluer la progression et les effets de leurs programmes. Voir : <http://www.communicationforsocialchange.org/pdf/socialchange.pdf>

Le guide intitulé « **Comment mobiliser les communautés pour la santé et le changement social** » propose des directives d'orientation « pas à pas » sur les méthodes permettant aux GEC d'inciter les populations visées à adopter des comportements positifs pour leur santé. Voir : <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/ikitresources/how-to-mobilize-communities-for-health-and-social-change-2/>

Citation suggérée :

Pratiques à haut impact (PHI) en termes de planification familiale. Groupe d'engagement communautaire : Changer les normes en vue d'une amélioration de la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Washington, DC : USAID ; octobre 2016. Voir : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/groupe-dengagement-communautaire/>.

Remerciements : Le présent document a été rédigé par Kate Plourde, Joy Cunningham, Meagan Brown, Kerry Aradhya, Shegufta Sikder, Joan Kraft, Shawn Malarcher, Hope Hempstone, and Angela Brasington. Nous remercions les personnes suivantes pour leurs analyses critiques et leurs précieux commentaires : Afeefa Abdur-Rahman, Peggy D'Adamo, Jennifer Arney, Michal Avni, Doortje Braeke, Wendy Castro, Arzum Ciloglu, Chelsea Cooper, Kristen Devlin, Ellen Eiseman, Debora Freitas, Jill Gay, Gwyn Hainsworth, Karen Hardee, Laura Hurley, Cate Lane, Rebecka Lundgren, Erin Mielke, Danielle Murphy, Maureen Norton, Gael O'Sullivan, Shannon Pryor, Suzy Sacher, Amy Sedig, Reena Shukla, Gail Snetro, Linda Sussman, Feven Tassew, Nandita Thatte, Caitlin Thistle, Caroll Vasquez et Venkatraman Chandra-Mouli.

Le présent article est approuvé par les organismes suivants : Abt Associates, Bill & Melinda Gates Foundation, CARE, Chemonics International, EngenderHealth, FHI 360, FP2020, Georgetown University/Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, Marie Stopes International, Palladium, Pathfinder International, Population Council, Population Reference Bureau, Population Services International, Save the Children, United Nations Population Fund, United States Agency for International Development, and University Research Co., LLC.

The World Health Organization/Department of Reproductive Health and Research has contributed to the development of the technical content of HIP briefs, which are viewed as summaries of evidence and field experience. It is intended that these briefs be used in conjunction with WHO Family Planning Tools and Guidelines: http://www.who.int/topics/family_planning/fr/.

Traduction en français par: l'UNFPA. Relecteur: Regina Traore

Références

La liste complète des références utilisées dans le cadre de la préparation du présent bief d'information est disponible à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/fr/briefs/groupe-dengagement-communautaire/>

Pour plus d'informations sur les PHI, veuillez contacter l'équipe PHI de l'USAID à l'adresse www.fphighimpactpractices.org/contact/.

Le Partenariat PHI est un partenariat diversifié, axé sur les résultats, composé d'une gamme d'intervenants et d'experts ayant de perspectives variées. Les opinions exprimées et le langage employé dans ses publications ne représentent pas nécessairement ceux des organisations coparrainantes, ni des partenaires de soutien.