

Global Early Adolescent Study

BIEN GRANDIR! Rapport Vague 4



SEPTEMBRE
2021

GLOBAL EARLY ADOLESCENT
STUDY DE L'ÉCOLE DE SANTÉ
PUBLIQUE JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG ET DE KINSHASA



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Passages

+ GEH 
Center on Gender Equity and Health • UC San Diego School of Medicine

Ce rapport a été préparé par Mengmeng Li, Caroline Moreau et Kara Hunersen de Global Early Adolescent Study (GEAS) de l'École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg (JHSPH), Eric Mafuta et Aimée Lulebo de l'École de santé publique de Kinshasa (KSPH), Kathryn M. Barker et Rebecka Lundgren du Centre pour l'équité de genres et la santé de l'Université de Californie San Diego (GEH-UCSD) et Jennifer Gayles de Save the Children.

Ce rapport est le résultat d'un travail effectué dans le cadre du Global Early Adolescent Study (GEAS), financée par Gates, et du projet Passages, financé par l'USAID, grâce au soutien généreux du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), selon les termes de l'accord de coopération N°. AID-OAA-A-15-00042, et la Fondation Bill & Melinda Gates. Le contenu de ce rapport relève de la responsabilité de la JHSPH, de la KSPH, du GEH et de Save the Children et ne reflète pas nécessairement les opinions de la Fondation Bill & Melinda Gates, de l'Université de San Diego en Californie, de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

© 2022 Centre pour l'équité de genres et la santé de l'Université de Californie à San Diego

Citation recommandée :

[4] Centre pour l'équité de genres et la santé. 2021. Bien Grandir ! Rapport GEAS Vague 4. La Jolla, CA : Université de Californie San Diego pour la Fondation Bill et Melinda Gates.

GEH@ucsd.edu

geh.ucsd.edu/growing-up-great/

Twitter : @GEH_UCSD

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAUX.....	iii
FIGURES.....	iii
LISTE D'ACRONYMES ET DE PHRASES CLÉS.....	v
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	1
Contexte.....	1
Méthodologie.....	1
Résultats de GEAS : Résultats de la cohorte et de l'évaluation	1
Implications de l'intervention	1
A PROPOS DE BIEN GRANDIR ! INTERVENTION	2
Activités pour les très jeunes adolescent.es.....	3
Activités pour les parents et les soignants.....	4
Activités en milieu scolaire.....	4
Activités pour la communauté	4
À PROPOS DE GLOBAL EARLY ADOLESCENT STUDY.....	5
Vue d'ensemble	5
Étude longitudinale.....	5
Cadre de l'étude.....	6
CONCEPTION DE L'ÉTUDE GEAS-KINSHASA	7
POPULATION D'ÉTUDE	7
Critères d'éligibilité.....	7
Échantillonnage de base	7
Echantillonnage des vagues 2 à 4.....	8
PROCÉDURES DE COLLECTE DES DONNÉES	9
RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE L'EXPLOITATION DE GEAS VAGUE 4.....	10
EXPOSITION DE BIEN GRANDIR !.....	10
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES À LA VAGUE 4	10
COMPARAISON ENTRE L'INTERVENTION ET LE CONTRÔLE AU DÉPART ET À LA VAGUE 4.....	11
1. CONNAISSANCES DE LA SSR	11
CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.....	12
ATTITUDES DE SSR	16
COMPORTEMENTS RELATIONNELS, SEXUELS ET REPRODUCTIFS	21
2. ACTIFS ET AGENCE	23
LIEN AVEC LE PERSONNEL	23
ATTITUDES ET EXPÉRIENCES LIÉES AU DÉVELOPPEMENT PUBERTAIRE ET AU CONFORT CORPOREL	24
CAPACITE D'AGIR	27
COMMUNICATION SEXUELLE	29
3. ATTITUDES ET NORMES ÉQUITABLES POUR LES HOMMES ET LES FEMMES.....	33

PERCEPTIONS DES NORMES DE GENRE	33
ATTITUDES LIÉES AU GENRE ET AU SEXE	35
4. COMPORTEMENTS ÉQUITABLES ENTRE LES SEXES.....	38
PARTAGE DES CORVÉES	38
TAQUINERIES ET VIOLENCE	39
LIMITATIONS	42
RESUME DES RESULTATS	43
LA COHORTE GEAS A KINSHASA ET L'IMPACT DE BG !.....	43
RÉFÉRENCES	46
ANNEXES	47
Annexe A. Organigramme de la population étudiée au cours des quatre phases de collecte de données	47
Annexe B. Perte lors du suivi de les données initiales à la quatrième vague	48
Annexe C. Organigramme de la population analytique de la troisième vague.....	49
Annexe D. Analyse par protocole d'adolescent.es non scolarisé.es	50
Annexe E. Analyse des adolescent.es scolarisé.es par protocole.....	60
Annexe F. Résultats de l'évaluation par vague.....	69

TABLEAUX

Tableau 1 Bien Grandir ! Ensemble d'interventions à plusieurs niveaux	5
---	---

FIGURES

Figure 1 Le modèle socio-écologique.....	2
Figure 2 BG! Théorie du changement.....	3
Figure 3 BG! Boîte à outils.....	4
Figure 4 Connaissances de la grossesse.....	12
Figure 5 Connaissances de la grossesse (IS seulement).....	13
Figure 6 Connaissances du VIH.....	13
Figure 7 Sait où aller pour obtenir des préservatifs.....	14
Figure 8 Sait où aller pour obtenir une contraception (filles seulement).....	14
Figure 9 Connaissance de la contraception à la V4 (par sexe).....	15
Figure 10 Connaissance de la contraception à la V4 (par statut scolaire).....	15
Figure 11 Connaissance des méthodes contraceptives au fil du temps*.....	16
Figure 12 Gêné de se procurer des préservatifs.....	17
Figure 13 Gêné d'obtenir une contraception (question posée aux filles uniquement).....	17
Figure 14 Attitudes à l'égard de la contraception lors de la quatrième vague (par sexe).....	18
Figure 15 Attitudes vis-à-vis de la contraception à la quatrième vague (par groupe d'étude).....	19
Figure 16 Attitudes envers la contraception (à travers les vagues 2 - 4).....	20
Figure 17 Engagé dans des relations amoureuses (jamais - par groupe d'étude).....	21
Figure 18 Déjà engagé dans une relation amoureuse.....	21
Figure 19 Approbation des comportements de contrôle du partenaire (par sexe).....	22
Figure 20 Contrôle moyen perçu du partenaire actuel/précédent (par sexe).....	22
Figure 21 Contrôle moyen perçu du partenaire actuel/récemment (par groupe d'étude).....	22
Figure 22 Rapports sexuels antérieurs (parmi le groupe de contrôle) — par sexe.....	23
Figure 23 Rapports sexuels antérieurs (dans le groupe d'intervention) — par sexe.....	23
Figure 24 Utilisation de contraceptifs lors du premier rapport sexuel (rapport de la quatrième vague).....	23
Figure 25 Lien avec les parents.....	24
Figure 26 Satisfaction corporelle.....	25
Figure 27 Les filles doivent être fières de leur corps lorsqu'elles deviennent des femmes.....	26
Figure 28 Les filles doivent être fières de leur corps lorsqu'elles deviennent des femmes (OOS uniquement).....	26
Figure 29 Attitudes face aux menstruations (honte du corps lors des menstruations).....	27
Figure 30 Suivi des périodes (sait quand arrive la prochaine période).....	27
Figure 31 Voix.....	28
Figure 32 Liberté de mouvement.....	28
Figure 33 Prise de décision.....	29
Figure 34 Ont parlé des changements corporels.....	30

Figure 35 Ont parlé des changements corporels avec les parents/soignants.....	30
Figure 36 Ont parlé de changements corporels (uniquement pour les OOS).....	31
Figure 37 Ont parlé de grossesse.....	32
Figure 38 Ont parlé de grossesse avec les parents/soignants.....	32
Figure 39 Ont parlé de grossesse (IS seulement).....	33
Figure 40 Egalité du genre dans les tâches ménagères.....	34
Figure 41 Il est normal de taquiner un garçon qui se comporte comme une fille.....	35
Figure 42 Il est normal de taquiner une fille qui se comporte comme un garçon.....	35
Figure 43 Les hommes sont toujours prêts pour le sexe.....	36
Figure 44 Il est de la responsabilité de la fille de prévenir la grossesse.....	36
Figure 45 Les femmes qui portent des préservatifs sur elles sont faciles.....	37
Figure 46 Un vrai homme devrait avoir autant de partenaires féminines que possible.....	37
Figure 47 Double standard sexuel.....	38
Figure 48 Double standard sexuel (IS uniquement).....	38
Figure 49 Les frères aident les sœurs dans les tâches ménagères.....	39
Figure 50 Victimisation par les taquineries.....	40
Figure 51 Victimisation par la violence.....	40
Figure 52 Perpétration de violences (IS uniquement).....	41
Figure 53 Perpétration de la violence.....	41

LISTE D'ACRONYMES ET DE PHRASES CLÉS

ACASI	Auto-interview audio assistée par ordinateur
OBC	Organisations à base communautaire
DiD	Difference in differences (Double différence)
RDC	République Démocratique du Congo
Projet FACT	Sensibilisation à la fécondité pour la transformation de la communauté
FLE	Éducation à la vie familiale
GAD-7	Trouble d'anxiété généralisée-7
VBG	Violence Basée sur le Genre
GEAS	Global Early Adolescent Study (Étude mondiale sur les jeunes adolescent.es)
BG !	Bien Grandir !
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
IRH	Institut pour la santé reproductive de l'université de Georgetown
ITT	Intention de traiter
JHSPH	Johns Hopkins Bloomberg Public Health (École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg)
KSPH	Kinshasa School of Public Health (École de santé publique Kinshasa)
ME	Ministère de l'Éducation
MS	Ministère de la Santé
PHQ9	Questionnaire sur la santé des patients
PNSA	Programme National de la Santé des adolescent.es
VSBG	Violence Sexuelle et Basée sur le genre
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
TJA	Très jeunes adolescent.es

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Contexte

L'étude GEAS (Global Early Adolescent Study) est une enquête mondiale sur la façon dont les normes de genre évoluent et influencent un éventail de résultats de santé pendant l'adolescence. L'étude longitudinale GEAS suit les expériences de plus de 15 000 adolescent.es, garçons et filles, sur cinq continents. A Kinshasa, l'étude évalue également Bien Grandir ! (BG !), une intervention à plusieurs niveaux qui travaille avec les jeunes adolescent.es, leurs familles et les acteurs de la communauté afin de changer les normes de genre pour une meilleure santé.

Méthodologie

Ce rapport décrit l'effet de l'intervention BG ! en utilisant des analyses de double différence pour comparer la moyenne des changements au niveau du groupe d'intervention et du groupe de contrôle au fil du temps. Il fournit également des résultats transversaux des indicateurs de santé sexuelle et reproductive (SSR) nouvellement introduits dans la vague 4, et des résultats de cohorte qui sont représentatifs de tous les participant.es au GEAS-Kinshasa.

Résultats de GEAS : Résultats de la cohorte et de l'évaluation

Près de 70 % des participant.es de l'étude de base (n=1 986 ; 69,9 %) ont été suivis lors de la quatrième vague et ont pu être appariés au cours des quatre cycles. Les données indiquent un désavantage social persistant chez tous les adolescent.es de la cohorte GEAS-Kinshasa, avec plus d'adolescent.es dans le groupe de contrôle avec le quintile de richesse le plus bas que dans le groupe d'intervention. Les indicateurs de préparation à la santé sexuelle se sont améliorés au fil du temps pour tous les adolescent.es, avec une communication en matière de SSR accrue qui s'est traduite par une amélioration des connaissances en SSR. Si la connaissance des méthodes contraceptives a augmenté dans la cohorte, les perceptions erronées et la stigmatisation sont restées prévalentes. Les filles avaient une plus grande satisfaction corporelle par rapport à l'étude de base, mais elles continuaient à avoir des scores de double standard sexuel plus élevés que les garçons. Le nombre d'adolescent.es ayant endossé le comportement atypique du genre taquin est resté élevé dans les deux groupes d'étude.

Les résultats de l'évaluation de la quatrième vague montrent que certains effets de l'intervention persistent trois ans après sa fin. Les participant.es à la quatrième vague de BG ! étaient encore plus susceptibles d'avoir des attitudes équitables entre les sexes en ce qui concerne le partage des tâches ménagères, par rapport au groupe de contrôle. D'autres effets de l'intervention ont été constatés pour les sous-groupes de BG ! : 1) par rapport au groupe de contrôle, les adolescent.es scolarisés (IS) ont constaté une légère diminution dans la relation avec les parents au fil du temps, des améliorations plus importantes dans la discussion sur la grossesse avec des personnes de confiance, et une plus grande satisfaction corporelle ; les adolescent.es IS plus jeunes (<12 ans) ont montré une plus grande amélioration des connaissances de la grossesse ; les adolescent.es IS plus âgés (12+ ans) ont montré des diminutions significatives de la perpétration de violence ; et enfin, les adolescent.es BG ! non scolarisés (OOS) ont montré des réductions dans l'embarras concernant l'obtention de la contraception.

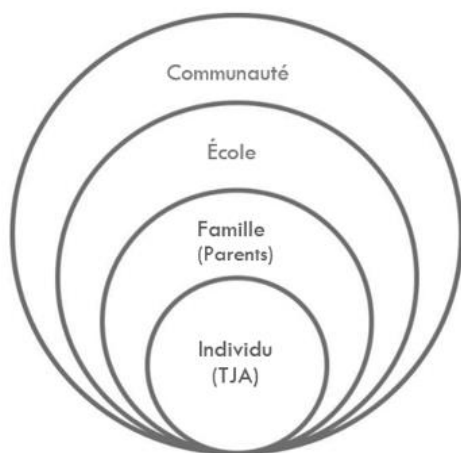
Implications de l'intervention

Les données de la quatrième vague indiquent que l'intervention de BG ! a des effets durables sur les normes de genre concernant les rôles équitables dans les ménages et sur les connaissances et la communication en matière de SSR. Le fait que des effets plus durables de l'intervention aient été observés chez les adolescent.es IS lors de la quatrième vague peut indiquer la nécessité de sessions de rappel ou d'autres interventions de soutien social auprès des adolescent.es OOS relativement défavorisés, qui ont initialement connu une plus grande amélioration des résultats lors de la deuxième vague. Les faibles changements dans d'autres mesures des normes de genre soulignent que les interventions de transformation du genre ne peuvent pas s'attaquer seules au panorama des normes de genre inéquitables dans son ensemble. Cela indique que l'engagement de la communauté reste nécessaire pour encourager l'évolution des méta-normes et soutenir le changement de comportement des adolescent.es.

A PROPOS DE BIEN GRANDIR ! INTERVENTION

BG ! est une intervention à plusieurs niveaux destinée aux TJA, à leurs parents, à leurs soignants et à d'autres membres influents de la communauté. BG ! a été mis en œuvre par Save the Children à Kinshasa de septembre 2017 à juin 2018. Il a utilisé une approche écologique pour fournir des informations et aborder les normes sociales et de genre liées à la santé reproductive et au bien-être à chacun des niveaux écologiques (comme le montre la figure 1), dans le but d'améliorer les connaissances et les atouts en matière de SSR des TJA scolarisé.es et non scolarisé.es, de favoriser des attitudes et des normes équitables entre les sexes et des attitudes et des comportements non violents.

Figure 1 | Le modèle socio-écologique



L'intervention a été guidée par une théorie du changement (TOC) qui articule la manière dont l'amélioration de multiples mécanismes de changement contribue aux résultats tout en favorisant simultanément des normes sociales de soutien (Figure 2). La TOC et le matériel d'intervention sous-jacent ciblent des attitudes et des comportements entièrement pertinents non seulement pour les TJA mais aussi pour les adultes dans leur vie (par exemple, le partage équitables des tâches ménagères, la discussion intergénérationnelle sur la puberté et les objectifs futurs). Comme indiqué dans la TOC (Figure 2), les quatre résultats intermédiaires de l'intervention BG ! sont les suivants :

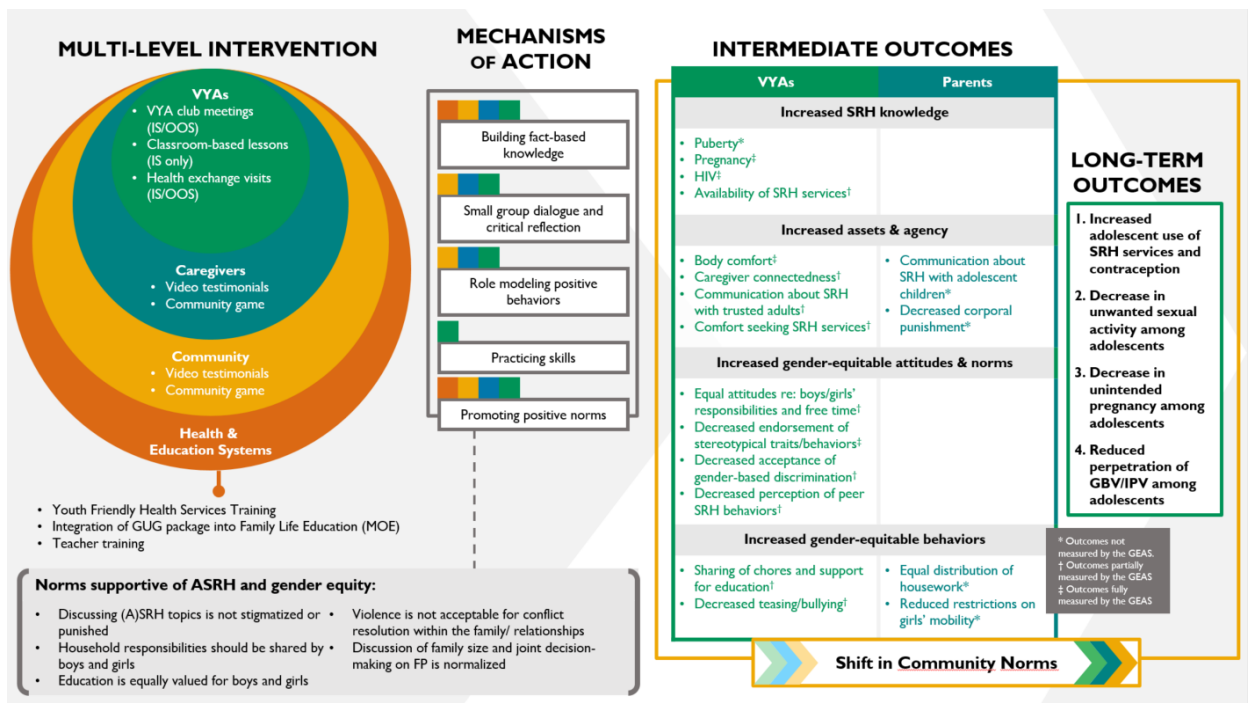
- Améliorer les connaissances des TJA en matière de SSR
- Améliorer les ressources et la capacité d'agir des TJA et parents/tuteurs¹

¹ Remarque : l'étude GEAS a été conçue pour évaluer uniquement les résultats des adolescent.es. Les résultats des parents/soignants ont été évalués via des entretiens qualitatifs en 2018. Voir : Bien Grandir ! Un an après, le projet est prometteur en matière de développement des compétences et d'évolution des normes. Janvier 2021. Washington, D.C. : Institut pour la Santé de la Reproduction, Université de Georgetown pour l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et la Fondation Bill et Melinda Gates. Disponible sur : <https://irh.org/resource-library/BG!-wave-1-and-2-impact-brief/>

- Améliorer les attitudes et les normes des TJA en matière d'égalité des sexes.
- Améliorer les comportements non violents et équitables entre les sexes chez les TJA et les parents/tuteurs.

BG ! s'est inspiré d'autres approches réussies pour améliorer l'équité de genre et la santé reproductive chez les adolescent.es, et il intègre des recommandations fondées sur des données probantes pour les interventions de santé auprès des jeunes. Il cible délibérément les TJA, un groupe démographique critique, pour les atteindre avant le début de la puberté. Cette intervention rapide vise à donner l'occasion de façonner la trajectoire de la santé et de prévenir de manière proactive les problèmes de santé, notamment la santé de la reproduction, plutôt que de traiter les problèmes de santé au fur et à mesure qu'ils se présentent. Il utilise également une approche holistique des interventions de santé des TJA, tenant en compte les multiples niveaux d'influence des parents, des pairs, des enseignant.es et des leaders communautaires.

Figure 2 | BG ! Théorie du changement



Activités pour les très jeunes adolescent.es

Les TJA scolarisé.es et non scolarisé.es participent à des réunions hebdomadaires de groupes mixtes utilisant un ensemble de matériels interactifs issus de la boîte à outils de BG ! (voir figure 3) pour discuter et réfléchir sur les normes. Les TJA membres sont regroupées en clubs de 25 pairs environ. Les TJA scolarisé.es participent à des clubs scolaires autogérés qui sont dirigés par des TJA leaders formés pendant toute l'année scolaire (environ 20 sessions), tandis que les TJA non scolarisé.es participent à des clubs communautaires dirigés par des animateurs d'organisations à base communautaires locales formés (environ 28 sessions). Tous les clubs TJA participent à une session dirigée par un prestataire de santé formé sur la prestation de services de santé adaptés aux adolescent.es, ainsi qu'à une visite au centre de santé le plus proche afin de favoriser les liens avec le système de santé et de réduire la stigmatisation.

Activités pour les parents et les soignants

Les parents des membres du club TJA participent à une série de discussions guidées suscitées par six vidéos de témoignages différents mettant en scène des parents de leur communauté qui ont adopté des comportements clés (cibles) liés au genre, à l'éducation des filles et à la communication sur la puberté et la sexualité. Les discussions sont menées par des animateurs formés issus d'OBC et se concentrent sur les normes sociales qui sous-tendent et déterminent les comportements en matière de santé.

Activités en milieu scolaire

Les enseignant.es et les autres responsables de l'école s'engagent de plusieurs manières. Trois enseignant.es du point focal de chaque école sont orientés vers la boîte à outils BG ! et reçoivent un document de référence pour les aider à relier les activités au programme national d'apprentissage de la vie. Les enseignant.es servent également de ressources pour les clubs scolaires TJA et de mentors pour les dirigeants des clubs TJA. Les activités scolaires ont pour but de toucher l'ensemble de l'école au-delà des membres du club TJA afin de favoriser la diffusion de nouvelles idées et d'encourager le changement de normes sociales. Cependant, il n'y a pas de nombre ou de fréquence déterminé pour les sessions en classe, de sorte que l'utilisation en classe du matériel d'intervention varie selon les écoles.

Activités pour la communauté

Les membres de la communauté sont invités à participer à un jeu amusant et interactif afin d'explorer les normes relatives à la santé et au sexe des TJA, ainsi qu'à visionner et à réfléchir aux témoignages vidéo développés pour les sessions parentales. Le travail d'équipe et le débat pendant le jeu collaboratif et les réflexions après le visionnage des vidéos sont autant d'occasions pour les membres de la communauté de discuter de la manière dont les normes influencent les comportements qui ont un impact sur les TJA. Un effort est fait pour impliquer dans ces activités les chefs traditionnels et religieux, ainsi que d'autres personnes influentes.

Figure 3 | BG ! Boîte à outils

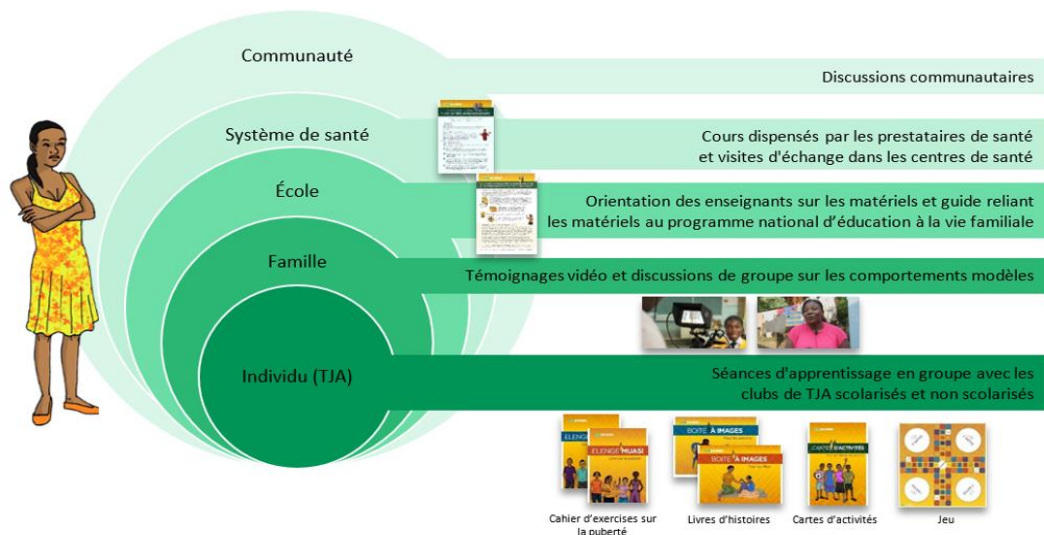


Tableau 1 | Bien Grandir ! Ensemble d'interventions à plusieurs niveaux

Niveau	Activité	Matériels
Individu (TJA)	À l'école : environ 20 sessions de club hebdomadaires (dirigées par des pairs). En dehors de l'école : environ 28 sessions de club hebdomadaires (animées par des adultes).	Cahiers d'exercices sur la puberté (filles et garçons) Livres d'histoires (filles et garçons) Cartes d'activités Jeu
Famille (tuteurs/trices)	Six projections vidéo et des discussions animées	Vidéos de témoignages
École	Séances en classe (dirigées par l'enseignant.e ; à volonté - pas de fréquence fixe)	Ressources pour les enseignant.es en lien avec le programme national d'éducation à la vie familiale
Système de santé	Une séance dirigée par un prestataire de santé par club TJA Une visite au centre de santé par club TJA	Guide pour la leçon dirigée par le prestataire de santé Instructions pour la visite au centre de santé
Communauté	Sessions communautaires de collaboration (mensuelles)	Vidéos de témoignages Jeu communautaire

À PROPOS DE GLOBAL EARLY ADOLESCENT STUDY

Vue d'ensemble

GEAS est la première étude mondiale à explorer le processus de socialisation des genres au début de l'adolescence et la manière dont ce processus influe sur les trajectoires de santé et de comportement des garçons et des filles tout au long de l'adolescence et dans différents contextes.

Étude longitudinale

Le GEAS utilise une conception longitudinale pour évaluer la relation entre l'évolution des normes de genre et une série de résultats de santé clés au cours de la période de l'adolescence — y compris la santé sexuelle, la violence basée sur le genre et la santé mentale — ainsi que la façon dont cela est influencé par des facteurs aux niveaux individuel, familial, communautaire et sociétal. L'étude donne un aperçu unique sur la manière dont ces relations varient selon les cultures et le sexe. Dans un sous-ensemble de sites, dont Kinshasa, le GEAS est utilisé en conjonction avec une intervention de transformation du genre pour évaluer les changements dans les croyances individuelles de genre et les influences sur les trajectoires de santé au fil du temps.

Kinshasa a été le premier site longitudinal du GEAS et est géré par l'école de santé publique à Kinshasa « Kinshasa School Of Public Health » (KSPH), en collaboration avec le centre de coordination du GEAS de l'Université Johns Hopkins. Le projet est financé conjointement par la Fondation Bill & Melinda Gates et l'Agence américaine pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'initiative mondiale [Projet Passages](#). Passages est dirigé par l'Institut pour la santé reproductive de l'Université de Georgetown (IRH) et un consortium de partenaires comprenant le GEAS, Save the Children, Tearfund et FHI 360. Le projet Passages, financé par l'USAID teste et évalue les

interventions de changement normatif dans le but de transformer les normes sociales à grande échelle afin de promouvoir la planification familiale et la santé reproductive. Dans le cadre du projet Passages, le GEAS sert à évaluer Bien Grandir!, une intervention menée par Save the Children et des organisations à base communautaire (OBC) partenaires pour transformer la santé reproductive et les normes de genre chez les très jeunes adolescent.es (TJA) âgés de 10 à 14 ans au début de l'enquête à Kinshasa.

Cadre de l'étude

Sortant de plus de trois décennies de guerre, avec d'importants troubles civils subsistant dans certaines provinces de l'Est et du Centre, la République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des pays les plus pauvres du monde se classant 175^e sur 188 selon l'indice de développement humain (PNUD, 2019). La forte prévalence de la violence sexuelle et sexiste (VBGS) : 57 % des femmes ont déclaré avoir subi des violences sexuelles ou physiques à un moment de leur vie, parmi elles 27 % ont déclaré avoir subi des violences sexuelles (EDS, 2013-2014) ; ce qui révèle des normes et des pratiques inéquitables de genres profondément ancrées qui prédominent dans tout le pays. Les droits des femmes sont limités dans plusieurs aspects — notamment l'accès à la propriété foncière, les droits civils restreints, la participation minimale au gouvernement et à la main-d'œuvre — ce qui se traduit par des taux de pauvreté plus élevés et des taux d'alphabétisation plus faibles chez les femmes que chez les hommes (Matundu Mbambi & Faray-Kele, 2010 ; EDS 2013-2014).

Kinshasa, où l'intervention de BG ! a eu lieu, est la deuxième plus grande ville d'Afrique subsaharienne avec plus de 17 millions d'habitants, soit plus de 16 % de la population totale du pays. La population totale a rapidement augmenté ces dernières années avec la migration des zones touchées par le conflit au Centre et à l'Est de la RDC. La ville est un lieu de vie complexe, difficile et parfois violent, avec des taux élevés de pauvreté et de chômage, d'inégalité, d'éducation et de santé de faible qualité.

Cependant, un meilleur accès et une meilleure utilisation des services sont également apparents : à 4,4, l'indice synthétique de fécondité à Kinshasa est inférieur à celui des autres régions du pays ; et le taux de prévalence de la contraception moderne est également supérieur à celui des autres provinces, à 21 % (PMA2020).

À Kinshasa, en 2018, 22 % des filles de 18 à 24 ans avaient été mariées et 13,6 % avaient accouché avant l'âge de 18 ans (PMA2020, 2018). Ces estimations sont plus élevées chez les adolescent.es les plus pauvres, ce qui expose ces filles à un risque plus élevé de complications et de décès liés à la grossesse. Les filles enceintes et/ou en âge de procréer sont plus susceptibles que leurs camarades d'abandonner l'école, ce qui accroît leur charge économique et celle de leur famille. Les taux d'alphabétisation des 15-24 ans indiquent des inégalités entre les sexes, avec un taux d'alphabétisation de 73,6 % pour les filles contre 91,2 % pour les garçons (DHS 2013-2014). Dans la ville de Kinshasa, les 16 % d'enfants en âge d'être scolarisés qui ne le sont pas (OOS) courent un risque encore plus élevé de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST), de tomber enceinte et de subir des violences basées sur le genre que leurs camarades scolarisés (IS). Les communes de Masina et de Kimbanseke, où l'intervention de BG ! et l'évaluation de GEAS ont lieu, représentent certains des environnements les plus pauvres et les plus difficiles de Kinshasa pour les jeunes scolarisé.es et non scolarisé.es.

Le gouvernement s'est montré proactif dans son soutien à la jeunesse en créant un département spécifique pour les adolescent.es au sein du ministère de la Santé (MS), le Programme National de la Santé des Adolescent.es (PNSA), et un programme national d'éducation à la vie familiale mandaté par le ministère de l'Éducation (ME), bien qu'il manque encore de ressources et de capacités nécessaires. Par conséquent, cette lacune dans les politiques et les pratiques fait que peu de plus jeunes adolescent.es sont en mesure d'accéder à des informations et à des services de santé reproductive de bonne qualité et adaptés à leur âge.

S'il est vrai que de nombreux risques pèsent sur la santé reproductive des adolescent.es, il est tout aussi vrai que les politiques et les structures nationales, en faveur de la jeunesse, offrent également une orientation, avec des possibilités importantes d'amélioration substantielle de la santé et du bien-être, surtout si des efforts sont déployés pour renforcer les fondements du développement durable, notamment les capacités des jeunes et l'égalité de genre.

CONCEPTION DE L'ÉTUDE GEAS-KINSHASA

Cette étude menée à Masina et Kimbanseke, Kinshasa, combine 1) une étude de recherche observationnelle qui explore comment les perceptions sur les normes de genre sont co-construites au début de l'adolescence et comment elles prédisent une gamme de résultats et 2) une évaluation d'impact pour évaluer les effets de l'intervention BG ! chez les jeunes adolescent.es à Kinshasa. Les composantes des évaluations d'observation et d'impact sont incluses dans un seul modèle de GEAS à Kinshasa défini comme une étude longitudinale quasi-expérimentale avec une intervention et un groupe de contrôle, chacun divisé en 2 sous-groupes, les adolescent.es scolarisé.es (IS) et non scolarisé.es (OOS). Au total, 2 842 adolescent.es ont rempli l'étude de base entre juin et novembre 2017.

POPULATION D'ÉTUDE

Critères d'éligibilité

Les adolescent.es ont été initialement inclus dans l'étude compte tenu de leur âge qui devait être de 10 à 14 ans au moment de l'étude de base, s'ils avaient donné leur accord pour participer à l'étude, s'ils vivaient dans les quartiers d'étude de Masina ou de Kimbanseke, et si leurs parents ou tuteurs avaient consenti à la participation de leur enfant à l'étude.

Échantillonnage de base

Non scolarisé

Au début de l'enquête, les adolescent.es ont été recrutés en utilisant une procédure d'échantillonnage à plusieurs étapes. Tout d'abord, les quartiers des deux communes ont été sélectionnés en utilisant un échantillonnage aléatoire simple. Dans chaque quartier sélectionné, les adolescent.es OOS âgé.es de 10 à 14 ans ont été identifiés par des Organisations à Base Communautaire (OBC) en partenariat avec Save the Children. Les OBC ont cartographié les adolescent.es OOS résident dans les quartiers sélectionnés et ont établi une liste d'échantillonnage. Elles ont ensuite réduit cette liste en gardant les adolescent.es qui répondaient aux critères suivants : avoir quitté l'école depuis plus de deux ans, ne pas s'attendre à être inscrit à l'école l'année suivante et ne pas avoir l'intention de quitter leur quartier actuel. A partir la liste d'échantillonnage, des groupes de 25 adolescent.es ont été sélectionnés à partir de cette liste de façon aléatoire pour constituer des groupes d'intervention.

Un processus similaire a été utilisé pour recruter les adolescent.es non scolarisés (OOS) du groupe de contrôle. Avec l'aide des OBC, les OOS ont été identifiés par la même procédure de cartographie. Dans chaque quartier, deux listes distinctes ont été établies par sexe, puis triées par âge afin d'obtenir une

répartition acceptable des âges. Ces listes ont été numérotées et ensuite utilisées pour tirer un échantillon aléatoire (avec des sauvegardes) en utilisant le générateur de nombres aléatoires dans Microsoft Excel. La liste des adolescent.es sélectionnés a ensuite été remise aux OBC afin qu'elles contactent les parents et les adolescent.es pour les inviter à participer à l'enquête. Si un adolescent et/ou un tuteur refusait de participer, il est remplacé par un autre qui est sélectionné à partir de la liste de remplaçants. Ce processus a été répété jusqu'à ce que la taille d'échantillon requise soit atteinte.

Scolarisé

Les adolescent.es IS ont été recrutés dans les mêmes quartiers que les adolescent.es OOS pour faciliter le suivi des groupes d'intervention et éviter la contamination entre les groupes d'étude. Save the Children et les OBC ont effectué un exercice de cartographie dans toutes les écoles primaires ou secondaires de chacune des deux municipalités sélectionnées accueillant des adolescent.es âgés de 10 à 14 ans. Les écoles ont été regroupées par type d'école (par exemple, publique, religieuse ou privée). Vingt écoles dans chaque municipalité ont été sélectionnées à l'aide d'Excel, en espérant que chaque école inscrive 25 élèves à l'enquête. Les chefs d'établissement ont été invités à une réunion avec l'équipe de recherche afin de fournir une explication de l'enquête, puis d'établir une liste de tous les élèves âgés de 10 à 14 ans dans les zones de contrôle et d'intervention. Dans le cas où il y'avait 25 adolescent.es ou moins sur la liste, ils ont tous été contactés. Si la liste d'une école était supérieure à 25 élèves, un échantillonnage aléatoire simple a été appliqué pour sélectionner 25 participant.es, répartis par sexe. La liste a été remise aux chefs d'établissement pour faciliter le contact avec les participant.es.

Échantillonnage des vagues 2 à 4

L'équipe de l'École de Santé publique de Kinshasa a suivi deux approches différentes pour recontacter les participant.es IS et OOS pour les vagues de suivi de la collecte de données, bien que les informations collectées auprès de la famille de chaque participant. e étaient cohérentes (nom, âge, sexe, école lors de l'inscription et numéros de téléphone).

- Les participant.es *scolarisé.es* (IS) ont été contactés par l'intermédiaire de l'administration scolaire et des enseignant.es, en utilisant les procédures scolaires existants pour établir les horaires de l'enquête et informer les participant.es. Les participant.es, qui étaient scolarisé.es au début de l'enquête, mais avaient quitté l'école, changé d'école ou déménagé, ont été suivi.es à l'aide des informations existantes fournies par les enseignant.es et les administrateurs.trices scolaires, ainsi que par les OBC et les ressources du quartier. Cependant, les enseignant.es et les administrateurs.trices scolaires étaient limités dans leur capacité à localiser les élèves participant.es qui avaient changé d'école entre les vagues.
- Les participant.es *non scolarisé.es* (OOS) ont été localisés par KSPH en collaboration avec une équipe de représentants d'organisations non gouvernementales et d'associations communautaires travaillant dans les quartiers sélectionnés. Dans les cas où il était difficile de joindre les adolescent.es non scolarisé.es, les équipes de collecte des données ont contacté les voisins afin de recueillir des informations supplémentaires pour les localiser

La collecte de données a commencé par une série de réunions avec les administrateurs des écoles pour les interventions auprès des adolescent.es IS et avec les OBC pour les adolescent.es OOS, afin de discuter des activités de collecte de données à venir ainsi que des défis rencontrés lors de l'étude de base. La collecte de données a commencé par une série de réunions avec les administrateurs des écoles pour les interventions auprès des adolescent.es IS et avec les OBC pour les adolescent.es OOS, afin de discuter des activités de collecte de données à venir ainsi que des défis rencontrés lors de l'étude de base. Les administrateurs.trices des écoles et les OBC ont ensuite été contacté.es par téléphone pour

leur fournir la liste des participant.es encore disponibles et pour fixer les dates et heures d'administration de l'enquête. Il a également été demandé aux administrateurs des écoles et aux OBC de recueillir des informations sur les participant.es qui avaient changé l'école ou qui ont changé de domicile, afin de pouvoir les atteindre. Tous les participant.es identifié.es ont été invité.es à participer à la quatrième vague en utilisant les mêmes procédures de collecte de données que la première vague, avec 2 263 réinterrogés lors de la quatrième vague et 1 986 appariés aux répondants de la première vague.

PROCÉDURES DE COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données de la quatrième vague a eu lieu entre avril et juillet 2021. Au début de la collecte des données, le taux moyen de cas de COVID-19 en 7 jours était inférieur à 50, mais il est monté en flèche en juin pour atteindre un pic de 407 cas le 2 juillet, qui a diminué depuis. Comme la majorité de la collecte de données a eu lieu avant le pic, les enquêtes ont été réalisées en présentiel en amenant de petits groupes d'adolescent.es dans un lieu au sein des communautés locales, en respectant les directives locales concernant les restrictions sur la taille des groupes. Les participant.es avaient pour consigne de ne pas se présenter au rendez-vous s'ils présentaient des symptômes liés à la COVID-19, mais cela ne s'est jamais arrivé. Tous les lieux pour la collecte de données et les tablettes étaient aseptisés, et les participant.es étaient tenus de porter des masques lorsqu'ils se trouvaient sur le lieu de l'étude. La collecte des données a été effectuée à travers des entretiens en face à face avec un enquêteur, mais les questions sensibles ont été administrées à l'aide d'un système d'auto-interview assistée par ordinateur (ACASI) afin d'assurer la confidentialité. Dans la mesure du possible, le sexe de l'enquêteur et celui de l'enquêté ont été appariés. Les entretiens ont duré en moyenne 1,5 heure, y compris le temps deux pauses au minimum. Pour les adolescent.es qui ont été joignable dès le premier contact par l'école et l'OBC, les entretiens ont été organisés par école et dans des espaces communautaires (église, espaces associatifs ou espaces scolaires). Pour les participant.es atteints par le biais de recherches actives, les entretiens ont été menés chez eux, dans un endroit calme, où leurs parents ou tuteurs/trices ne pourront pas entendre. Chaque enquêteur a mené un maximum de deux entretiens par jour, et dans le cas des entretiens de groupe, le nombre d'agents de collecte de données envoyés était proportionnel au nombre de participant.es attendu.

Les entretiens ont été réalisés en Lingala à l'aide de tablettes et téléchargés sur le serveur de SurveyCTO. Les agents de collecte de données ont reçu une formation de recyclage de quatre jours sur les questionnaires et un pré-test avant la collecte des données.

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE BG DE GEAS VAGUE 4

Cette section décrit les différences entre les groupes d'intervention et de contrôle deux ans et demi après la fin de l'intervention, tout en tenant compte des différences de base. Cette approche de « double différence » se concentre spécifiquement sur la manière dont les deux groupes ont évolué depuis les enquêtes initiales et sur la comparaison des changements entre ces deux groupes. Nous présentons les résultats basés sur une analyse en intention de traiter (ITT, comparaison de l'intervention et du contrôle indépendamment de l'exposition à BG !). Les analyses de sensibilité ont été réalisées à l'aide d'analyses par protocole (PPA, voir annexes D et E).

EXPOSITION A BIEN GRANDIR !

L'intervention BG ! (septembre 2017 à juin 2018) a été conçue pour engager les TJA dans des sessions de club hebdomadaires au cours des neuf mois de l'année scolaire (pour les TJA IS). Pour les TJA non scolarisé.es les sessions du club ont durée deux mois supplémentaires. Dans l'ensemble, après avoir tenu compte des vacances et des périodes d'examen, les clubs scolaires des TJA se sont réunis pendant 26 séances hebdomadaires environ, tandis que les clubs communautaires (pour les TJA OOS) se sont réunis pendant 28 séances hebdomadaires en moyenne. Il n'y avait pas de format standard pour les réunions hebdomadaires. Les animateurs de club pouvaient utiliser tous les matériels du kit TJA qu'ils souhaitaient, dans n'importe quel ordre ou fréquence, mais ils étaient encouragés à utiliser tous les matériels dans leur intégralité au moins une fois avant la fin de la période d'intervention. La boîte à outils pour les TJA comprenait trois documentations à utiliser en groupe : des livres d'histoires (un pour les garçons et un pour les filles), des cartes d'activités et le jeu interactif. Des livres sur la puberté pour les filles et les garçons ont été distribués à chaque TJA participante pour l'emporter, bien qu'ils puissent aussi être utilisés comme références ou pour inspirer la discussion pendant les sessions hebdomadaires.

Bien que l'intervention n'ait couvert qu'une année (entre l'enquête de base et la deuxième vague de l'enquête GEAS), l'exposition aux activités de BG ! au cours de la deuxième année a tout de même été signalée. La continuité de l'exposition aux activités de BG ! après la fin officielle de l'intervention peut refléter l'intégration du matériel et des activités de BG ! dans le programme scolaire, soit comme une continuation des activités précédentes ou comme un processus de mise à l'échelle étant donné que l'intervention de BG ! a été étendue à d'autres communes de Kinshasa.

Ainsi, quarante pour cent (40%) des adolescent.es du groupe d'intervention ont indiqué avoir participé à au moins une des trois activités (club TJA, session en classe ou session communautaire) au cours des six mois précédant la troisième vague. Environ un quart (24 %) des TJA du groupe de contrôle ont été exposés aux activités de BG ! dans les six mois précédant la troisième vague, la plupart d'entre eux (80%) étant scolarisés. L'exposition aux activités de BG ! n'a pas été évaluée lors de la quatrième vague.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES À LA VAGUE 4

A la vague 4, l'âge moyen des adolescent.es participant à l'enquête GEAS était de 14,6 ans. 81 % des garçons et 84 % des filles étaient encore scolarisés, sans différence entre les groupes d'intervention et de contrôle (84 % contre 80 %). Le niveau d'éducation et les niveaux d'alphabétisation se sont améliorés au fil du temps dans tous les groupes de l'étude, bien que l'écart entre les groupes d'intervention et de contrôle observé au départ ait existé à la vague 4, avec un niveau d'éducation plus élevé relativement à l'âge chez les adolescent.es IS de l'intervention par rapport aux groupes de contrôle (85,21 % contre 77,55 %, $p < 0,001$).

Trente-trois virgule quarante-deux pour cent (33,42 %) des adolescent.es vivaient dans les ménages les plus pauvres (tertiles les plus bas), avec un plus grand nombre dans le groupe de contrôle par rapport au groupe d'intervention (37,01 % contre 29,88 %). Un tiers des adolescent.es ne vivaient pas avec leurs deux parents (29,42 %), sans différence entre les groupes d'intervention et de contrôle.

Lors de la quatrième vague, 50,43 % des adolescent.es ont déclaré passer du temps avec leurs pairs sur une base quotidienne, sans différence entre les groupes d'étude. Les garçons étaient plus susceptibles de passer du temps avec leurs amis sur une base quotidienne que les filles (60,85 % contre 39,56 %). Cependant, les filles sont maintenant plus susceptibles d'avoir des réseaux de pairs mixtes que les garçons (45,40 % contre 40,95 %), ce qui représente un renversement par rapport à la situation de départ.

COMPARAISON ENTRE L'INTERVENTION ET LE CONTRÔLE AU DÉPART ET À LA VAGUE 4

Nous présentons les résultats de la quatrième vague en fonction des quatre résultats cibles de l'intervention BG ! (tels que présentés dans le rapport BG ! Théorie du changement - Figure 2 ci-dessus) : (1) Connaissances en matière de SSR ; (2) Ressource et autonomie ; (3) Attitudes et normes équitables en matière de genre ; et (4) Comportements équitables en matière de genre.

Les barres bleues sur les graphiques indiquent les résultats de l'étude de base et les vertes représentent les résultats de la quatrième vague, les couleurs plus foncées indiquent une différence statistique significative entre les groupes d'intervention et de contrôle. Les graphiques orange représentent les données spécifiques aux indicateurs de SSR. Cela est dû au fait que le GEAS comprenait un certain nombre de questions explorant les attitudes des adolescent.es en matière de sexualité et de contraception. Alors qu'un certain nombre de ces indicateurs étaient inclus au départ (et représentés par des barres bleues), d'autres sujets ont été intégrés au niveau des adolescent.es plus âgés (15 ans et plus) lors des vagues suivantes (certains étant introduits pour la première fois lors de la quatrième vague).

I. CONNAISSANCES DE LA SSR

CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Quatre dimensions des connaissances en matière de sexualité et de reproduction ont été examinées dans le GEAS, notamment : deux indices de connaissances — comment prévenir la grossesse et le VIH ; les connaissances sur les lieux d'accès aux moyens de prévention (préservatifs et contraception) ; et les connaissances sur les méthodes de contraception disponibles en République démocratique du Congo.

Au départ, quelques différences en matière de santé sexuelle et de connaissances sur la reproduction ont été notées entre les adolescent.es IS et OOS dans les groupes d'intervention et de contrôle. Plus précisément, les adolescent.es du groupe d'intervention OOS avaient des niveaux de connaissances plus élevés sur la grossesse, étaient plus susceptibles de savoir où obtenir un préservatif et une contraception que le groupe de contrôle. Aucune différence de ce type n'a été constatée chez les adolescent.es de l'IS. En fait, les filles du groupe de contrôle IS étaient légèrement plus susceptibles de savoir où obtenir une contraception.

Les connaissances en matière de prévention de la grossesse ont augmenté au fil du temps pour tous les groupes d'étude (figure 4). Les gains de connaissances ont été observés de manière égale entre les adolescent.es des groupes d'intervention et de contrôle et n'ont été que partiellement maintenus dans le temps. Cependant, lorsqu'on examine les connaissances sur la grossesse en fonction de l'âge et du statut scolaire (Figure 5), on constate une plus grande amélioration chez les adolescent.es IS plus jeunes qui ont bénéficié de l'intervention que chez les témoins IS plus jeunes (OU : 0,59, IC 95 % [0,07, 1,11]). Les améliorations des connaissances sur le VIH (Figure 6) étaient également visibles et comparables entre les groupes d'intervention et de contrôle. Malgré ces améliorations, les connaissances sur la grossesse et la prévention du VIH sont restées sous-optimales, les adolescent.es n'ayant fourni que la moitié des bonnes réponses aux questions de connaissances.

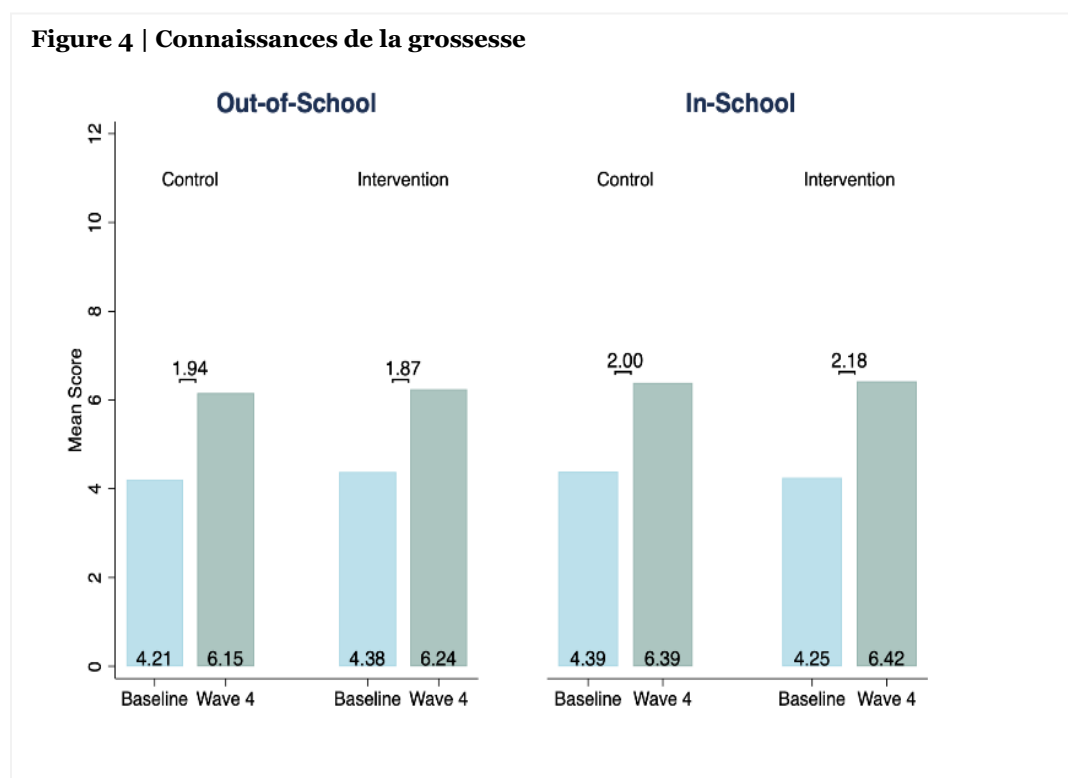


Figure 5 | Connaissances de la grossesse (IS seulement)

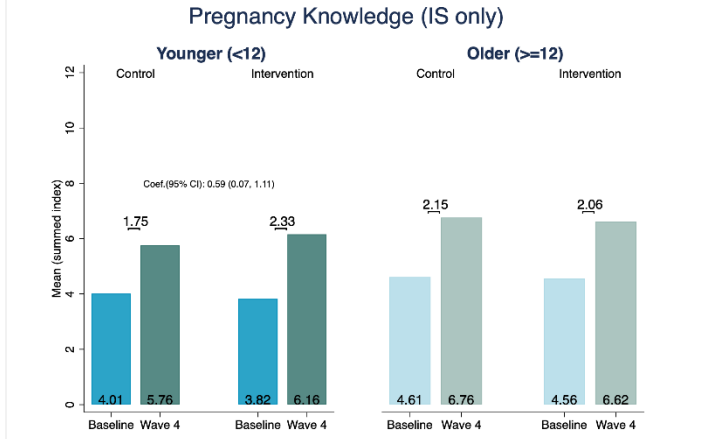
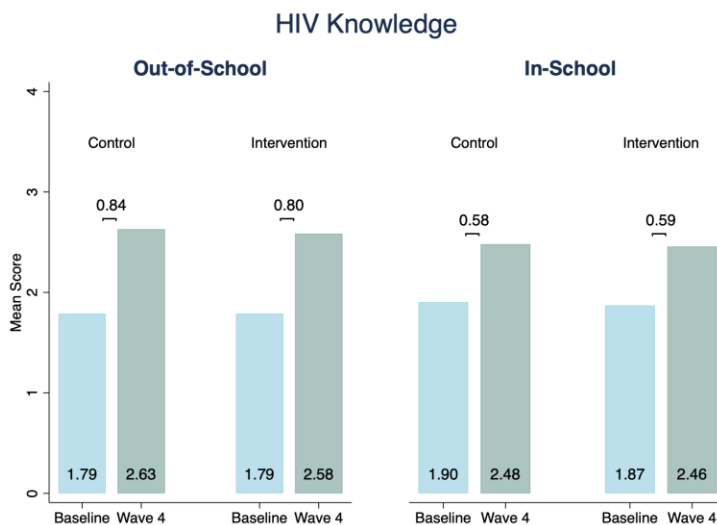


Figure 6 | Connaissances sur le VIH



Les connaissances sur l'accès aux services de prévention, notamment sur l'endroit où obtenir des préservatifs (figure 7) et une contraception, se sont améliorées au fil du temps (figure 8). La connaissance de l'endroit où se procurer des préservatifs a augmenté de 25 points de pourcentage chez les adolescent.es OOS et de 30 points de pourcentage chez les adolescent.es IS, bien qu'il n'y ait pas de différence globale entre les groupes d'intervention et de contrôle. De même, la connaissance de l'endroit où obtenir une contraception a augmenté chez les filles de tous les groupes, avec des augmentations plus importantes chez les filles OOS que les filles IS (aucun effet de l'intervention).

Figure 7 | Sait où aller pour obtenir des préservatifs

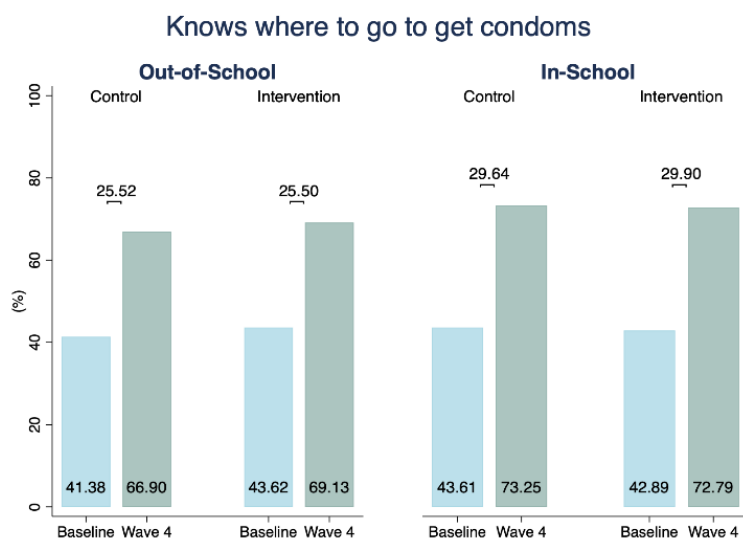
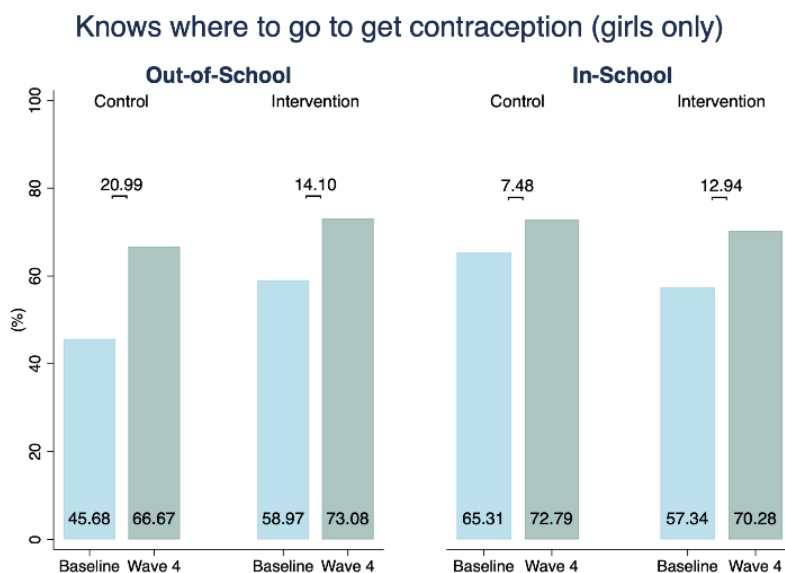


Figure 8 | Sait où aller pour obtenir une contraception (filles seulement)



Parmi les adolescent.es âgés de 15 ans et plus, tous les répondants connaissaient au moins une méthode contraceptive.² bien qu'il y ait quelques différences selon le sexe (Figure 9). Les filles connaissaient mieux que les garçons les méthodes efficaces de contraception à courte et longue durée (44 % contre 32 %), bien que de nombreuses filles et garçons ne connaissaient que les méthodes de barrière ou naturelles (43 % et 47 %). Il n'y a pas de différences dans la connaissance des méthodes contraceptives selon le statut scolaire (Figure 10) ou selon l'exposition à l'intervention (Figure 11), la grande majorité des enquêtés connaissant à la fois les méthodes à courte et à longue durée d'action. L'augmentation de la connaissance des méthodes à courte et longue durée d'action s'est surtout

² Les méthodes hormonales à courte durée d'action comprenaient les pilules et les injectables. Les méthodes à action prolongée comprenaient le DIU, l'implant et la stérilisation féminine.

produite entre les vagues 2 et 3, à l'exception des adolescent.es IS du groupe d'intervention qui ont connu une augmentation plus importante entre les vagues 3 et 4 (Figure 11).

Figure 9 | Connaissance de la contraception à la V4 (par sexe)

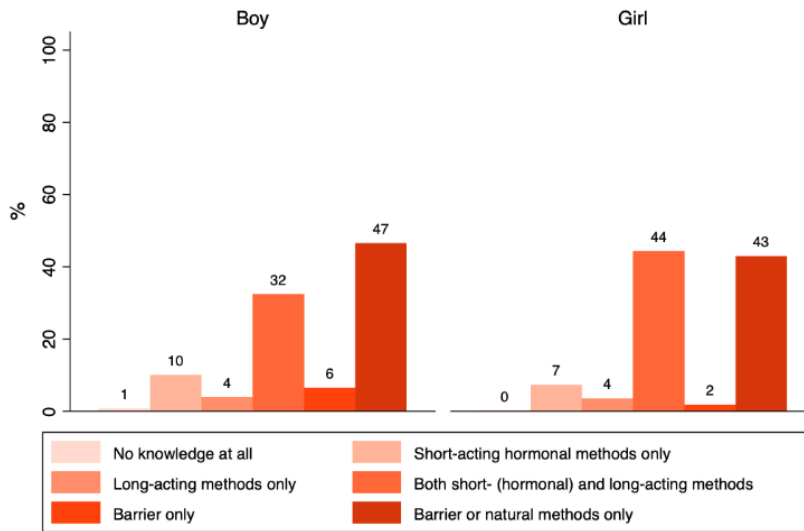


Figure 10 | Connaissance de la contraception à la V4 (par statut scolaire)

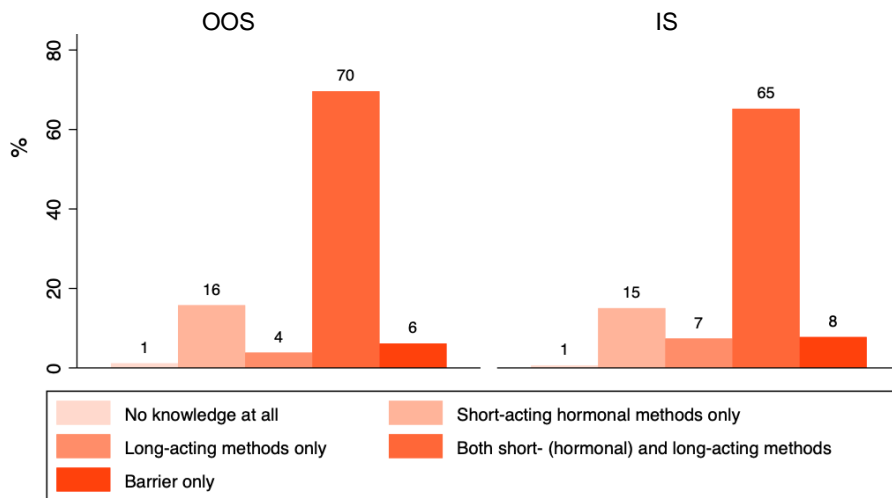
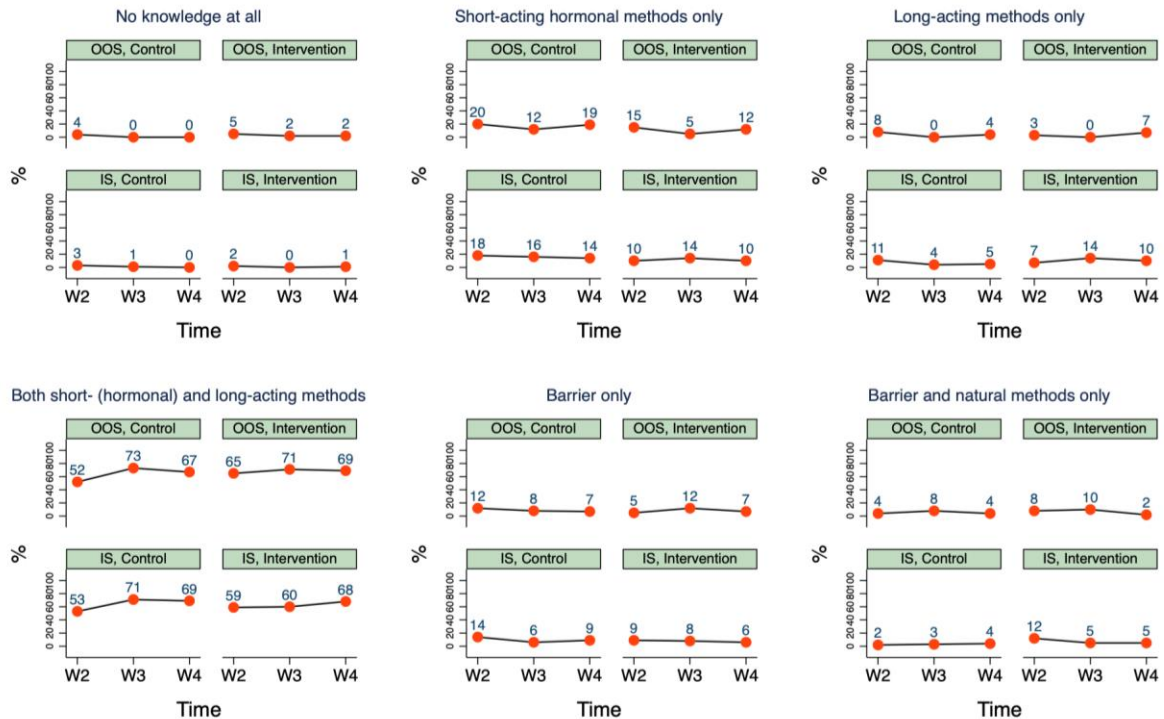


Figure 11 | Connaissance des méthodes contraceptives au fil du temps*.



*Parmi les adolescent.es âgés de 15 ans ou plus lors de la deuxième vague et qui ont été suivis de manière cohérente lors de la quatrième vague.

ATTITUDES DE SSR

A l'étude de base, une majorité de garçons et de filles se sentaient gênés de se procurer des préservatifs, sans différence entre les groupes d'intervention et de contrôle. Un pourcentage important de filles se sentaient également gênées de demander une contraception si elles en avaient besoin.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une composante directe de l'intervention, lors de la quatrième vague, le gêne pour obtenir un préservatif (figure 12) a légèrement diminué chez les adolescent.es OOS mais a augmenté chez les adolescent.es IS. Les tendances différentielles entre les groupes d'intervention et de contrôle n'étaient pas statistiquement significatives. La gêne liée à l'obtention d'une contraception (figure 13) a diminué de manière significative chez les filles des groupes d'intervention OOS par rapport aux groupes de contrôle, pour lesquels la gêne a augmenté (OU : 0,36, IC 95 % [0,16, 0,86]). La gêne pour obtenir une contraception a diminué pour tous les groupes IS, sans différence significative entre les groupes d'intervention et de contrôle.

Figure 12 | Gêné de se procurer des préservatifs

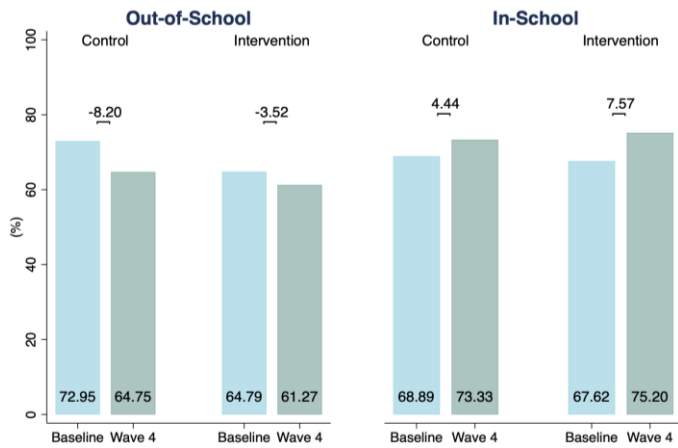
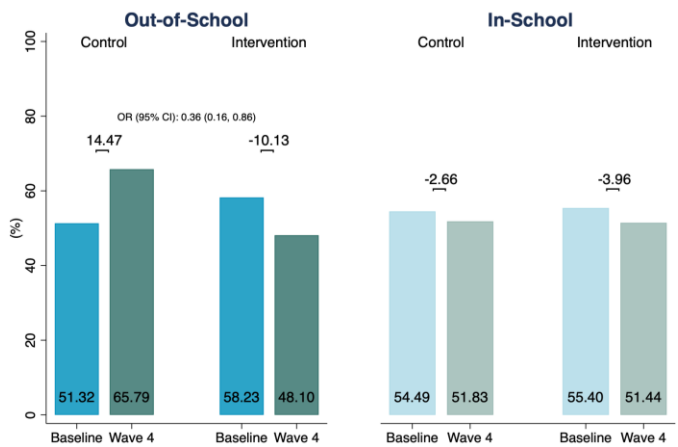


Figure 13 | Gêné d'obtenir une contraception (question posée aux filles uniquement)

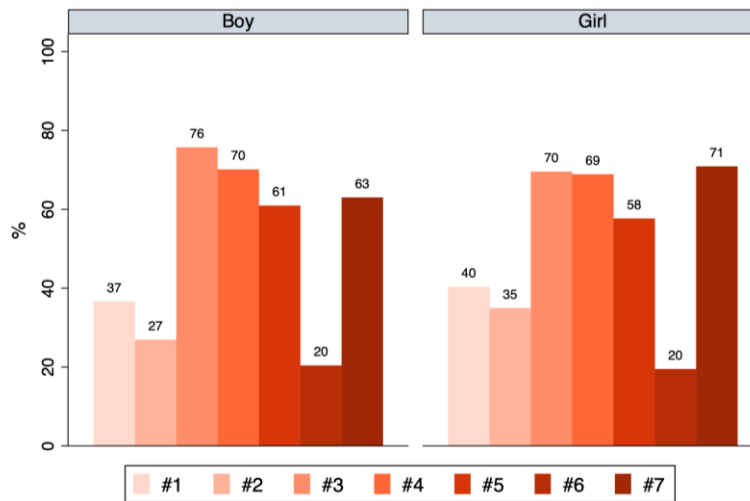


Lors de la quatrième vague, une analyse supplémentaire a été effectuée sur les mesures relatives aux idées fausses sur la contraception qui pourraient contribuer aux attitudes qu'on a. On a demandé aux adolescent.es de dire s'ils sont d'accord ou non avec les affirmations suivantes :

1. La contraception est réservée aux femmes mariées.
2. Grâce à la contraception, un jeune couple peut avoir des relations sexuelles sans crainte d'une grossesse.
3. Les adolescent.es ou les jeunes femmes qui utilisent la contraception sont considérés comme des personnes aux mœurs légères.
4. Si les femmes utilisent des moyens de contraception, elles risquent de devenir infertiles.
5. La contraception peut rendre les femmes très malades.
6. Les femmes ou les jeunes filles qui utilisent la contraception sont mieux préparées à devenir mères car elles peuvent décider du moment où elles auront des enfants.
7. Les femmes ou les jeunes filles ne doivent pas utiliser de moyens de contraception avant d'avoir des enfants.

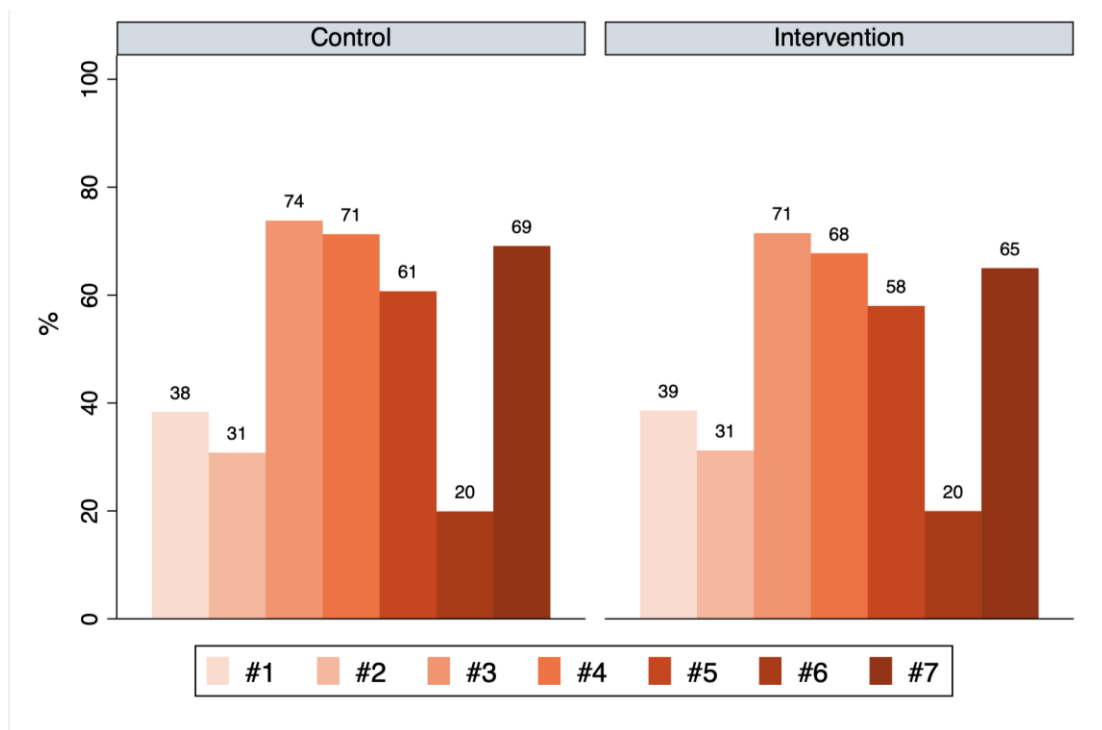
Les figures 14 et 15 illustrent combien d'adolescent.es sont d'accord avec les points 1, 3, 4, 5 et 7, et combien sont en désaccord avec les points 2 et 6 (c'est-à-dire s'ils ont des perceptions erronées de la contraception ou non). Les graphiques montrent la généralisation de ces fausses idées, en particulier pour les points 3, 4, 5 et 7 (figure 14). Par exemple, 76 % des garçons et 70 % des filles sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle les adolescent.es ou les jeunes femmes qui utilisent la contraception sont considérés comme des personnes aux mœurs légères. Ces niveaux d'approbation étaient légèrement inférieurs chez ceux du groupe d'intervention (Figure 15), bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives entre les deux groupes.

Figure 14 | Attitudes à l'égard de la contraception lors de la quatrième vague (par sexe)



1. La contraception est réservée aux femmes mariées.
2. Grâce à la contraception, un jeune couple peut avoir des relations sexuelles sans crainte d'une grossesse.*
3. Les adolescent.es ou les jeunes femmes qui utilisent la contraception sont considérés comme des personnes aux mœurs légères.
4. Si les femmes utilisent des moyens de contraception, elles risquent de devenir infertiles.
5. La contraception peut rendre les femmes très malades.
6. Les femmes ou les jeunes filles qui utilisent la contraception sont mieux préparées à devenir mères car elles peuvent décider du moment où elles auront des enfants.*
7. Les femmes ou les jeunes filles ne doivent pas utiliser de moyens de contraception avant d'avoir des enfants.

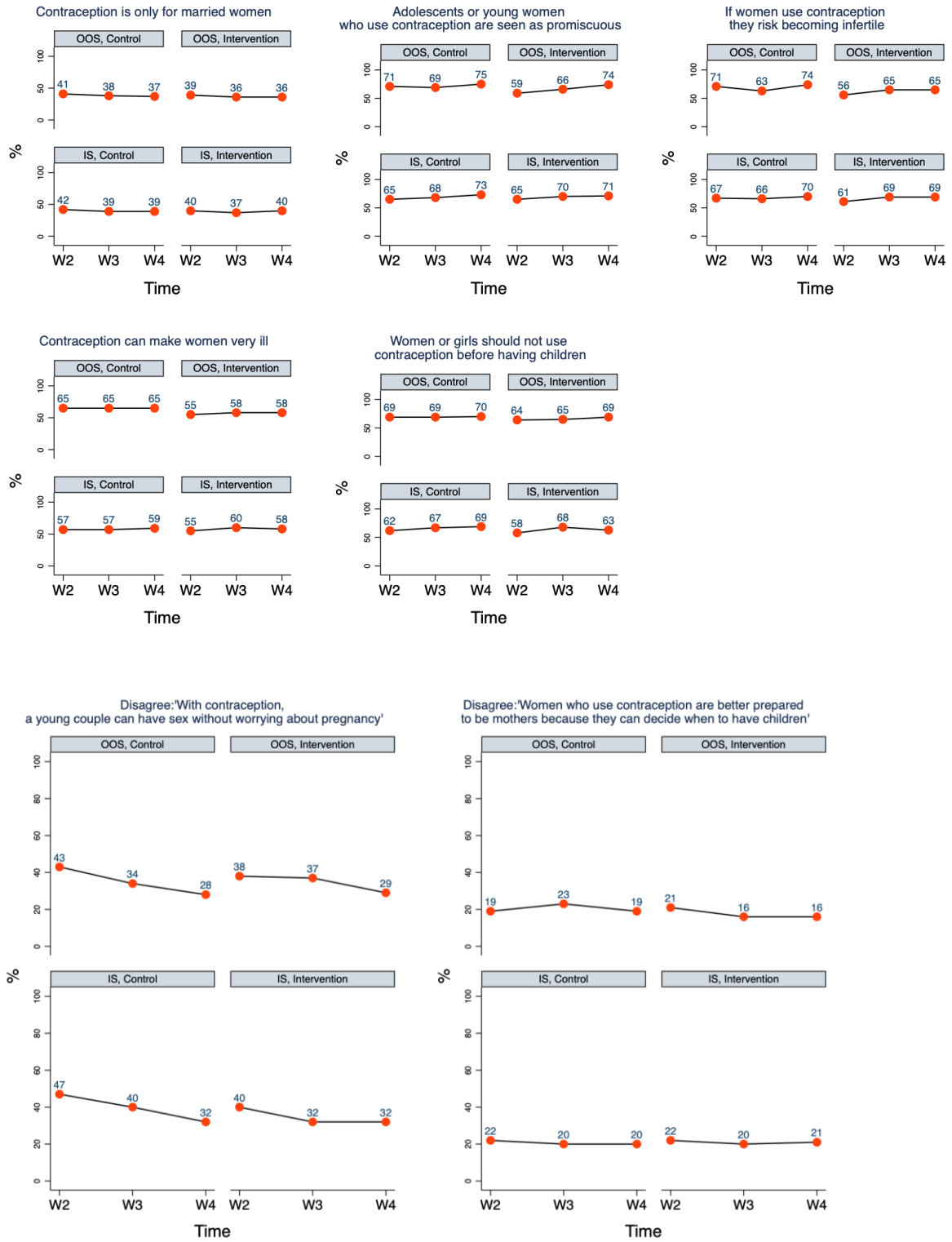
Figure 15 | Attitudes envers la contraception à la quatrième vague (par groupe d'étude)



1. La contraception est réservée aux femmes mariées.
2. Grâce à la contraception, un jeune couple peut avoir des relations sexuelles sans craindre une grossesse.*
3. Les adolescent.es ou les jeunes femmes qui utilisent la contraception sont considérés comme des personnes aux mœurs légères.
4. Si les femmes utilisent des moyens de contraception, elles risquent de devenir infertiles.
5. La contraception peut rendre les femmes très malades.
6. Les femmes ou les jeunes filles qui utilisent la contraception sont mieux préparées à devenir mères car elles peuvent décider du moment où elles auront des enfants.*
7. Les femmes ou les jeunes filles ne doivent pas utiliser de moyens de contraception avant d'avoir des enfants.

Si l'on examine de plus près ces mesures de manière longitudinale (figure 16), la plupart sont restées relativement stables entre les vagues 2 et 4. On constate une légère augmentation du nombre d'adolescent.es qui pensent que les filles qui utilisent la contraception sont perçues comme des personnes aux mœurs légères, ainsi qu'une diminution du nombre d'adolescent.es qui pensent que la contraception doit prévenir les inquiétudes liées à la grossesse.

Figure 16 | Attitudes envers la contraception (à travers les vagues 2 - 4)



COMPORTEMENTS RELATIONNELS, SEXUELS ET REPRODUCTIFS

A la vague 4, 35,9 % des filles et 42,7 % des garçons ont indiqué avoir déjà eu une relation sexuelle. Aucune différence n'a été observée par groupe d'étude ou par statut scolaire (Figure 17). En utilisant des données d'observation représentatives (contrôle seulement), on constate que cette proportion augmente rapidement avec l'âge, à partir de 12 ans pour les garçons et de 13 ans pour les filles (figure 18). Les garçons de moins de 15 ans sont plus susceptibles d'avoir des relations amoureuses que les filles, mais celles-ci rattrapent leur retard après 15 ans, et un peu plus de 70 % d'entre elles ont déjà eu une relation amoureuse à 17 ans.

Figure 17 | Engagé dans des relations amoureuses (jamais - par groupe d'étude)

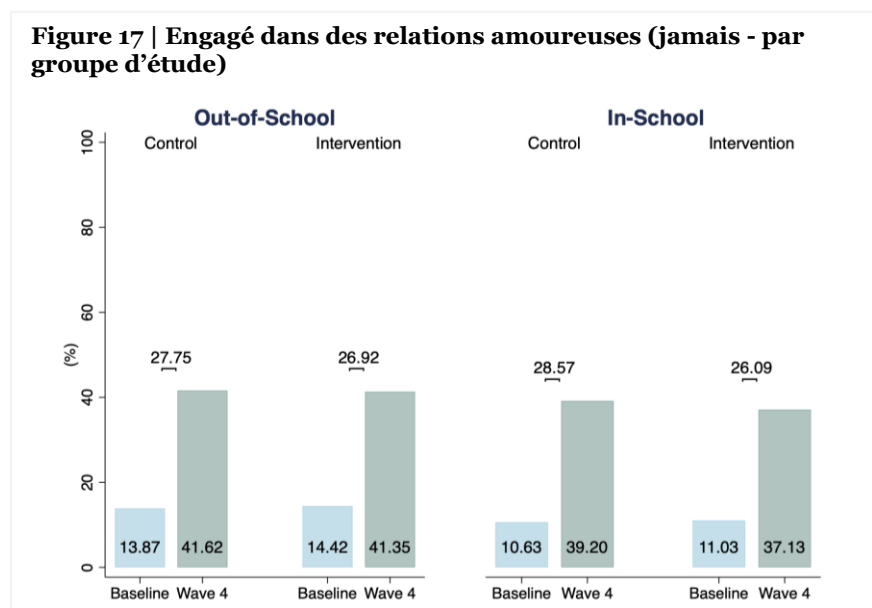
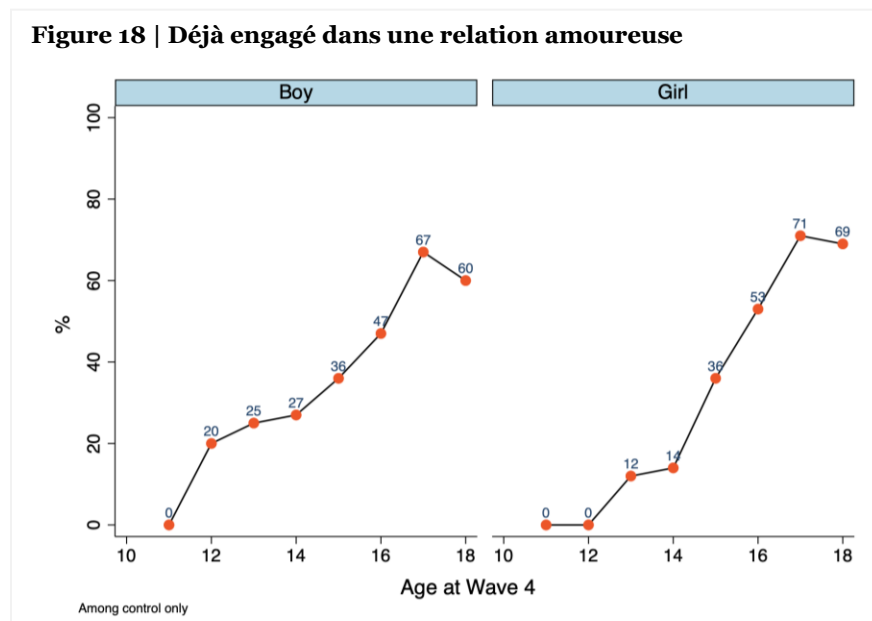


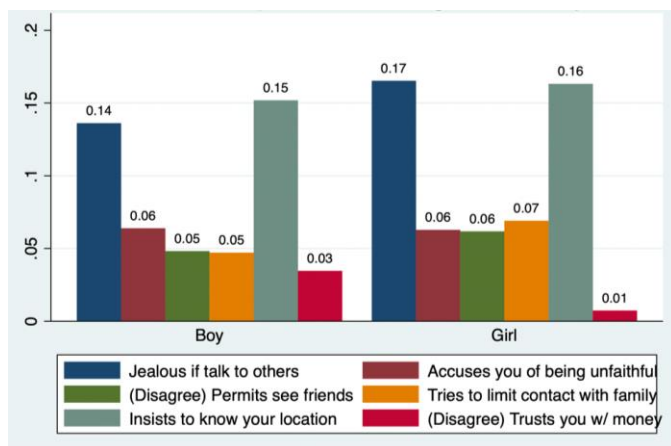
Figure 18 | Déjà engagé dans une relation amoureuse



Lors de la quatrième vague, les participant.es ont été interrogés pour la première fois sur la domination du comportement par un partenaire romantique (Figure 19). Les filles ont plus signalé une perception de contrôle de comportement par leur partenaire que les garçons, bien que la différence ne soit pas

statistiquement significative (Figure 20). Aucune différence n'a été observée selon le groupe d'étude (Figure 21).

Figure 19 | Approbation du contrôle des comportements du partenaire (par sexe)



Pourcentage de personnes tout à fait d'accord/peu d'accord ou pas d'accord pour chaque point :

1. Jaloux ou en colère si vous parlez à d'autres garçons/hommes ou filles/femmes.
2. Il/Elle vous accuse fréquemment d'être infidèle.
3. Il/Elle vous a permis de rencontrer vos amis du même sexe (codage inversé)
4. A essayé de limiter les contacts avec votre famille

Figure 20 | Moyenne du contrôle perçu du partenaire actuel/précédent (par sexe)

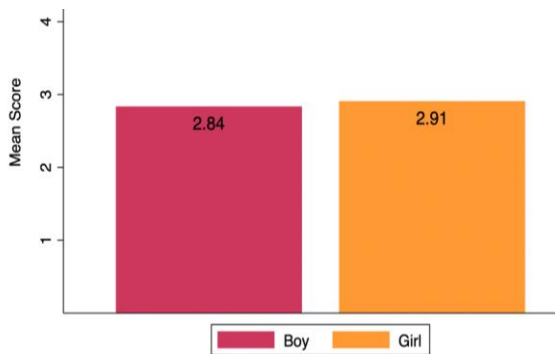
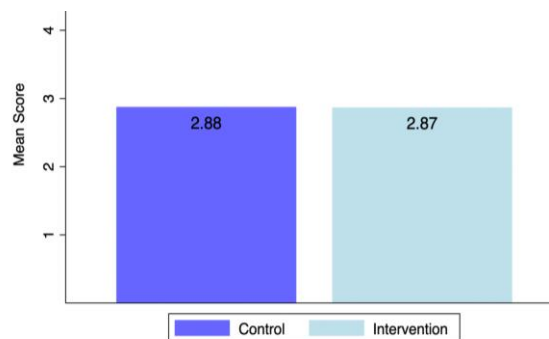


Figure 21 | Moyenne du contrôle perçu du partenaire actuel/récent (par groupe d'étude)



À la quatrième vague, 10,04 % des filles et 13,51 % des garçons ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels, sans différence entre les groupes d'étude. Alors qu'une plus grande proportion de garçons de moins de 16 ans déclare une quelconque activité sexuelle par rapport aux filles plus jeunes, c'est exactement le contraire après 16 ans. Par exemple 16,10 % des filles de 16-17 ans et 14,40 % des garçons du même groupe d'âge indiquent avoir déjà eu des rapports sexuels. Les figures 22 et 23 montrent le rapport de la quatrième vague sur le fait d'avoir déjà eu des rapports sexuels, par âge, sexe et groupe d'étude.

Comme le montre la figure 24, 38 % des filles du groupe de contrôle et 40 % du groupe d'intervention ont utilisé une contraception lors du premier rapport sexuel, sans différence statistiquement significative. Cinquante-deux pour cent (52 %) des garçons du groupe de contrôle et 41 % de ceux du

groupe d'intervention ont déclaré avoir utilisé un moyen de contraception lors de leur premier rapport sexuel.

Figure 22 | Rapports sexuels antérieurs (dans le groupe de contrôle) - par sexe

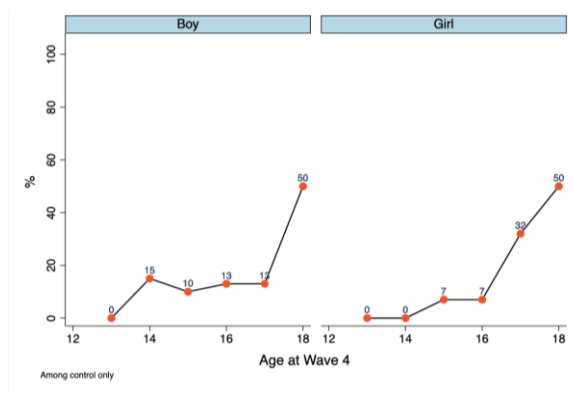
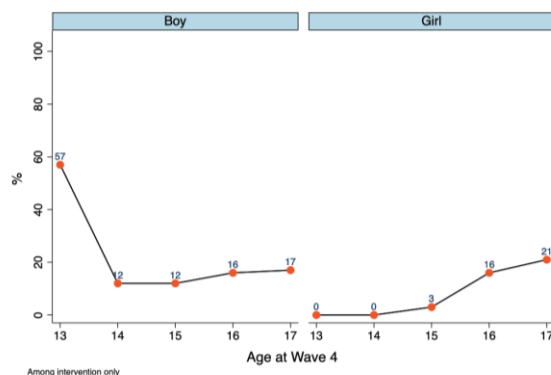
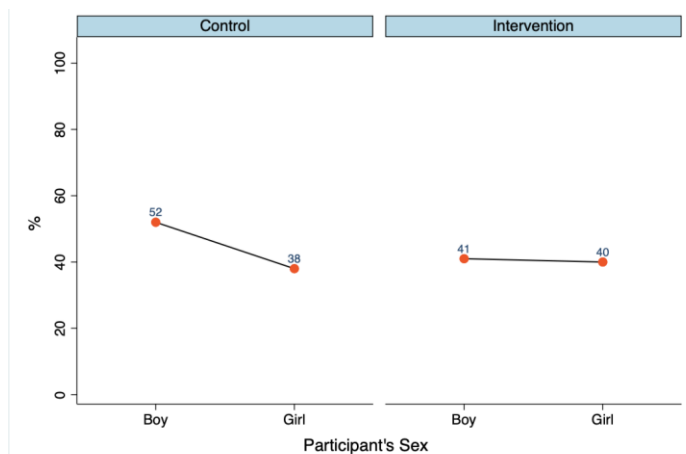


Figure 23 | Rapports sexuels antérieurs (dans le groupe d'intervention) - par sexe



Le pourcentage élevé de garçons déclarant avoir eu des relations sexuelles à 13 ans dans le groupe d'intervention est dû à la très petite taille de l'échantillon (n=7) (dénominateur = avoir déjà eu une relation).

Figure 24 | Utilisation de contraceptifs lors du premier rapport sexuel (rapport de la quatrième vague)



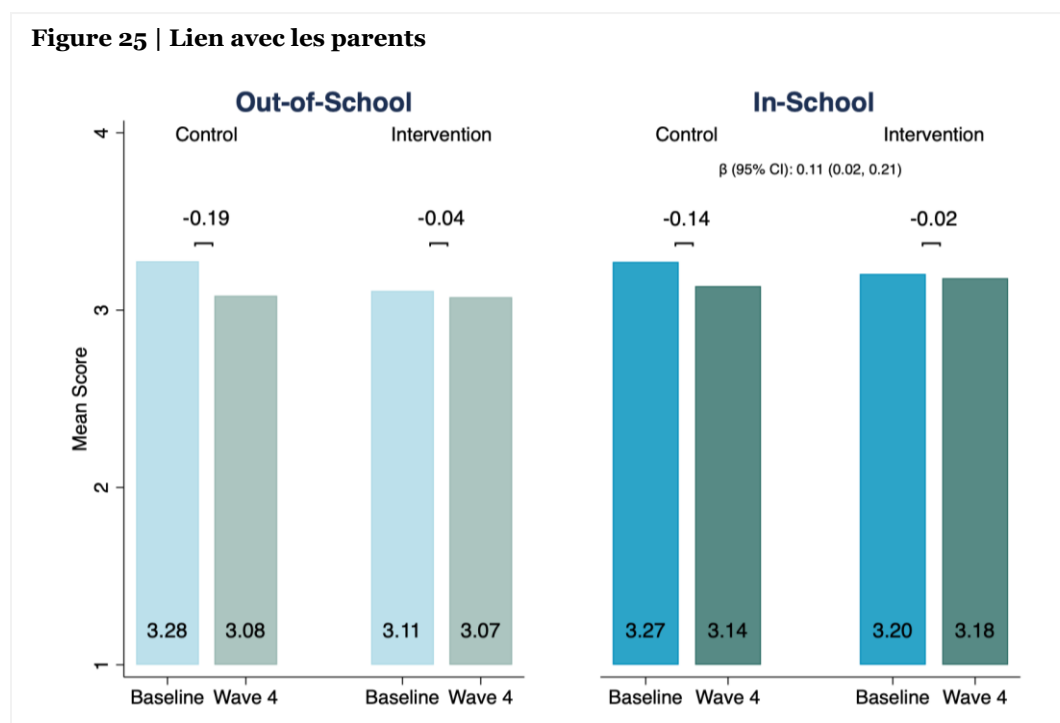
2. AVOIRS ET AUTONOMISATION

LIEN AVEC LE PERSONNEL

Au départ, les adolescent.es des groupes d'intervention et de contrôle avaient des structures familiales similaires. Cependant, les filles du groupe d'intervention étaient moins susceptibles de vivre avec leurs deux parents que celles du groupe de contrôle (41,54 % pour l'intervention vs 65,33 % pour le contrôle). Les relations familiales au début de l'étude, sous forme d'un sentiment

d'appartenance (se sentir proche des tuteurs et être à l'aise pour parler de ses préoccupations concernant la puberté et les relations amoureuses) et de surveillance (les tuteurs sont au courant de l'endroit où se trouvent les adolescent.es, de leurs résultats scolaires et du nom de leurs amis) étaient similaires entre les groupes d'étude.

Peu de changement dans la relation avec les tuteurs a été observé au fil du temps dans les groupes d'intervention ou de contrôle, tous les groupes ayant connu une légère diminution entre l'étude de base et la vague 4 (Figure 25). Cependant, l'intervention a semblé faire un effet sur cette tendance pour le groupe IS, car les adolescent.es IS du groupe de contrôle avaient une diminution significativement plus importante dans leur relation avec les parents que les groupes d'intervention (OU : 0,11, 95 % CI [0,02, 0,21]).



ATTITUDES ET EXPÉRIENCES LIÉES AU DÉVELOPPEMENT PUBERTAIRE ET AU CONFORT CORPOREL

Un autre élément essentiel de l'intervention BG! était de promouvoir la communication, la connaissance et le confort en matière de développement pubertaire, en particulier pour les filles.

A l'enquête de base, la satisfaction corporelle était modérée (sur la base d'un indicateur supposant une perspective positive à travers 5 points) avec des différences significatives entre les adolescent.es OOS et IS. Aucune différence n'a été notée entre les groupes d'intervention et de contrôle au début de l'étude. Au début de l'étude, peu d'adolescentes avaient eu leurs règles et parmi celles qui les avaient eues, environ la moitié savaient quand elles allaient avoir leurs prochaines règles et beaucoup avaient honte de leur corps pendant leurs règles, en particulier les filles OOS. La connaissance du moment des

menstruations était légèrement plus élevée chez les filles IS du groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle, tandis que la stigmatisation était plus élevée chez les filles OOS du groupe de contrôle par rapport au groupe d'intervention ($p=0,044$).

En comparant les estimations de l'étude de base à celles de la vague 4, la satisfaction corporelle a augmenté (Figure 26), avec un gain significativement plus important chez les adolescent.es de l'intervention IS par rapport aux adolescent.es du contrôle (OU : 1.34, 95 % CI [1.01, 1.78]). Lorsqu'on a demandé aux filles si elles étaient satisfaites de leur corps lorsqu'elles deviennent des femmes, on a constaté une augmentation de l'accord dans tous les groupes entre les données initiales et la quatrième vague (Figure 27). Cependant, les filles OOS du groupe d'intervention ont gagné en terme de satisfaction corporelle alors que l'inverse est réelle pour le groupe de contrôle, bien que ce résultat ne soit que légèrement significatif sur le plan statistique ($p=0,054$) (Figure 28).

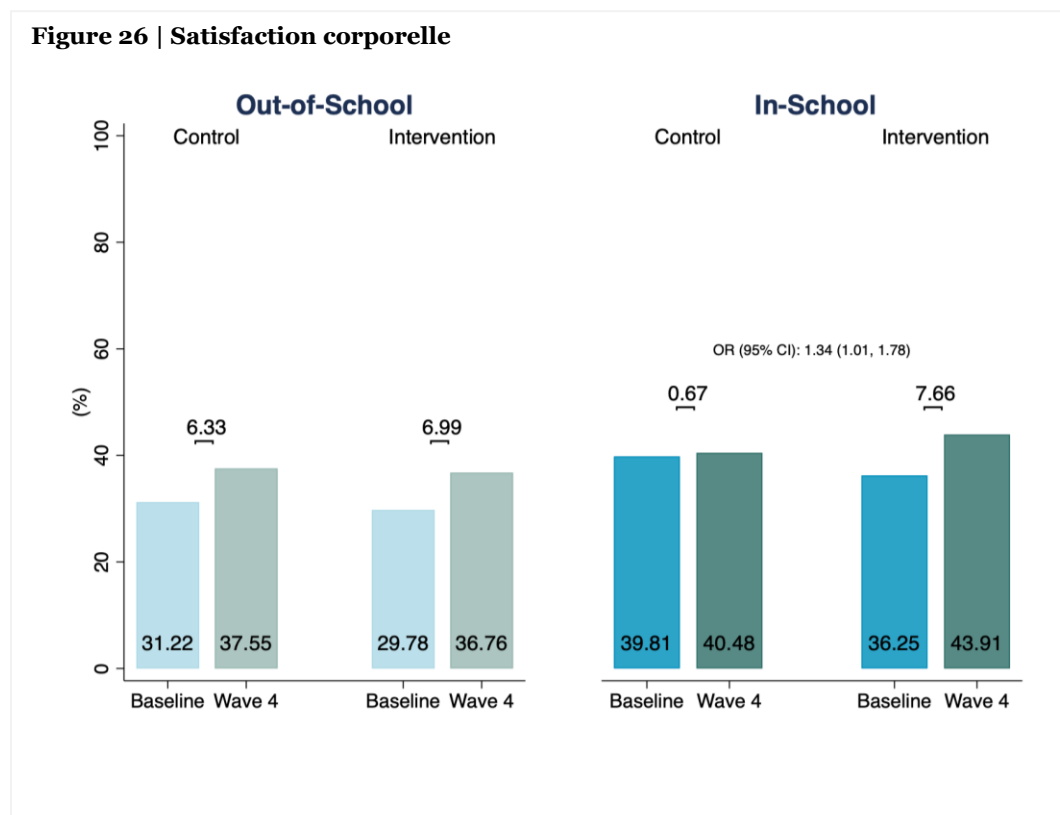


Figure 27 | Les filles doivent être fières de leur corps lorsqu'elles deviennent des femmes

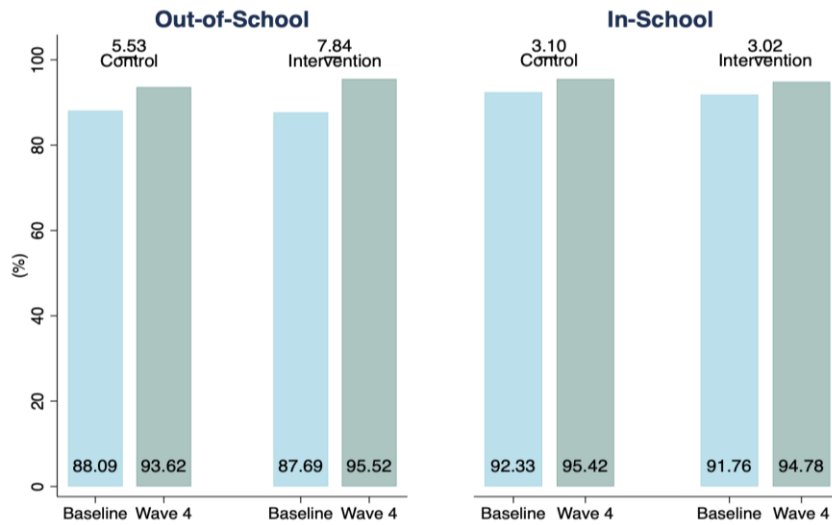
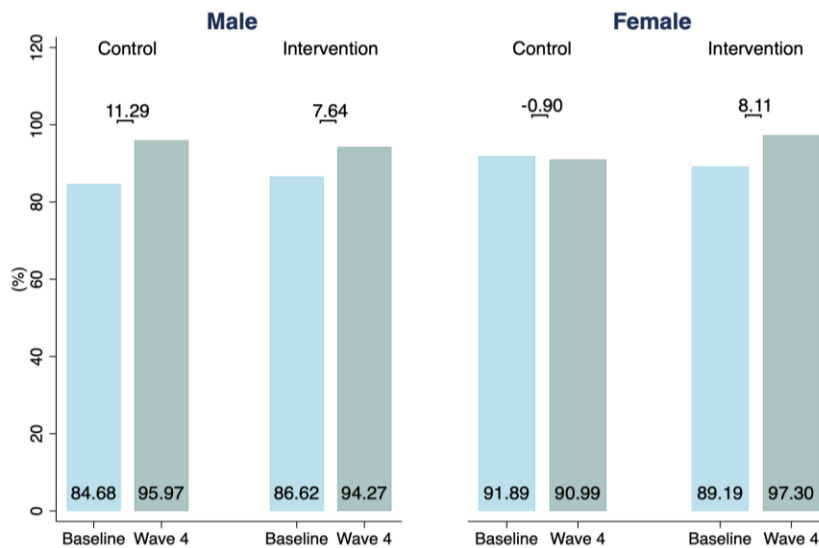


Figure 28 | Les filles doivent être fières de leur corps lorsqu'elles deviennent des femmes (OOS uniquement)



La stigmatisation liée aux menstruations a considérablement diminué au fil du temps, bien qu'il n'y ait pas eu d'effet significatif de l'intervention (Figure 29). En outre, un nombre croissant d'adolescentes suivent leurs règles, avec une augmentation plus importante chez les filles non scolarisées (Figure 30). Il y avait des effets différentiels entre les filles OOS et IS mais aucun effet significatif de l'intervention.

Figure 29 | Attitudes envers les menstruations (honte du corps lors des menstruations)

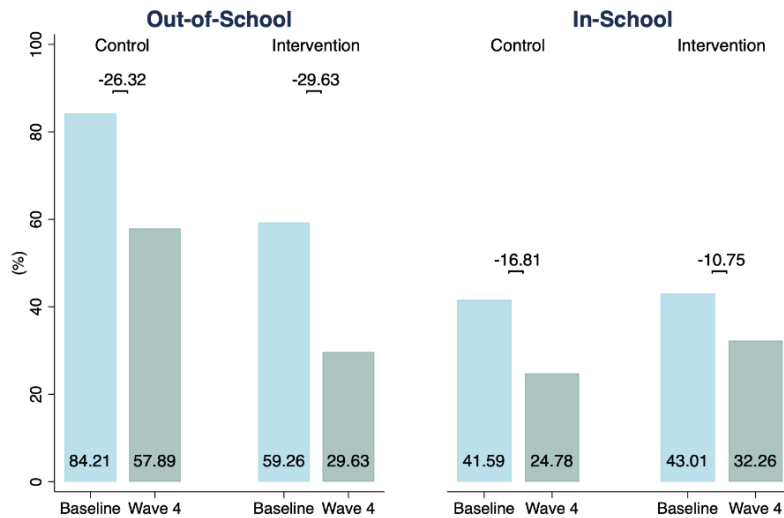
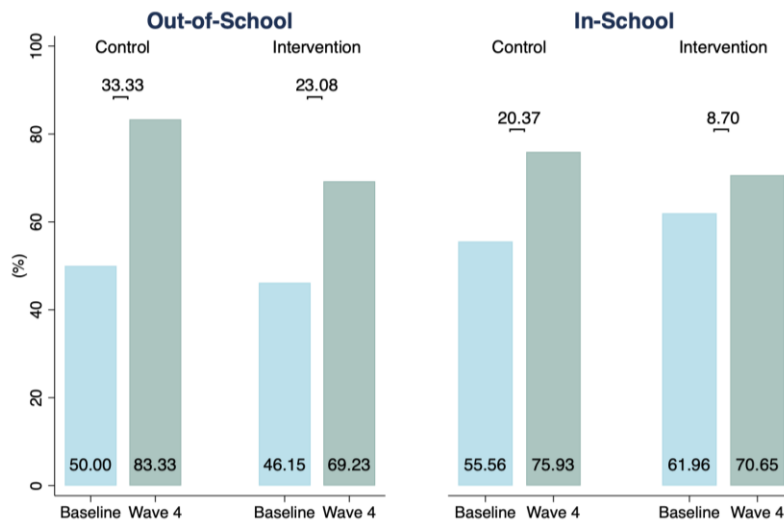


Figure 30 | Suivi des périodes de menstruation (sait quand arrive la prochaine période)



CAPACITE D'AGIR

Bien que la capacité d'agir et l'autonomisation des femmes et des filles n'aient pas été des résultats directs de l'intervention de BG!, ces concepts sont considérés comme des dimensions essentielles de l'égalité des sexes et un processus d'amélioration de la santé et du bien-être des femmes et des filles ainsi ils ont été inclus dans l'étude globale GEAS. La capacité d'agir des TJA a été opérationnalisée à l'aide de trois indicateurs qui sont saillants dans la vie des jeunes adolescent.es dans divers contextes culturels (Zimmerman, 2019) : 1) la voix (ou la capacité à être entendu), 2) la liberté de mouvement, et 3) la prise de décision (ou la capacité à prendre des décisions quotidiennes). Au départ, les filles IS

du groupe d'intervention ont déclaré avoir plus de voix ($p < 0,001$) et de pouvoir de décision ($p = 0,002$) que les groupes de contrôle. Aucune différence n'a été observée chez les filles OOS, IS ou les garçons OOS.

Au fil du temps, la voix a augmenté pour les adolescent.es OOS et est restée constante pour les adolescent.es IS (Figure 31). Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes d'étude. La liberté de mouvement a augmenté pour tous les groupes, mais davantage pour les adolescent.es OOS que pour ceux IS, sans qu'aucune différence statistiquement significative ne soit observée entre les groupes d'étude (figure 32). La capacité de prise de décision s'est améliorée au fil du temps dans les deux groupes de l'étude, les témoins et ceux du groupe d'intervention rapportant presque les mêmes niveaux de capacité de prise de décision à la quatrième vague (3,42 et 3,43, respectivement) (Figure 33).

Figure 31 | Voix

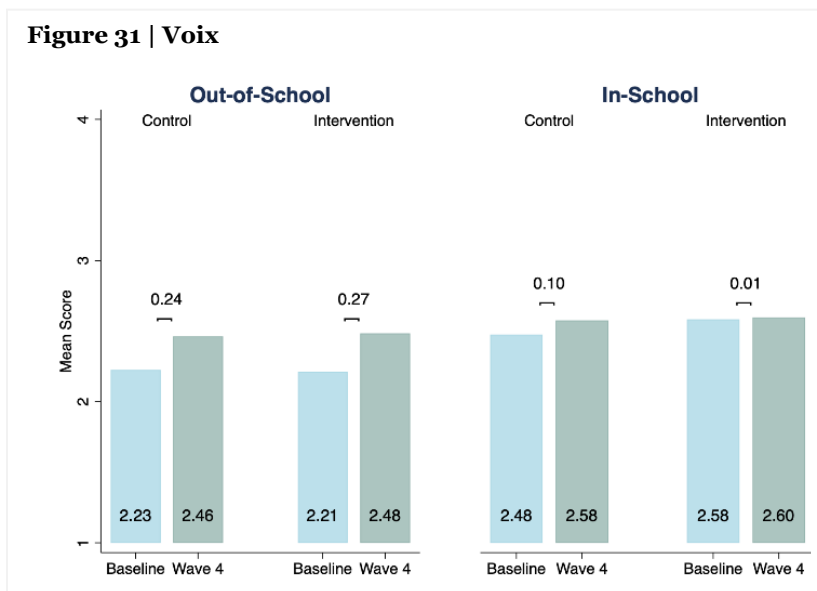


Figure 32 | Liberté de mouvement

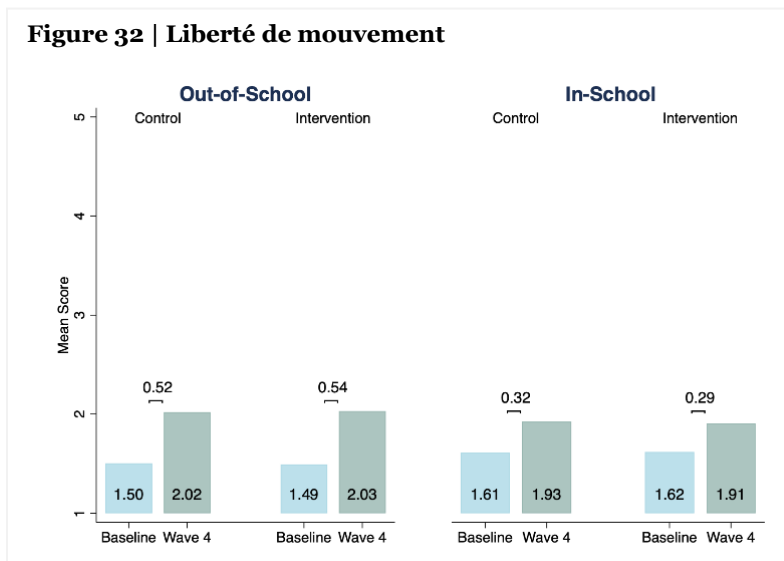
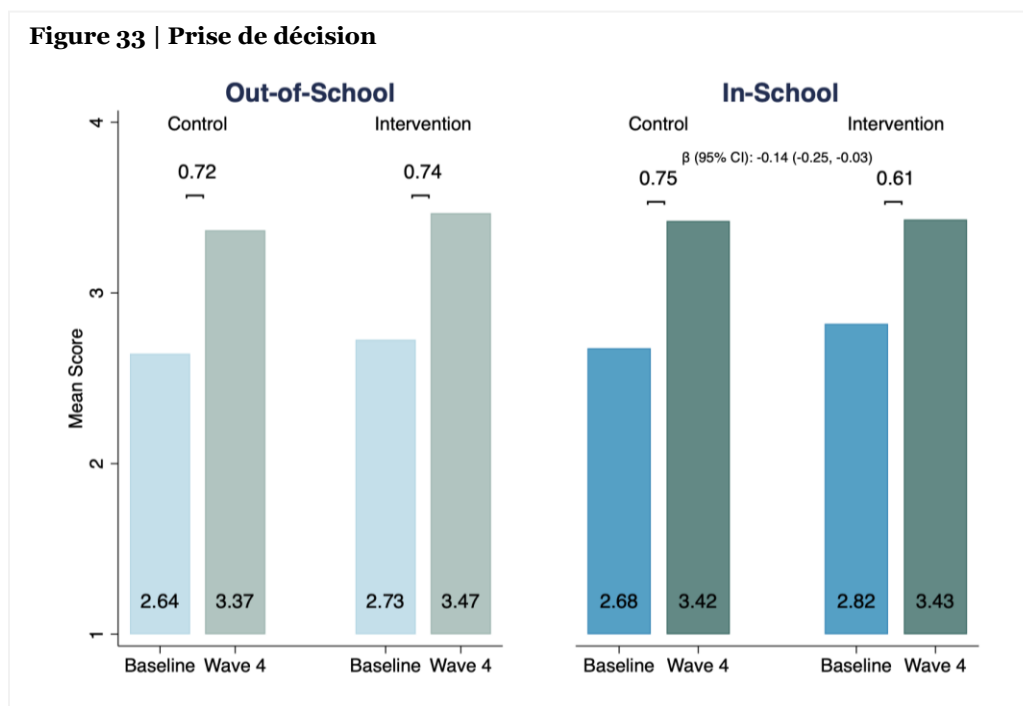


Figure 33 | Prise de décision



COMMUNICATION SEXUELLE

Au début de l'enquête, la communication sur les sujets de SSR était rare, à l'exception des changements pubertaires. Des différences significatives ont été notées entre les groupes d'intervention et de contrôle : Les adolescent.es IS du groupe d'intervention étaient plus susceptibles d'avoir parlé de la grossesse. Les garçons de l'intervention IS étaient également plus susceptibles d'avoir parlé de contraception et de relations sexuelles, tandis que les filles de l'intervention OOS étaient plus susceptibles d'avoir parlé de changements corporels.

Au fil du temps, la communication sur les sujets de SSR, notamment les changements corporels, la grossesse, la contraception ou les relations sexuelles, a augmenté pour les groupes d'intervention et de contrôle. Le développement de la puberté était le sujet de SSR le plus souvent abordé et la communication a augmenté de manière significative au fil du temps, mais les tendances étaient similaires par groupe d'étude (figure 34). Ces conversations ont eu lieu principalement avec des amis ou d'autres membres de la famille, car parler des changements corporels avec les parents et les tuteurs est resté stable (pour les témoins OOS) ou a diminué (pour tous les autres groupes) depuis le début de l'enquête (figure 35). Les filles du groupe de contrôle semblent également être touchées par l'intervention en matière de communication, bien qu'aucune différence significative n'ait été détectée (Figure 36).

Figure 34 | Ont parlé des changements corporels

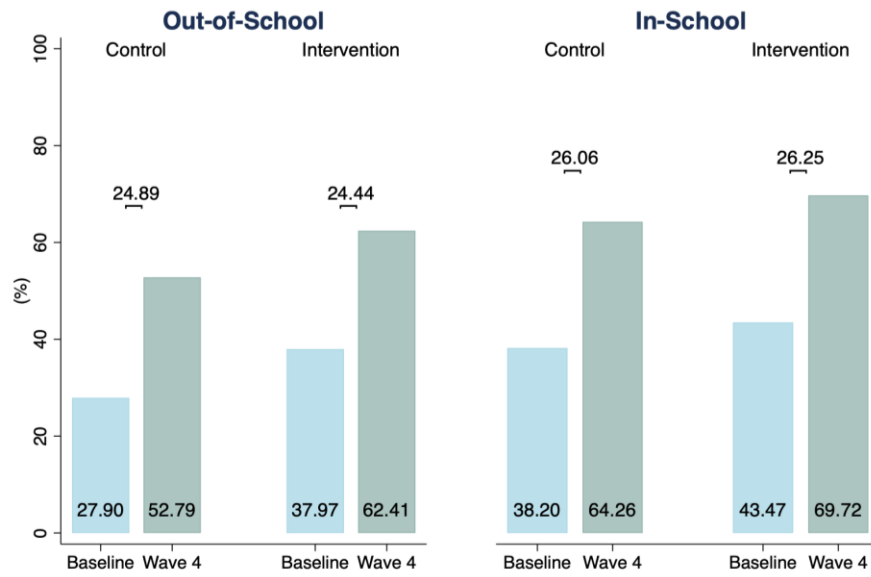


Figure 35 | Ont parlé des changements corporels avec les parents/tuteurs

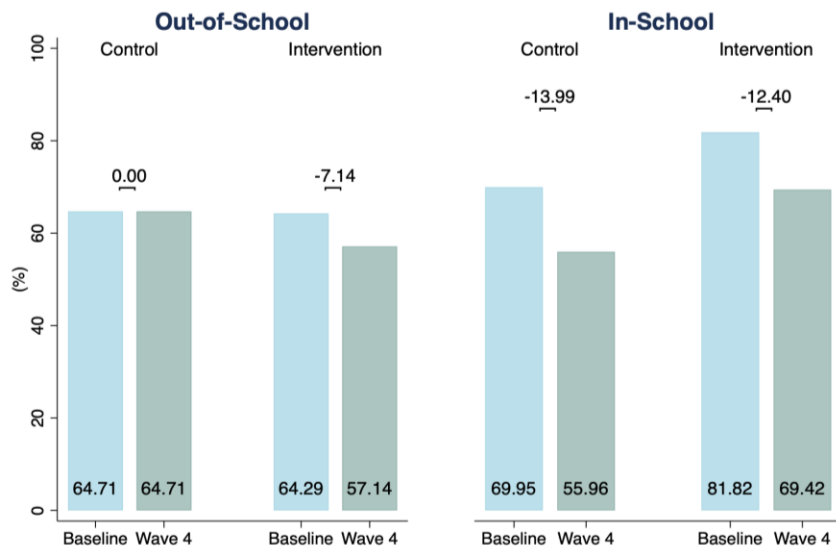
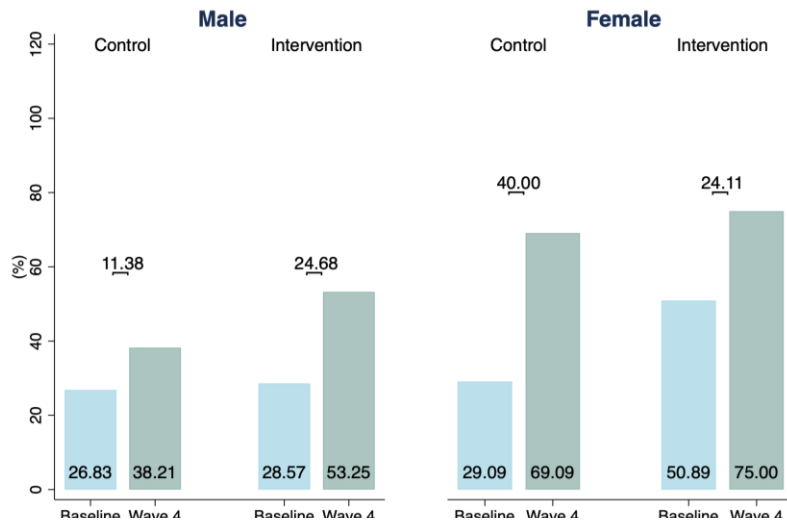


Figure 36 | Ont parlé de changements corporels (uniquement pour les OOS)



Un modèle similaire concernant les personnes avec qui les adolescent.es choisissent de communiquer peut aussi être vu en cas de la grossesse. Le fait de parler avec n'importe qui³ a augmenté au fil du temps (figure 37), avec un effet significatif de l'intervention pour les adolescent.es IS (OU : 0,69, IC 95 % [0,48, 0,99]), mais le fait de parler avec les parents et les tuteurs diminue (figure 38). Les témoins IS plus jeunes ont également été touchés de manière significative le groupe d'intervention en matière de communication sur la grossesse (OU : 0,27, IC 95 % [0,11, 0,65]) (Figure 39).

³ Pour cette question, on a demandé aux répondants s'ils avaient parlé de la grossesse avec l'une des personnes suivantes : Mère/soignante ; Père/soignant ; Sœur ; Frère ; Autre membre de la famille ; Ami/pair ; Médecin/infirmière ou autre personne dans un centre de santé. Une petite taille de l'échantillon pour ce point limite notre capacité à désagréger davantage ces données. Par exemple, parmi les adolescentes IS, seulement 30 % (423/1428) ont parlé de la grossesse avec quelqu'un. Parmi celles-ci, seul un petit nombre a communiqué avec des personnes autres que les parents/soignants, ce qui a conduit à des modèles statistiques peu fiables.

Figure 37 | Ont parlé de grossesse

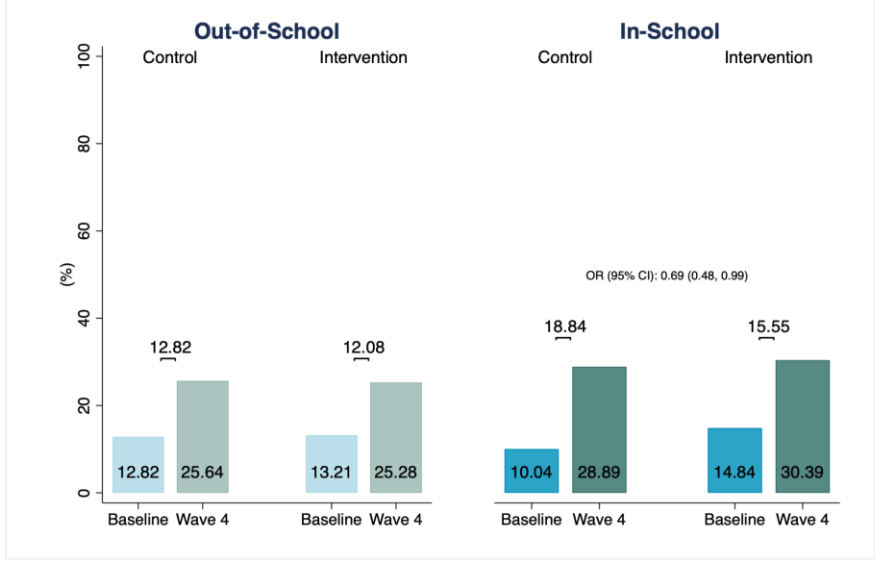


Figure 38 | Ont parlé de grossesse avec les parents/tuteurs

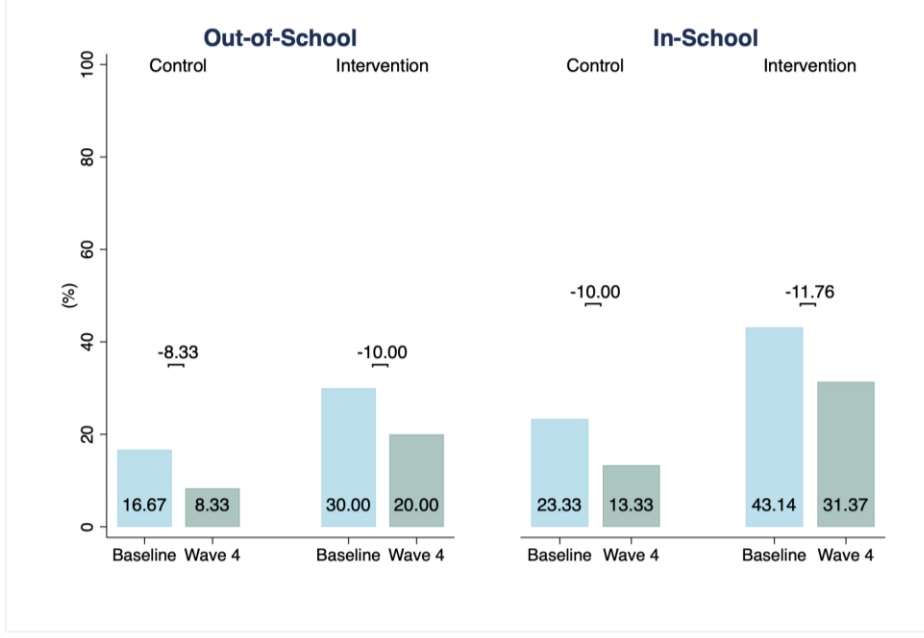
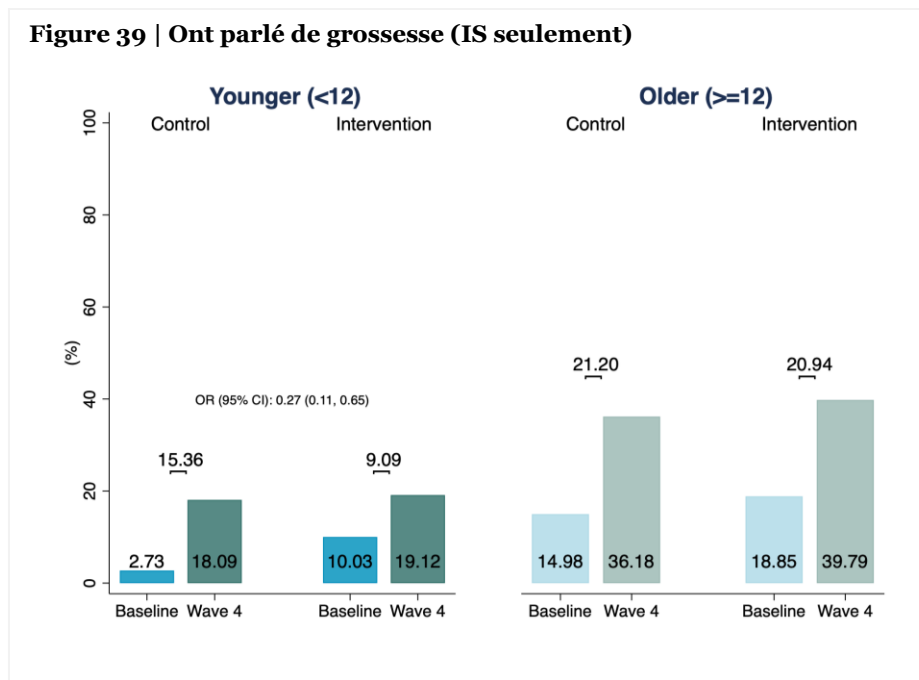


Figure 39 | Ont parlé de grossesse (IS seulement)



La discussion sur la contraception a également augmenté, bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre les groupes d'intervention et de contrôle ou entre les garçons et les filles dans le groupe IS. Les discussions sur les relations sexuelles ont également augmenté pour tous les groupes, les contrôles IS ont atteint, à nouveau, le niveau du groupe d'intervention (OU : 0,66, IC 95 % [0,44, 0,97]).

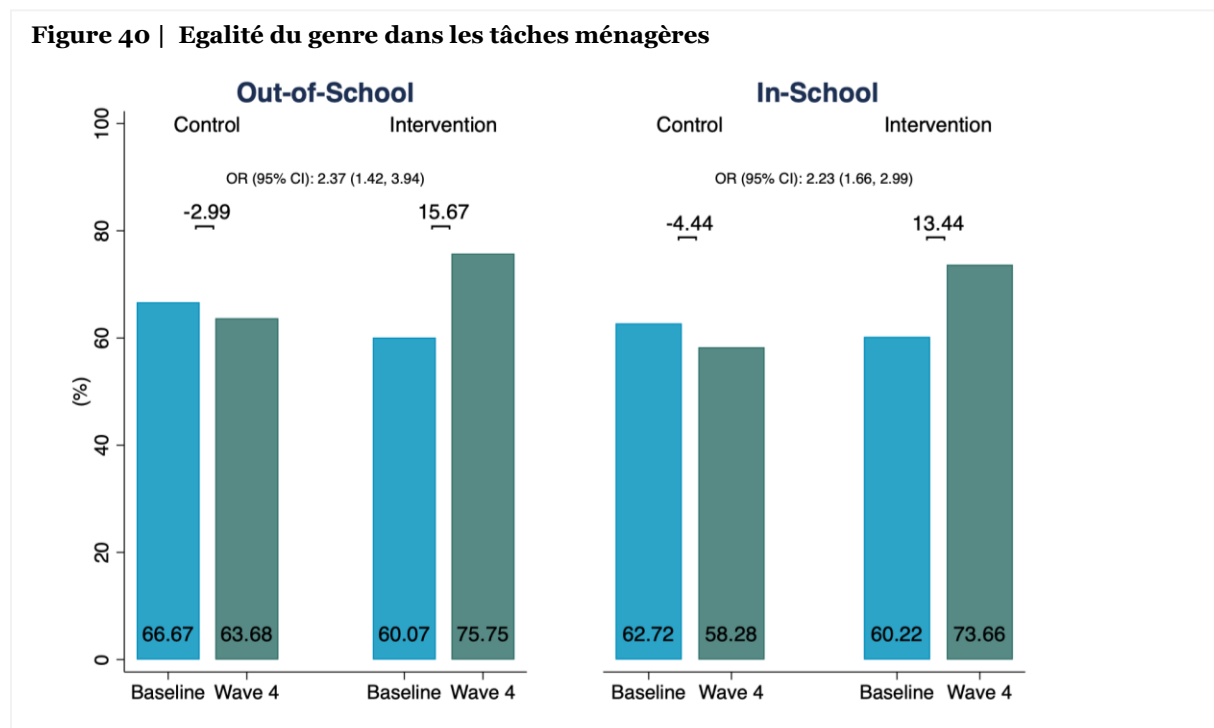
3. ATTITUDES ET NORMES ÉQUITABLES POUR LES HOMMES ET LES FEMMES

PERCEPTIONS DES NORMES DE GENRE

A l'enquête de base, les garçons IS et OOS des groupes de contrôle étaient plus susceptibles de percevoir les relations amoureuses des adolescent.es comme normatives ($p=0,006$ et $p=0,048$, respectivement) et les garçons IS de contrôle étaient également plus susceptibles d'endosser des traits stéréotypés de l'inégalité de genre et d'accepter la taquinerie à l'égard des adolescent.es atypique par rapport au genre que les garçons IS du groupe d'intervention. Les filles IS du groupe de contrôle étaient également plus susceptibles d'approuver la taquinerie à l'égard des garçons atypiques ($p=0,031$), alors qu'aucune autre opinion normative sur le genre n'a été observée par le groupe d'étude, y compris les attitudes envers le partage des tâches ménagères. Comme dans toutes les autres vagues, aucune différence entre les groupes de contrôle et d'intervention n'a été observée en ce qui concerne les rôles stéréotypés selon le sexe (par exemple, l'homme en tant que soutien de famille) et les traits de caractère stéréotypés selon le sexe (par exemple, les hommes sont forts).

Les points de vue normatifs spécifiques au genre sur le partage des tâches ménagères abordés dans l'intervention BG ! ont changé après l'intervention. Les résultats de l'analyse de double différence dans indiquent que les chances d'adopter des attitudes plus égalitaires entre les sexes concernant les

responsabilités domestiques à la vague 4 étaient 2,23 (CI 95 % [1,66, 2,99]) fois et 2,37 (CI 95 % [1,42, 3,94]) fois plus élevées chez les participant.es IS et OOS du groupe d'interventions par rapport aux groupes de contrôle, après ajustement des attitudes de base (Figure 40).



Un autre domaine d'intérêt de BG ! était de s'attaquer à la discrimination envers les comportements atypiques liés au genre. Ces attitudes étaient répandues au départ et restaient élevées à la quatrième vague. Il n'y a cependant pas de tendance différentielle entre les groupes d'intervention et de contrôle (Figures 41 et 42).

Figure 41 | Il est normal de taquiner un garçon qui se comporte comme une fille.

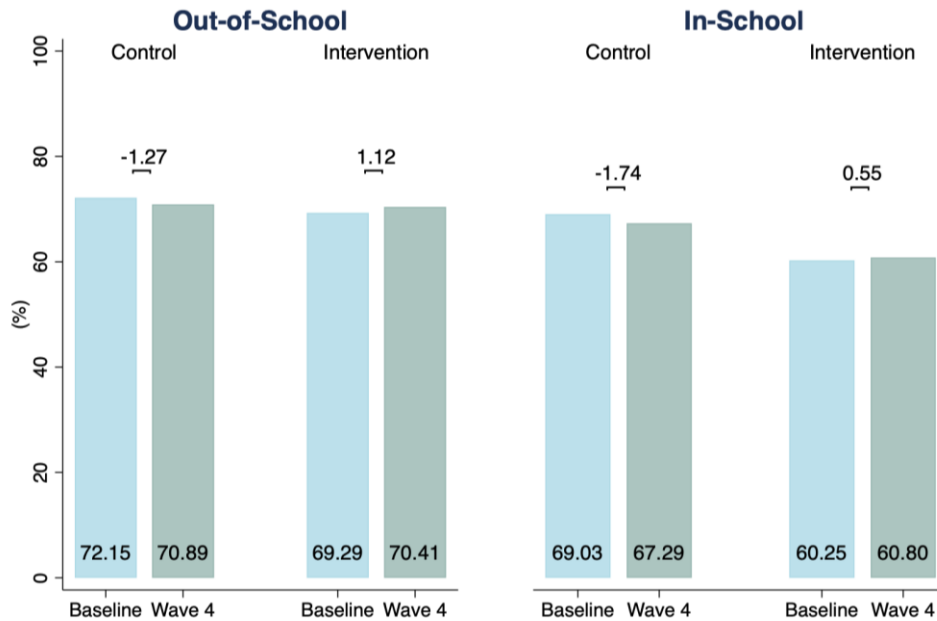
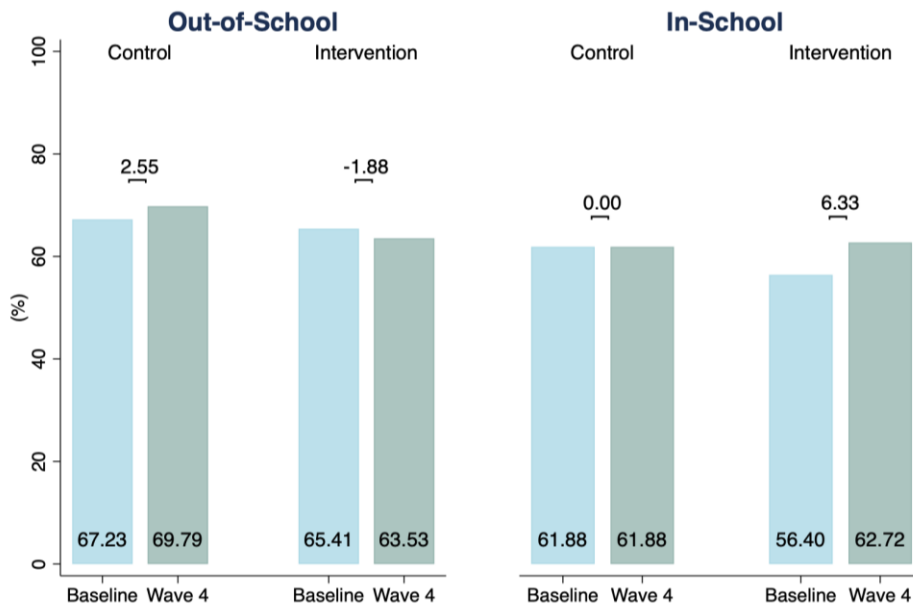


Figure 42 | Il est normal de taquiner une fille qui se comporte comme un garçon.



ATTITUDES LIÉES AU GENRE ET AU SEXE

Les adolescent.es ont été interrogés sur des attitudes sexuelles spécifiques qui sont influencées par certaines croyances normatives liées au genre. Dans l'ensemble, les attitudes encourageant la prouesse

sexuelle masculine étaient omniprésentes et ont augmenté au fil du temps pour tous les groupes d'étude (Figure 43). Si la reconnaissance du partage des responsabilités en matière de prévention des grossesses s'est accrue au fil du temps (Figure 44), les femmes sont également de plus en plus sanctionnées socialement lorsqu'elles anticipent la nécessité de se protéger avec un préservatif (Figure 45). D'autre part, l'approbation des hommes ayant des partenaires multiples est restée faible depuis les données initiales (Figure 46).

Figure 43 | Les hommes sont toujours prêts pour le sexe

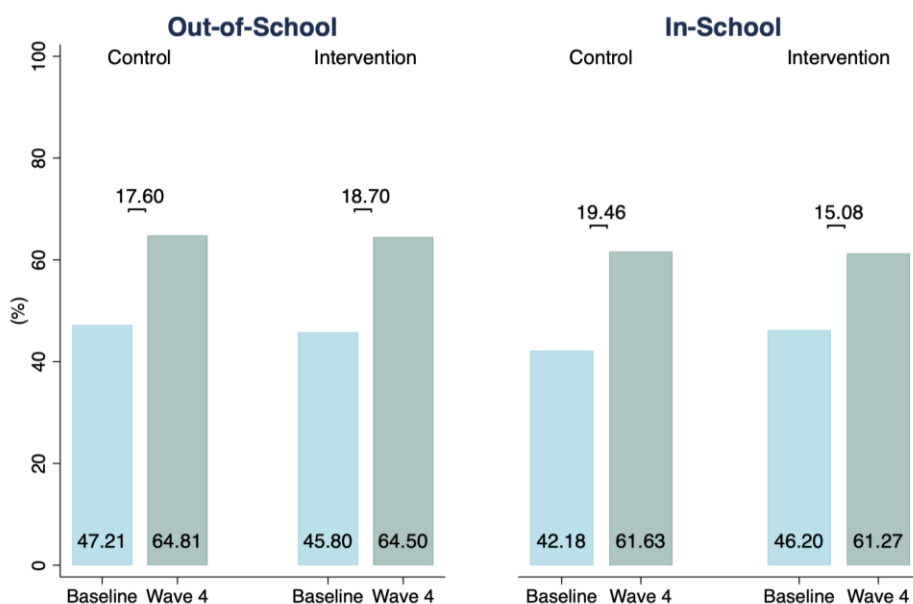


Figure 44 | Il est de la responsabilité de la fille de prévenir la grossesse

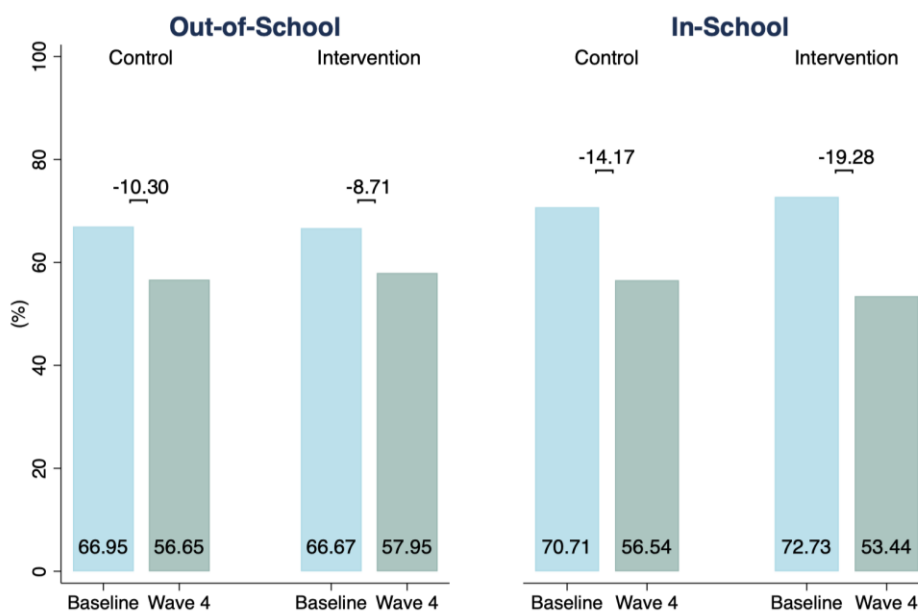


Figure 45 | Les femmes qui portent des préservatifs sur elles sont faciles

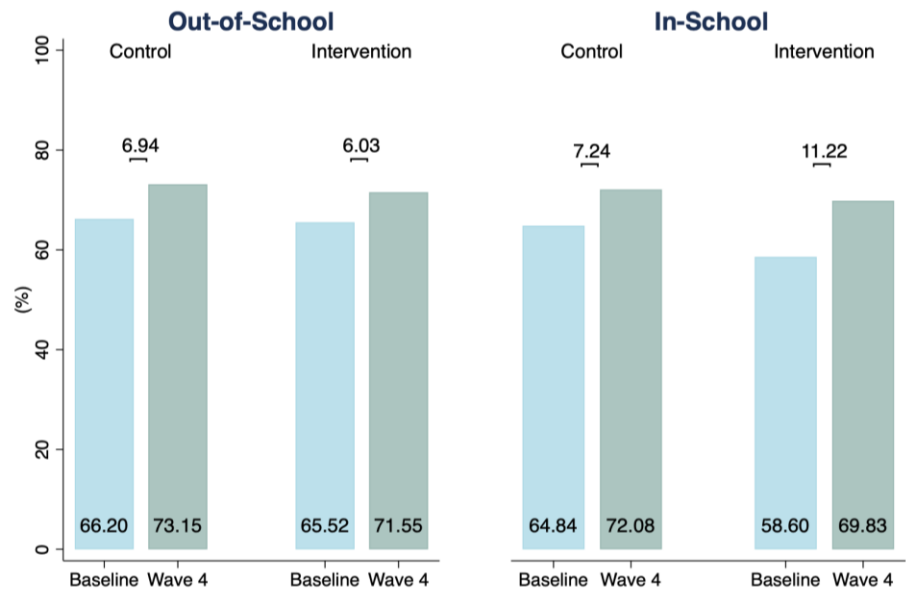
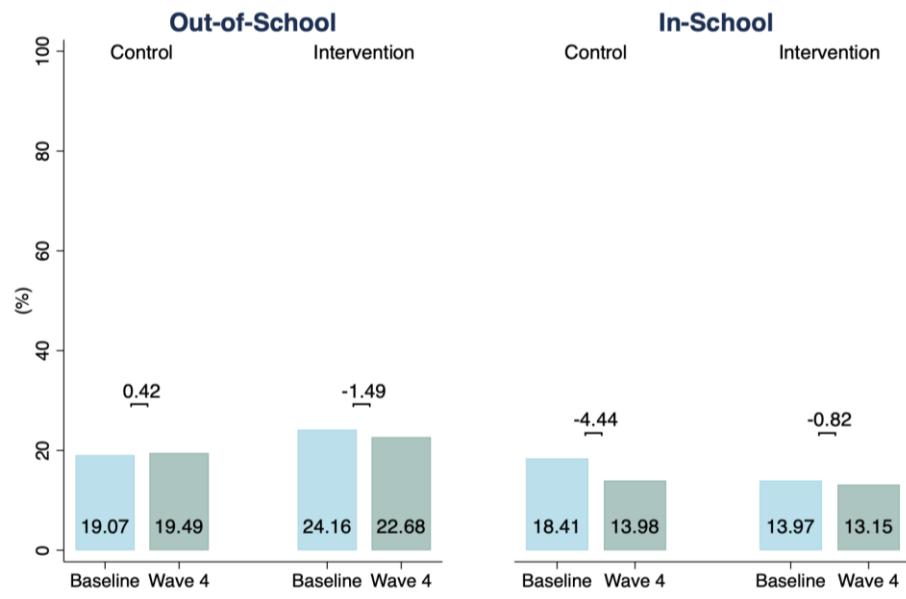


Figure 46 | Un vrai homme devrait avoir autant de partenaires féminines que possible



Nous avons également constaté une légère augmentation de la perception des jeunes d'un double standard sexuel entre les données initiales et la vague 4 dans tous les groupes d'étude (Figure 47). Cependant, l'intervention semble atténuer une partie de cette augmentation chez les filles IS (Figure 48).

Figure 47 | Double standard sexuel

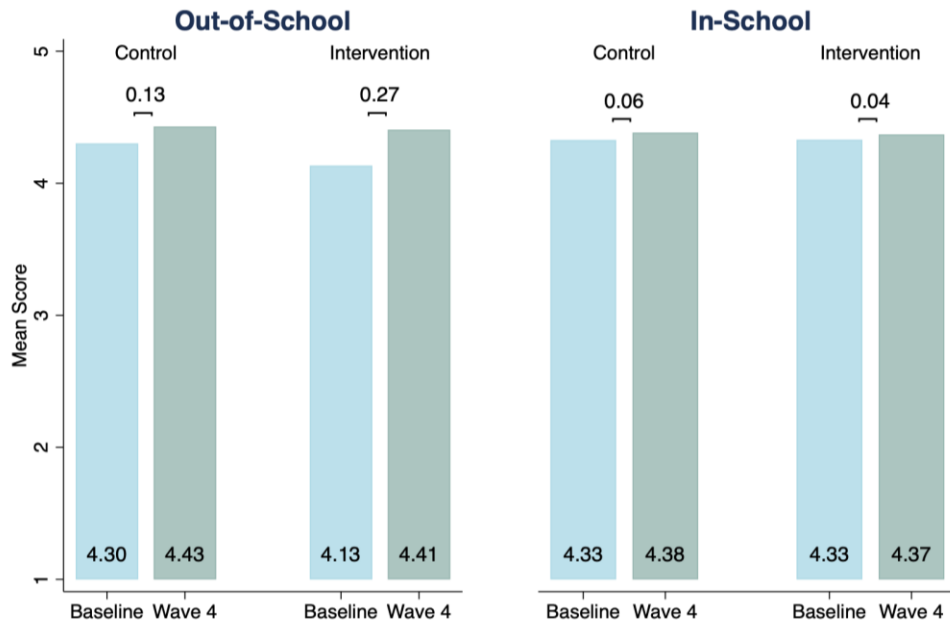
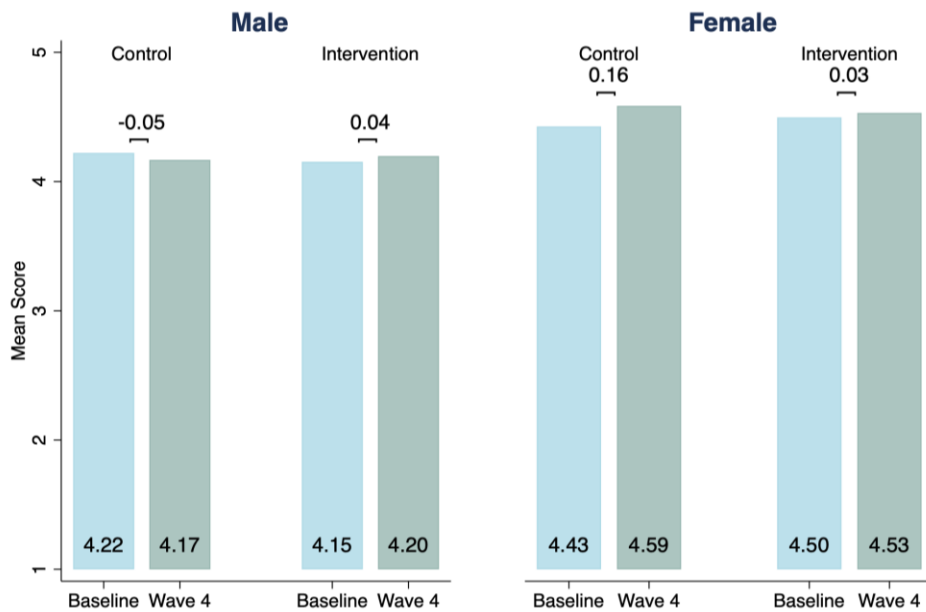


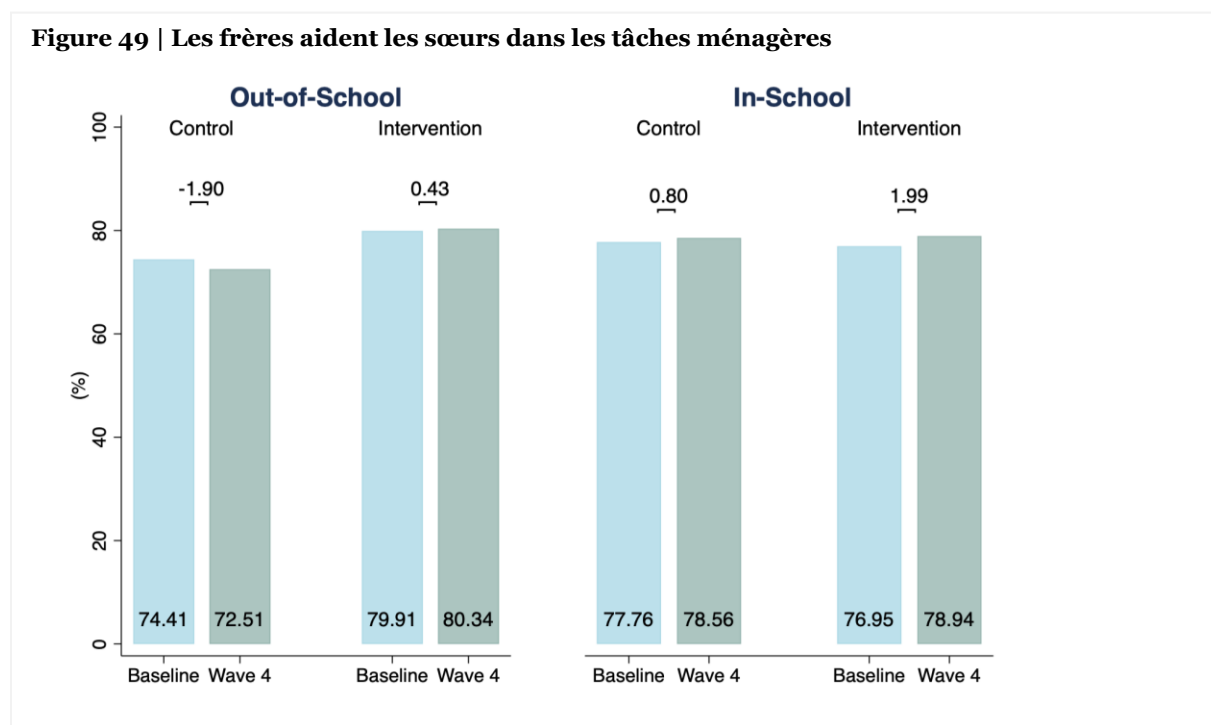
Figure 48 | Double standard sexuel (IS uniquement)



4. COMPORTEMENTS ÉQUITABLES ENTRE LES SEXES

PARTAGE DES TACHES

Bien que les attitudes à l'égard du partage des tâches ménagères se soient améliorées avec le temps, la transition vers un changement de comportement était discutable. Lorsqu'on a demandé aux participantes si leur frère les avait aidées dans leurs tâches ménagères au cours du dernier mois, nous n'avons trouvé aucune différence dans les tendances de partage des tâches ménagères entre frères et sœurs entre les groupes d'intervention et de contrôle, et les comportements sont restés stables entre les données initiales et la phase 4 (Figure 49). Lorsqu'on a demandé aux participants de sexe masculin s'ils aidaient leurs sœurs dans les tâches ménagères, des effets de l'intervention contraires à l'intention ont été observés parmi les plus jeunes (<12 ans) participants de BG ! scolarisés, ces jeunes participants de BG ! étant moins susceptibles de dire qu'ils avaient aidé leurs sœurs dans les tâches ménagères que ceux du groupe de contrôle ; OU 0,23 [0,06, 0,87], p=0,030).



TAQUINERIES ET VIOLENCE

Au début de l'enquête, la perpétration et la victimisation de la violence par les pairs étaient des comportements courants, sans différence significative selon le groupe d'étude. Plus d'un quart des garçons (IS : 28 % vs OOS : 27 %) et des filles (IS : 21 % vs OOS : 25 %) ont commis des actes de violence contre leurs pairs au cours des six derniers mois. La victimisation par la violence des pairs était moins fréquente chez les filles IS que chez les garçons (17,06 % contre 28,16 %, respectivement).

Ces expériences (taquinerie, violence physique et victimisation) ont diminué au fil du temps, les baisses les plus importantes étant observées au niveau de la taquinerie (Figure 50). Bien qu'il y ait eu des baisses plus importantes de la victimisation avec la violence chez les adolescent.es OOS ayant bénéficié de l'intervention que dans les groupes de contrôle, cet effet n'était pas statistiquement significatif (Figure 51). Parmi les adolescent.es plus âgés IS (Figure 52), la perpétration de violence a

diminué davantage dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle (OU : 0,63, 95 % CI [0,42, 0,95]). Aucune différence n'a été observée dans la perpétration de violence entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle selon le statut scolaire (Figure 53).

Figure 50 | Victimisation par les taquineries

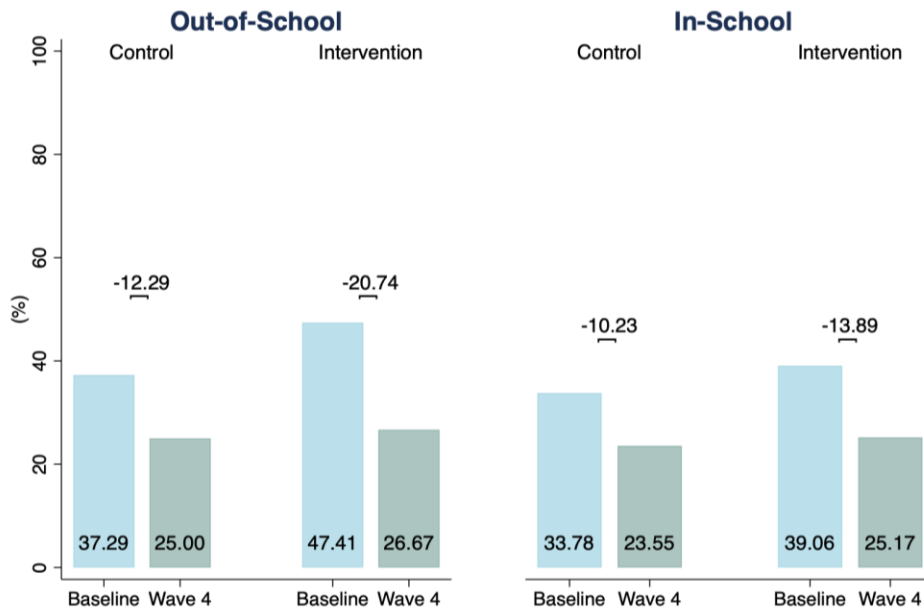


Figure 51 | Victimisation par la violence

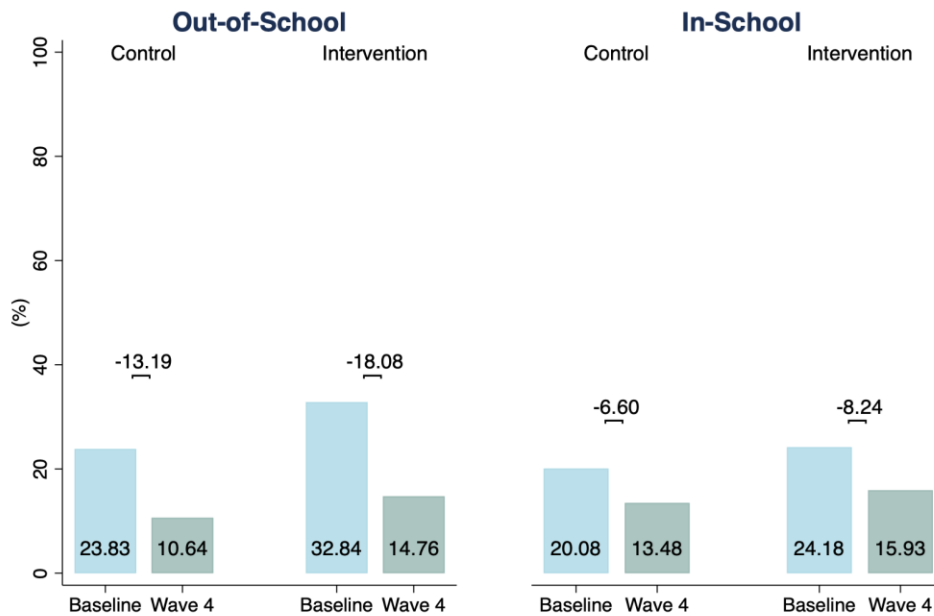


Figure 52 | Perpétration de violences (IS uniquement)

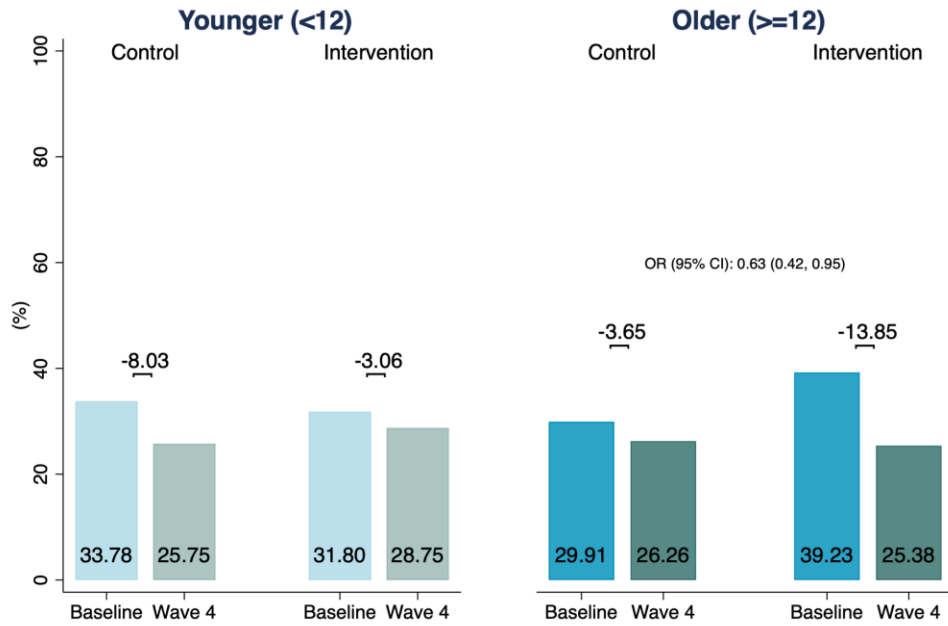
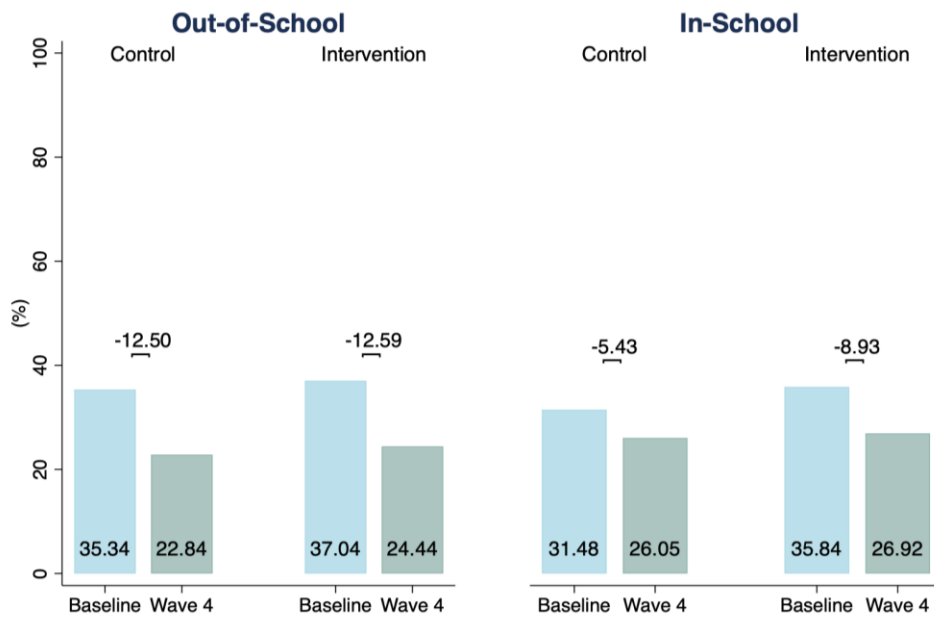


Figure 53 | Perpétration de la violence



LIMITATIONS

Ce rapport de la quatrième vague présente les résultats descriptifs en utilisant les effets de la double différence non ajustés de l'intervention BG ! Nous ne présentons pas d'analyses pour examiner l'association entre les normes de genre et la santé et l'effet de l'intervention BG ! sur ces associations. Ces analyses plus approfondies font l'objet d'efforts de recherche complémentaires qui font appel à des techniques conceptuelles et analytiques plus avancées dans le cadre de comparaisons interculturelles.

Bien que le taux de perte lors du suivi ait été généralement faible, il a atteint 27 % chez les adolescent.es non scolarisés, et 22,76 % dans le groupe d'intervention spécifiquement, ce qui peut potentiellement biaiser les résultats de l'évaluation si les jeunes perdus lors du suivi répondent différemment aux activités de BG ! que ceux interrogés à la vague 4. Les résultats de la vague 2 suggéraient un impact plus important de BG ! chez les participant.es OOS et IS par rapport à leurs témoins respectifs, ce qui était moins susceptible d'être significatif dans les vagues 3 et 4.

De plus, la pandémie de la COVID-19 a présenté des difficultés pour la collecte des données et pourrait avoir conduit à la perte d'une partie du suivi. Comme la plupart des recrutements ont été effectués par le biais de visites à domicile, les agents de collecte des données se sont appuyés sur des adresses exactes pour assurer le suivi des participant.es. L'impact économique négatif de la pandémie à Kinshasa pourrait avoir conduit certaines familles à ne pas pouvoir payer leur loyer et à se reloger, bien que ces cas n'aient pas été confirmés. Cependant, le taux de perte lors du suivi est le même que celui des vagues précédentes.

Les questions sur la connaissance de la contraception et les attitudes sexuelles n'ont été posées qu'aux participant.es âgés de 15 ans et plus à partir de la vague 2, ce qui empêche d'évaluer les différences de base entre les groupes d'intervention et de contrôle. Cependant, les connaissances sous-optimales en matière de contraception, associées à des niveaux élevés de perceptions erronées dans tous les groupes d'étude, soulignent la nécessité d'une éducation sexuelle complète chez les jeunes adolescent.es, avant qu'ils n'aient une quelconque activité sexuelle.

RESUME DES RESULTATS

LA COHORTE GEAS A KINSHASA ET L'IMPACT DE BG !

Les résultats de la quatrième vague de Global Early Adolescent Study à Kinshasa (GEAS-Kinshasa) présentent à la fois : (1) les tendances en matière de comportement et de développement chez tous les jeunes adolescent.es de la cohorte, et (2) les résultats de l'évaluation entre le groupe de contrôle et le groupe d'intervention pour documenter l'impact de l'intervention Bien Grandir ! (BG !).

CONNAISSANCES EN MATIERE DE SSR



Dans l'ensemble, les adolescent.es de la cohorte GEAS-Kinshasa sont mal préparés à une transition sexuelle saine vers l'âge adulte, car ils manquent de connaissances en matière de SSR et sont confrontés à la stigmatisation sociale par rapport à l'accès aux services de santé reproductive. Bien que les connaissances en matière de santé sexuelle se soient améliorées au fil du temps, la compréhension physiologique de la grossesse et de la contamination du VIH chez les adolescent.es de la cohorte reste sous-optimale. En outre, de nombreux adolescent.es ont des attitudes négatives et des perceptions erronées sur la contraception et beaucoup perçoivent une forte stigmatisation liées à la sexualité des adolescent.es. BG ! a réussi à améliorer certains éléments des connaissances en matière de SSR à un an de l'intervention, bien que l'acquis n'ait été maintenu à la quatrième vague que pour l'amélioration des connaissances sur la grossesse chez les jeunes adolescent.es scolarisé.es (âgé.es de moins de 12 ans). Si les relations sexuelles restent rares lors de la quatrième vague, elles augmentent sensiblement avec l'âge et ces premières rencontres sont, pour la majorité des adolescent.es, non protégées.

ATOUTS ET CAPACITE D'AGIR



Le lien avec les parents tend à diminuer au fil du temps, à mesure que les adolescent.es nouent des relations en dehors du ménage. Toutefois, l'intervention de BG ! semble atténuer ce déclin. Cette proximité ne s'est pas étendue à la communication sur la SSR avec les parents/tuteurs, bien que les adolescent.es parlent de plus en plus avec d'autres personnes influentes, comme les frères et sœurs et les pairs, des changements corporels, de la contraception et de la grossesse. Au fil du temps, l'intervention semble soutenir les bénéfices émergents chez les adolescent.es en âge moyen et plus âgés, en soutenant une satisfaction corporelle accrue et en augmentant la fierté des filles quant à leur transition vers la féminité. Les adolescent.es de l'ensemble de la cohorte sont de plus en plus libres de s'exprimer en leur nom et de prendre des décisions.

ATTITUDES ET NORMES ÉQUITABLES POUR LES FEMMES ET LES HOMMES



Les inégalités entre les sexes sont très répandues au début de l'adolescence et se manifestent par des attitudes, des comportements et des résultats différents pour les garçons et les filles. La majorité des adolescent.es de la cohorte souscrivent à des attentes se différencient selon le sexe en ce qui concerne les relations amoureuses, les rôles au sein du ménage, les traits sociaux et la répartition du pouvoir, notamment le soutien à l'autorité masculine et la soumission féminine. BG ! semble avoir un impact durable sur la promotion d'attitudes égalitaires entre les sexes qui sont spécifiquement abordées dans les activités de BG ! (par exemple, le partage des corvées dans le ménage) mais a un effet limité sur d'autres normes de genre telles que le double standard sexuel, qui peut représenter un obstacle au changement de comportement dans le domaine de la SSR.

COMPORTEMENTS ÉQUITABLES POUR LES FEMMES ET LES HOMMES



Bien que les adolescent.es aient adopté des *attitudes* équitables en matière de partage des tâches ménagères, cela ne s'est pas traduit par des comportements plus équitables en matière de partage des tâches ménagères entre frères et sœurs. La perpétration et la victimisation de la violence par les pairs ont toutes deux diminué avec l'âge des adolescent.es, la baisse des taux de perpétration de la violence étant plus importante chez les adolescent.es scolarisé.es plus âgé.es (12 ans et plus).

IMPLICATIONS

Les résultats de l'étude de cohorte longitudinale GEAS-Kinshasa et de l'évaluation BG ! ont plusieurs implications programmatiques.

Certaines attentes inégales entre les sexes et certains points de vue négatifs sur la sexualité des filles ont tendance à augmenter avec l'âge. Si les interventions de transformation du genre au sein des TJA peuvent faire évoluer ces perceptions, elles ne peuvent à elles seules remettre en cause le système de genre au sens large. Cela indique la nécessité d'un engagement substantiel de la part des parents, des tuteurs et de la communauté pour favoriser des rôles sexuels normatifs qui soutiennent la SSR des adolescent.es.

Les jeunes adolescent.es montrent un manque de préparation à la SSR. Un investissement plus important est nécessaire dans les interventions visant à améliorer les trajectoires de SSR, notamment l'intégration d'informations sur la SSR dans le programme scolaire des TJA. Notamment, des informations spécifiques et factuelles sur les méthodes contraceptives sont nécessaires pour atténuer les perceptions erronées et la stigmatisation liées à la contraception, qui constituent des barrières solides aux services de SSR pour les jeunes. Bien que la déclaration de relations sexuelles soit restée rare au sein de cette cohorte, les données longitudinales permettent de comprendre comment ces comportements évoluent au fil du temps et comment les opinions normatives sur le genre, la sexualité

et les connaissances en matière de SSR influencent les transitions saines à travers la puberté et les relations sexuelles. Les données de la cinquième vague apporteront davantage de réponses sur la façon dont ces comportements évoluent à mesure que davantage d'adolescent.es deviennent sexuellement actif.ves.

Lorsque les résultats de l'évaluation de BG ! des phases 2 à 4 sont examinés ensemble, plusieurs leçons émergent sur la manière de favoriser un programme efficace pour les adolescent.es :

Un départ précoce : Bien que tous les groupes d'âge aient été réceptifs, les jeunes TJA (moins de 12 ans) sont plus réceptifs aux activités de BG ! que les adolescent.es plus âgé.es, surtout en ce qui concerne les sujets de SSR telles que l'information sur la menstruation et la connaissance sur la grossesse, ce qui montre la nécessité d'atteindre les plus jeunes TJA. En commençant tôt, les jeunes adolescent.es sont plus susceptibles de mettre en pratique les compétences acquises lors des discussions sur la SSR, ce qui se traduit en fin de compte par des gains plus importants en matière de connaissances sur la SSR. Cependant, les résultats des vagues 3 et 4 suggèrent que les effets de l'intervention s'estompent avec le temps, ce qui nécessite des interventions répétées et/ou de rappel pour un effet durable. En outre, certains sujets tels que la contraception peuvent devenir plus importants à mesure que les filles et les garçons mûrissent et entament des relations amoureuses.

Une approche écologique : Il est essentiel d'impliquer les parents et les membres de la communauté en plus des TJA. Les résultats de travaux qualitatifs antérieurs indiquent que les parents, les enseignants et les prestataires de santé sont mal équipés pour discuter des transitions pubertaires et de la SSR avec les jeunes adolescent.es. BG ! aide à informer et à faire participer ces adultes influents à des activités d'éducation sexuelle afin de promouvoir un dialogue nécessaire et favorable à la santé avec les TJA. Une approche écologique est également essentielle pour s'attaquer aux normes de genre inégales et bien ancrées qui sont pratiquées et transmises de génération en génération. Même si leurs attitudes changent, il est irréaliste de s'attendre à ce que les jeunes agissent contrairement aux attentes sociales dominantes.

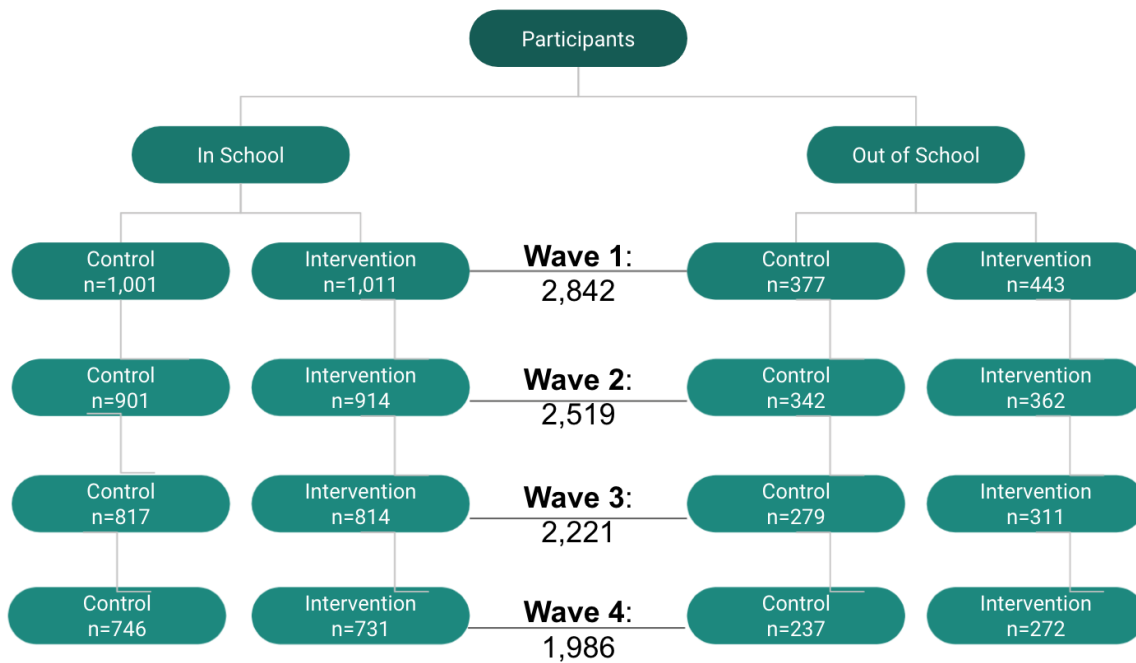
Une extension des interventions pour inclure les adolescent.es non scolarisé.es : L'extension des programmes TJA pour inclure ceux qui en ont le plus besoin permettra d'atteindre les jeunes qui peuvent bénéficier le plus de ces programmes. L'adaptation de ces programmes aux adolescent.es les plus vulnérables est une stratégie efficace pour réduire les inégalités sociales liées à l'accès à l'école qui ont de profondes implications tout au long de la vie. Il peut être nécessaire d'intensifier les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive ou de prévoir des programmes complémentaires pour répondre aux besoins accrus des groupes vulnérables.

RÉFÉRENCES

- Enquête démographique et de santé, 2014. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) and ICF International. 2014. Enquête démographique et de santé 2013-14 de la République démocratique du Congo : Principaux résultats. Rockville, Maryland, ÉTATS-UNIS : MPSMRM, MSP et ICF International.
- Matundu Mbambi, A, Faray-Kele, M.C., 2010. Inégalité du genre et institutions sociales en R.D.Congo. Consulté à l'adresse : http://www.peacewomen.org/sites/default/files/hrinst_genderinequalityinthedrc_wilpf_deember2010english_o.pdf
- Suivi des performances pour l'action (PMA), 2020. PMA2020/Kinshasa, RDC. Brief sur le planification familiale Consulté sur : https://www.pmadata.org/sites/default/files/data_product_results/PMA2020-DRC-Kinshasa-R7-FP-Brief-EN.pdf
- Suivi des performances pour l'action (PMA), 2018. PMA2020/Kinshasa, RDC. Brief sur le planification familiale Consulté sur : https://www.pmadata.org/sites/default/files/data_product_results/PMA2020-DRC-Kinshasa-R7-FP-Brief-EN.pdf
- Programme des Nations Unies pour le développement, 2019. Rapport sur l'indice de développement humain. 2021. Consulté sur : <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>
- Programme des Nations unies pour le développement, 2016. Rapport sur l'indice de développement humain. 2020. Consulté sur : <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>
- Zimmerman LA, Li M, Moreau C, Wilopo S, Blum R. Mesurer la capacité d'agir en tant que dimension de l'autonomisation des jeunes adolescents à l'échelle mondiale ; résultats de l'étude Global Early Adolescent Study. *SSM Popul Health*. 2019 ; 8:100454. Publié le 19 juillet 2019. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100454

ANNEXES

Annexe A. Organigramme de la population étudiée au cours des quatre phases de collecte de données

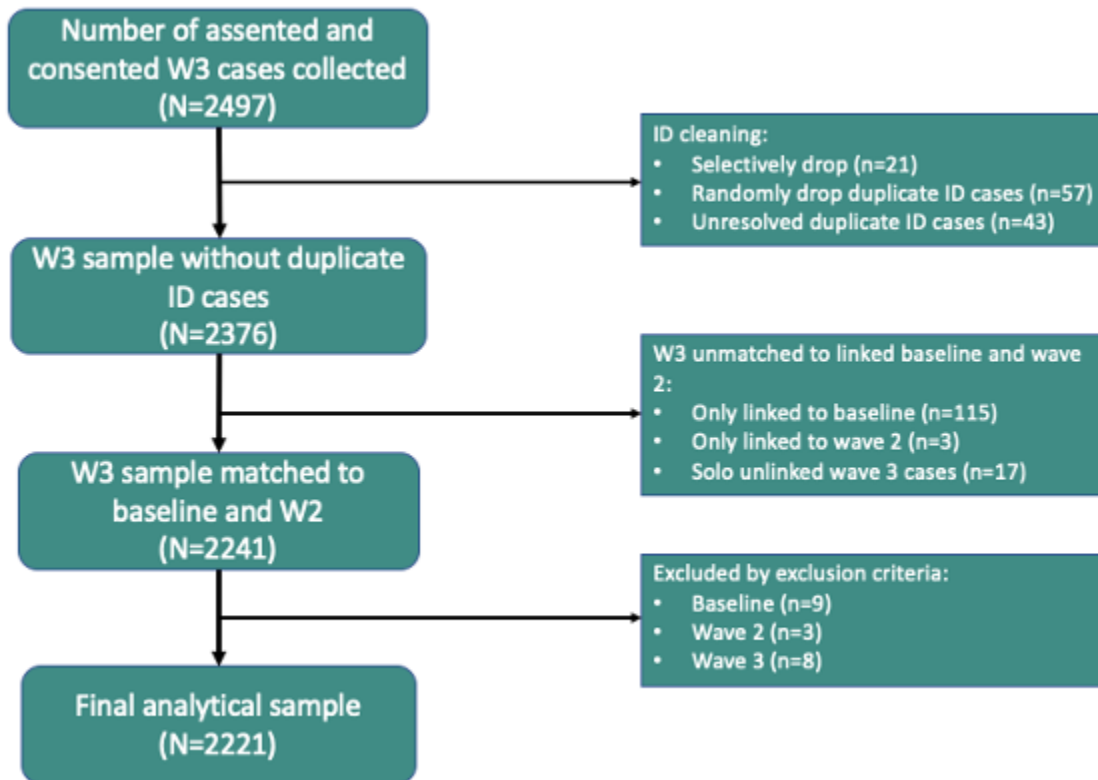


Annexe B. Perte lors du suivi des données initiales à la quatrième vague

Taux de perte lors du suivi par échantillon de base Caractéristiques		Ensemble (n=2842)		Non scolarisés (n=826)		Scolarisés (n=2016)	
		n (%)	valeur p	n (%)	valeur p	n (%)	valeur p
Statut de l'école		598 (21 %)		223 (27 %)		375 (19 %)	<0,001
Groupe d'étude	Contrôle	271 (20 %)	0,065	98 (26 %)	0,470	173 (17 %)	0,120
	Intervention	327 (22 %)		125 (28 %)		202 (20 %)	
Sexe	Garçon	301 (21 %)	0,884	115 (26 %)	0,444	186 (19 %)	0,656
	Fille	297 (21 %)		108 (28 %)		189 (18 %)	
Composition des ménages*	Deux parents	317 (20 %)	0,150	80 (27 %)	0,806	237 (18 %)	0,217
	Un parent	176 (22 %)		84 (25 %)		92 (20 %)	
	Grands-parents	62 (23 %)		39 (29 %)		23 (17 %)	
	Autre	32 (26 %)		15 (25 %)		17 (27 %)	
Quintile de richesse*	20 % en bas	132 (22 %)	0,026	82 (24 %)	0,078	50 (20 %)	0,606
	20-40 %	133 (24 %)		76 (34 %)		57 (18 %)	
	40-60 %	122 (21 %)		38 (24 %)		84 (20 %)	
	60-80 %	112 (20 %)		19 (25 %)		93 (19 %)	
	Haut 20	90 (17 %)		4 (17 %)		86 (17 %)	

Note : * La taille de l'échantillon pour chaque niveau de ces indicateurs peut ne pas correspondre à la taille de l'échantillon global ou à la taille de l'échantillon par statut d'inscription à l'école car seules les observations dont les valeurs ne sont pas manquantes ont été prises en compte dans ces calculs. Le pourcentage d'absence de données sur la composition du ménage est de 1,13 % (n=32) et de 0,81 % (n=23) pour le quintile de richesse familiale.

Annexe C. Organigramme de la population analytique de la troisième vague



Annexe D. Analyse per protocole d'adolescent.es non scolarisé.es

Note : Les analyses per protocole (PPA) sont menées comme une analyse de sensibilité aux analyses principales, en intention de traiter (ITT). Les résultats concernant les différences et les rapports de cotes doivent être interprétés avec prudence en raison de la petite taille de l'échantillon. Les différences entre les résultats de l'APP et de l'ITT sont notées en rouge.

	Non scolarisé.es (N=380 : contrôle-186 ; intervention-194)					
	N	Données initiales	Vague 4	Différence (V4-données initiales)	Delta (différence) CI 95 %	Valeur P
Double standard sexuel						
Contrôle	186	4,26 +/- 0,90	4,41 +/- 0,80	0,15 +/- 1,24	0,12 (-0,13, 0,37)	0,338
Intervention	194	4,14 +/- 1,00	4,41 +/- 0,73	0,27 +/- 1,26		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	380	-0,01 (-0,52, 0,51)				0,976
sexe X interaction du groupe d'étude	380	0,01 (-0,49, 0,51)				0,969
Les attentes romantiques des adolescent.es						
Contrôle	186	2,98 +/- 1,12	3,37 +/- 1,17	0,39 +/- 1,46	-0,02 (-0,32, 0,27)	0,870
Intervention	194	3,03 +/- 1,14	3,39 +/- 1,07	0,37 +/- 1,48		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	380	0,06 (-0,55, 0,67)				0,850
sexe X interaction du groupe d'étude	380	0,11 (-0,49, 0,70)				0,719
Traits stéréotypés de genre						
Contrôle	186	4,51 +/- 0,58	4,53 +/- 0,56	0,02 +/- 0,78	0,07 (-0,10, 0,24)	0,424
Intervention	194	4,39 +/- 0,73	4,48 +/- 0,60	0,09 +/- 0,93		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	380	-0,20 (-0,55, 0,15)				0,270
sexe X interaction du groupe d'étude	380	-0,09 (-0,43, 0,26)				0,629
Rôles stéréotypés des hommes et des femmes						
Contrôle	186	4,52 +/- 0,69	4,32 +/- 0,68	-0,20 +/- 0,96	0,04 (-0,15, 0,24)	0,684
Intervention	193	4,41 +/- 0,76	4,25 +/- 0,70	-0,16 +/- 0,97		

âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	379	0,05 (-0,35, 0,45)				0,800
sexe X interaction du groupe d'étude	379	0,09 (-0,30, 0,48)				0,653
Égalité des sexes dans les tâches ménagères (%)						
Contrôle	183	66,12	66,12	0,00	OU 2,21 (1,22, 3,99)	0,009
Intervention	191	58,12	75,39	17,28		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	374	OU 1,05 (0,31, 3,54)				0,939
sexe X interaction du groupe d'étude	374	OU 0,77 (0,24, 2,54)				0,674
Les frères aident les sœurs dans les tâches ménagères (%)						
Contrôle	166	74,70	71,69	-3,01	OU 1,25 (0,78, 2,02)	0,359
Intervention	164	76,83	78,05	1,22		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	330	OU 1,45 (0,54, 3,94)				0,463
sexe X interaction du groupe d'étude	131	-				-
C'est normal de taquiner une fille qui se comporte comme un garçon (%)						
Contrôle	184	66,30	70,11	3,80	OU 0,63 (0,35, 1,13)	0,123
Intervention	190	65,79	58,95	-6,84		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	374	OU 1,12 (0,33, 3,80)				0,855
sexe X interaction du groupe d'étude	374	OU 0,65 (0,20, 2,17)				0,489
C'est normal de taquiner un garçon qui se comporte comme une fille (%)						
Contrôle	186	70,43	71,51	1,08	OU 0,88 (0,49, 1,59)	0,673
Intervention	190	70,00	68,42	-1,58		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	376	OU 1,37 (0,42, 4,52)				0,604
sexe X interaction du groupe d'étude	376	OU 1,07 (0,33, 3,48)				0,915
Les filles devraient être fières de leur corps lorsqu'elles deviennent des femmes (%)						
<i>Différent de l'analyse ITT, où l'interaction entre le sexe est significative mais pas l'interaction entre l'âge.</i>						
Contrôle	184	86,41	93,48	7,07	OU 1,52 (0,47, 4,86)	0,481

Intervention	190	88,42	96,32	7,89		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	374				OU 0,04 (0,00, 0,72)	0,029
<12						
Contrôle	76	86,84	90,79	3,95	OU 10,47 (0,98, 111,94)	0,052
Intervention	72	81,94	98,61	16,67		
>=12						
Contrôle	108	86,11	95,37	9,26	OU 0,46 (0,10, 2,10)	0,318
Intervention	118	92,37	94,92	2,54		
sexe X interaction du groupe d'étude	374				OU 3,66 (0,34, 39,75)	0,287
Les hommes sont toujours prêts à avoir des rapports sexuels (%)						
Contrôle	183	46,99	65,03	18,03	OU 1,08 (0,62, 1,87)	0,784
Intervention	186	45,70	65,59	19,89		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	369				OU 2,37 (0,77, 7,32)	0,133
sexe X interaction du groupe d'étude	369				OU 0,38 (0,13, 1,16)	0,089
C'est la responsabilité de la fille de prévenir la grossesse (%)						
Contrôle	182	66,48	57,69	-8,79	OU 0,86 (0,48, 1,52)	0,602
Intervention	187	68,45	56,15	-12,30		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	369				OU 1,83 (0,56, 6,00)	0,318
sexe X interaction du groupe d'étude	369				OU 0,36 (0,11, 1,14)	0,081
Un vrai homme devrait avoir autant de partenaires féminines que possible (%)						
Contrôle	185	19,46	19,46	0,00	OU 0,89 (0,46, 1,72)	0,733
Intervention	192	25,00	22,92	-2,08		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	377				OU 0,78 (0,20, 2,99)	0,721
sexe X interaction du groupe d'étude	377				OU 0,63 (0,17, 2,40)	0,502
Les femmes qui portent des préservatifs sur elles sont faciles (%)						

Contrôle	169	65,09	70,41	5,33	OU 0,95 (0,51, 1,77)	0,879
Intervention	161	64,60	68,94	4,35		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	330	OU 1,32 (0,37, 4,70)				0,670
sexe X interaction du groupe d'étude	330	OU 0,70 (0,20, 2,46)				0,573
Liberté de mouvement						
Contrôle	186	1,53 +/- 0,76	2,05 +/- 0,90	0,52 +/- 1,03	0,04 (-0,17, 0,25)	0,718
Intervention	194	1,47 +/- 0,64	2,03 +/- 0,91	0,56 +/- 1,08		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	380	0,30 (-0,13, 0,73)				0,173
sexe X interaction du groupe d'étude	380	0,13 (-0,28, 0,54)				0,526
Voix						
Contrôle	186	2,21 +/- 0,68	2,49 +/- 0,80	0,28 +/- 1,00	-0,01 (-0,22, 0,19)	0,892
Intervention	194	2,26 +/- 0,69	2,52 +/- 0,79	0,26 +/- 1,01		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	380	-0,12 (-0,53, 0,29)				0,572
sexe X interaction du groupe d'étude	380	-0,27 (-0,67, 0,13)				0,188
Prise de décision						
Contrôle	186	2,68 +/- 0,88	3,41 +/- 0,75	0,73 +/- 1,13	0,03 (-0,20, 0,25)	0,819
Intervention	194	2,73 +/- 0,87	3,49 +/- 0,65	0,76 +/- 1,09		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	380	0,14 (-0,31, 0,60)				0,535
sexe X interaction du groupe d'étude	380	0,10 (-0,35, 0,55)				0,665
Lien avec les parents						
Contrôle	186	3,26 +/- 0,73	3,06 +/- 0,84	-0,20 +/- 1,02	0,13 (-0,09, 0,35)	0,241
Intervention	193	3,17 +/- 0,80	3,10 +/- 0,84	-0,07 +/- 1,13		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	379	0,07 (-0,38, 0,51)				0,758
sexe X interaction du groupe d'étude	379	0,13 (-0,30, 0,57)				0,549
Ont parlé des changements corporels (%)						
Contrôle	182	27,47	51,65	24,18	OU 0,95 (0,53, 1,72)	0,877

Intervention	190	40,00	64,21	24,21		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	372				OU 2,10 (0,58, 7,59)	0,257
sexe X interaction du groupe d'étude	372				OU 0,35 (0,10, 1,19)	0,092
Ont parlé des changements corporels avec leurs parents/tuteurs (%)	<i>Différent de l'analyse ITT, où aucune des interactions n'est significative. Les résultats ici pour les <12 ans sont instables en raison de la petite taille de l'échantillon.</i>					
Contrôle	24	62,50	58,33	-4,17	OU 1,29 (0,44, 3,74)	0,644
Intervention	54	59,26	61,11	1,85		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	78				OU 0,04 (0,00, 0,86)	0,040
<12						
Contrôle	6	83,33	66,67	-16,67	OU 18,06 (1,16, 281,25)	0,039
Intervention	14	64,29	92,86	28,57		
>=12						
Contrôle	18	55,56	55,56	0,00	OU 0,74 (0,22, 2,48)	0,625
Intervention	40	57,50	50,00	-7,50		
sexe X interaction du groupe d'étude	78				OU 0,67 (0,05, 8,97)	0,760
Ont parlé de la grossesse (%)						
Contrôle	183	13,11	26,78	13,66	OU 0,90 (0,44, 1,86)	0,778
Intervention	189	14,81	27,51	12,70		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	372				OU 0,92 (0,17, 5,08)	0,927
sexe X interaction du groupe d'étude	372				OU 1,54 (0,34, 6,88)	0,571
Ont parlé de la contraception (%)						
Contrôle	169	7,10	22,49	15,38	OU 0,69 (0,28, 1,66)	0,402
Intervention	175	11,43	25,14	13,71		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	344				OU 0,38 (0,04, 3,25)	0,374
sexe X interaction du groupe d'étude	344				OU 2,28 (0,37, 13,93)	0,374
Ont parlé des relations sexuelles (%)						
Contrôle	183	9,84	23,50	13,66	OU 0,73 (0,33, 1,60)	0,433

Intervention	191	12,04	21,99	9,95		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	374	OU 11,28 (0,78, 163,64)				0,076
sexe X interaction du groupe d'étude	374	OU 0,30 (0,06, 1,48)				0,141
Connaissance de la grossesse						
Contrôle	121	4,27 +/- 2,13	6,02 +/- 2,10	1,75 +/- 2,65	-0,08 (-0,73, 0,58)	0,817
Intervention	120	4,47 +/- 2,13	6,15 +/- 1,89	1,68 +/- 2,51		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	241	0,45 (-0,89, 1,79)				0,512
sexe X interaction du groupe d'étude	241	0,35 (-0,96, 1,66)				0,601
Connaissance du VIH						
<i>Différent de l'analyse ITT, où aucune des interactions n'est significative.</i>						
Contrôle	182	1,77 +/- 1,17	2,57 +/- 0,95	0,80 +/- 1,46	-0,05 (-0,34, 0,25)	0,757
Intervention	188	1,83 +/- 1,21	2,58 +/- 0,95	0,75 +/- 1,45		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	370	0,69 (0,08, 1,29)				0,026
<12						
Contrôle	76	1,49 +/- 1,14	2,58 +/- 0,94	1,09 +/- 1,47	-0,45 (-0,92, 0,02)	0,059
Intervention	72	1,79 +/- 1,19	2,43 +/- 0,99	0,64 +/- 1,42		
>=12						
Contrôle	106	1,98 +/- 1,16	2,57 +/- 0,97	0,58 +/- 1,41	0,23 (-0,15, 0,62)	0,229
Intervention	116	1,85 +/- 1,23	2,67 +/- 0,92	0,82 +/- 1,47		
sexe X interaction du groupe d'étude	370	-0,04 (-0,64, 0,56)				0,895
Sait où aller pour obtenir des préservatifs (%)						
Contrôle	113	43,36	65,49	22,12	OU 1,08 (0,55, 2,13)	0,813
Intervention	104	42,31	66,35	24,04		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	217	OU 1,32 (0,29, 6,08)				0,721
sexe X interaction du groupe d'étude	217	OU 1,37 (0,35, 5,41)				0,653
Gêne de se procurer des préservatifs (%)						
Contrôle	94	72,34	63,83	-8,51	OU 1,68 (0,78, 3,62)	0,185

Intervention	102	60,78	63,73	2,94		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	196	OU 0,90 (0,17, 4,76)				0,898
sexe X interaction du groupe d'étude	196	OU 0,64 (0,13, 3,02)				0,571
Sait où aller pour obtenir une contraception (filles seulement) (%)						
Contrôle	63	46,03	68,25	22,22	OU 1,08 (0,37, 3,11)	0,887
Intervention	62	58,06	79,03	20,97		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	125	OU 1,22 (0,13, 11,23)				0,858
sexe X interaction du groupe d'étude	125	<i>- Ne peut être estimé en raison de la colinéarité</i>				-
Gêné pour obtenir une contraception (filles seulement) (%)						
Contrôle	61	50,82	63,93	13,11	OU 0,55 (0,22, 1,39)	0,207
Intervention	65	52,31	50,77	-1,54		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	126	OU 2,14 (0,30, 14,97)				0,445
sexe X interaction du groupe d'étude	126	<i>- Ne peut être estimé en raison de la colinéarité</i>				-
Attitudes à l'égard des menstruations (honteuses de son corps pendant les règles) (%)						
Contrôle	11	81,82	63,64	-18,18	OU 0,72 (0,08, 6,19)	0,767
Intervention	23	60,87	30,43	-30,43		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	34	<i>- Ne peut être estimé en raison de la colinéarité</i>				-
sexe X interaction du groupe d'étude	34	<i>- Ne peut être estimé en raison de la colinéarité</i>				-
Sait quand commence le prochaine période (%)						
Contrôle	10	70,00	70,00	0,00	OU 3,20 (0,32, 32,45)	0,325
Intervention	22	45,45	72,73	27,27		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	32	<i>- Ne peut être estimé en raison de la colinéarité</i>				-
sexe X interaction du groupe d'étude	32	<i>- Ne peut être estimé en raison de la colinéarité</i>				-
Périodes de suivi (%)						

Contrôle	11	72,73	63,64	-9,09	OU 4,32 (0,38, 49,24)	0,239
Intervention	22	54,55	77,27	22,73		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	33	<i>- Ne peut être estimé en raison de la colinéarité</i>				-
sexe X interaction du groupe d'étude	33	<i>- Ne peut être estimé en raison de la colinéarité</i>				-
Santé générale (%)						
Contrôle	186	79,57	83,87	4,30	OU 0,75 (0,36, 1,55)	0,435
Intervention	193	79,27	79,27	0,00		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	379	OU 0,54 (0,12, 2,47)				0,424
sexe X interaction du groupe d'étude	379	OU 0,16 (0,04, 0,73)				0,017
Garçon						
Contrôle	96	82,29	85,42	3,13	OU 1,80 (0,59, 5,45)	0,302
Intervention	102	73,53	86,27	12,75		
Fille						
Contrôle	90	76,67	82,22	5,56	OU 0,30 (0,11, 0,79)	0,014
Intervention	91	85,71	71,43	-14,29		
Satisfaction corporelle (%)						
Contrôle	186	29,03	36,02	6,99	OU 0,96 (0,52, 1,76)	0,900
Intervention	194	29,90	36,08	6,19		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	380	OU 1,22 (0,36, 4,17)				0,754
sexe X interaction du groupe d'étude	380	OU 1,25 (0,37, 4,25)				0,716
Symptômes dépressifs						
Contrôle	186	2,05 +/- 0,75	1,93 +/- 0,71	-0,12 +/- 1,04	0,02 (-0,20, 0,24)	0,848
Intervention	194	2,11 +/- 0,86	2,01 +/- 0,81	-0,10 +/- 1,14		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	380	0,08 (-0,37, 0,53)				0,714
sexe X interaction du groupe d'étude	380	0,32 (-0,12, 0,76)				0,152
Victimisation par les taquineries (%)						
Contrôle	186	38,17	25,81	-12,37	OU 0,73 (0,41, 1,32)	0,297

Intervention	192	47,40	27,08	-20,31			
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	378				OU 0,79 (0,24, 2,62)	0,697	
sexe X interaction du groupe d'étude	378				OU 1,54 (0,46, 5,12)	0,482	
Victimisation par la violence (%)							
Contrôle	185	22,16	12,43	-9,73	OU 0,73 (0,34, 1,55)	0,416	
Intervention	193	32,64	15,03	-17,62			
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	378				OU 4,11 (0,86, 19,55)	0,076	
sexe X interaction du groupe d'étude	378				OU 1,10 (0,24, 5,08)	0,901	
Perpétration de violence (%)							
<i>Différent de l'analyse ITT, où l'interaction avec le sexe est significative.</i>							
Contrôle	183	36,07	22,95	-13,11	OU 1,04 (0,58, 1,85)	0,900	
Intervention	194	38,14	25,26	-12,89			
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	377				OU 1,65 (0,51, 5,36)	0,402	
sexe X interaction du groupe d'étude	377				OU 2,55 (0,78, 8,31)	0,120	
Relations amoureuses (jamais) (%)							
Contrôle	142	15,49	45,07	29,58	OU 0,86 (0,49, 1,51)	0,601	
Intervention	163	15,34	41,10	25,77			
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	305				OU 0,80 (0,21, 3,10)	0,749	
sexe X interaction du groupe d'étude	305				OU 0,48 (0,15, 1,51)	0,211	
Déséquilibre des pouvoirs dans la dernière relation							
<i>Différent de l'analyse ITT, où le déséquilibre augmente avec l'intervention (1,20 [0,26, 2,13]). Mais pour les deux analyses (ITT et PP), la taille des échantillons est très faible, ce qui permet d'ignorer les différences.</i>							
Contrôle	9	3,87 +/- 0,95	3,64 +/- 0,86	-0,22 +/- 1,28	1,16 (-0,12, 2,43)	0,072	
Intervention	6	3,27 +/- 1,21	4,20 +/- 0,55	0,93 +/- 0,79			
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	15	- Ne peut être estimé en raison de l'absence d'observation dans le groupe d'intervention des adolescent.es plus jeunes (<12)					-
sexe X interaction du groupe d'étude	15				0,02 (-2,95, 2,99)	0,990	
L'intimité dans la dernière relation							
Contrôle	9	3,57 +/- 0,64	3,77 +/- 0,54	0,20 +/- 0,83	-0,30 (-1,16, 0,56)	0,466	
Intervention	6	3,53 +/- 0,64	3,43 +/- 0,76	-0,10 +/- 0,62			

âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	15	<i>- Ne peut être estimé en raison de l'absence d'observation dans le groupe d'intervention des adolescent.es plus jeunes (<12)</i>			-	
sexe X interaction du groupe d'étude	15	-0,10 (-2,07, 1,87)			0,913	
Consommation d'alcool (%)						
Contrôle	186	6,45	8,60	2,15	OU 1,06 (0,38, 2,94)	0,909
Intervention	194	7,73	10,82	3,09		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	380	OU 3,04 (0,29, 31,33)			0,351	
sexe X interaction du groupe d'étude	380	OU 1,37 (0,13, 13,96)			0,790	

Annexe E. Analyse des adolescent.es scolarisé.es par protocole

	IS (N=1119 : contrôle-532 ; intervention-587)					
	N	Données initiales	Vague 4	Différence (V4-données initiales)	Delta (différence) CI 95 %	Valeur P
Double standard sexuel	<i>Différent de l'analyse ITT, où l'interaction avec le sexe est statistiquement significative.</i>					
Contrôle	532	4,30 +/- 0,85	4,37 +/- 0,81	0,07 +/- 1,11	-0,03 (-0,16, 0,10)	0,641
Intervention	587	4,36 +/- 0,83	4,40 +/- 0,72	0,04 +/- 1,04		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1119	0,03 (-0,22, 0,29)				0,789
sexe X interaction du groupe d'étude	1119	-0,24 (-0,49, 0,01)				0,060
Les attentes romantiques des adolescent.es						
Contrôle	532	2,94 +/- 1,11	3,37 +/- 1,12	0,44 +/- 1,48	0,14 (-0,03, 0,31)	0,101
Intervention	587	2,77 +/- 1,11	3,35 +/- 1,06	0,58 +/- 1,41		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1119	-0,16 (-0,50, 0,18)				0,346
sexe X interaction du groupe d'étude	1119	-0,30 (-0,64, 0,04)				0,083
Traits stéréotypés de genre						
Contrôle	532	4,53 +/- 0,59	4,59 +/- 0,53	0,06 +/- 0,76	-0,03 (-0,13, 0,07)	0,585
Intervention	587	4,42 +/- 0,73	4,46 +/- 0,63	0,03 +/- 0,91		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1119	0,09 (-0,11, 0,29)				0,361
sexe X interaction du groupe d'étude	1119	-0,05 (-0,25, 0,15)				0,608
Rôles stéréotypés des des femmes et des hommes et						
Contrôle	532	4,49 +/- 0,72	4,23 +/- 0,79	-0,26 +/- 1,04	-0,05 (-0,17, 0,07)	0,407
Intervention	587	4,39 +/- 0,77	4,07 +/- 0,79	-0,31 +/- 1,03		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1119	0,04 (-0,21, 0,28)				0,764
sexe X interaction du groupe d'étude	1119	0,18 (-0,06, 0,43)				0,141
Égalité des sexes dans les tâches ménagères (%)						
Contrôle	530	63,40	57,74	-5,66	OU 2,53 (1,80, 3,56)	<0,001
Intervention	585	60,34	75,21	14,87		

âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1115			OU 1,61 (0,81, 3,21)		0,175
sexe X interaction du groupe d'étude	1115			OU 1,63 (0,82, 3,26)		0,164
Les frères aident les sœurs dans les tâches ménagères (%)						
Contrôle	457	77,68	78,34	0,66	OU 1,11 (0,80, 1,54)	0,537
Intervention	477	75,47	77,99	2,52		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	934			OU 0,71 (0,36, 1,38)		0,308
sexe X interaction du groupe d'étude	406			-		-
C'est normal de taquiner une fille qui se comporte comme un garçon (%)						
<i>Différent de l'analyse ITT, où l'effet de l'intervention n'est pas statistiquement significatif (OU 1,30 [0,98, 1,72]).</i>						
Contrôle	532	62,59	60,71	-1,88	OU 1,42 (1,03, 1,96)	0,034
Intervention	583	55,40	61,92	6,52		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1115			OU 0,73 (0,38, 1,40)		0,345
sexe X interaction du groupe d'étude	1115			OU 0,88 (0,46, 1,68)		0,693
C'est normal de taquiner un garçon qui se comporte comme une fille (%)						
Contrôle	532	71,05	65,41	-5,64	OU 1,29 (0,93, 1,79)	0,131
Intervention	584	59,25	59,08	-0,17		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1116			OU 1,27 (0,65, 2,46)		0,482
sexe X interaction du groupe d'étude	1116			OU 0,76 (0,39, 1,48)		0,415
Les filles devraient être fières de leur corps lorsqu'elles deviennent des femmes (%)						
Contrôle	529	92,25	95,27	3,02	OU 0,89 (0,45, 1,75)	0,738
Intervention	584	91,95	94,52	2,57		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1113			OU 2,23 (0,57, 8,72)		0,250
sexe X interaction du groupe d'étude	1113			OU 0,82 (0,21, 3,17)		0,776
Les hommes sont toujours prêts à avoir des rapports sexuels (%)						
Contrôle	524	43,13	60,31	17,18	OU 0,94 (0,68, 1,30)	0,703
Intervention	580	46,72	62,24	15,52		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1104			OU 1,44 (0,74, 2,79)		0,282

sexe X interaction du groupe d'étude	1104			OU 0,86 (0,45, 1,67)		0,664
C'est la responsabilité de la fille de prévenir la grossesse (%)						
Contrôle	524	70,04	56,30	-13,74	OU 0,80 (0,56, 1,14)	0,218
Intervention	582	72,34	53,61	-18,73		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1106			OU 0,62 (0,30, 1,25)		0,180
sexe X interaction du groupe d'étude	1106			OU 0,95 (0,47, 1,92)		0,885
Un vrai homme devrait avoir autant de partenaires féminines que possible (%)	<i>Différent de l'analyse ITT sur l'effet de l'intervention, qui n'est pas statistiquement significatif (OU 1,29 [0,87, 1,93]).</i>					
Contrôle	531	19,96	12,05	-7,91	OU 1,74 (1,10, 2,77)	0,019
Intervention	587	13,97	13,46	-0,51		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1118			OU 1,16 (0,45, 2,97)		0,756
sexe X interaction du groupe d'étude	1118			OU 1,10 (0,43, 2,82)		0,838
Les femmes qui portent des préservatifs sur elles sont faciles (%)						
Contrôle	483	63,98	70,81	6,83	OU 1,21 (0,86, 1,70)	0,270
Intervention	550	58,73	70,18	11,45		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1033			OU 1,65 (0,83, 3,30)		0,156
sexe X interaction du groupe d'étude	1033			OU 1,25 (0,62, 2,51)		0,529
Liberté de mouvement						
Contrôle	532	1,60 +/- 0,66	1,89 +/- 0,87	0,29 +/- 0,95	-0,05 (-0,16, 0,07)	0,426
Intervention	587	1,65 +/- 0,71	1,89 +/- 0,82	0,24 +/- 0,97		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1119			0,02 (-0,21, 0,24)		0,882
sexe X interaction du groupe d'étude	1119			0,01 (-0,22, 0,23)		0,959
Voix						
Contrôle	532	2,46 +/- 0,64	2,52 +/- 0,78	0,07 +/- 0,95	-0,05 (-0,16, 0,06)	0,364
Intervention	587	2,60 +/- 0,63	2,62 +/- 0,73	0,02 +/- 0,90		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1119			-0,02 (-0,24, 0,20)		0,863
sexe X interaction du groupe d'étude	1119			-0,04 (-0,26, 0,18)		0,709
Prise de décision						

Contrôle	532	2,66 +/- 0,86	3,41 +/- 0,68	0,74 +/- 1,06	-0,16 (-0,29, -0,04)	0,010
Intervention	587	2,85 +/- 0,89	3,43 +/- 0,66	0,58 +/- 1,08		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1119	-0,02 (-0,28, 0,23)				0,862
sexe X interaction du groupe d'étude	1119	-0,06 (-0,32, 0,19)				0,614
Lien avec les parents		<i>Différent de l'analyse ITT sur l'effet de l'intervention, qui est statistiquement significatif (0,11 [0,02, 0,21]).</i>				
Contrôle	532	3,28 +/- 0,76	3,15 +/- 0,73	-0,13 +/- 0,96	0,09 (-0,02, 0,20)	0,115
Intervention	586	3,21 +/- 0,74	3,17 +/- 0,73	-0,04 +/- 0,95		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1118	-0,01 (-0,23, 0,22)				0,953
sexe X interaction du groupe d'étude	1118	-0,01 (-0,23, 0,22)				0,944
Ont parlé des changements corporels (%)						
Contrôle	524	35,11	63,36	28,24	OU 0,92 (0,66, 1,28)	0,613
Intervention	578	44,98	70,59	25,61		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1102	OU 1,50 (0,76, 2,95)				0,241
sexe X interaction du groupe d'étude	1102	OU 0,78 (0,39, 1,57)				0,490
Ont parlé des changements corporels avec leurs parents/tuteurs (%)						
Contrôle	127	75,59	55,12	-20,47	OU 1,29 (0,71, 2,35)	0,403
Intervention	203	81,28	68,97	-12,32		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	330	OU 0,46 (0,10, 2,27)				0,343
sexe X interaction du groupe d'étude	330	OU 1,41 (0,36, 5,44)				0,619
Ont parlé de grossesse (%)						
Contrôle	518	8,88	26,25	17,37	OU 0,72 (0,47, 1,12)	0,144
Intervention	562	15,12	32,03	16,90		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1080	OU 2,49 (0,85, 7,29)				0,095
sexe X interaction du groupe d'étude	1080	OU 3,15 (1,26, 7,89)				0,014
Garçon						
Contrôle	252	4,76	29,76	25,00	OU 0,36 (0,18, 0,75)	0,006
Intervention	258	13,95	33,33	19,38		
Fille						

Contrôle	266	12,78	22,93	10,15	OU 1,15 (0,65, 2,02)	0,633
Intervention	304	16,12	30,92	14,80		
Ont parlé de la grossesse avec leurs parents/soignants (%)						
Contrôle	17	11,76	11,76	0,00	<i>Ne peut être estimé en raison de la prédiction parfaite de l'échec à la quatrième vague du groupe d'intervention.</i>	-
Intervention	45	46,67	31,11	-15,56		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	62	<i>- Ne peut être estimé en raison de la taille des échantillons pour les analyses d'interaction.</i>				-
sexe X interaction du groupe d'étude	56	<i>- Ne peut être estimé en raison de la taille des échantillons pour les analyses d'interaction.</i>				-
Ont parlé de contraception (%)						
Contrôle	502	8,76	24,50	15,74	OU 0,87 (0,56, 1,37)	0,561
Intervention	542	13,10	30,81	17,71		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1044	OU 1,03 (0,36, 2,96)				0,954
sexe X interaction du groupe d'étude	1044	OU 3,11 (1,22, 7,95)				0,018
Garçon						
Contrôle	244	5,74	24,18	18,44	OU 0,47 (0,23, 0,97)	0,040
Intervention	251	17,13	33,86	16,73		
Fille						
Contrôle	258	11,63	24,81	13,18	OU 1,47 (0,80, 2,71)	0,218
Intervention	291	9,62	28,18	18,56		
Ont parlé de relations sexuelles (%)						
<i>Différent de l'analyse ITT sur l'effet de l'intervention, qui est statistiquement significatif (OU 0,66 [0,44, 0,97]). Mais comme la borne supérieure de l'IC à 95 % recouvre presque « 1 », on peut ignorer la différence. En outre, aucune des interactions n'est significative dans l'analyse ITT.</i>						
Contrôle	522	6,51	25,29	18,77	OU 0,62 (0,39, 1,00)	0,052
Intervention	573	11,34	27,92	16,58		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1095	OU 0,86 (0,25, 2,95)				0,806
sexe X interaction du groupe d'étude	1095	OU 4,23 (1,59, 11,26)				0,004
Garçon						
Contrôle	252	5,56	33,73	28,17	OU 0,32 (0,16, 0,63)	0,001

Intervention	265	15,85	34,34	18,49		
Fille						
Contrôle	270	7,41	17,41	10,00	OU 1,36 (0,67, 2,77)	0,399
Intervention	308	7,47	22,40	14,94		
Connaissance de la grossesse	<i>Différent de l'analyse ITT sur l'effet global, qui n'est pas statistiquement significatif.</i>					
Contrôle	385	4,26 +/- 2,02	6,15 +/- 2,09	1,89 +/- 2,70	0,40 (0,03, 0,77)	0,035
Intervention	434	4,24 +/- 2,05	6,52 +/- 1,94	2,29 +/- 2,69		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	819			-1,00 (-1,75, -0,24)		0,009
<12						
Contrôle	185	4,43 +/- 2,12	6,36 +/- 2,17	1,93 +/- 2,87	0,63 (0,07, 1,18)	0,026
Intervention	201	4,36 +/- 2,08	6,92 +/- 1,74	2,56 +/- 2,65		
>=12						
Contrôle	200	4,11 +/- 1,92	5,96 +/- 1,99	1,85 +/- 2,53	0,20 (-0,30, 0,70)	0,426
Intervention	233	4,13 +/- 2,02	6,18 +/- 2,04	2,05 +/- 2,70		
sexe X interaction du groupe d'étude	819			-0,43 (-1,17, 0,31)		0,259
Connaissance du VIH						
Contrôle	517	1,90 +/- 1,12	2,44 +/- 1,01	0,54 +/- 1,44	0,08 (-0,09, 0,25)	0,340
Intervention	572	1,86 +/- 1,08	2,49 +/- 0,97	0,62 +/- 1,35		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1089			0,07 (-0,26, 0,41)		0,671
sexe X interaction du groupe d'étude	1089			0,08 (-0,26, 0,41)		0,656
Sait où aller pour obtenir des préservatifs (%)						
Contrôle	279	42,65	72,76	30,11	OU 0,93 (0,59, 1,48)	0,771
Intervention	323	45,51	73,68	28,17		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	602			OU 1,09 (0,41, 2,91)		0,866
sexe X interaction du groupe d'étude	602			OU 1,12 (0,43, 2,88)		0,816
Gêné de se procurer des préservatifs (%)						
Contrôle	274	67,52	71,53	4,01	OU 1,05 (0,64, 1,71)	0,841
Intervention	303	68,32	73,27	4,95		

âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	577			OU 0,79 (0,28, 2,24)		0,654	
sexe X interaction du groupe d'étude	577			OU 1,21 (0,45, 3,25)		0,701	
Sait où aller pour obtenir une contraception (filles seulement) (%)							
Contrôle	207	64,25	70,53	6,28	OU 1,28 (0,74, 2,20)	0,377	
Intervention	239	58,16	70,29	12,13			
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	446			OU 1,13 (0,37, 3,47)		0,831	
sexe X interaction du groupe d'étude	446			-		-	
Gêné pour obtenir une contraception (filles seulement) (%)							
Contrôle	211	54,03	52,61	-1,42	OU 0,80 (0,49, 1,30)	0,364	
Intervention	228	55,26	48,25	-7,02			
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	439			OU 1,20 (0,45, 3,22)		0,721	
sexe X interaction du groupe d'étude	439			-		-	
Attitudes à l'égard des menstruations (honte de son corps pendant les règles) (%)							
Contrôle	69	44,93	27,54	-17,39	OU 1,54 (0,63, 3,71)	0,341	
Intervention	78	39,74	32,05	-7,69			
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	147	<i>- Ne peut être estimé en raison de la prédiction parfaite de l'échec à la quatrième vague dans le groupe des plus jeunes (<12).</i>					-
sexe X interaction du groupe d'étude	147	<i>- Ne peut être estimé en raison de la prédiction parfaite de l'échec à la quatrième vague dans le groupe des plus jeunes (<12).</i>					-
Sait quand arrive la prochaine règle (%)							
Contrôle	66	50,00	72,73	22,73	OU 0,50 (0,20, 1,26)	0,141	
Intervention	77	63,64	70,13	6,49			
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	143			OU 1,00 (1,00, 1,00)		-	
sexe X interaction du groupe d'étude	143			-		-	
Périodes de suivi (%)							
Contrôle	68	55,88	77,94	22,06	OU 0,33 (0,13, 0,89)	0,029	
Intervention	75	74,67	73,33	-1,33			
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	143	<i>- Ne peut être estimé en raison de la prédiction parfaite de l'échec à la quatrième vague dans le groupe des plus jeunes (<12).</i>					-


sexe X interaction du groupe d'étude	143	<i>- Ne peut être estimé en raison de la prédiction parfaite de l'échec à la quatrième vague dans le groupe des plus jeunes (<12).</i>			-	
Santé générale (%)						
Contrôle	530	87,55	87,74	0,19	OU 0,98 (0,61, 1,60)	0,944
Intervention	584	88,36	88,36	0,00		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1114	OU 1,38 (0,50, 3,85)			0,534	
sexe X interaction du groupe d'étude	1114	OU 1,89 (0,71, 5,08)			0,205	
Satisfaction corporelle (%)						
<i>Différent de l'analyse ITT sur l'effet global, qui est statistiquement significatif (OU 1,34 [1,01, 1,78]).</i>						
Contrôle	532	39,29	41,92	2,63	OU 1,15 (0,83, 1,61)	0,407
Intervention	587	36,46	42,42	5,96		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1119	OU 0,81 (0,41, 1,58)			0,538	
sexe X interaction du groupe d'étude	1119	OU 0,98 (0,50, 1,91)			0,953	
Symptômes dépressifs						
Contrôle	532	1,91 +/- 0,65	1,90 +/- 0,69	-0,02 +/- 0,96	-0,04 (-0,15, 0,08)	0,532
Intervention	587	1,97 +/- 0,71	1,92 +/- 0,77	-0,05 +/- 1,02		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1119	-0,20 (-0,44, 0,03)			0,088	
sexe X interaction du groupe d'étude	1119	0,00 (-0,23, 0,23)			0,993	
Victimisation avec les taquineries (%)						
Contrôle	530	33,40	23,21	-10,19	OU 0,88 (0,61, 1,26)	0,474
Intervention	583	39,79	25,90	-13,89		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1113	OU 1,05 (0,51, 2,16)			0,903	
sexe X interaction du groupe d'étude	1113	OU 0,88 (0,42, 1,85)			0,744	
Victimisation avec la violence (%)						
Contrôle	530	19,43	13,21	-6,23	OU 0,89 (0,57, 1,38)	0,606
Intervention	584	25,68	16,27	-9,42		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1114	OU 0,56 (0,23, 1,36)			0,201	
sexe X interaction du groupe d'étude	1114	OU 1,31 (0,53, 3,24)			0,557	
Perpétration de la violence (%)						
<i>Contrairement à l'analyse ITT, où l'interaction avec l'âge est significative, et parmi le groupe le plus âgé (>=12) nous observons une diminution des chances de perpétration de violence (OU 0,63 [0,42, 0,95]).</i>						
Contrôle	526	31,94	26,24	-5,70	OU 0,81 (0,57, 1,17)	0,270

Intervention	577	37,09	26,69	-10,40		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1103			OU 0,50 (0,24, 1,05)		0,066
sexe X interaction du groupe d'étude	1103			OU 0,89 (0,43, 1,87)		0,763
Relations amoureuses (jamais) (%)						
Contrôle	435	10,34	36,32	25,98	OU 0,89 (0,61, 1,30)	0,552
Intervention	478	12,13	37,87	25,73		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	913			OU 1,04 (0,42, 2,56)		0,935
sexe X interaction du groupe d'étude	913			OU 0,66 (0,30, 1,44)		0,291
In'galité de pouvoirs= dans la dernière relation	<i>Différent de l'analyse ITT, où la diminution observée dans le groupe d'intervention n'est pas statistiquement significative (-0,33 [-0,92, 0,26]).</i>					
Contrôle	23	3,36 +/- 1,06	4,15 +/- 0,80	0,79 +/- 1,28	-0,71 (-1,38, -0,05)	0,036
Intervention	25	3,70 +/- 0,75	3,78 +/- 0,75	0,08 +/- 1,00		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	48			-1,31 (-3,95, 1,34)		0,324
sexe X interaction du groupe d'étude	48			-0,12 (-1,48, 1,24)		0,855
L'intimité dans la dernière relation						
Contrôle	23	3,71 +/- 0,62	3,91 +/- 0,55	0,20 +/- 0,77	0,12 (-0,35, 0,58)	0,617
Intervention	25	3,41 +/- 0,66	3,72 +/- 0,39	0,31 +/- 0,82		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	48			-0,66 (-2,60, 1,28)		0,495
sexe X interaction du groupe d'étude	48			0,13 (-0,84, 1,11)		0,784
Consommation d'alcool (%)						
Contrôle	528	6,63	10,61	3,98	OU 0,70 (0,40, 1,23)	0,212
Intervention	585	7,86	9,06	1,20		
âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1113			OU 1,02 (0,28, 3,70)		0,973
sexe X interaction du groupe d'étude	1113			OU 1,98 (0,56, 7,07)		0,292


Annexe F. Résultats de l'évaluation par vague


Les tableaux suivants représentent les résultats pour chacun des quatre résultats intermédiaires présentés dans la théorie du changement de BG ! (figure 3 ci-dessus, les résultats intermédiaires étant résumés dans la figure ci-dessous). La colonne principale de chaque tableau montre les résultats de l'évaluation de la ligne de base à la ligne de fin (GEAS Vague 2). Les colonnes « V3 » et « V4 » montrent les effets soutenus de l'intervention aux vagues 3 et 4 de GEAS, respectivement. Un ombrage gris indique l'absence d'effets durables, tandis qu'un ombrage en couleur indique un effet durable de l'intervention. Le texte à l'intérieur de ces cellules indique pour quel sous-groupe de l'intervention de BG ! l'effet était vrai (par exemple, IS <12 représente les participant.es à BG ! scolarisé.es âgé.es de moins de 12 ans).





 SSR CONNAISSANCES	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE					
	SCOLARISÉ.E INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	V3	V4	NON SCOLARISÉ INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342	V3	V4
INDICE DE CONNAISSANCES SUR LA GROSSESSE	✓ DIFFÉRENCE DE SCORE MOYEN : 0,36 (0,12, 0,61), P=0,003		IS <12	X DIFFÉRENCE DE SCORE MOYEN : 0,37 (-0,03, 0,77), P=0,070		
OÙ TROUVER DES PRÉSERVATIFS	✓ (UNIQUEMENT POUR LES FILLES) FILLES : OU=1,55 (1,06, 2,27), P=0,023			✓✓ ✓ (SURTOUT LES FILLES) OU=2,03 (1,37, 3,01), P<0,001		
OÙ TROUVER DES INFORMATIONS SUR LES MENSTRUATIONS (DEMANDÉ AUX JEUNES FILLES MÉNAGÈRES)	✓✓ I, N=326 ; C, N=314 OU=2,10 (1,34, 3,29), P=0,001			✓✓ I, N=92 ; C, N=109 OR=4,18 (1,95, 9,00), P<0,001 (SURTOUT LES FILLES <12 ANS)		


<p>OÙ TROUVER UN MOYEN DE CONTRACEPTION (DEMANDÉ AUX FILLES UNIQUEMENT)</p>	<p>✓ I, N=474 ; C, N=448 OU=1,46 (1,03, 2,06), P=0,033</p>			<p>✓✓ I, N=155 ; C, N=170 OU=2,96 (1,66, 5,29), P<0,001</p>		
--	--	--	--	--	--	--


 <p>CONNECTIVITÉ, QUALITÉ PERÇUE DES SERVICES ET CONFORT CORPOREL</p>	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE					
	<p>SCOLARISÉ.E INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901</p>	V3	V4	<p>NON SCOLARISÉ INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342</p>	V3	V4
<p>LIEN AVEC LE PERSONNEL</p>	<p>✓ DIFFÉRENCE DE SCORE MOYEN : 0,09 (0,0008, 0,1828), P=0,048</p>		IS	<p>✓ DIFFÉRENCE DE SCORE MOYEN : 0,22 (0,07, 0,38), P=0,005</p>		
<p>ATTENTE DE BON TRAITEMENT EN CAS DE DEMANDE DE CONTRACEPTION (QUESTION POSÉE AUX FILLES UNIQUEMENT)</p>	<p>X I, N=315 ; C, N=286 OU=1,46 (0,94, 2,26), P=0,090</p>			<p>X I, N=93 ; C, N=93 OU=1,92 (0,84, 4,41), P=0,124</p>		
<p>CONFORT AVEC DÉVELOPPEMENT PUBERTAIRE</p>	<p>X I, N=492 ; C, N=451 OU=1,16 (0,40, 3,36), P=0,782</p>			<p>X I, N=198 ; C, N=138 OU=0,51 (0,04, 6,46), P=0,660</p>		
<p>INDICE DE SATISFACTION CORPORELLE (5 PT)</p>	<p>X DIFFÉRENCE DE SCORE MOYEN : 0,03 (-0,07, 0,14), P=0,513</p>		IS	<p>✓ (UNIQUEMENT POUR LES FILLES) DIFFÉRENCE DE SCORE MOYEN : 0,27 (0,03, 0,51), P=0,028</p>		

 COMMUNICATION SSR AVEC LES AUTRES SUR...	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE					
	SCOLARISÉ.E INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	V3	V4	NON SCOLARISÉ INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342	V3	V4
... LES CHANGEMENTS CORPORELS	X OU=0,94 (0,74, 1,18), P=0,583			X OU=0,93 (0,64, 1,36), P=0,713		
... LES RELATIONS SEXUELLES	X OU=0,83 (0,58, 1,20), P=0,323			✓✓ (UNIQUEMENT POUR LES FILLES) FILLES : OU=4,44 (1,74, 11,33), P=0,002 GARÇONS : OU=1,19 (0,54, 2,58), P=0,668		
... LA GROSSESSE ET COMMENT ELLE SURVIENT	X OU=0,72 (0,52, 1,101), P=0,061		IS	X OU=1,53 (0,87, 2,70), P=0,139		
... LA CONTRACEPTION	X OU=0,82 (0,58, 1,16), P=0,269			✓✓ (SURTOUT POUR LES <12 ANS) GLOBALE : OU=2,04 (1,05, 3,95), P=0,035 <12 ANS : OU=13,31 (2,60, 68,09), P=0,002	<12 ANS	

 ATTITUDES CONCERNANT : LES RÔLES, LES CARACTÉRISTIQUES ET LES ACTIVITÉS DES FILLES ET DES GARÇONS	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE					
	SCOLARISÉ.E INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	V3	V4	NON SCOLARISÉ INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342	V3	V4
DOUBLE STANDARD SEXUELLE (PAR EXEMPLE, LES FILLES N'ONT PAS LE DROIT D'AVOIR DES PETITS AMIS)	X DIFF. MOYENNE DANS LES SCORES 0,02 (P=0,613)			X DIFF. MOYENNE DANS LES SCORES 0,08 (P=0,377)		
LES RÔLES STÉRÉOTYPÉS LIÉS AU GENRE (PAR EXEMPLE, L'HOMME QUI SUBVIENT AUX BESOINS DE LA FAMILLE)	X DIFF. MOYENNE DANS LES SCORES -0,06 (-0,15, 0,03), P=0,171			X DIFF. MOYENNE DANS LES SCORES 0,01 (-0,13, 0,15), P=0,901		
LES TRAITS STÉRÉOTYPÉS LIÉS AU SEXE (PAR EXEMPLE, LA TÉNACITÉ DE L'HOMME)	X DIFF. MOYENNE DANS LES SCORES 0,07 (-0,01, 0,14), P=0,613			X DIFF. MOYENNE DANS LES SCORES 0,06 (-0,06, 0,19), P=0,336		

 ATTITUDES CONCERNANT LES RÔLES, LES CARACTÉRISTIQUES ET LES ACTIVITÉS DES GARÇONS ET DES FILLES	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE					
	SCOLARISÉ.E INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	V3	V4	NON SCOLARISÉ INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342	V3	V4
ÉGALITÉ DU GENRE DANS LES TÂCHES MÉNAGÈRES	✓ OU=1,92 (1,46, 2,52), P<0,001			✓✓ (SURTOUT POUR LES FILLES) FILLES : OU=8,08 (3,79, 17,25), P<0,001 GARÇONS : OU=2,33 (1,29, 4,19), P=0,005		
LA REDUCTION DE L'ACCEPTATION DE LA DISCRIMINATION BASÉE SUR LE GENRE	✓ CONTRE LES GARÇONS : OU=1,35 (1,05, 1,75), P=0,019 CONTRE LES FILLES : OU=1,28 (1,00, 1,64), P=0,047			X CONTRE LES GARÇONS : OU=0,88 (0,56, 1,38), P=0,573 CONTRE LES FILLES : OU=0,89 (0,58, 1,36), P=0,597		

 PARTAGE DES TACHES	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE					
	SCOLARISÉ.E	V3	V4	NON SCOLARISÉ	V3	V4
LE FRÈRE A AIDÉ (DU POINT DE VUE DES SŒURS)	X I, N=381 ; C, N=367 OU=1,20 (0,85, 1,70), P=0,308	<12		X I, N=126 ; C, N=142 OU=1,58 (0,83, 3,03), P=0,167		
A AIDÉ LES SŒURS (DU POINT DE VUE DES FRÈRES)	X I, N=360 ; C, N=382 OU=0,95 (0,56, 1,61), P=0,845			✓✓ I, N=167 ; C, N=144 OU 2,50 (1,15, 5,46), P=0,021		

 RÉDUCTION DE L'INTIMIDATION ET DE LA VIOLENCE	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE					
	SCOLARISÉ.E INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	V3	V3	INTERVENTION EN DEHORS DE L'ÉCOLE , N=362 ; CONTRÔLE, N=342	V3	V3
ONT ÉTÉ VICTIMES DE TAQUINERIES ET D'INTIMIDATION VERBALE	X OU=1,10 (0,85, 1,43), P=0,455			✓ OU=0,62 (0,42, 0,91), P=0,014		
ONT SUBI DES VIOLENCES PHYSIQUES TELLES QUE DES GIFLES OU DES COUPS DE PIED	X OU 0,95 (0,70, 1,30), P=0,756			X OR=0,76 (0,48, 1,21), P=0,250		
ONT COMMIS DES TAQUINERIES, DE L'INTIMIDATION ET/OU DES VIOLENCES PHYSIQUES	X OR=0,86 (0,66, 1,13), P=0,285		IS 12+	✓ (GARÇONS UNIQUEMENT) GARÇONS : OR=0,50 (0,28, 0,88), P=0,016 FILLES : OR=1,45 (0,78, 2,69), P=0,234		