

PROJET PASSAGES

BIEN GRANDIR !

Rapport GEAS Vague 3



JANVIER
2021

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



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Passages

© 2021 Institut pour la santé reproductive, Université de Georgetown

Citation recommandée :

Bien Grandir ! Rapport GEAS Vague 3. Janvier 2021. Washington, D.C. : Institut pour la santé reproductive, Université de Georgetown pour l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

Ce rapport a été préparé par Mengmeng Li, Caroline Moreau et Kara Hunersen de l'équipe de Global Early Adolescent Study à l'école de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, Eric Mafuta et Aimee Lulebo de l'École de santé publique de Kinshasa, Kathryn Barker et Rebecka Lundgren du Centre pour l'équité des genres et la santé de l'université de Californie à San Diego et Natacha Stevanovic-Fenn de l'Institut pour la Santé reproductive du Centre pour le développement de l'enfant et de la personne de l'université de Georgetown.

Ce rapport a été préparé par l'équipe de Global Early Adolescent Study (GEAS) de l'École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg (JHSPH) et de l'École de santé publique de Kinshasa (KSPH), avec la contribution de l'Institut de santé reproductive de l'Université de Georgetown (IRH) et de Save the Children. Ce protocole de recherche et le projet Passages ont été rendus possibles grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) selon les termes de l'Accord de coopération No AID-OAA-A-15-00042. 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, de l'IRH et de Save the Children et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'Université de Georgetown, de la Fondation Bill & Melinda Gates, de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

PROJET PASSAGES

Institut pour la santé reproductive | Université de Georgetown
3300 Whitehaven Street NW, Suite 1200
Washington, DC 20007 États-Unis

info@passagesproject.org
www.irh.org/projects/Passages
Twitter : @PassagesProject

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	1
Contexte.....	1
Méthodologie.....	1
Résultats	1
Limitations	1
Implications De L'intervention	2
À PROPOS DE GLOBAL EARLY ADOLESCENT STUDY.....	2
Vue D'ensemble.....	2
Étude Longitudinale	2
Cadre De L'étude.....	3
INTERVENTION	4
Activités Pour Les Très Jeunes Adolescent. Es	4
Activités Pour Les Parents Et Les Tuteurs.....	4
Activités En Milieu Scolaire.....	5
Activités Pour La Communauté	5
CONCEPTION DE L'ÉTUDE GEAS	6
POPULATION D'ÉTUDE	7
Critères D'éligibilité	7
Échantillonnage De Base	7
Echantillonnage Des Vagues 2 Et 3	8
PROCÉDURES DE COLLECTE DES DONNÉES	9
SECTION 1 : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE OBSERVATIONNELLE GEAS VAGUE 3 (GROUPE DE CONTRÔLE)	10
Caractéristiques Sociodémographiques	10
Structure Familiale	13
Pairs	15
École	18
Quartier	19
Mesure De L'égalité Des Sexes Basée Sur Des Vignettes.....	21
Normes De Genre	22
Autonomisation	25
Intimidation Et Violence	27
Santé Générale Et Confort Corporel	29
Menstruation.....	31
Santé Mentale Et Toxicomanie	32
Connaissance De La Santé Sexuelle.....	34
Relations.....	38
Comportement Sexuel	40

SECTION 2 : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA VAGUE 3 DE GEAS (CONTRÔLE VS INTERVENTION)	44
Exposition De Bien Grandir !	44
Comparaison Entre L'intervention Et Le Contrôle À La Base Et À La Vague 3	45
Histoire Et Circonstances De La Vie	45
Relations Sociales	47
Approche De La Double Différence	48
Perceptions Des Normes De Genre.....	48
Capacite D'Agir	54
Attitudes Et Expériences Liées Au Développement Pubertaire Et Au Confort Corporel	56
Santé Sexuelle	59
Attitudes En Matière De Santé Sexuelle Et Reproductive.....	59
Communication Sur La Santé Sexuelle Et Reproductive	63
Connaissances En Matière De Santé Sexuelle Et Reproductive.....	66
Taquineries Et Violence.....	70
LIMITATIONS	71
RESUME DES RESULTATS	72
La Vie Des Jeunes Adolescent.Es A Kinshasa Et L'influence de BG !.....	72
ANNEXES	75
Annexe A. Organigramme de la population étudiée au cours des trois phases de la collecte de données	75
Annexe B. Perte en cours de suivi des données initiales à la troisième vague	76
Annexe C. Organigramme de la population analytique de la troisième vague.....	77
Annexe D. : Analyse par protocole adolescent.es non scolarisé.es	78
Annexe E. : Analyse par protocole - adolescent.es scolarisé.es.....	88
RÉFÉRENCES	96

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Le modèle socio-écologique.....	5
Figure 2 BG ! Boîte à outils.....	6
Figure 3 Âge.....	11
Figure 4 Capable de lire une phrase simple	11
Figure 5 Indice de richesse	12
Figure 6 Composition du ménage	13
Figure 7 Sensibilisation des parents.....	14
Figure 8 Composition par sexe des pairs	15
Figure 9 Temps moyen passé avec des amis chaque semaine	15
Figure 10 Des amis proches ont fumé	16
Figure 11 Des amis proches ont consommé de l'alcool	16
Figure 12 Importance pour les amis proches d'avoir des relations sexuelles	17
Figure 13 Il est important pour les amis proches d'avoir un petit ami ou une petite amie.....	18
Figure 14 Niveau d'instruction par âge et par degré de scolarité.....	18
Figure 15 Perception positive du quartier	19
Figure 16 Se sentir menacé à l'école ou dans le quartier.....	20
Figure 17 Il n'y a pas de mal à taquiner une fille qui se comporte comme un garçon.....	23
Figure 18 Il n'y a pas de mal à taquiner un garçon qui se comporte comme une fille	23
Figure 19 Échelle de double standard sexuel	24
Figure 20 Échelle de liberté de mouvement.....	25
Figure 21 Échelle de voix	26
Figure 22 A déjà été victime de taquineries au cours des six derniers mois	27
Figure 23 Expérience de la victimisation par la violence physique par les pairs	28
Figure 24 Perpétration de violence physique par des pairs	28
Figure 25 Début de la puberté	29
Figure 26 Satisfaction corporelle	30
Figure 27 A déjà eu ses règles (filles seulement).....	31
Figure 28 A déjà consommé de l'alcool.....	32
Figure 29 A déjà fumé des cigarettes.....	33
Figure 30 Connaissances sur le VIH	34
Figure 31 Connaissances sur la grossesse.....	35
Figure 32 Je sais où obtenir des préservatifs	36
Figure 33 Je sais où obtenir une contraception (filles seulement)	36
Figure 34 Histoire de toute relation amoureuse	38
Figure 35 Importance pour les amis proches d'avoir des relations sexuelles	40
Figure 36 Des amis proches ont eu des relations sexuelles.....	41
Figure 37 Rapports sexuels antérieurs	42
Figure 38 Égalité des genres dans les tâches ménagères	49
Figure 39 Les frères ont partagé les tâches ménagères avec les sœurs, le mois dernier.....	50
Figure 40 Il n'y a pas de mal à taquiner un garçon qui se comporte comme une fille.....	51
Figure 41 Il n'y a pas de mal à taquiner une fille qui se comporte comme un garçon	51
Figure 42 Traits stéréotypés de genre	52
Figure 43 Rôles stéréotypés de genre.....	53

Figure 44 Double standard sexuel.....	54
Figure 45 Liberté de mouvement	55
Figure 46 Voix	55
Figure 47 Prise de décision.....	56
Figure 48 Satisfaction corporelle chez les filles	57
Figure 49 Satisfaction corporelle.....	57
Figure 50 Attitudes à l'égard des menstruations	58
Figure 51 Périodes de suivi	58
Figure 52 Je me sens gêné d'avoir un préservatif si j'en ai besoin.....	60
Figure 53 Je me sens gênée de me procurer une contraception (filles seulement)	60
Figure 54 Attitudes à l'égard des normes sexuelles (OOS)	61
Figure 55 Attitudes à l'égard des normes sexuelles (IS).....	61
Figure 56 Attitudes à l'égard de la contraception (IS)	62
Figure 57 Attitudes à l'égard de la contraception (OOS).....	62
Figure 58 A parlé de relations sexuelles	63
Figure 59 A parlé des changements corporels.....	64
Figure 60 A parlé de la contraception	64
Figure 61 A parlé de la grossesse	65
Figure 62 A parlé de la contraception (tests d'interaction par âge chez les OOS)	65
Figure 63 Connaissances sur la grossesse	67
Figure 64 Connaissances sur le VIH	67
Figure 65 Connaissance du VIH (tests d'interaction par âge chez les IS).....	68
Figure 66 Connaissance du VIH (tests d'interaction par âge chez les OOS).....	68
Figure 67 Sait où aller pour obtenir des préservatifs	69
Figure 68 Sait où aller pour obtenir une contraception (filles seulement)	69
Figure 69 Sensibilisation à la contraception	70

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	École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg
KSPH	Kinshasa School of Public Health (Ecole de santé publique de Kinshasha)
ME	Ministère de l'Éducation
MS	Ministère de la Santé
PHQ-9	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 Global Early Adolescent Study (GEAS) évalue la génération des normes de genre et leur relation avec la santé et les résultats comportementaux pendant l'adolescence. A Kinshasa, l'étude évalue également l'impact de Bien Grandir ! (BG !), une intervention à plusieurs niveaux qui travaille avec les jeunes adolescent.es, leurs familles et d'autres acteurs de la communauté pour faire évoluer les normes concernant la société et le genre vers une meilleure santé. Ce rapport présente la méthodologie et les résultats transversaux et longitudinaux de la deuxième année de l'étude.

Méthodologie

Ce rapport divise les résultats en deux sections : la première présente une comparaison des distributions transversales des indicateurs clés sur les trois vagues de collecte de données (un intervalle de deux ans) afin d'évaluer les changements moyens dans le groupe de contrôle. La seconde décrit l'impact de l'intervention de BG ! en utilisant des analyses de double différence pour comparer les changements moyens dans le groupe d'intervention et le groupe de contrôle au fil du temps.

Résultats

Environ 78 % des participant.es de l'enquête de base ont été suivis lors de la troisième vague et ont pu être appariés sur l'ensemble des trois séries. La comparaison des résultats transversaux au sein du groupe de contrôle, de l'enquête de base à la troisième vague, a révélé un désavantage social persistant parmi les très jeunes adolescent.es (TJA) non scolarisé.es (OOS) par rapport à ceux scolarisé.es (IS)*, qui ont déclaré des niveaux de richesse et d'alphabétisation inférieurs. Les filles continuent d'obtenir des scores plus élevés que les garçons en matière de double standard sexuel et déclarent être moins libres de leurs mouvements. Alors que les taquineries ont diminué pour tous les adolescent.es, l'écart entre les genres, observé lors de la deuxième vague, s'est accentué lors de la troisième vague.

L'évaluation de l'intervention a démontré qu'il y avait peu d'impact sur les perceptions des normes de genre dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle, à l'exception de l'approbation du partage égalitaire des tâches ménagères. Bien que BG ! ait exercé une influence sur l'évolution des perceptions en faveur d'une répartition égale des tâches ménagères entre les sexes, cela ne s'est pas nécessairement traduit à travers un comportement. Les indicateurs de préparation à la santé sexuelle se sont améliorés au fil du temps, avec une communication accrue en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) qui s'est traduite par une amélioration des connaissances en matière de SSR. Si la sensibilisation aux méthodes contraceptives s'est accrue, les perceptions erronées et la stigmatisation sont restées prédominantes.

Limitations

Les résultats sont sujets à des biais dus à la désirabilité sociale et à des taux de suivi différentiels entre l'inscription à l'école et les groupes de l'étude. Les résultats de l'évaluation de l'impact des interventions sont également susceptibles d'être sur — ou sous-estimés en raison de la contamination

* *Les abréviations IS pour les adolescent.es scolarisé.es et OOS pour les adolescent.es non scolarisé.es sont utilisées dans les figures.

entre les groupes d'étude. De plus, la liste de contrôle des symptômes de la dépression n'a pas été validée cliniquement dans ces échantillons.

Implications de l'intervention

L'intervention BG ! s'est avérée efficace pour faire évoluer les normes relatives au genre en ce qui concerne les rôles au sein du foyer et pour améliorer les connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive. Cependant, si les interventions de transformation de genre au sein des TJA peuvent modifier les perceptions, elles ne peuvent pas remettre en cause le système de genre au sens large. Cela indique qu'il est nécessaire que la communauté et les parents s'engagent à encourager l'évolution des rôles de genre normatifs afin de favoriser l'acceptation de cette évolution chez les adolescent.es.

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

GEAS utilise une conception longitudinale pour évaluer la relation entre l'évolution des normes de genre et une série de résultats clés en matière de santé pendant la période de l'adolescence — y compris la santé sexuelle, la violence basée sur le genre et la santé mentale — ainsi que la manière dont cela est influencé par des facteurs aux niveaux individuel, familial, communautaire et sociétal. L'étude donne un aperçu unique de 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 est le premier site longitudinal du GEAS et est géré par l'école de santé publique de Kinshasa (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 du projet mondial 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, vise à transformer les normes sociales à grande échelle afin de promouvoir la planification familiale et la santé reproductive en testant et en évaluant les interventions de changement normatif. Dans le cadre du projet Passages, le GEAS sert à évaluer Bien Grandir !, une intervention menée par Save the Children et ses partenaires des organisations à base communautaire (OBC) pour transformer la santé reproductive et les normes de genre parmi les très jeunes adolescent.es (TJA) âgés de 10 à 14 ans au début de l'enquête à Kinshasa.

Cadre de l'étude

La République démocratique du Congo (RDC), qui sort de plus de trois décennies de guerre et dont certaines provinces de l'est et du centre sont encore le théâtre de troubles civils importants, est l'un des pays les plus pauvres du monde et se classe 175^e sur 188 selon l'indice de développement humain (PNUD, 2020). 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, 27 % d'entre elles ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles (EDS, 2013-2014) — révèle des normes et des pratiques inéquitables entre les genres profondément ancrées qui prédominent dans tout le pays. Les droits des femmes sont limités à plusieurs égards — notamment l'accès à la propriété foncière, les libertés civiles restreintes, 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 se déroule l'intervention de BG!, est la deuxième plus grande ville d'Afrique subsaharienne avec près de 10 millions d'habitants, soit près de 15 % de la population totale du pays. La population totale a rapidement augmenté ces dernières années avec la migration des zones touchées par le conflit dans le centre et 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 24,5 % (PMA 2020).

À Kinshasa, en 2018, 12,7 % des filles de 18 à 24 ans avaient été mariées avant l'âge de 18 ans et 11,4 % avaient accouché avant l'âge de 18 ans (PMA 2020). 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 (EDS 2013-2014). Dans la zone urbaine de Kinshasa, les 16 % d'enfants en âge d'être scolarisé.es qui ne le sont pas courent un risque encore plus élevé d'infections sexuellement transmissibles (IST), de grossesse et de violence basée sur le genre (VBG) que leurs camarades scolarisé.es. 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. Cette lacune dans les politiques et les pratiques a pour conséquence que peu de 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 favorables aux jeunes 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 du genre.

INTERVENTION

BG ! est une intervention à plusieurs niveaux destinée aux TJA, à leurs parents, à leurs tuteurs et à d'autres membres influents de la communauté. Il utilise 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 de ces niveaux, dans le but d'améliorer les résultats en matière de SSR des TJA scolarisé.es et non scolarisé.es à l'adolescence. Plus précisément, BG ! vise à augmenter :

- Les connaissances des TJA sur la puberté et le développement reproductif
- Les comportements équitables des TJA et des parents (partage des tâches ménagères, par exemple).
- L'utilisation par les TJA de la planification familiale et d'autres services de santé reproductive à mesure qu'ils avancent dans l'adolescence et les comportements romantiques ou sexuels.

BG ! s'est inspiré d'autres approches réussies pour améliorer l'équité entre les sexes et la santé reproductive chez les adolescent.es, et il intègre des recommandations fondées sur des données probantes pour les interventions sanitaires auprès des jeunes. Il cible délibérément les TJA, un groupe démographique critique, pour les atteindre avant le début de la puberté. Cette intervention précoce vise à donner l'occasion de façonner la trajectoire de la santé et de prévenir de manière proactive les problèmes de santé, notamment en matière de 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 sanitaires de la TJA, reconnaissant les multiples couches d'influence des parents, des pairs, des enseignant.es et des dirigeants communautaires.

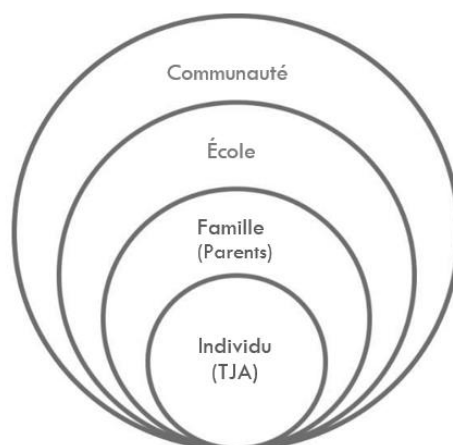
Le paquet d'intervention se compose des éléments suivants, qui reflètent les niveaux du modèle socio-écologique présenté dans la figure 1.

Activités pour les très jeunes adolescent.es

Les TJA scolarisées et non scolarisées participent à des réunions hebdomadaires de groupes mixtes utilisant un ensemble de matériels interactifs de la boîte à outils BG ! (voir figure 2) pour discuter et réfléchir aux normes. Les TJA participantes sont regroupées en clubs avec environ 25 de leurs pairs. Les TJA scolarisé.es participent à des clubs scolaires autogérés, dirigés par des responsables TJA 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 formés et issus d'organisations à base communautaire locales (environ 28 sessions). Tous les clubs TJA participent à une session dirigée par un prestataire de santé formé à la prestation de services de santé adaptés aux adolescent.es, ainsi qu'à une visite de l'établissement le plus proche afin de favoriser les liens avec le système de santé et de réduire la stigmatisation.

Activités pour les parents et les tuteurs

Figure 1 | Le modèle socio-écologique



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 prescrits 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 les chefs traditionnels et religieux, ainsi que d'autres personnes influentes dans ces activités.

Figure 2 | BG ! Boîte à outils

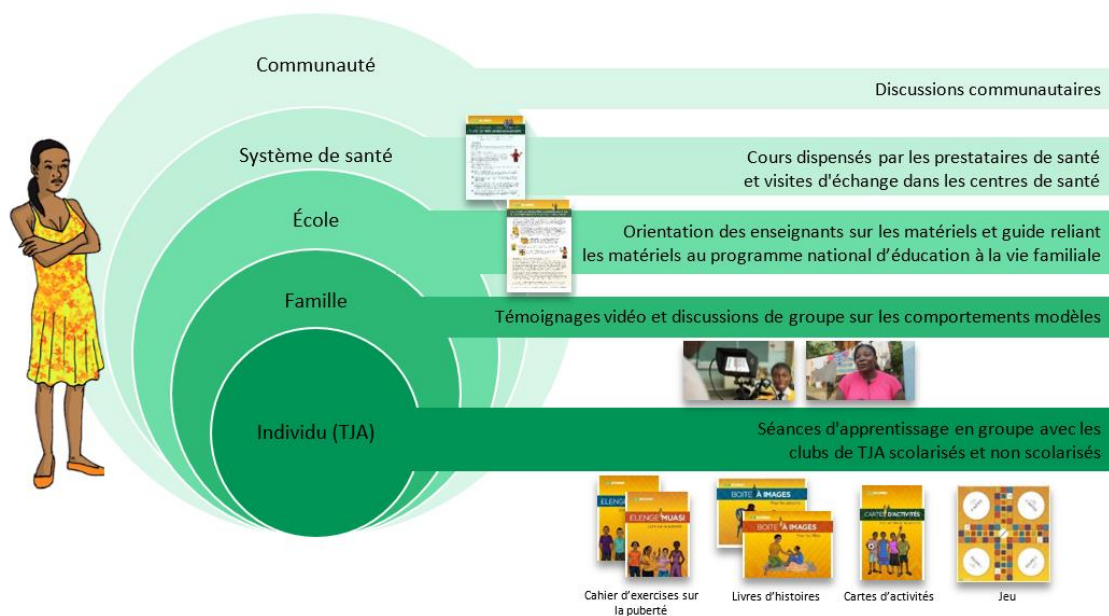


Tableau 1 | Bien Grandir ! Ensemble d'interventions à plusieurs niveaux

Niveau	Activité	Matériels
Individu (TJA)	À l'école : environ 20 séances hebdomadaires de club (dirigées par des pairs). En dehors de l'école : environ 28 séances hebdomadaires de club (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 par club TJA. Une visite au centre de santé par club TJA	Guide pour la leçon dirigée par le fournisseur Instructions pour la visite au centre de santé
Communauté	Sessions communautaires de collaboration (mensuelles)	Vidéos de témoignages Jeu communautaire

CONCEPTION DE L'ÉTUDE GEAS

Cette étude à Masina et Kimbanseke, Kinshasa, combine 1) une étude de recherche observationnelle qui explore comment les perceptions des normes de genre sont co-construites au début de l'adolescence et comment elles prédisent un spectre de résultats et 2) une évaluation d'impact pour évaluer les effets de l'intervention BG ! parmi les jeunes adolescent.es à Kinshasa. Les composantes d'observation et d'évaluation d'impact sont incluses dans un seul plan GEAS à Kinshasa défini comme une étude longitudinale quasi-expérimentale avec un groupe d'intervention et un groupe de contrôle, chacun divisé en 2 sous-groupes, les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es.

POPULATION D'ÉTUDE

Critères d'éligibilité

Les adolescent.es ont été initialement inclus dans l'étude s'ils étaient âgés de 10 à 14 ans au moment de l'enquête de base, s'ils avaient donné leur accord pour participer à l'étude, s'ils vivaient dans les quartiers étudiés 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 en plusieurs étapes. Tout d'abord, les quartiers des deux communes ont été échantillonnés en utilisant une procédure d'échantillonnage aléatoire simple. Dans chaque quartier sélectionné, les adolescent.es non scolarisé.es âgés 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 non scolarisé.es vivant dans les quartiers inclus et ont établi une liste d'échantillonnage. Elles ont ensuite réduit cette liste aux 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. Les adolescent.es ont ensuite été sélectionnés à partir de cette liste par échantillonnage aléatoire simple pour établir des groupes de 25 enfants qui ont été recrutés pour l'intervention.

Un processus similaire a été utilisé pour recruter les adolescent.es non scolarisé.es du groupe de contrôle. Avec l'aide des OBC, les adolescent.es non scolarisé.es 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 la génération de nombres aléatoires dans Microsoft Excel. La liste des enfants 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 enfant et/ou un tuteur refusait de participer, des participant.es de remplacement étaient sélectionné.es à partir de la liste de réserve. Ce processus a été répété jusqu'à ce que la taille d'échantillon requise soit atteinte.

Scolarisé

Les adolescent.es scolarisé.es ont été recrutés dans les mêmes quartiers que les adolescent.es non scolarisé.es afin de faciliter le suivi des groupes d'intervention et d'éviter la contamination entre les groupes d'étude. Save the Children et les OBC ont effectué un exercice de cartographie de toutes les écoles des quartiers des deux municipalités sélectionnées, y compris toutes les écoles primaires ou

secondaires accueillant des adolescent.es âgés de 10 à 14 ans dans chaque municipalité. 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 la liste comprendrait 25 adolescent.es ou moins, tous les enfants ont 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.

Au total, 2842 adolescent.es ont rempli l'étude de base entre juin et novembre 2017.

Echantillonnage des vagues 2 et 3

L'équipe de la Kinshasa School of Public Health (KSPH) a suivi deux approches différentes pour recontacter les participant.es scolarisé.es et non scolarisé.es pour les deuxième et troisième vagues de collecte de données, bien que les informations collectées auprès de la famille de chaque participant.e soient restées les mêmes (nom, âge, sexe, école d'inscription et numéros de téléphone).

- Les participant.es en milieu scolaire ont été contacté.es par l'intermédiaire de l'administration de l'école et des enseignant.es, en utilisant les canaux 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 ont été localisés par KSPH en coordination avec une équipe de représentants d'organisations non gouvernementales et d'associations à base communautaire travaillant dans les quartiers participant.es. Dans les cas où les adolescent.es non scolarisé.es étaient difficiles à atteindre, les équipes de collecte de données ont contacté les voisins afin de recueillir des informations supplémentaires pour localiser les participant.es.

La collecte des données a commencé par une série de réunions avec les administrateurs.trices des écoles pour la collecte des données auprès des adolescent.es scolarisé.es et avec les OBC pour les adolescent.es non scolarisé.es afin de discuter des activités de collecte de données à venir ainsi que des défis rencontrés lors de la collecte des données de base. Deux semaines avant les entretiens, les membres de l'équipe de collecte des données ont recontacté les administrateurs.trices de l'école ou les représentants des OBC, avec une liste des participant.es interrogés dans leur école ou leur zone au début de l'enquête, afin d'identifier les TJA vivant encore dans la zone ou fréquentant l'école et disponibles pour être interrogés. 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.trices des écoles et aux OBC de recueillir des informations sur les participant.es qui avaient déménagé, quitté l'école ou changé de domicile, afin de pouvoir les atteindre. Tous les participant.es identifiés ont été invités à participer à la deuxième vague en utilisant les mêmes procédures de collecte de données que lors de la première vague, avec 2 629 réinterrogés lors de la deuxième vague et 2 533 appariés aux répondants de la première vague.

PROCÉDURES DE COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a été effectuée par le biais d'entretiens en face à face avec un enquêteur, les questions sensibles étant administrées à l'aide d'un système d'auto-interview assistée par ordinateur (ACASI) afin de garantir la confidentialité. Dans la mesure du possible, le sexe de l'enquêteur et celui de la personne interrogée ont été appariés. Les entretiens ont duré en moyenne 1,5 heure, y compris le temps de deux pauses au moins. Pour les adolescent.es qui ont été touchés par un contact initial à travers l'école et l'OBC, les entretiens ont été organisés par école et par classe pour les participant.es scolarisé.es et dans les espaces communautaires (église, espaces associatifs ou espaces scolaires) pour les TJA non scolarisé.es. Pour les participant.es touchés par le biais de recherches actives, les entretiens ont été menés chez eux, dans un endroit calme, hors de portée de voix de leurs parents ou tuteurs. Chaque enquêteur a mené un maximum de deux entretiens par jour, et dans le cas des entretiens de groupe, le nombre de collecteurs 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 collecteurs de données ont reçu une formation de recyclage de quatre jours sur les questionnaires et un pré-test avant la collecte des données.

SECTION I : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE OBSERVATIONNELLE GEAS VAGUE 3 (groupe de contrôle)

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Au total, 20 garçons scolarisés (5 %) et 30 filles scolarisées (7 %) ont abandonné l'école entre les vagues 2 et 3, tandis que 20 garçons non scolarisés (14 %) et 20 filles non scolarisées (15 %) ont repris l'école. Les échantillons stratifiés par école reflètent le statut scolaire des adolescent.es au moment de l'enquête de base.

L'âge, l'alphabétisation et l'indice de richesse ont tous augmenté au cours de la période d'étude pour les échantillons scolarisés et non scolarisés.

L'âge médian lors de la troisième vague était légèrement inférieur à 14 ans, tant chez les adolescent.es scolarisé.es que non scolarisé.es (figure 3). Le taux d'alphabétisation (mesuré par la capacité à lire une phrase simple) a augmenté d'environ 3 % pour les garçons et les filles scolarisés par rapport à la deuxième vague, pour une augmentation globale d'environ 6 % sur la période d'étude (Figure 4). Cependant, le groupe non scolarisé a connu une augmentation plus importante par rapport à la deuxième vague (13 % pour les garçons et 21 % pour les filles) pour une augmentation totale de 22 % pour les garçons et de 26 % pour les filles. L'écart entre les sexes est resté à peu près le même pour les adolescent.es scolarisé.es tout au long de la période d'étude (les taux d'alphabétisation étaient environ 7 % plus élevés pour les garçons que pour les filles) mais l'écart a fluctué chez les adolescent.es non scolarisé.es. Si l'écart entre les filles et les garçons non scolarisés s'est creusé entre la phase de référence et la deuxième vague (de 4 % à 10 %), il s'est pratiquement refermé entre la deuxième et la troisième vague (65 % des garçons et 63 % des filles étaient alphabétisés). Bien que l'écart d'alphabétisation entre les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es se soit légèrement réduit, il est resté important tout au long de la période d'étude, avec 25 % de plus d'adolescent.es scolarisé.es que d'adolescent.es non scolarisé.es, alphabétisés lors de la troisième vague (89 % contre 64 %).

Figure 2

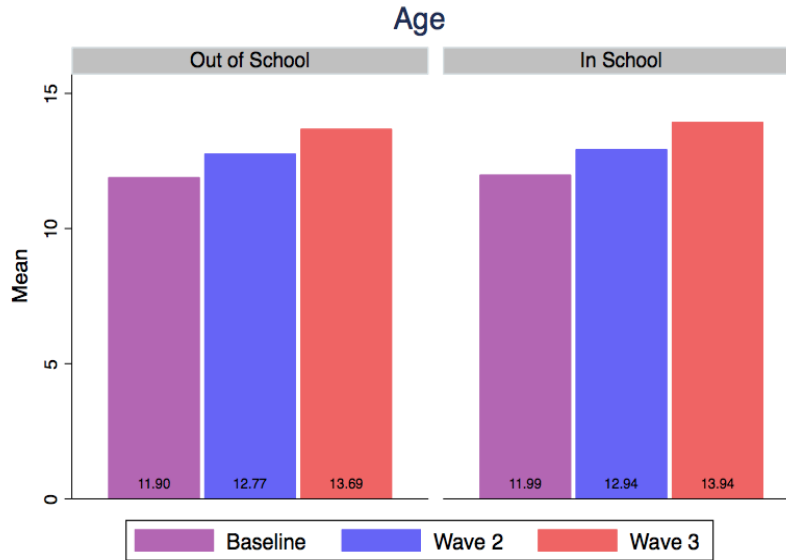
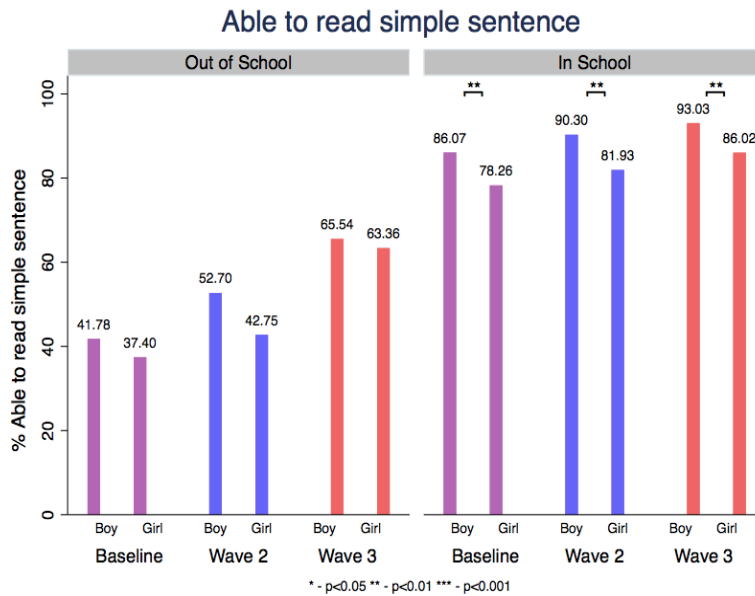


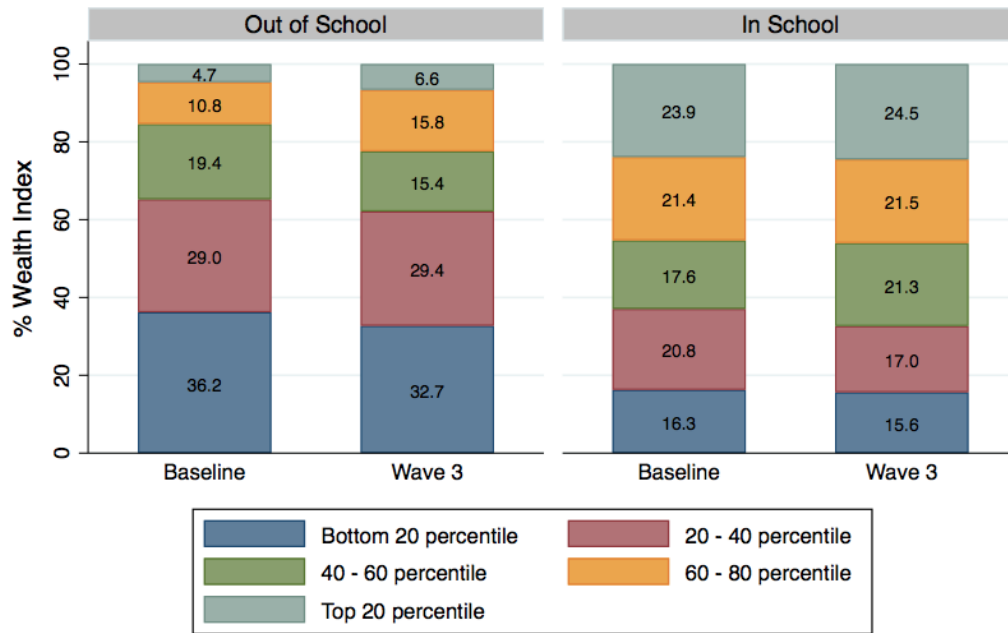
Figure 3



L'indice de richesse a été évalué au début de l'enquête et lors de la troisième vague, ce qui permet une comparaison sur toute la période de l'étude (figure 5). Les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es ont connu une légère augmentation de l'indice de richesse, avec une augmentation de 4 % d'adolescent.es scolarisé.es au-dessus du 40e percentile et une augmentation de 3 % d'adolescent.es non scolarisé.es. Toutefois, l'écart de richesse entre les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es s'est maintenu (33 % des adolescent.es scolarisé.es vivaient sous le 40e percentile lors de la troisième vague, contre 62 % des adolescent.es non scolarisé.es).

Figure 4

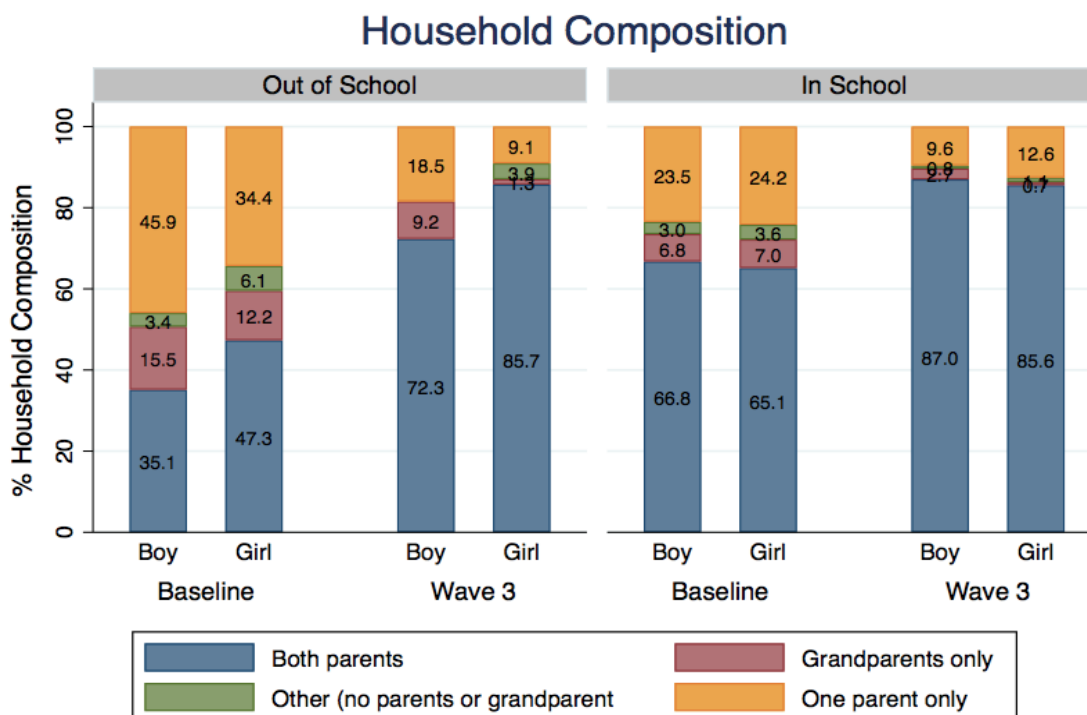
Wealth Index



STRUCTURE FAMILIALE

Lors de la troisième vague, 86 % des adolescent.es scolarisé.es et 80 % des adolescent.es non scolarisé.es vivaient dans des ménages biparentaux, ce qui représente une forte augmentation par rapport à la situation de départ (66 % des adolescent.es scolarisé.es et 40 % des adolescent.es non scolarisé.es). Cela correspond à une diminution du nombre d'adolescent.es vivant dans des ménages monoparentaux (11 % des scolarisé.es et 13 % des non scolarisé.es) et de ceux vivant avec des grands-parents ou d'autres tuteurs non parentaux (Figure 6).

Figure 5

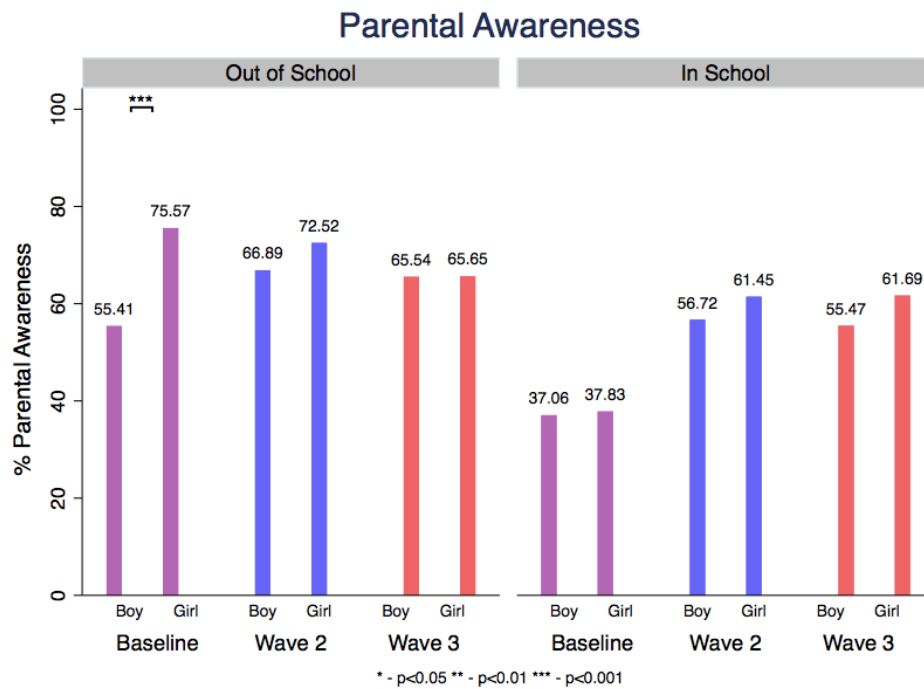


Le lien avec les tuteurs a été évalué en utilisant les perceptions des adolescent.es sur leur relation avec leur tuteur. Parmi les adolescent.es scolarisé.es lors de la troisième vague : 62 % ont indiqué qu'ils se sentaient proches de leur tuteur et 73 % ont indiqué qu'ils avaient l'impression que leur tuteur se souciait beaucoup de ce qu'ils pensaient. Chez les adolescent.es non scolarisé.es, le lien avec la personne qui s'occupe d'eux était comparativement plus faible (57 % et 69 % respectivement). Le degré d'interdépendance des tuteurs est resté relativement constant tout au long de la période d'étude, avec des fluctuations de l'ordre de 5 % pour chaque point temporel au sein des cohortes.

Lors de la troisième vague, les adolescent.es non scolarisé.es ont signalé une plus grande surveillance de la part des prestataires de soins (définie par la connaissance qu'ont les prestataires de soins de l'identité des amis des adolescent.es, de leurs allées et venues et de leurs performances scolaires pour les participant.es scolarisé.es) que les adolescent.es scolarisé.es, 66 % d'entre eux indiquant une surveillance élevée contre 59 % des adolescent.es scolarisé.es (bien que les indicateurs pour les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es ne soient pas directement comparables). Les filles ont rapporté plus de surveillance de la part des tuteurs que les garçons parmi les adolescent.es scolarisé.es (62 % contre 55 %, respectivement, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative), et aucune différence n'a été rapportée pour les adolescent.es non scolarisé.es (Figure 7).

Tout au long de la période d'étude, le suivi a augmenté entre les données initiales et la deuxième vague pour les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es. Cependant, les taux ont diminué pour les adolescent.es non scolarisé.es entre la deuxième et la troisième vague, avec une baisse plus importante pour les filles que pour les garçons (-7 % et -1 % respectivement), comblant ainsi l'écart entre les sexes, présent lors de la phase de référence et de la deuxième vague. Les taux sont restés stables pour les adolescent.es scolarisé.es au cours de la même période, tant pour les garçons que pour les filles, bien qu'un écart d'environ 6 % entre les deux sexes ait persisté entre les deux périodes.

Figure 6



PAIRS

Environ la moitié des adolescent.es scolarisé.es et deux tiers des adolescent.es non scolarisé.es ont déclaré n’avoir que des amis du même sexe lors de la troisième vague (53 % et 63 % respectivement). Les garçons ont toujours eu des taux plus élevés de déclaration d’amis du sexe opposé tout au long de la période d’étude, avec l’écart le plus important entre les garçons non scolarisés (35 %) et les filles non scolarisées (29 %) (Figure 8). Les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es semblent passer plus de temps avec leurs amis lors de la troisième vague qu’au cours de la deuxième vague, mais moins de temps qu’au début de l’enquête (Figure 9).

Figure 7

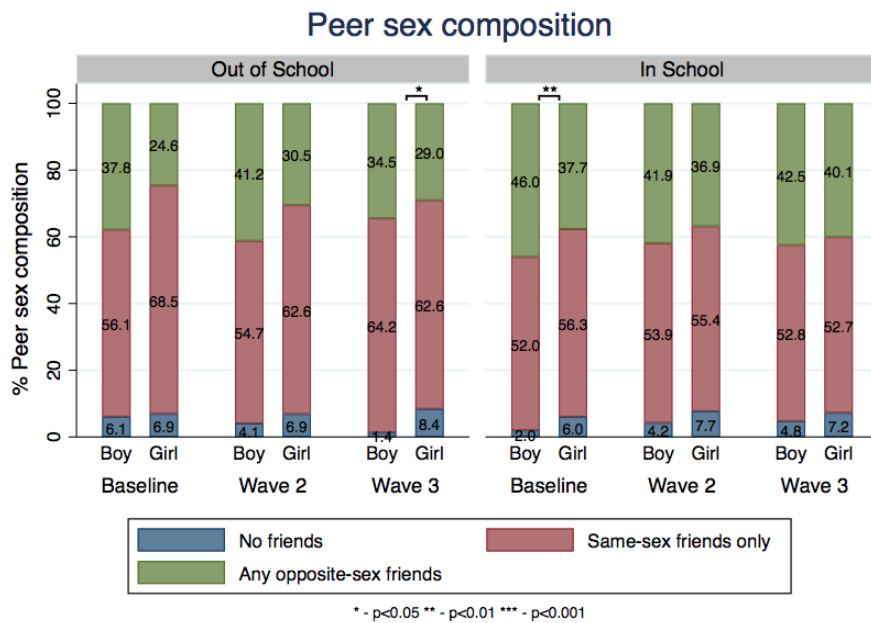
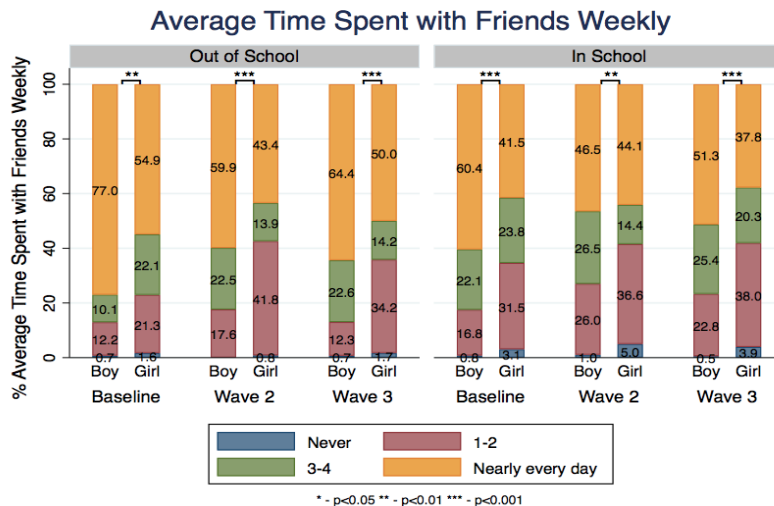


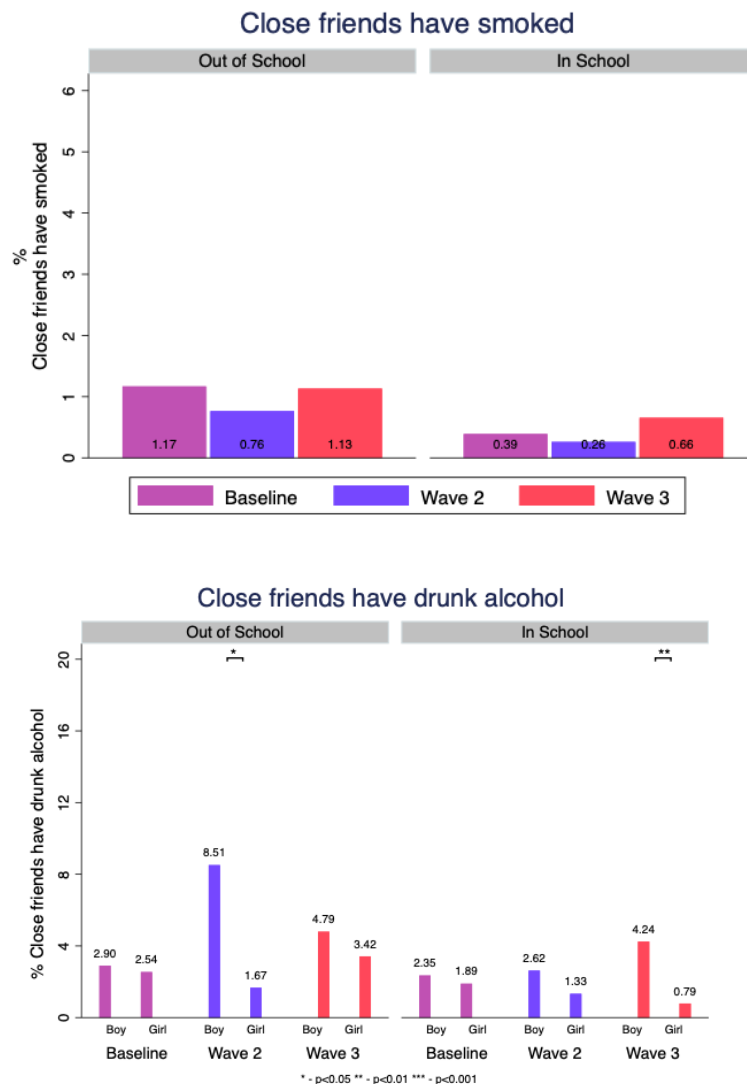
Figure 8



Lors de la troisième vague, une majorité d'adolescent.es croyaient que leurs pairs pensaient qu'il était important d'aller régulièrement à l'école, allant de 76 % chez les garçons non scolarisés à 89 % chez les filles scolarisées. Les filles scolarisées ont également connu la plus forte augmentation à travers les trois vagues de temps, avec une augmentation totale de 16 % entre l'enquête initiale et la troisième vague. Les garçons scolarisés et non scolarisés ont également augmenté progressivement depuis le début de l'enquête (+14 % et +16 % points, respectivement), tandis que les filles non scolarisées ont connu une légère baisse entre la deuxième et la troisième vague (-1 % point).

Très peu d'adolescent.es pensent que leurs camarades ont fumé, avec une légère augmentation pour les adolescent.es scolarisé.es (<1 %) (Figure 10). Peu d'adolescent.es pensent que leurs pairs boivent de l'alcool, bien que les garçons scolarisés aient perçu une augmentation de la consommation d'alcool par leurs pairs par rapport à la deuxième vague (+2 %) et que les garçons non scolarisés aient constaté une diminution (-4 %) (Figure 11). En revanche, la perception de la consommation d'alcool par les pairs est restée relativement stable pour les filles.

Figures 9-11



Sur l'ensemble de la période étudiée, la plupart des adolescent.es pensent que leurs pairs ne considèrent pas l'engagement dans une activité sexuelle ou des relations amoureuses comme très important (Figure 12). Cependant, un pourcentage croissant d'adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es pensent que leurs pairs jugent important d'avoir un petit ami ou une petite amie (figure 13).

Figure 12

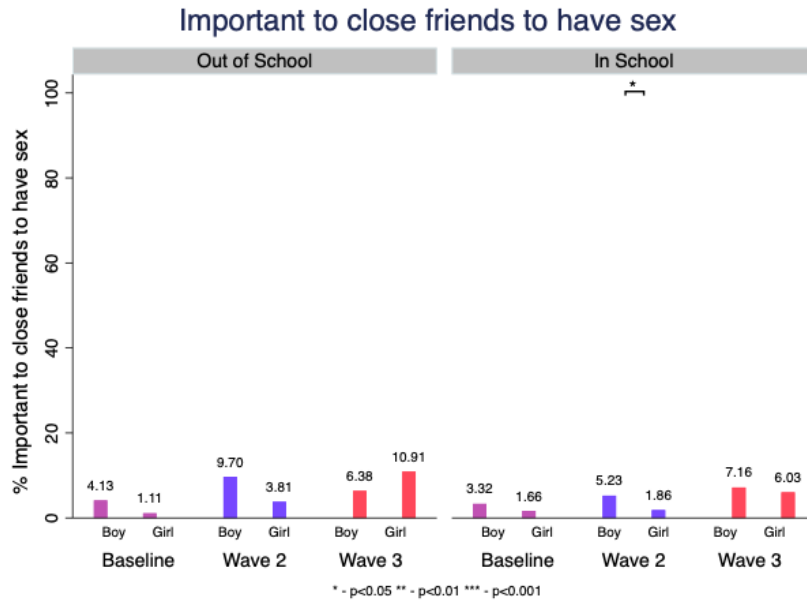
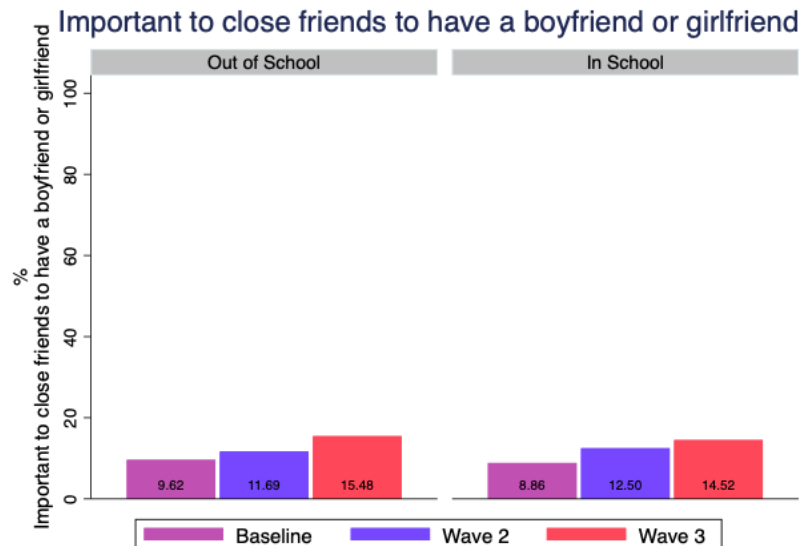


Figure 13

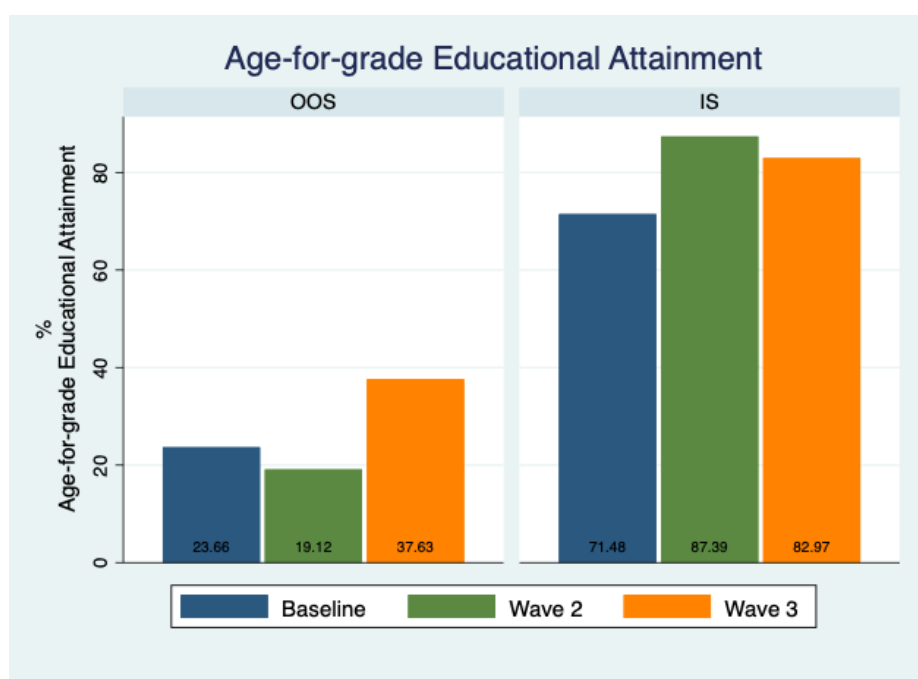


ÉCOLE

Le niveau d'éducation par âge a été évalué pour les adolescent.es scolarisé.es (Figure 14). Lors de la troisième vague, 85 % des garçons et 81 % des filles scolarisés étaient au niveau ou au-dessus de leur niveau scolaire approprié, ce qui représente une diminution par rapport à la deuxième vague (-3 % et -6 %, respectivement). Ceci s'explique par le taux d'abandon scolaire, qui était de 5 % pour les garçons scolarisés et de 7 % pour les filles scolarisées. Parmi les adolescent.es non scolarisé.es, un plus grand nombre est retourné à l'école entre la deuxième et la troisième vague (14 %) qu'entre les données initiales et la deuxième vague (9 %).

Les aspirations scolaires sont restées à peu près les mêmes entre la deuxième et la troisième vague, 91 % des garçons et 90 % des filles espérant obtenir un diplôme universitaire.

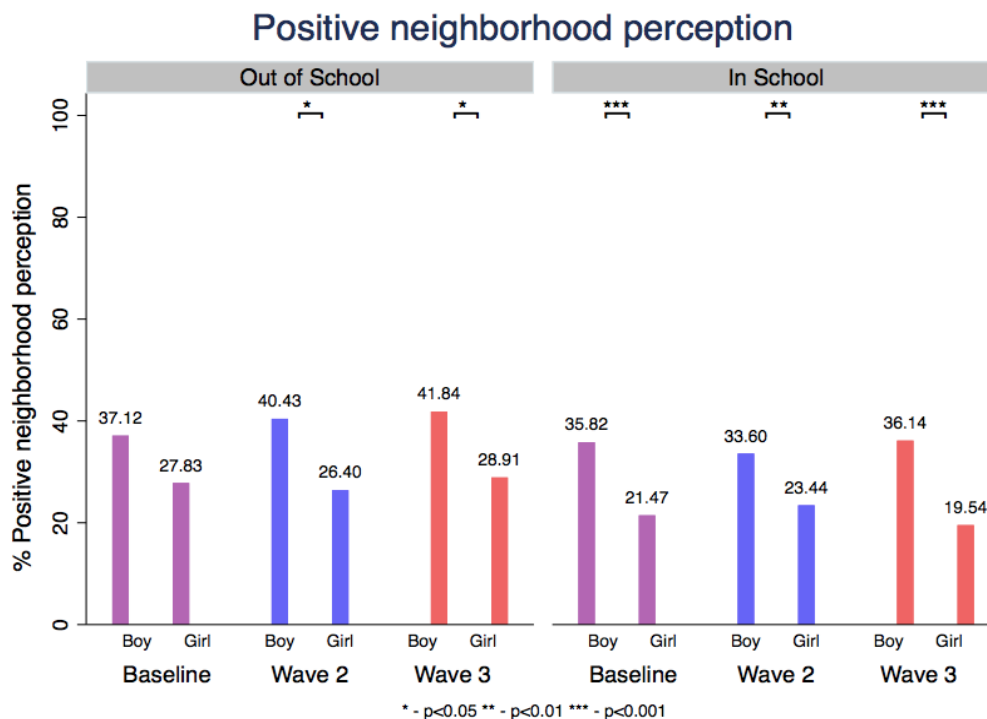
Figure 14



QUARTIER

Les adolescent.es ont répondu à une série de questions portant sur la cohésion sociale du quartier, le danger dans le quartier et le contrôle social du quartier. La cohésion sociale du quartier est liée à la perception de la confiance mutuelle et de la solidarité entre les personnes vivant dans la même localité et a été évaluée à l'aide de quatre questions sur la confiance, la familiarité, l'attention et la solidarité dans le quartier. Les perceptions de la sécurité du quartier sont liées aux sentiments des jeunes concernant les menaces ou l'insécurité à l'école, sur le chemin de l'école ou dans leur quartier. Le contrôle social du voisinage lié aux attentes des jeunes envers les adultes pour qu'ils interviennent pour le bien commun de leur communauté.

Figure 15

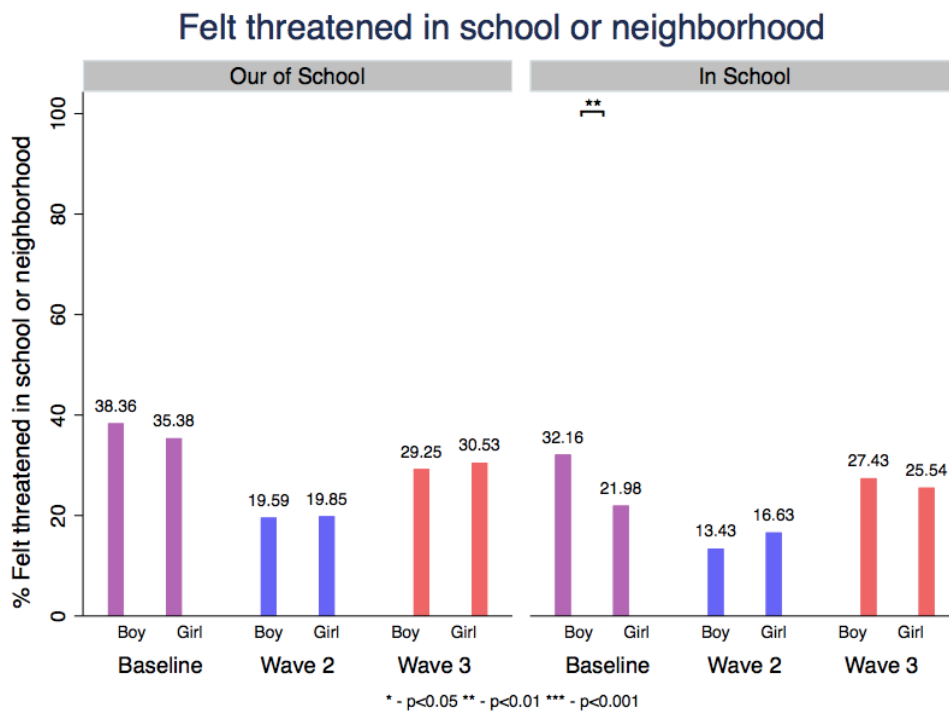


Lors de la troisième vague, la perception globale de la cohésion du quartier indique qu'une minorité de participant.es a une perception positive de son quartier (figure 15). Les garçons ont une perception plus positive du voisinage que les filles (36 % contre 20 % chez les adolescent.es scolarisé.es et 42 % contre 29 % chez les adolescent.es non scolarisé.es).

Le contrôle social, perçu, est resté relativement constant au cours des trois périodes pour les adolescent.es scolarisé.es, avec une légère augmentation pour les adolescent.es non scolarisé.es. Parmi les adolescent.es scolarisé.es, les différences entre les sexes se sont inversées entre l'enquête initiale et la troisième vague, les garçons étant plus nombreux à se sentir contrôlés que les filles, à l'enquête initiale, mais les filles étant plus nombreuses à se sentir contrôlées lors de la troisième vague. Ceci n'a pas été observé chez les adolescent.es non scolarisé.es, où les filles ont toujours perçu un contrôle social plus faible que les garçons entre la deuxième et la troisième vague.

La majorité des adolescent.es ne se sentent pas en danger dans leur quartier, 74 % des adolescent.es scolarisé.es et 70 % des adolescent.es non scolarisé.es déclarant ne pas se sentir menacés dans leur école ou leur quartier (Figure 16).en poussant l'analyse plus loin, les résultats de la troisième vague montrent que les filles se sentent moins en sécurité que les garçons, puisque 28 % des filles scolarisées et 29 % des filles non scolarisées sont d'accord pour dire qu'il y a des endroits sûrs pour les filles dans leur quartier, alors que 57 % des garçons scolarisés et 54 % des garçons non scolarisés sont d'accord pour dire qu'il y a des endroits sûrs pour les garçons.

Figure 16



MESURE DE L'ÉGALITÉ DES SEXES BASÉE SUR DES VIGNETTES

Le GEAS a développé des vignettes pour évaluer les différences de genre dans le style de communication et les perceptions des adolescent.es concernant la puberté et la grossesse.

Les vignettes ont été conçues pour étudier comment les adolescent.es percevaient les relations et les expériences adolescentes différemment si le protagoniste était un garçon ou une fille et comment ils évaluaient leurs propres attitudes ou comportements par rapport à ce qu'ils percevaient comme étant typique dans leurs groupes de pairs et avec d'autres influenceurs sociaux.

La première vignette évaluait le style de communication dans le contexte des relations amoureuses entre garçons et filles, y compris les stratégies directes, indirectes et non communicatives (évitement), codées respectivement 2, 1 ou 0 pour former un score de communication.

La deuxième vignette explorait les réactions aux comportements atypiques liés au genre en distinguant l'exclusion, l'inclusion partielle et l'inclusion complète codées respectivement 0, 1 ou 2.

Les vignettes sur la puberté ont évalué les réactions des jeunes adolescent.es à l'apparition de la puberté en adoptant les perspectives d'un protagoniste hypothétique et de ses pairs.

Les vignettes sur la grossesse ont permis d'évaluer les réactions des adolescent.es face à la grossesse, tant du point de vue des répondants que des protagonistes.

Les adolescent.es adoptent généralement un style de communication indirect pour aborder des intérêts romantiques, les filles étant plus susceptibles d'adopter un style indirect/évitant (par exemple, attendre que quelqu'un d'autre engage la conversation) que les garçons. Cependant, les garçons et les filles scolarisé.es ont eu tendance à adopter un comportement plus direct au cours de la période étudiée. Les garçons non scolarisés sont devenus plus directs, tandis que les filles ont conservé un comportement indirect/évitant plus constant.

NORMES DE GENRE

Le GEAS a pour objectif d'étudier la perception qu'ont les jeunes des traits, des rôles et des relations normatifs entre les sexes au début de l'adolescence et la manière dont ces perceptions évoluent dans le temps et influencent un certain nombre de résultats en matière de santé des adolescent.es. L'exploration des traits stéréotypés liés au genre reflète les attributs des masculinités et des féminités, opposant la dureté masculine à la vulnérabilité féminine, tandis que les rôles stéréotypés liés au genre dépeignent les responsabilités spécifiques au sexe et le déséquilibre du pouvoir dans la prise de décision au sein du ménage. En outre, deux mesures interculturelles des normes de genre sur les relations ont été développées, évaluant les points de vue normatifs sur l'engagement romantique garçon-fille (une échelle qui évalue si les adolescent.es considèrent que les relations romantiques entre garçons et filles à l'adolescence sont normales) et l'existence d'un « double standard sexuel » en ce qui concerne les conséquences sociales de l'engagement dans des relations romantiques, où les garçons sont socialement récompensés pour leur activité romantique et sexuelle tandis que les filles sont pénalisées. Les deux échelles sont notées de 1 à 5, les scores les plus élevés reflétant une plus grande adhésion.

Traits stéréotypés de genre

Les stéréotypes opposant la dureté à la vulnérabilité sont très répandus, plus de 8 adolescent.es sur 10 approuvant un certain nombre de représentations inégales entre les sexes. Comme lors des vagues précédentes, « Les garçons devraient pouvoir montrer leurs sentiments sans craindre d'être taquinés » a continué à recevoir le plus faible niveau d'approbation lors de la troisième vague et a augmenté parmi les femmes interrogées, les trois quarts indiquant l'affirmative (75 % parmi les filles scolarisées et 78 % parmi les filles non scolarisées). L'autre différence qui a persisté entre la deuxième et la troisième vague est la conviction que les filles ont besoin de plus de protection que les garçons, avec 90 % des filles scolarisées contre 80 % des garçons scolarisés, et 91 % des filles non scolarisées contre 75 % des garçons non scolarisés.

Remettre en question les rôles atypiques liés au genre

Les croyances relatives aux rôles des sexes semblent avoir persisté tout au long de la période d'étude, environ deux tiers des garçons et des filles estimant qu'il est acceptable de taquiner quelqu'un qui se comporte comme le sexe opposé (figures 17 et 18). Ces croyances sont les plus fortes en ce qui concerne les garçons qui se comportent comme des filles, 66 % des adolescent.es scolarisé.es et 68 % des adolescent.es non scolarisé.es étant d'accord pour se moquer d'eux.

Figure 17

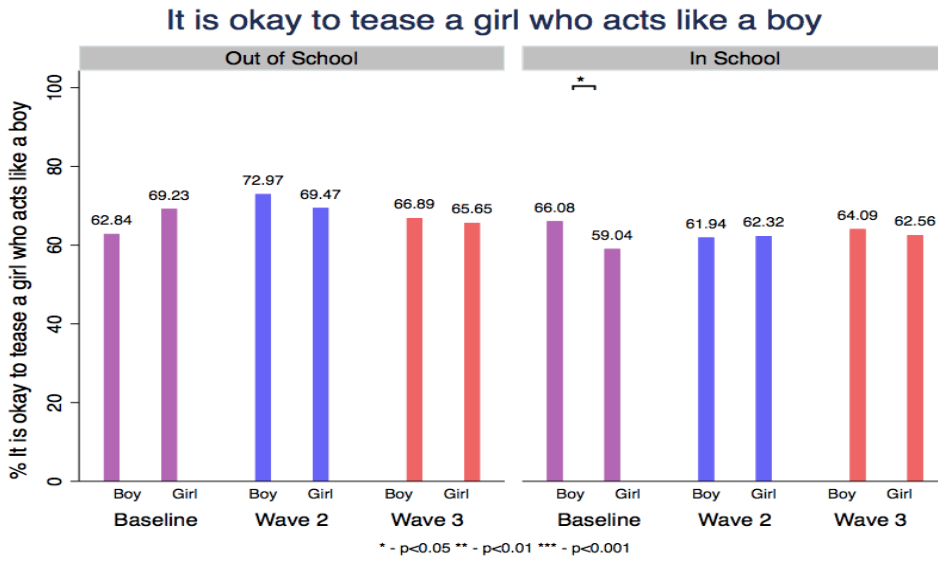
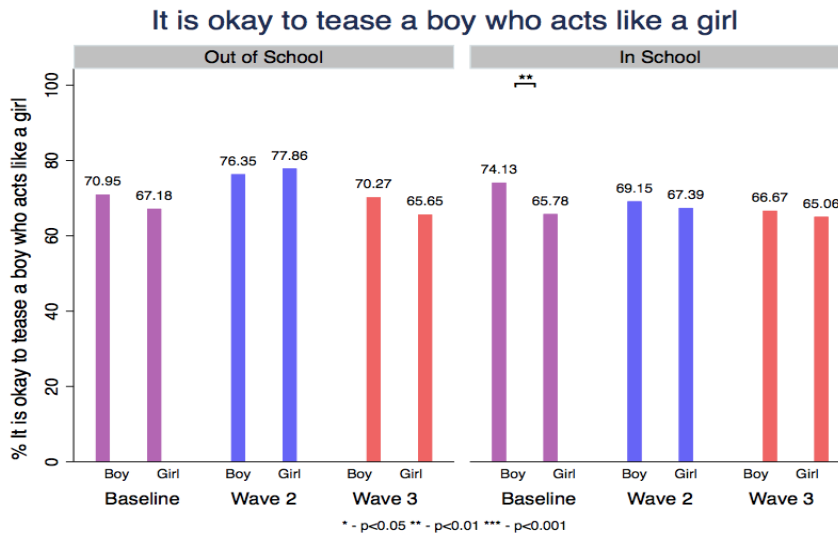


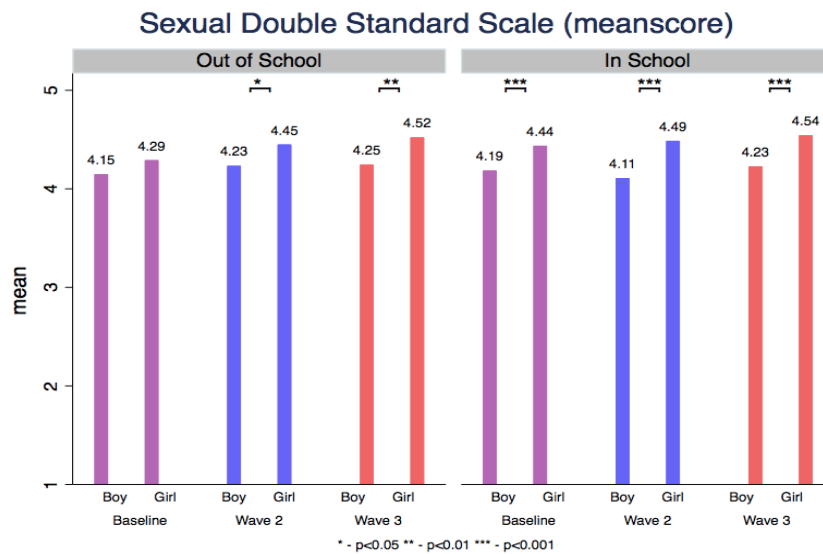
Figure 18



Normes de genre concernant les relations

Avec un score moyen de 3,14 et 3,17 pour les garçons scolarisés et non scolarisés et de 3,26 pour les filles scolarisées et non scolarisées (sur une échelle de 1 à 5), les résultats suggèrent des perceptions nuancées de l'engagement amoureux à l'adolescence, qui tendent vers l'acceptation pour tous les adolescent.es de l'étude. L'acceptabilité des relations amoureuses a augmenté tout au long de la période d'étude pour les adolescent.es scolarisé.es, tandis que les adolescent.es non scolarisé.es ont légèrement diminué, passant de 3,23 lors de la deuxième vague à 3,17 lors de la troisième vague. Alors que l'acceptation des relations amoureuses augmente, la perception d'un double standard sexuel continue d'augmenter, récompensant les garçons mais sanctionnant les filles pour leur engagement romantique (figure 19). La perception de ces attentes inégales a augmenté au fil du temps, en particulier chez les filles (4,54 pour les filles scolarisées et 4,52 pour les filles non scolarisées).

Figure 19



AUTONOMISATION

Le GEAS explore trois dimensions de l'autonomisation au début de l'adolescence, liées à la liberté de mouvement, à la voix et à la prise de décision. La liberté de mouvement indique dans quelle mesure les adolescent.es sont libres de se rendre seuls dans certains endroits (par exemple, les activités extrascolaires, les fêtes, les rencontres avec des amis du sexe opposé, les centres communautaires et les films). La voix représente la mesure dans laquelle les adolescent.es pensent que leurs opinions sont entendues par leurs parents, leurs enseignant.es ou les adultes de la communauté. L'échelle de prise de décision représente la mesure dans laquelle les adolescent.es peuvent prendre seuls des décisions concernant la vie quotidienne, comme les amitiés, les vêtements, ce qu'ils font de leur temps libre, les aliments qu'ils mangent lorsqu'ils sont à l'extérieur de la maison, etc. Le score de chaque sous-dimension va de 1 à 4, les scores les plus élevés reflétant une plus grande autonomisation. L'indicateur global d'autonomisation était un score agrégé allant de 1 à 4 reflétant les trois sous-dimensions de la liberté de mouvement, de la voix et de la décision allant de 1 à 4.

Les adolescent.es ont montré différents degrés de capacité d'agir en fonction de leur liberté de mouvement, de leur capacité à être entendus (voix) et de leur capacité à prendre des décisions dans leur vie quotidienne (prise de décision). Le nombre d'adolescent.es non scolarisé.es croyant avoir une voix a augmenté tout au long de la période d'étude avec un score de 2,66 lors de la troisième vague, alors que moins d'adolescent.es scolarisé.es croyaient avoir une voix lors de la troisième vague que lors de la deuxième vague (-0,02) (Figure 20). Tous les adolescent.es ont rapporté une plus grande capacité à prendre des décisions par eux-mêmes, avec la plus grande augmentation pour les adolescent.es non scolarisé.es (+0,31 pour les garçons non scolarisés et +0,28 pour les filles non scolarisées). La liberté de mouvement a augmenté pour tous les adolescent.es, avec la plus grande augmentation pour les filles scolarisées (+0,20) et les garçons non scolarisés (0,23) (Figure 21). Lors de la troisième vague, les adolescent.es ont obtenu les scores les plus élevés pour le pouvoir de décision (scores moyens de 2,86 et 2,92), suivi de la voix (scores moyens de 2,69 et 2,66) puis de la liberté de mouvement (1,78 et 1,90).

Figure 20

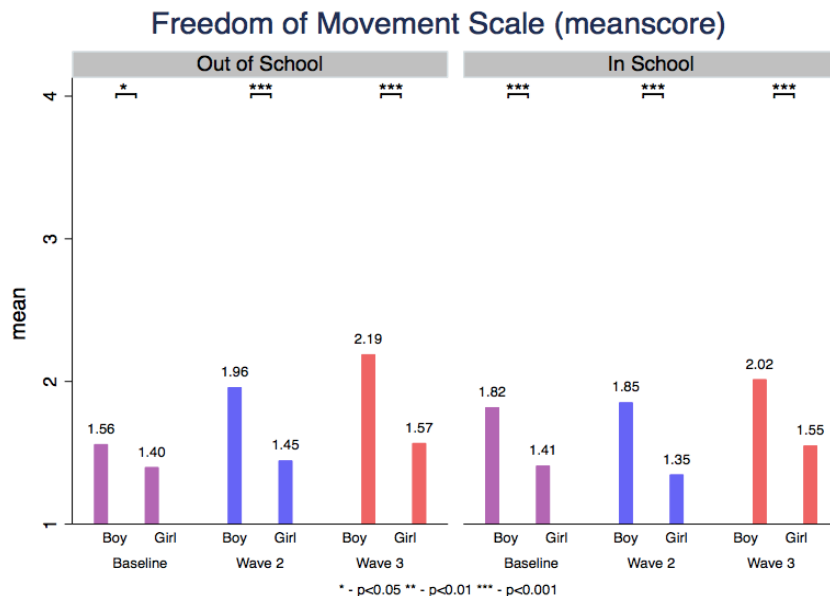
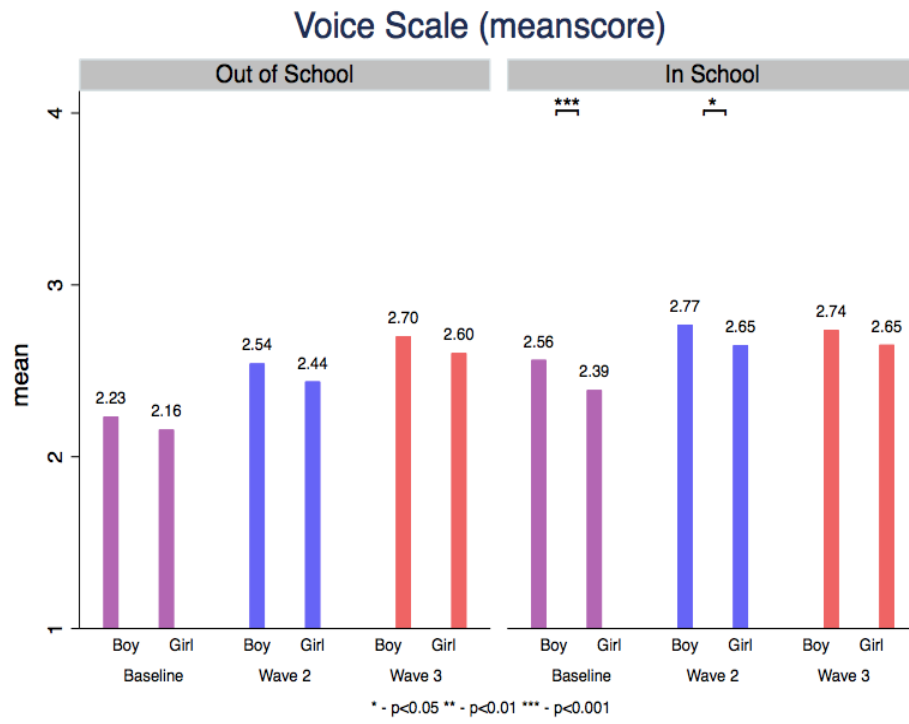


Figure 21



INTIMIDATION ET VIOLENCE

Le GEAS explore les expériences d'intimidation et de violence physique interpersonnelle au cours des six derniers mois. Plus précisément, nous avons évalué l'incidence des brimades psychologiques et de la victimisation par la violence physique au cours des 6 derniers mois, ainsi que la perpétration de violences au cours des 6 derniers mois.

Les taquineries et les brimades physiques au cours des six derniers mois étaient des expériences courantes chez les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es, avec des taux de 28 % des adolescent.es scolarisé.es et 30 % des adolescent.es non scolarisé.es (Figure 22). Cependant, les taux ont diminué pour tous les adolescent.es, en particulier pour les filles (-4 % pour les enfants scolarisé.es et -13 % pour les enfants non scolarisé.es). L'écart entre les sexes observé lors de la deuxième vague s'est creusé pour les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es lors de la troisième vague. Plus d'un garçon sur cinq a déclaré avoir commis des actes de violence (figure 23) et une proportion similaire a déclaré avoir été victime (figure 24) de la part de ses pairs au cours des six derniers mois, tandis que ces expériences ont été partagées par 14 et 16 % des filles scolarisées et non scolarisées.

Figure 22

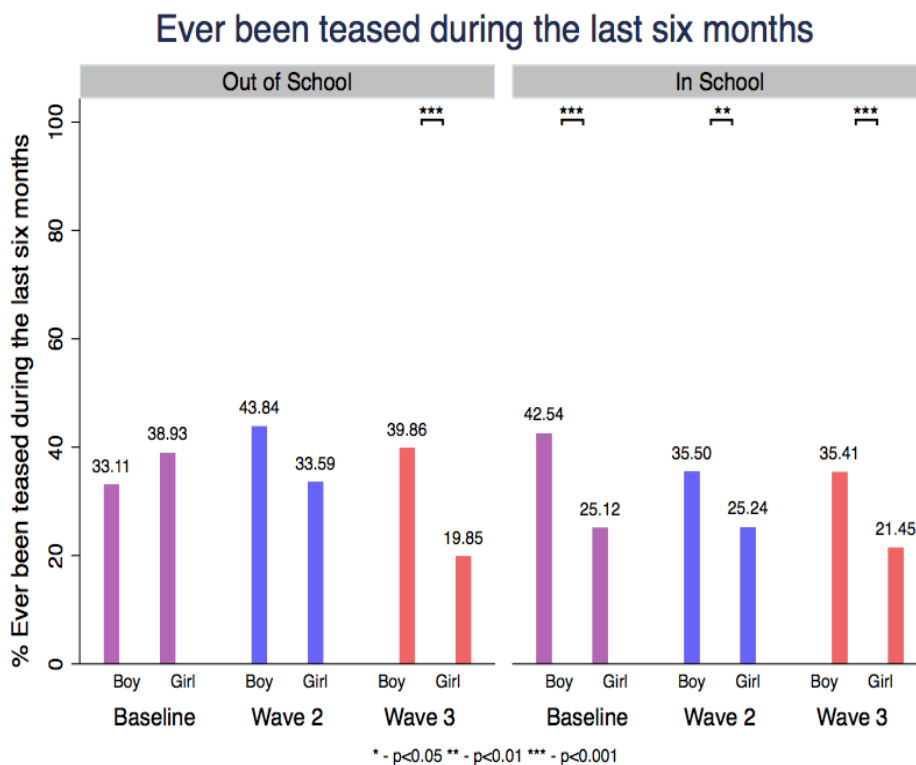


Figure 23

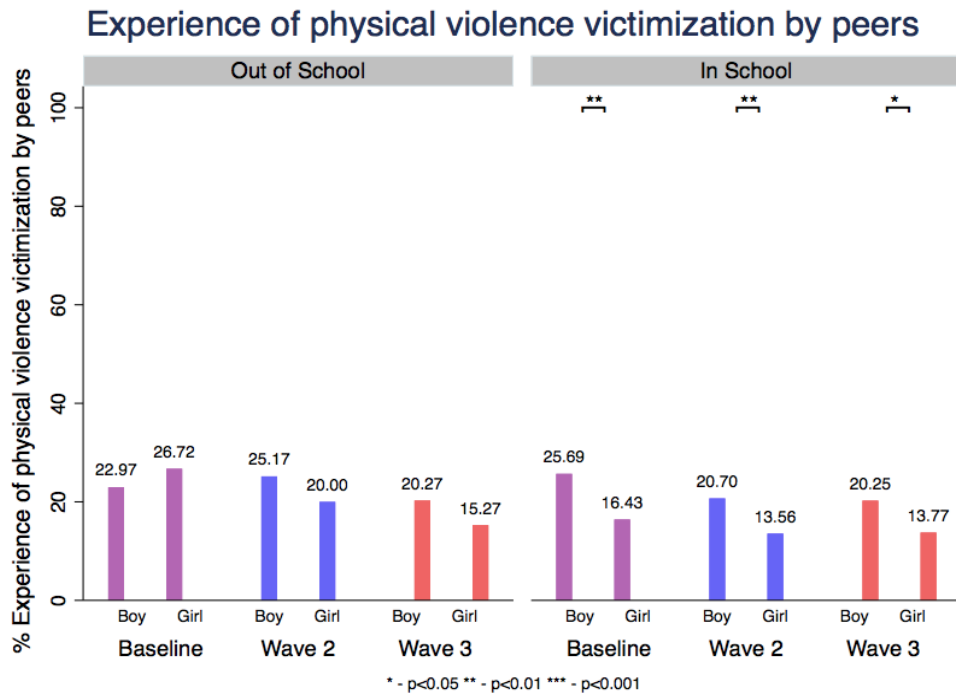
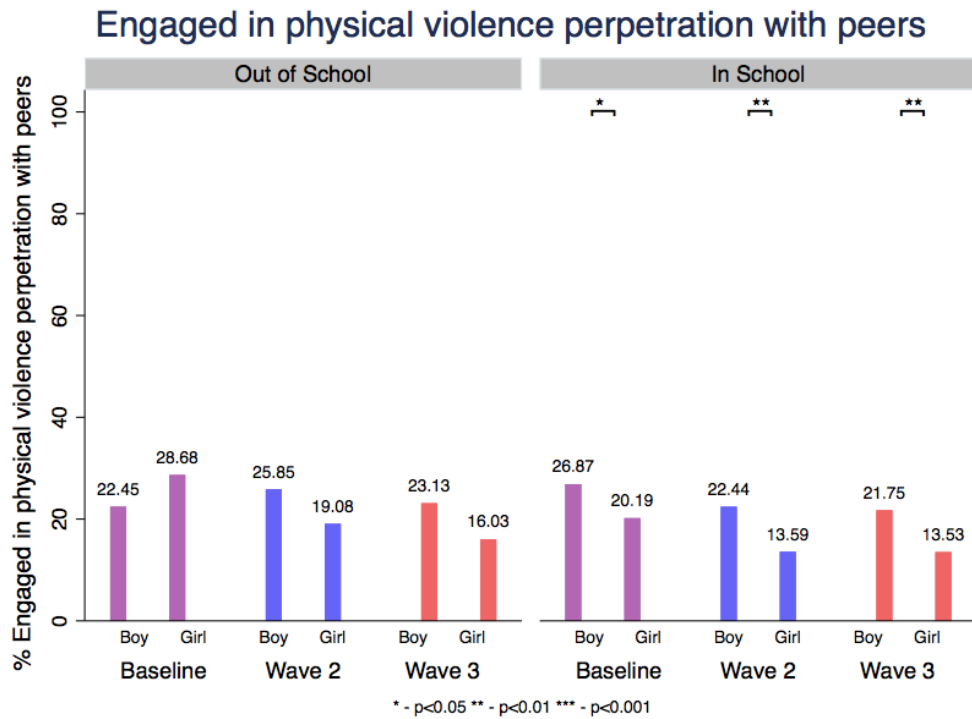


Figure 24

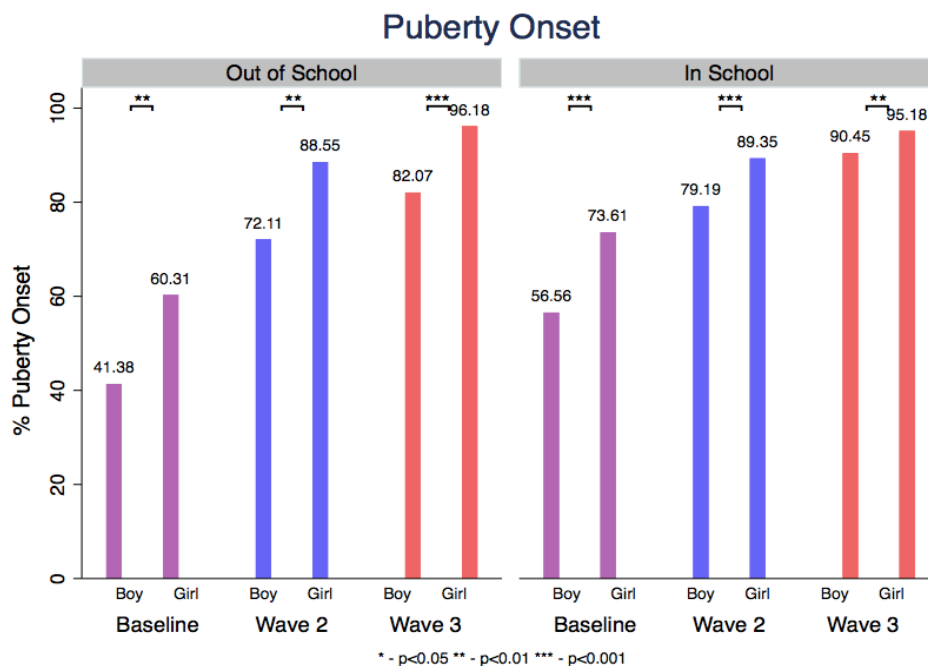


SANTÉ GÉNÉRALE ET CONFORT CORPOREL

Les adolescent.es ont été interrogé.es sur la perception qu'ils.elles ont de leur état de santé général, sur leur aisance avec leur propre corps et sur les stades de leur développement pubertaire. Le début de la puberté a été mesuré en demandant aux garçons et aux filles s'ils avaient commencé la puberté et en interrogeant les filles sur le développement des seins et les menstruations, et les garçons sur le changement de voix et le développement de la pilosité faciale. Sept questions au total ont permis d'évaluer le niveau de confort des jeunes vis-à-vis de leur propre corps au début de l'enquête et cinq questions ont été posées lors des vagues 2 et 3. Ces questions ont été résumées en un seul indicateur évaluant le pourcentage d'adolescent.es qui se sentent satisfaits de leur image corporelle.

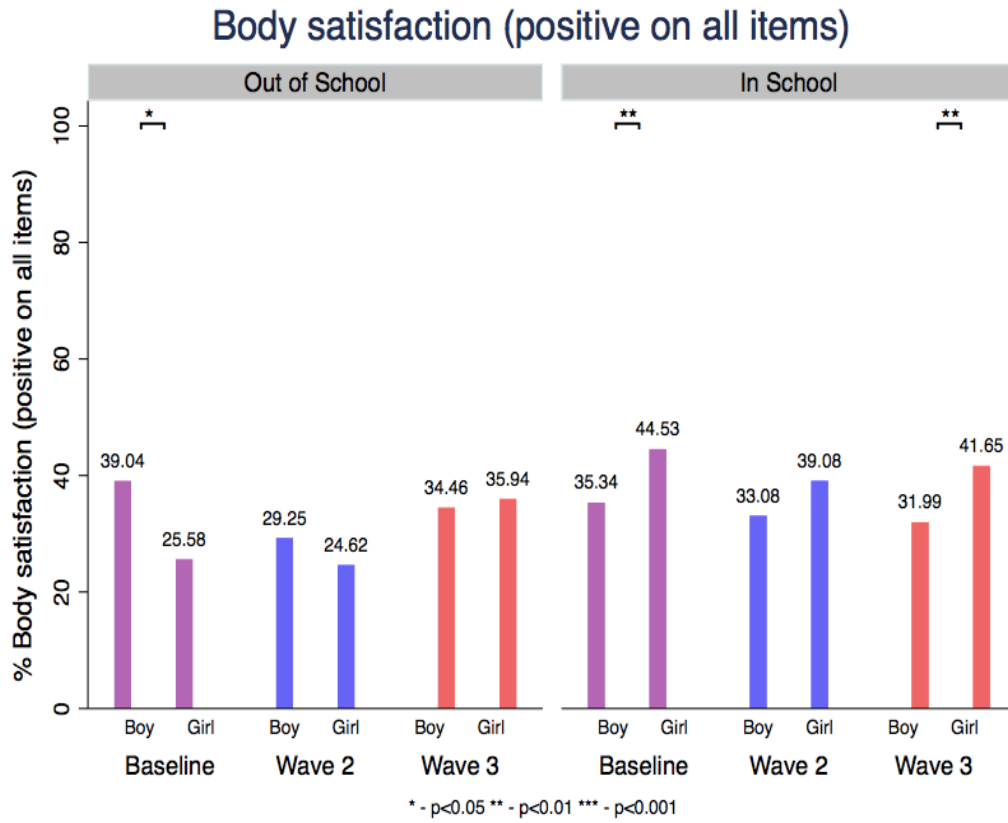
Neuf adolescent.es sur dix ont connu le début de la puberté, avec des transitions plus rapides pour les filles que pour les garçons (95 % des filles scolarisées et 96 % des filles non scolarisées ont connu le début de la puberté contre 90 % des garçons scolarisés et 82 % des garçons non scolarisés) (Figure 25). L'augmentation de la maturation pubertaire était plus importante entre les données initiales et la deuxième vague qu'entre la deuxième et la troisième vague (+19 % contre +8 % chez les adolescent.es scolarisé.es et +30 % contre +9 % chez les adolescent.es non scolarisé.es). Les garçons non scolarisés présentaient le taux le plus faible d'apparition de la puberté, soit 82 %, tandis que tous les autres groupes se situaient entre 90 et 96 %.

Figure 25



Lors de la troisième vague, un tiers de tous les adolescent.es ont exprimé des attitudes positives constantes concernant leur image corporelle, ce qui correspond à la deuxième vague pour les adolescent.es scolarisé.es mais représente une augmentation de 8 % pour les adolescent.es non scolarisé.es (Figure 26). Les filles scolarisées présentaient les taux les plus élevés d'image corporelle positive, soit 42 % contre 32 % pour les garçons scolarisés, tandis que les garçons et les filles non scolarisé.es avaient la même perception de l'image corporelle.

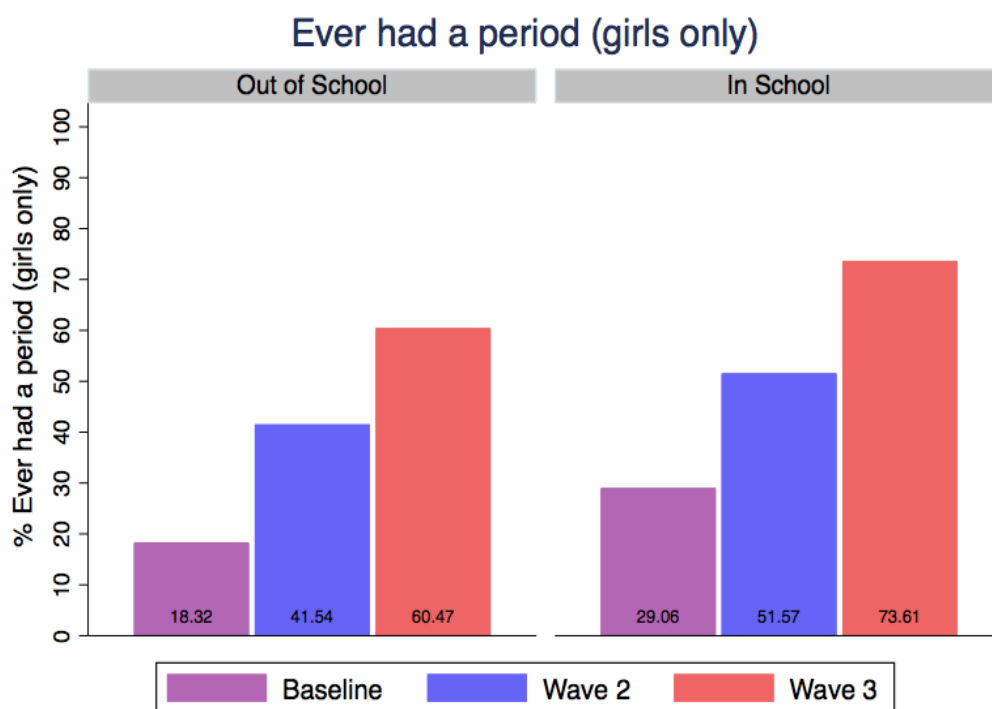
Figure 26



MENSTRUATION

Outre le confort corporel, le GEAS comprenait des questions sur l'expérience des filles en matière de menstruation et d'hygiène menstruelle. Quatre dimensions ont été explorées : les connaissances, les sentiments à l'égard des menstruations, l'expérience (par exemple, l'âge de la première menstruation, la gestion des menstruations) et les soins personnels pendant les cycles menstruels. Lors de la troisième vague, trois quarts des filles scolarisées avaient déjà eu leurs règles, contre deux tiers des filles non scolarisées (Figure 27). Cela représente une augmentation d'environ 43 % par rapport à la situation de départ pour les deux groupes, bien que l'écart entre les enfants scolarisé.es et non scolarisé.es se soit creusé lors de la troisième vague, passant de 10 % à 14 %. Les filles non scolarisées étaient significativement plus nombreuses à avoir honte de leurs règles que les filles scolarisées lors de la troisième vague (44 % contre 29 %), ce qui correspond également à une meilleure connaissance de l'autogestion des soins pour les filles scolarisées.

Figure 27



SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIE

Le GEAS comprenait des indicateurs de symptômes dépressifs et de consommation de substances (alcool, tabac et autres drogues) au cours de la vie. Un score de symptômes dépressifs allant de 1 à 5 résume les réponses à 6 questions dont « En général, se voir comme une personne heureuse », « s'inquiéter sans raison valable », « se blâmer quand les choses vont mal », « être trop malheureux pour dormir la nuit », « se sentir triste » et « penser à se faire du mal ». En outre, la deuxième vague comprend la mesure validée des symptômes dépressifs par le questionnaire sur la santé des patients (PHQ9) et l'échelle du trouble d'anxiété généralisée-7 (TAG-7). Nous présentons les mesures validées du PHQ 9 et du GAD 7 pour les résultats de la deuxième vague et nous présentons également le score des symptômes dépressifs du GEAS pour étudier les tendances dans le rapport des symptômes dépressifs au fil du temps.

Les symptômes dépressifs étaient plus élevés chez les adolescent.es non scolarisé.es que chez les adolescent.es scolarisé.es, le score le plus élevé étant celui des filles non scolarisées (2,22). Les adolescent.es non scolarisé.es ont connu une augmentation constante de leurs symptômes dépressifs tout au long de la période d'étude, tandis que les adolescent.es scolarisé.es sont restés relativement stables entre la deuxième et la troisième vague.

Selon la mesure des symptômes dépressifs du PHQ9, la moyenne du score total de dépression était plus élevée chez les adolescent.es non scolarisé.es que chez les adolescent.es scolarisé.es (4,26 contre 3,39) (intervalle de 0 à 30). Parmi les adolescent.es non scolarisé.es, la moyenne du score cumulé de dépression était plus élevée chez les filles que chez les garçons (5,22 contre 3,41), bien que les filles non scolarisées aient connu une diminution du score moyen entre la deuxième et la troisième vague, alors que les garçons non scolarisés ont connu une augmentation. L'inverse était vrai pour les adolescent.es scolarisé.es, les garçons voyant leur score moyen diminuer et celui des filles augmenter.

La consommation d'alcool est restée rare lors de la troisième vague, allant de 5 % chez les filles scolarisées à 15 % chez les garçons scolarisés (Figure 28). Bien que les cycles précédents aient enregistré une consommation d'alcool plus importante chez les garçons non scolarisés que chez les garçons scolarisés, cette situation s'est inversée lors de la troisième vague, tandis que la consommation d'alcool continue d'être plus importante chez les filles scolarisées que chez les filles non scolarisées. La consommation de cigarettes est restée très rare lors de la troisième vague, allant de 0 % des filles non scolarisées à 2,7 % des garçons non scolarisés (Figure 29).

Figure 28

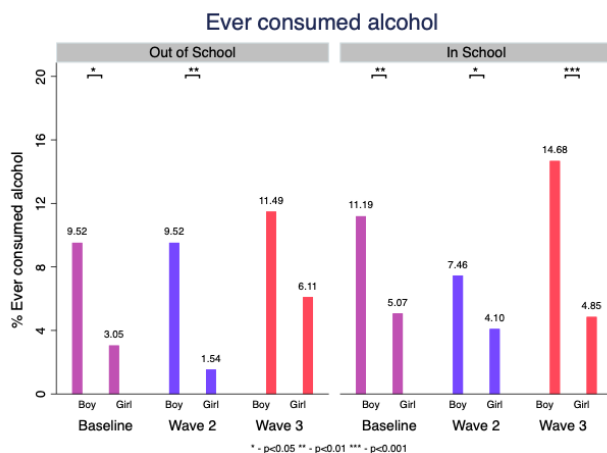
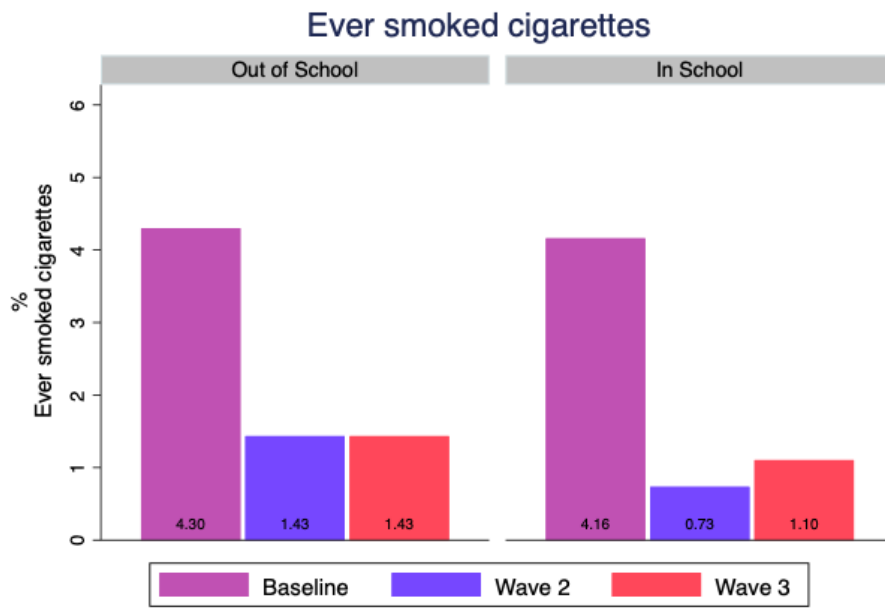


Figure 29



CONNAISSANCE DE LA SANTÉ SEXUELLE

La connaissance de la prévention des grossesses a été initialement évaluée par le biais de neuf questions portant sur la capacité reproductive et la planification familiale. Nous présentons le pourcentage d'adolescent.es ayant fourni des réponses correctes à chaque question ainsi qu'un score récapitulatif allant de 0 à 9 évaluant le nombre de réponses correctes. Nous avons également exploré les connaissances des jeunes sur le VIH à travers 4 questions et fourni un score synthétique allant de 0 à 4. Les adolescent.es ont enfin été interrogés sur leur connaissance des services de SSR et sur la stigmatisation entourant le recours à ces services. En outre, une série de questions sur la connaissance de la planification familiale tirées d'études de référence basées sur la population, telles que les EDS et PMA2020, ont été incluses dans la troisième vague pour les adolescent.es de 15 ans ou plus, afin de comparer les indicateurs GEAS avec les estimations basées sur la population de Kinshasa PMA2020.

Lors de la troisième vague, les connaissances des adolescent.es sur la prévention de la grossesse et du VIH étaient généralement faibles, les scores globaux reflétant près de 5 réponses correctes sur 9 pour la prévention de la grossesse et un peu plus de 2 réponses correctes sur 4 pour la prévention du VIH (Figures 30 et 31). Les garçons ont obtenu de meilleurs résultats que les filles en matière de connaissances sur la prévention des grossesses (5,23 et 4,95 pour les garçons scolarisés et non scolarisé.es contre 4,99 et 4,84 pour les filles scolarisées et non scolarisées) et sur la prévention du VIH (2,45 ou 2,36 pour les garçons scolarisés et non scolarisé.es contre 2,13 et 2,28 pour les filles scolarisées et non scolarisées). Les connaissances sur la grossesse et le VIH ont augmenté au cours de la période d'étude pour tous les groupes, bien que l'augmentation ait été plus faible entre la deuxième et la troisième vague ou même parfois en baisse, pour la prévention de la grossesse.

Figure 30

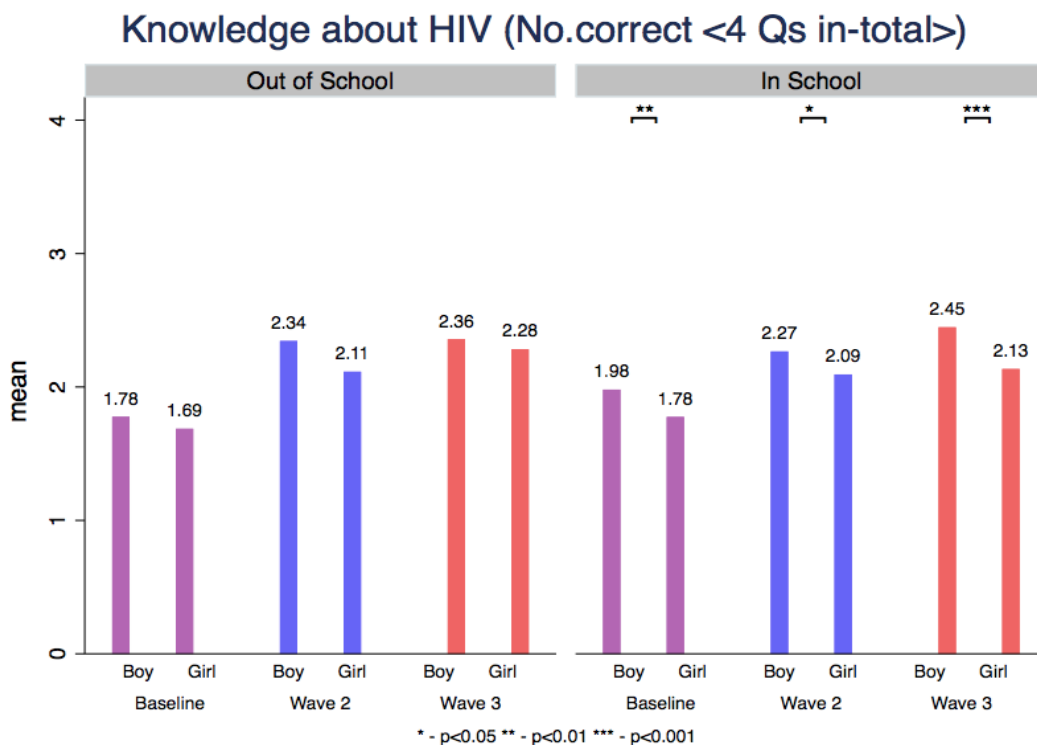
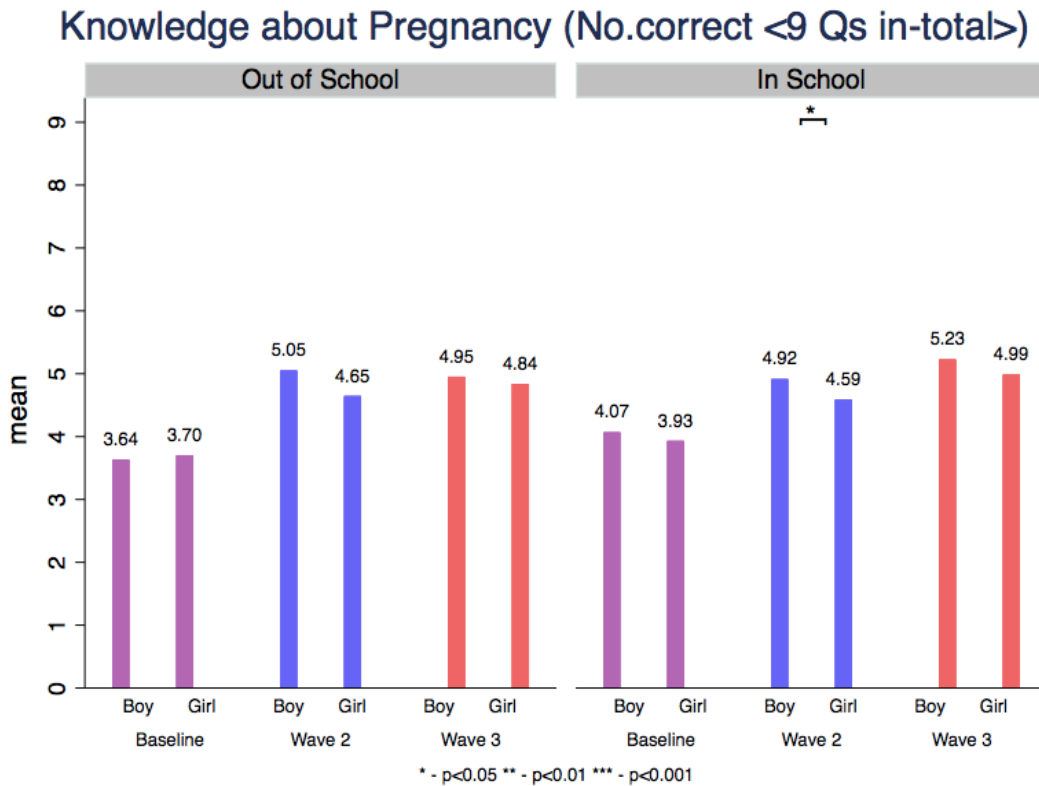


Figure 31



Les adolescent.es avaient également peu de connaissances sur les services de SSR. Environ la moitié des adolescent.es savaient où se procurer des préservatifs, bien que les garçons (64 % des adolescent.es scolarisé.es et 57 % des adolescent.es non scolarisé.es) soient plus nombreux à le savoir que les filles (50 % des adolescent.es scolarisé.es et 41 % des adolescent.es non scolarisé.es) (Figure 32). 62 % des filles scolarisées, contre 57 % des filles non scolarisées, savaient où se procurer des moyens de contraception (Figure 33). La connaissance des services de santé sexuelle et reproductive a augmenté au cours de la période étudiée, bien que l'augmentation ait été plus importante pour les garçons que pour les filles.

Figure 32

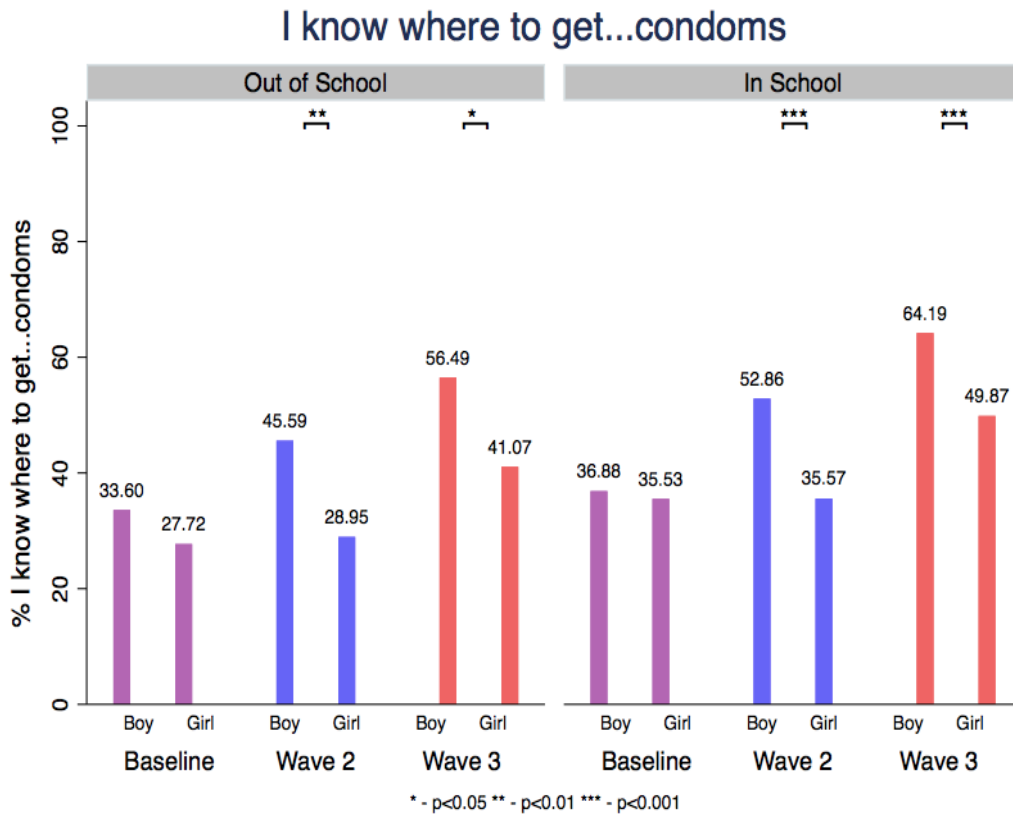
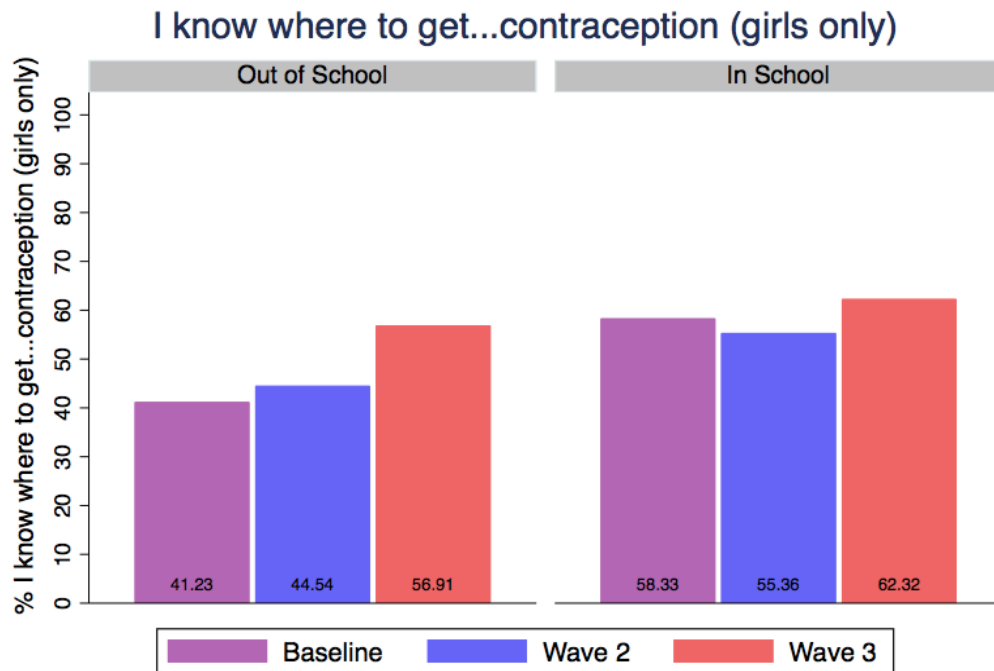


Figure 33



Parmi les adolescent.es scolarisé.es, les garçons étaient plus embarrassés que les filles pour obtenir un préservatif en cas de besoin (79 % contre 69 %, respectivement), alors que le contraire était vrai pour les adolescent.es non scolarisé.es (66 % des garçons contre 73 % des filles). Les filles se sentent plus à l'aise pour obtenir une contraception que des préservatifs, 49 % des filles scolarisées et 40 % des filles non scolarisées déclarant qu'elles ne sont pas gênées de se rendre dans une clinique pour obtenir une contraception. Les perceptions de la stigmatisation sont restées relativement stables tout au long de la période d'étude, bien que les adolescent.es scolarisé.es aient connu une augmentation de 4 % au niveau de la perception de la honte entre la deuxième et la troisième vague.

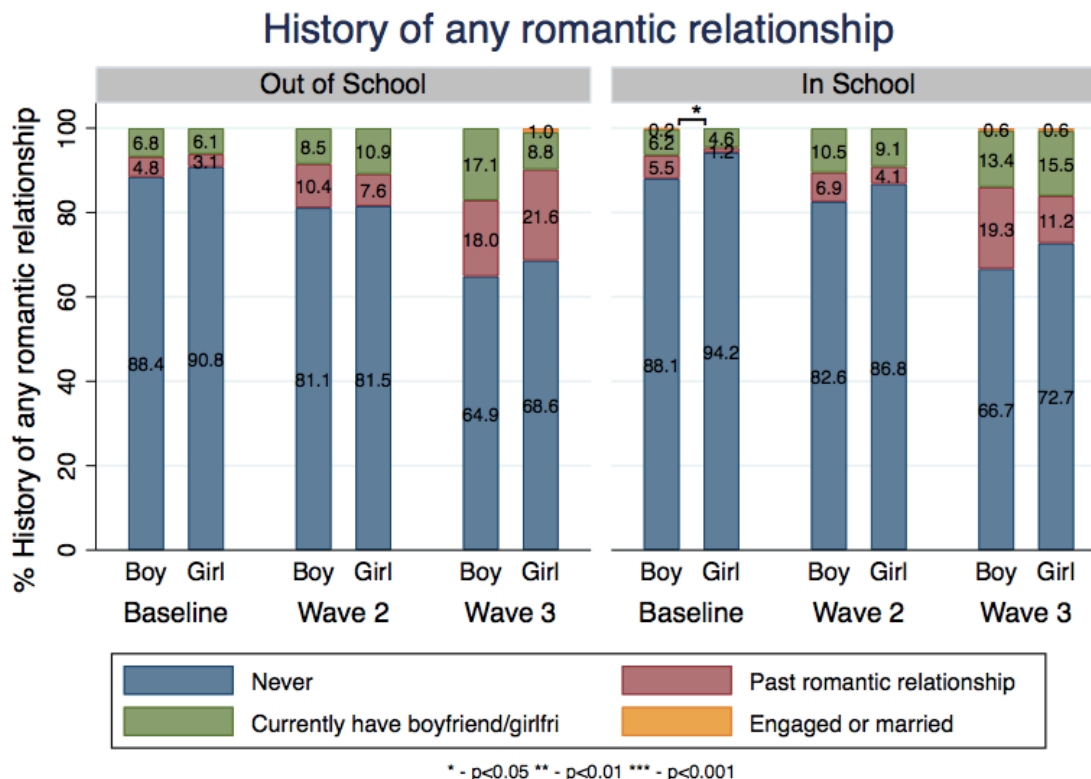
RELATIONS

Cette section porte sur l'expérience des adolescent.es en matière de relations amoureuses, ainsi que sur celle de leurs pairs. L'approbation des relations amoureuses des adolescent.es a été évaluée sur une échelle de 1 à 5, la plus forte approbation étant 5. Parmi les adolescent.es qui avaient déjà eu une relation amoureuse, l'enquête a évalué la qualité de la relation et l'expérience de la violence avec le dernier partenaire. Deux séries de questions ont été conçues pour quantifier la qualité de la relation, notamment le déséquilibre du pouvoir et l'intimité. L'échelle de déséquilibre du pouvoir comprend 5 questions explorant l'influence du partenaire sur les décisions de comportement des répondants, tandis que l'échelle d'intimité comprend des questions sur les sentiments et la confiance entre les partenaires. Les scores moyens pour les deux échelles étaient compris entre 1 et 5. Un score plus élevé sur l'échelle de déséquilibre des pouvoirs suggère un plus grand pouvoir du partenaire dans la relation. Un score plus élevé sur l'échelle d'intimité suggère une plus grande intimité dans les relations.

L'approbation des relations amoureuses des adolescent.es était similaire entre les garçons et les filles, que ce soit à l'école ou en dehors de l'école, bien que l'approbation semble augmenter entre les données initiales et la troisième vague.

Lors de la troisième vague, un tiers des adolescent.es ont déclaré avoir eu une relation, avec une implication romantique plus importante chez les garçons scolarisés que chez les filles scolarisées (33 % contre 27 %) (Figure 34). Les expériences romantiques ont augmenté de manière significative au cours de la période d'étude, avec des augmentations plus importantes chez les adolescent.es non scolarisé.es que chez les adolescent.es scolarisé.es.

Figure 34



Les personnes ayant déjà vécu une relation amoureuse ont souvent fait état d'une inégalité de pouvoir et de niveaux élevés d'intimité. Les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es présentaient des niveaux d'intimité similaires lors de la troisième vague, bien que les filles scolarisées aient connu des niveaux d'intimité plus élevés que les garçons scolarisés (4,47 contre 4,06). L'inégalité de pouvoir est courant, mais il est surtout ressenti par les filles scolarisées (4) et moins par les filles non scolarisées (3,55).

COMPORTEMENT SEXUEL

Les adolescent.es ont été interrogés sur leurs croyances concernant les comportements sexuels des garçons et des filles de leur âge et sur leurs propres expériences coïtales et non coïtales. Quatre questions (affichées dans le tableau sur le comportement sexuel) portaient sur les attitudes concernant les circonstances appropriées dans lesquelles les garçons et les filles pouvaient s'engager dans une activité sexuelle et leur responsabilité en matière de prévention de la grossesse. Les adolescent.es ont également été interrogés sur leur expérience des activités sexuelles coïtales et non coïtales au cours de leur vie, notamment les baisers, les attouchements et les rapports sexuels.

Les adolescent.es scolarisé.es ont augmenté leur perception de l'importance des rapports sexuels par leurs pairs au cours de la période, mais les adolescent.es non scolarisé.es ont connu des différences selon le sexe (les garçons ont diminué de 3 % alors que les filles ont augmenté de 7 % entre la deuxième et la troisième vague) (Figure 35). Lors de la troisième vague, un garçon scolarisé sur cinq a indiqué qu'il avait des amis proches qui avaient eu des rapports sexuels, contre 18 % des garçons non scolarisés, 13 % des filles scolarisées et 18 % des filles non scolarisées. Tout comme l'importance perçue, la prévalence perçue des comportements sexuels a également augmenté au cours de la période d'étude, à l'exception des garçons non scolarisés qui ont diminué de 5 % entre la deuxième et la troisième vague (Figure 36). Cela contraste avec les déclarations de comportement sexuel personnel, puisqu'une minorité (allant de 4 % des garçons non scolarisés à 6 % des filles non scolarisées) d'adolescent.es a déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels. Les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es présentaient des taux similaires de déclaration de rapports sexuels, bien que tous les groupes aient connu une augmentation des rapports sexuels entre la deuxième et la troisième vague (Figure 37). Cela suggère que les adolescent.es accordent trop d'importance aux rapports sexuels en raison des fausses perceptions de cette importance parmi leurs pairs.

Figure 35

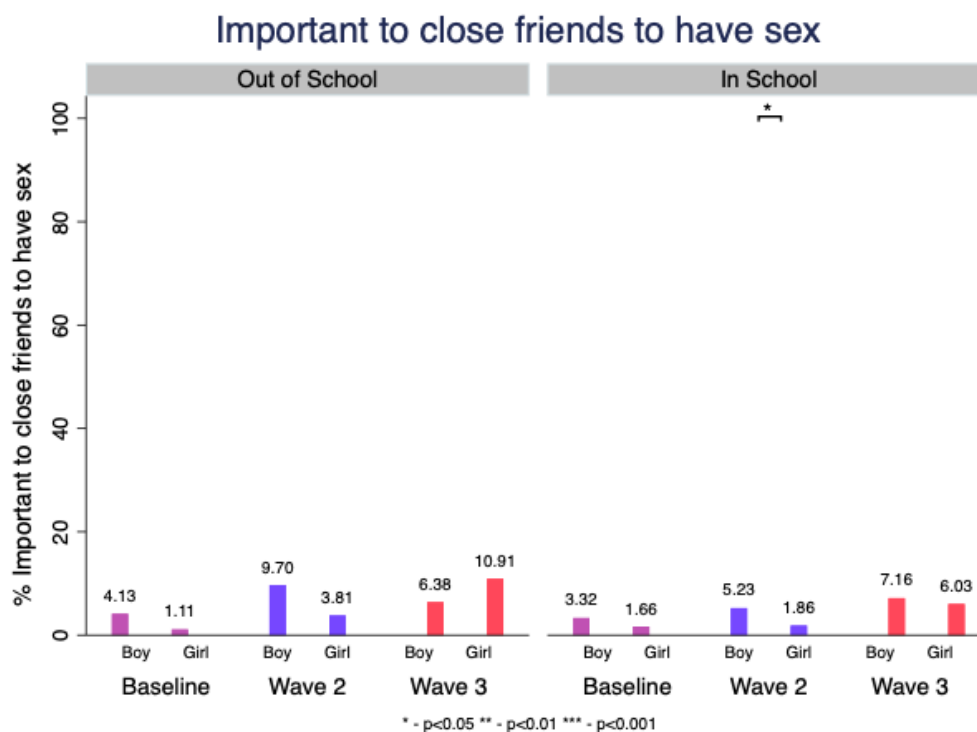


Figure 36

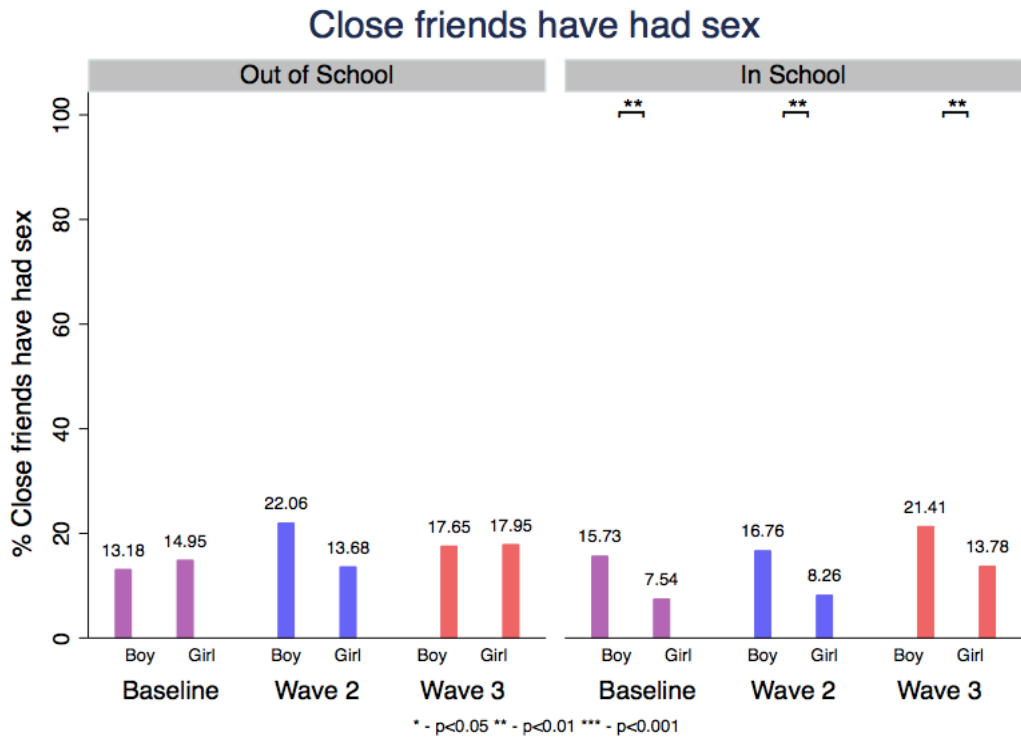
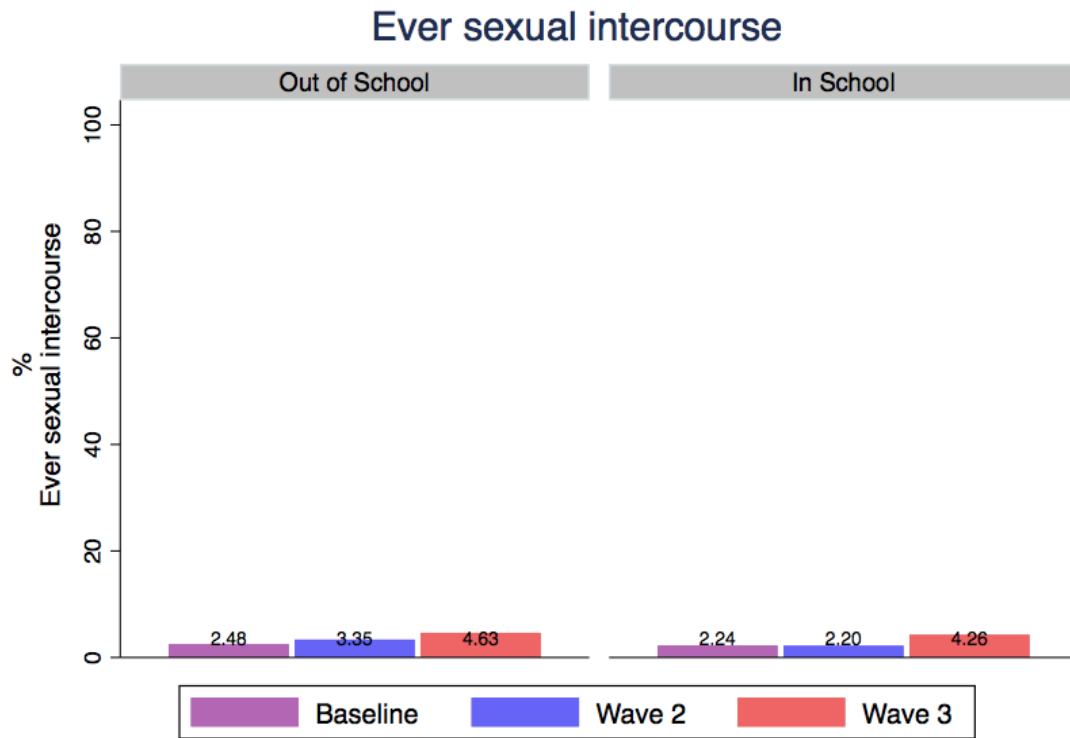


Figure 37



La moitié des adolescent.es (entre 44 % et 57 %) pensent qu'il est de la responsabilité de la fille ou de la femme d'éviter une grossesse, les garçons scolarisés étant nettement plus nombreux que les filles à être de cet avis. Il en va de même pour l'association du préservatif à la promiscuité féminine, puisque 76 % des garçons scolarisés sont d'accord, contre 66 % des filles scolarisées.

Au fil du temps, moins d'adolescent.es ont souscrit à l'idée que la prévention des grossesses relevait de la seule responsabilité des femmes (-3 % chez les scolaires et -6 % chez les non scolaires). Cependant, une augmentation substantielle de la stigmatisation liée au port du préservatif par les filles a été constatée entre la phase de l'étude de base et la deuxième vague et est restée stable à environ 71 % pour les filles scolarisées et non scolarisées entre la deuxième et la troisième vague.

SECTION 2 : RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE L'IMPACT DE LA VAGUE 3 DE GEAS (CONTRÔLES VS INTERVENTION)

Ce chapitre décrit les différences de base (saisies au début de l'enquête) entre l'intervention et le contrôle, qui reflètent la sélectivité dans l'intervention BG ! puisque les adolescent.es ont choisi de participer. Nous examinons ensuite les différences entre les deux groupes à la troisième vague 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 au cours du suivi de 18 mois et sur la comparaison de ces changements entre les deux groupes. Les résultats présentés dans le corps du texte sont basés sur une analyse en intention de traiter (ITT) (comparaison de l'intervention et du contrôle sans tenir compte de l'exposition à BG !) Une analyse par protocole (comparaison entre l'intervention exposée et les contrôles non exposés) a également été réalisée étant donné qu'une proportion significative d'adolescent.es du groupe de contrôle a été exposée à BG ! et qu'une proportion significative d'adolescent.es de l'intervention a été exposée de manière limitée à BG ! Les résultats des analyses par protocole sont présentés à l'annexe D, bien qu'il n'y ait pas de différences majeures entre les analyses ITT et les analyses par protocole.

EXPOSITION DE BIEN GRANDIR !

L'intervention BG ! a été conçue pour faire participer les TJA à des sessions de club hebdomadaires au cours des neuf mois de l'année scolaire (pour les TJA scolarisé.es). Les TJA non scolarisé.es ont rejoint les sessions du club pendant deux mois supplémentaires. Dans l'ensemble, après avoir tenu compte des vacances et des périodes d'examen, les clubs scolaires de TJA se sont réunis pendant environ 26 séances hebdomadaires, tandis que les clubs communautaires (pour les TJA non scolarisé.es) se sont réunis pendant une moyenne de 28 séances hebdomadaires. 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. Le kit d'outils TJA comprenait trois matériels 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 comme matériel à emporter, bien qu'ils puissent aussi être utilisés comme références ou pour inspirer la discussion pendant les sessions hebdomadaires.

L'intervention BG ! de 9 mois s'est déroulée entre les données initiales et la deuxième vague de l'enquête GEAS. Cependant, les adolescent.es ont continué à signaler une exposition aux activités de BG ! au cours de la deuxième année (dans les six mois précédant la troisième vague). Ainsi, quarante pour cent 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. Vingt-deux pour cent ont déclaré avoir assisté à une réunion d'un club TJA, 20 % à une séance en classe et 10 % à une rencontre avec un prestataire. Parmi les adolescent.es qui avaient participé à des sessions du club TJA, environ 67 % avaient participé à une fréquence allant d'une à cinq sessions, 18 % avaient participé à six à dix sessions et le reste avait participé à 11 à 15 sessions. La participation était légèrement plus élevée pour les sessions en classe, 64 % ayant assisté à une à cinq

sessions et 24 % à six à dix sessions. Une majorité de garçons et de filles ont déclaré avoir utilisé le livre sur la puberté (64 % et 53 %, respectivement). Environ la moitié avait utilisé les cartes d'activités, et un peu moins de la moitié (45 %) des garçons et des filles avaient utilisé le livre d'histoires. En outre, 3 % des TJA ont déclaré avoir participé à une session communautaire ciblant les parents, les tuteurs et d'autres adultes, bien que ces activités ne soient pas destinées aux TJA. En outre, 16 % des adolescent.es ont déclaré que leurs parents/ tuteurs avaient participé à ces sessions communautaires au cours des six mois précédant la collecte des données de la troisième vague.

Les taux d'exposition élevés inattendus parmi les TJA du groupe d'intervention peuvent être dus à l'intégration de l'approche dans le programme national d'éducation à la vie familiale (FLE) de la RDC. Une partie de l'intervention BG ! a délibérément lié le matériel d'intervention au programme FLE, et les enseignants ont été formés à l'utilisation de ce matériel pendant les séances en classe. Il est probable que les enseignants aient continué à utiliser le matériel BG ! dans les écoles après la fin de l'intervention. La participation déclarée aux clubs TJA est plus difficile à interpréter. Il est possible, bien que peu probable, que certaines écoles aient continué à soutenir les clubs BG ! avec leurs propres ressources après la fin de l'intervention. Il est également possible que les personnes interrogées dans le cadre de l'AJV aient été exposées aux activités des clubs par le biais de Bien Grandir Plus !, un projet jumeau mettant en œuvre un modèle BG ! adapté dans d'autres quartiers de Kinshasa. Il est toutefois plus probable que les répondants aient confondu d'autres activités de groupe avec les activités du club BG ! Les taux de participation des parents signalés sont probablement dus à l'engagement des parents dans les activités Bien Grandir Plus ! qui ciblent des communautés qui peuvent se chevaucher avec les communautés BG !

Comme pour la deuxième vague, il y avait une contamination significative dans le groupe de contrôle à la troisième vague. Environ 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 scolarisé.es.

L'exposition continue aux activités de BG ! même 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, soit comme un processus de mise à l'échelle lorsque l'intervention de BG ! a été étendue à d'autres communes de Kinshasa.

COMPARAISON ENTRE L'INTERVENTION ET LE CONTRÔLE À LA BASE ET À LA VAGUE 3

Les sections suivantes sont des différences d'observation entre les groupes d'intervention et de contrôle qui sont présentées pour établir le contexte de l'évaluation de l'intervention qui suit. Elles sont présentées en tant que caractéristiques démographiques de base afin d'éclairer l'interprétation de la section suivante sur les analyses de double différence. Ainsi, les données présentées dans cette section n'incluront pas les estimations de l'importance.

HISTOIRE ET CIRCONSTANCES DE LA VIE

Différences au début de l'enquête

L'âge moyen des adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es était comparable entre les garçons et les filles (scolarisé.es : 11,95 contre 11,84 ; non scolarisé.es : 11,91 contre 11,92). L'affiliation tribale différait entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle, avec une plus grande représentation des Kwilu-Kwango et une plus faible proportion de Bakongo dans le groupe d'intervention. Par rapport aux contrôles, une proportion plus élevée de filles dans l'intervention avait des tuteurs qui avaient migré à Kinshasa, alors qu'aucune différence entre les groupes de contrôle et d'intervention n'a été signalée pour les garçons.

Les circonstances de vie des adolescent.es au début de l'enquête différaient également entre les groupes d'intervention et de contrôle, en particulier en ce qui concerne les circonstances économiques. Les adolescent.es scolarisé.es du groupe d'intervention étaient plus riches que les adolescent.es scolarisé.es des groupes de contrôle, tandis que l'inverse était vrai pour les garçons non scolarisés. La structure familiale au début de l'enquête était similaire parmi les interventions et les contrôles, à l'exception des filles non scolarisées, qui étaient moins susceptibles de vivre avec leurs deux parents.

Au début de l'enquête, une proportion significative de garçons et de filles a déclaré avoir vécu des événements indésirables dans leur enfance (72 % des garçons scolarisés et 76 % des garçons non scolarisés et 66 % des filles scolarisées et 79 % des filles non scolarisées, mais aucune différence n'a été signalée entre l'intervention et les contrôles.

Changement dans le temps

Comme les mesures de l'histoire de vie et des circonstances de la vie étaient rétrospectives au début de l'enquête, ces questions n'ont pas été posées lors de la deuxième ou troisième vague.

ÉDUCATION

Différences au début de l'enquête

Au début de l'enquête, le niveau d'éducation était similaire chez les adolescent.es non scolarisé.es des groupes d'intervention et de contrôle. Cependant, les adolescent.es scolarisé.es, garçons et filles, participant à l'intervention étaient plus susceptibles d'être dans une classe appropriée à leur âge par rapport aux groupes de contrôle. En conséquence, ils avaient un niveau d'alphabétisation plus élevé que les contrôles, surtout pour les filles. Inversement, une plus grande proportion de garçons non scolarisés dans le groupe d'intervention (13,74 %) n'était jamais allée à l'école par rapport aux contrôles (2,70 %), et les garçons et les filles non scolarisé.es dans le groupe d'intervention étaient plus susceptibles d'avoir quitté l'école par manque de frais de scolarité par rapport aux contrôles.

Changement dans le temps

Lors de la troisième vague, le niveau d'éducation par rapport à l'âge était similaire entre l'intervention et le contrôle pour tous les garçons, tandis que les filles scolarisées dans le groupe d'intervention avaient un niveau d'éducation plus élevé que les filles scolarisées dans le groupe de contrôle (88 % vs 81 %, $p=0,006$). Le taux d'alphabétisation a augmenté au cours de la période d'étude dans tous les groupes d'étude, certains écarts entre les groupes d'intervention et de contrôle persistant à la troisième vague. Plus précisément, le taux d'alphabétisation était plus élevé chez les filles scolarisées du groupe d'intervention par rapport aux contrôles (91 % vs 86 %, $p=0,022$) alors que l'inverse était vrai chez les filles non scolarisées (55,81 % dans le groupe d'intervention vs 63,85 % chez les filles du groupe de contrôle, $p=0,187$). Lors de la troisième vague, les taux d'alphabétisation étaient similaires entre les interventions et les contrôles pour les garçons. Les aspirations scolaires ont augmenté chez les filles scolarisées, sans différence entre les interventions et les contrôles. Lors de la troisième vague, neuf

adolescent.es sur dix, garçons et filles confondus, ont indiqué qu'ils espéraient poursuivre des études supérieures ou un doctorat, sans différence entre les groupes d'étude.

RELATIONS SOCIALES

Avec le tuteur

Différences au début de l'enquête

Alors que les adolescent.es des groupes d'intervention et de contrôle avaient généralement des structures familiales similaires, les filles non scolarisées du groupe d'intervention étaient moins susceptibles de vivre avec leurs deux parents que celles du groupe de contrôle (intervention vs contrôle : 41,54 % vs 65,33 %, $p=0,039$). Les relations familiales au début de l'étude, sous la forme d'un sentiment de proximité (se sentir proche des tuteurs et être à l'aise pour communiquer ses préoccupations concernant la puberté et les relations amoureuses) et de suivi (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 également similaires entre les groupes d'étude.

Changement dans le temps

Peu de changements ont été observés dans le temps en ce qui concerne la proximité des tuteurs, que ce soit dans le groupe d'intervention ou dans le groupe de contrôle au cours de la période d'étude (étude de base - phase 3). Le suivi des tuteurs a augmenté dans tous les groupes scolaires, sans différence entre l'intervention et le contrôle (garçons scolarisés : OR : 0,94, IC 95 % [0,63-1,39] ; filles scolarisées : OR : 0,77, 95 % CI [0,53-1,13]), alors qu'une diminution dans le groupe d'intervention par rapport aux contrôles a été observée pour les garçons non scolarisés (OR : 0,52, 95 % CI [0,29-0,93]).

Avec des pairs

Différences au début de l'enquête

Au début de l'enquête, les adolescent.es du groupe d'intervention ont rapporté des structures de pairs similaires à celles du groupe de contrôle, mais les garçons du groupe d'intervention étaient moins susceptibles de passer du temps avec leurs amis que ceux du groupe de contrôle, tant pour les adolescent.es scolarisé.es que pour ceux non scolarisé.es : 60,80 % des adolescent.es du groupe de contrôle scolarisé voyaient leurs amis tous les jours, contre 48,32 % des adolescent.es du groupe d'intervention scolarisé. Parmi les adolescent.es non scolarisé.es, 77,37 % dans le groupe de contrôle voyaient leurs amis tous les jours, contre 60,24 % dans le groupe d'intervention. Il n'en va pas de même pour les filles. Les filles étaient moins susceptibles de socialiser dans des groupes de pairs mixtes que les garçons, mais la différence était constante entre les groupes d'intervention et de contrôle. Seulement 39,64 % des filles scolarisées et 28,02 % des filles non scolarisées avaient des amis garçons contre 45,22 % des garçons scolarisés et 36,78 % des garçons non scolarisés qui avaient des amis filles.

Les adolescent.es du groupe d'intervention en milieu scolaire étaient plus susceptibles de croire que le fait de bien étudier était important pour leurs amis que ceux du groupe de contrôle. En outre, les filles scolarisées du groupe d'intervention étaient plus susceptibles de croire que leurs amis avaient eu des rapports sexuels par rapport aux filles du groupe de contrôle.

Changement dans le temps

Peu de changements dans la structure des pairs (par exemple, le nombre d'amis masculins ou féminins) ont été observés lors de la troisième vague. Près de la moitié des adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es ont déclaré avoir 1 à 3 amis, sans différence entre les groupes d'intervention et les groupes de contrôle. Le clivage entre les sexes dans la composition des pairs n'était plus apparent lors de la troisième vague, car une plus faible proportion de garçons a déclaré avoir des amis de sexe opposé, par rapport à l'enquête initiale. Ainsi, les garçons et les filles des groupes d'intervention et de contrôle étaient aussi susceptibles d'interagir dans des groupes de pairs mixtes (43,22 % contre 40,83 % pour les garçons scolarisés et 34,46 % contre 36,46 % pour les garçons non scolarisés ; 40,10 % contre 42,76 % pour les filles scolarisées et 28,68 % contre 27,34 % pour les filles non scolarisées).

Lors de la troisième vague, environ la moitié des adolescent.es ont déclaré passer du temps avec leurs pairs sur une base quotidienne (à l'école vs hors de l'école : 43,09 % vs 54,17 %), sans différence selon les branches de l'étude. Les garçons hors de l'école étaient plus susceptibles de passer du temps avec des amis sur une base quotidienne que leurs homologues à l'école (56,63 % et 64,96 % parmi les garçons de l'intervention hors de l'école et du contrôle : $p=0,221$ contre 49,44 % et 51,47 % parmi les garçons de l'intervention à l'école et du contrôle : $p=0,738$). La même tendance a également été observée pour les filles (44,86 % et 50,00 % parmi les filles de l'intervention et du groupe de contrôle non scolarisées : $p=0,439$ contre 35,43 % et 38,08 % parmi les filles de l'intervention et du contrôle scolarisées : $p=0,726$).

Conformément à la situation de départ, deux tiers à trois quarts des adolescent.es pensent que leurs amis considèrent que la fréquentation régulière de l'école est importante (à l'école vs hors de l'école : 87,84 % vs 79,19 %). Entre les données initiales et la troisième vague, les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es étaient plus susceptibles de croire que leurs pairs pensaient que la fréquentation scolaire était importante (scolarisé.es : intervention vs contrôle : +6,62 % vs +13,57 %, $p=0,093$; hors de l'école : +25 % vs +16,17 %, $p=0,085$).

APPROCHE DE LA DOUBLE DIFFÉRENCE

Cette section présente les résultats de la double différence de l'évaluation de l'intervention (DiD). Tout résultat utilisant cette approche présentera des indicateurs de signification. Notez que tous les graphiques avec une coloration bleue/verte entre les données initiales et la troisième vague représentent une analyse DiD, avec une signification signifiée par un ombrage plus foncé. Les graphiques avec trois points dans le temps et les graphiques qui comparent les vagues 2 et 3 sont des différences d'observation entre l'intervention et le contrôle mais ne sont pas des DiD.

PERCEPTIONS DES NORMES DE GENRE

Différences au début de l'enquête

Au début de l'enquête, les garçons scolarisés et non scolarisés du groupe 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 du groupe de contrôle étaient également plus susceptibles d'endosser des traits stéréotypés de genre inégaux et d'accepter de taquiner les adolescent.es de genre

atypique que les garçons scolarisés du groupe d'intervention. Les filles scolarisées du groupe de contrôle étaient également plus susceptibles d'accepter de taquiner les garçons atypiques ($p=0,031$), alors qu'aucune autre opinion normative liée au genre n'a été observée par le groupe d'étude, y compris les attitudes concernant le partage des tâches ménagères.

Changement dans le temps

Les points de vue normatifs spécifiques au genre sur le partage des tâches ménagères abordés dans l'intervention BG! ont changé après l'intervention. Plus précisément, nous avons constaté une augmentation de 10 et 14 points de pourcentage entre l'enquête initiale et la troisième vague dans le pourcentage d'adolescent.es approuvant des points de vue égaux sur les responsabilités du ménage parmi les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es dans les groupes d'intervention respectivement, alors que ces pourcentages ont diminué dans les groupes de contrôle. Il convient de noter que les changements d'attitude dans le groupe d'intervention ont été les plus importants entre les données initiales et la deuxième vague, et ont été maintenus lors de la troisième vague, bien que dans une moindre mesure (Figure 38).

Les résultats de l'analyse de la *double différence* indiquent que les chances d'approuver des attitudes plus égalitaires entre les sexes en ce qui concerne les responsabilités ménagères lors de la troisième vague étaient 1,88 fois et 2,56 fois plus élevées chez les participant.es à l'intervention en milieu scolaire et non scolaire par rapport aux groupes de contrôle, par rapport à leurs attitudes de base.

Ces changements d'attitude ne se sont toutefois pas traduits par un changement de comportement, puisque nous n'avons constaté aucune différence dans les tendances de partage du foyer entre frères et sœurs entre les groupes d'intervention et de contrôle (Figure 39).

Figure 38

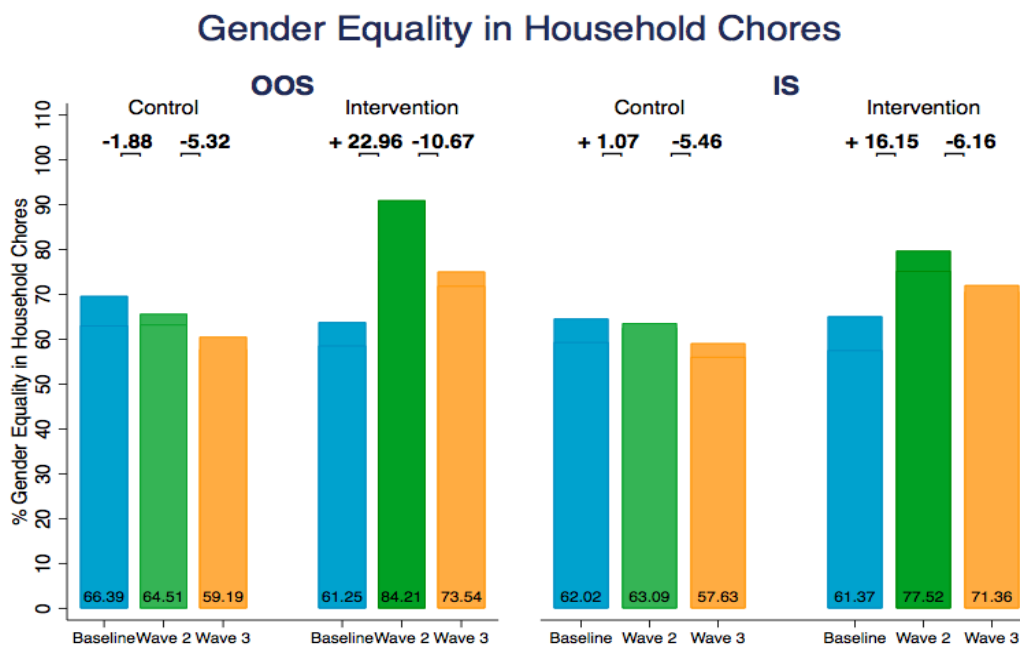
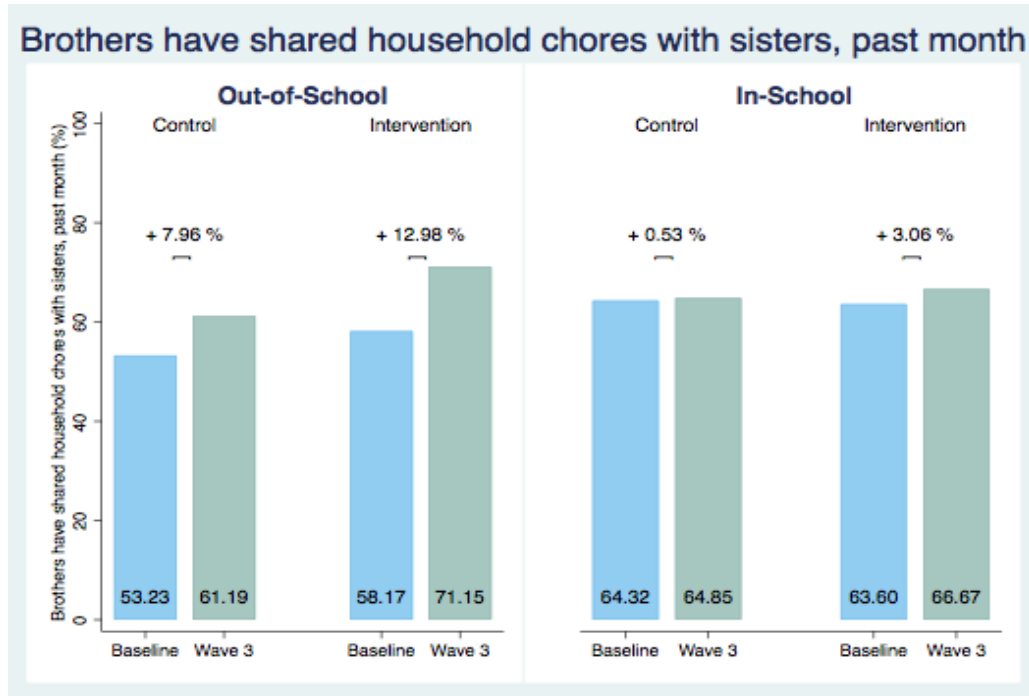


Figure 39



Un autre domaine d'intervention de BG! était de s'attaquer à la discrimination contre les comportements atypiques liés au genre. Ces attitudes étaient prévalentes au début de l'enquête et ont augmenté entre le départ et la troisième vague chez les adolescent.es non scolarisé.es, alors qu'elles ont diminué chez les adolescent.es scolarisé.es du groupe de contrôle. Il n'y a cependant pas de tendance différentielle entre les groupes d'intervention et de contrôle (Figures 40 et 41).

Figure 40

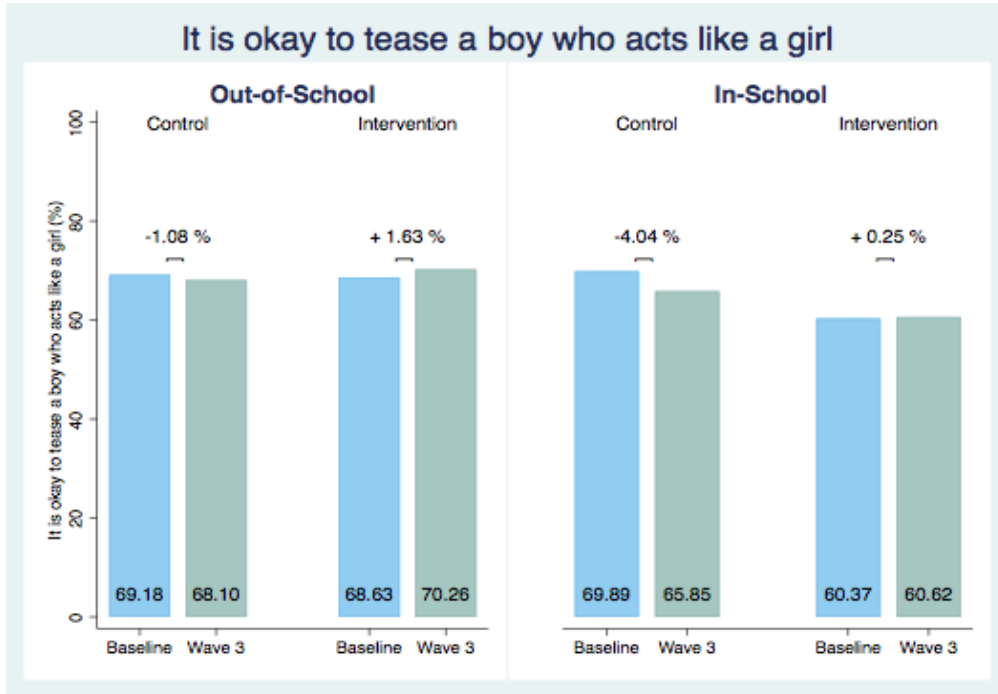
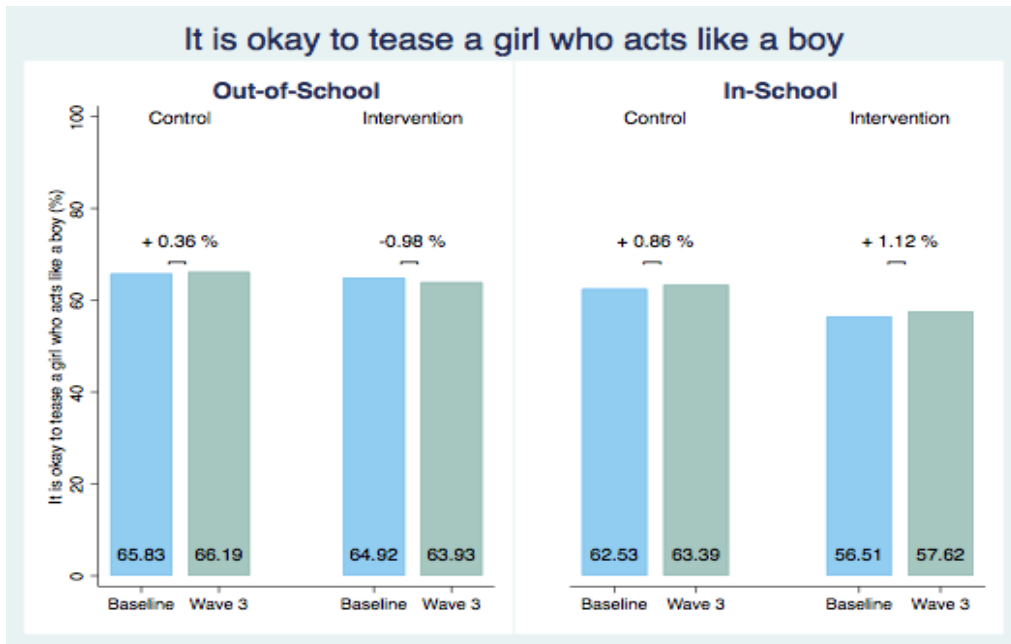


Figure 41



D'autres domaines normatifs liés au genre, y compris les traits, les rôles ou les relations stéréotypés qui n'étaient pas directement abordés par les interventions BG ! n'ont pas été modifiés de manière significative dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle. Au fil du temps, les rôles et traits stéréotypés de genre sont restés élevés dans tous les groupes d'étude, bien que les scores de rôles stéréotypés aient légèrement baissé entre les données initiales et la troisième vague chez les adolescent.es non scolarisé.es, sans différence entre l'intervention et les contrôles (Figures 42 et 43). Nous avons également constaté une légère augmentation de la perception des jeunes d'un double standard sexuel entre les données initiales et la troisième vague dans tous les groupes d'étude (Figure 44). Enfin, l'approbation des relations amoureuses pendant l'adolescence, mesurée par l'approbation des attitudes à l'égard du fait d'avoir un petit ami ou une petite amie, a augmenté au fur et à mesure que les jeunes grandissaient entre les données initiales et la troisième vague, sans différence entre les interventions et les contrôles.

Figure 42

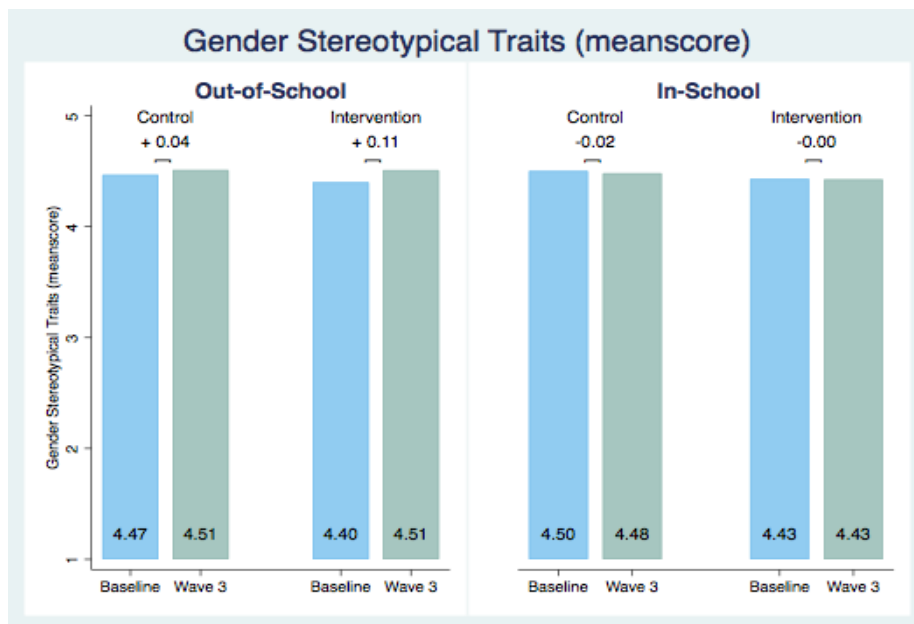


Figure 43

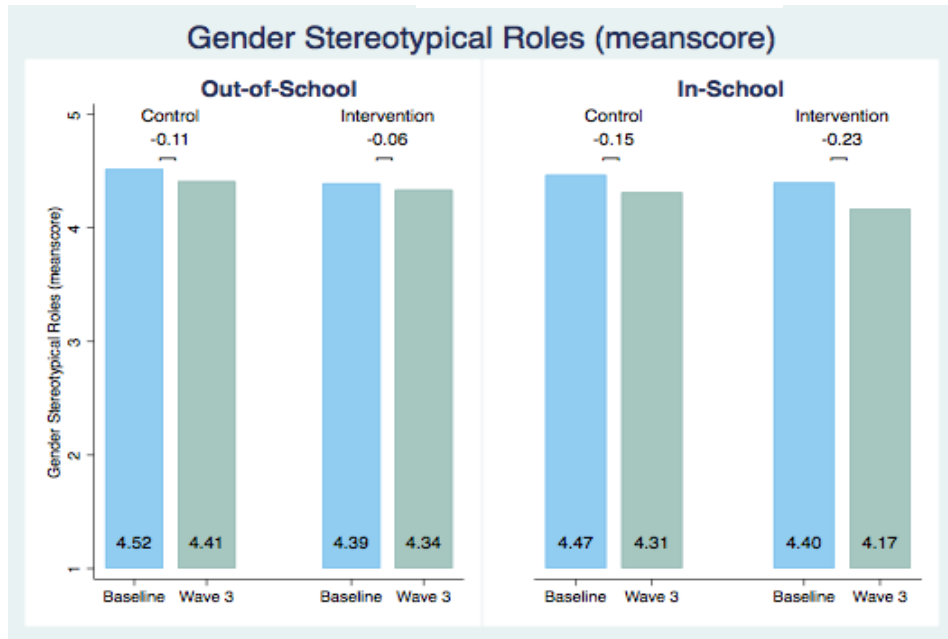
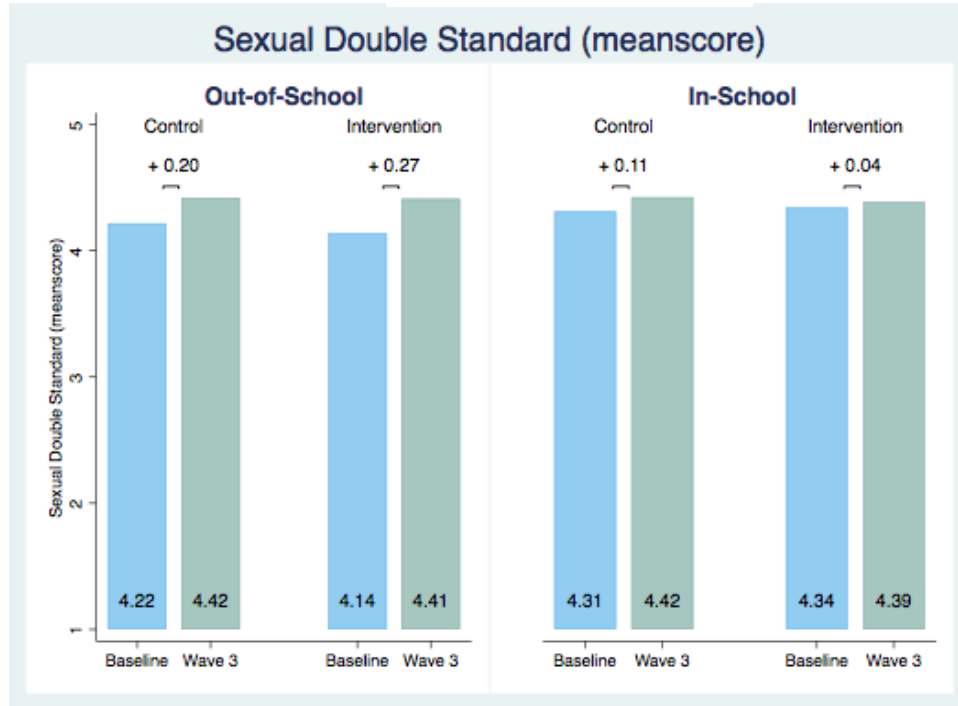


Figure 44



CAPACITE D'AGIR

Différences au début de l'enquête

Bien que la capacité d'agir et l'autonomisation des femmes et des filles n'aient pas été des résultats directs de l'intervention BG!, ces concepts sont considérés comme des dimensions essentielles de l'égalité des sexes et de l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes et des filles. 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) : la liberté de mouvement, la voix (ou la capacité d'être entendu) et la prise de décision (ou la capacité de prendre des décisions quotidiennes). Au début de l'enquête, les filles scolarisées 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 non scolarisées, les garçons scolarisés ou non scolarisés.

Changement dans le temps

En comparant la troisième vague aux données initiales, la liberté de mouvement, la voix et la prise de décision ont augmenté dans tous les groupes d'étude, sans amélioration supplémentaire dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle (figures 45, 46 et 47).

Figure 45

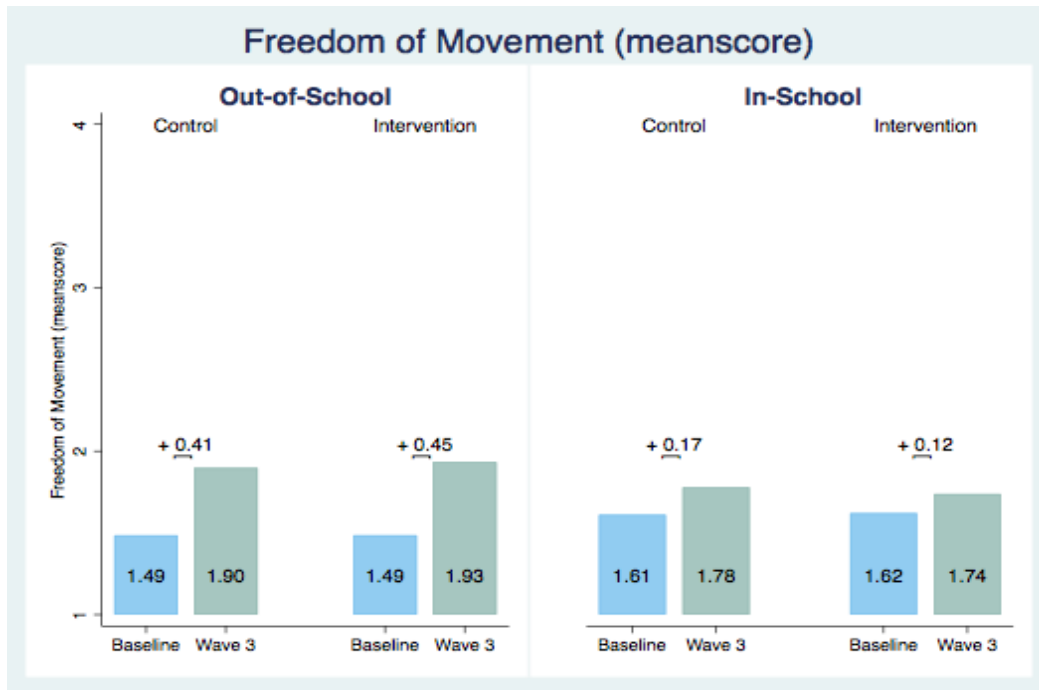


Figure 46

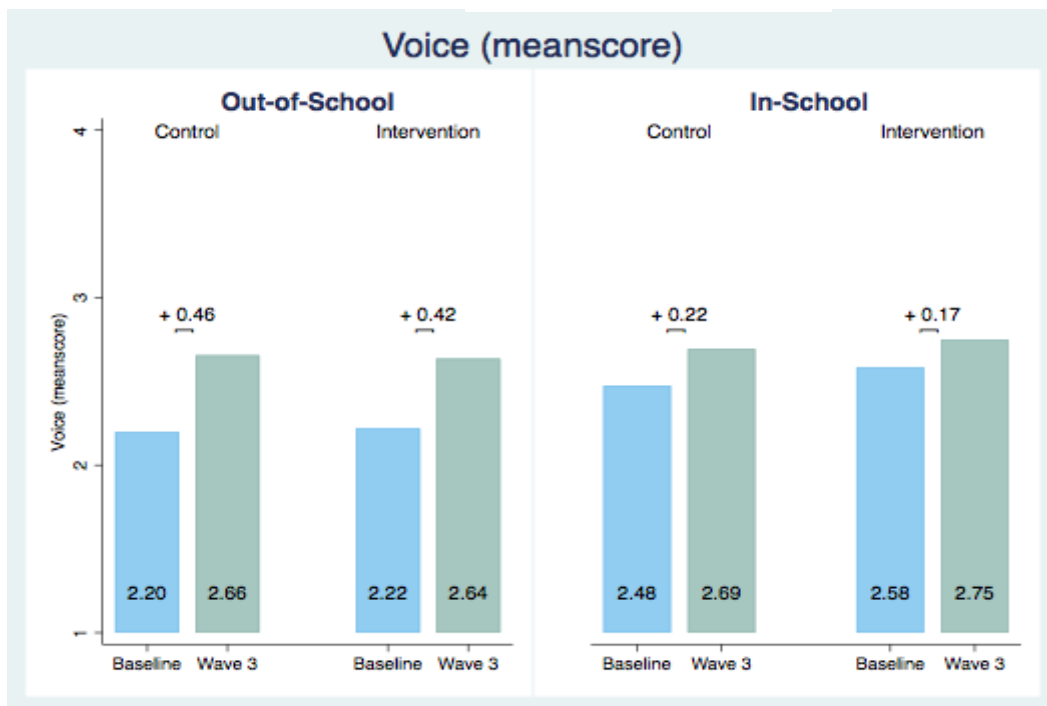
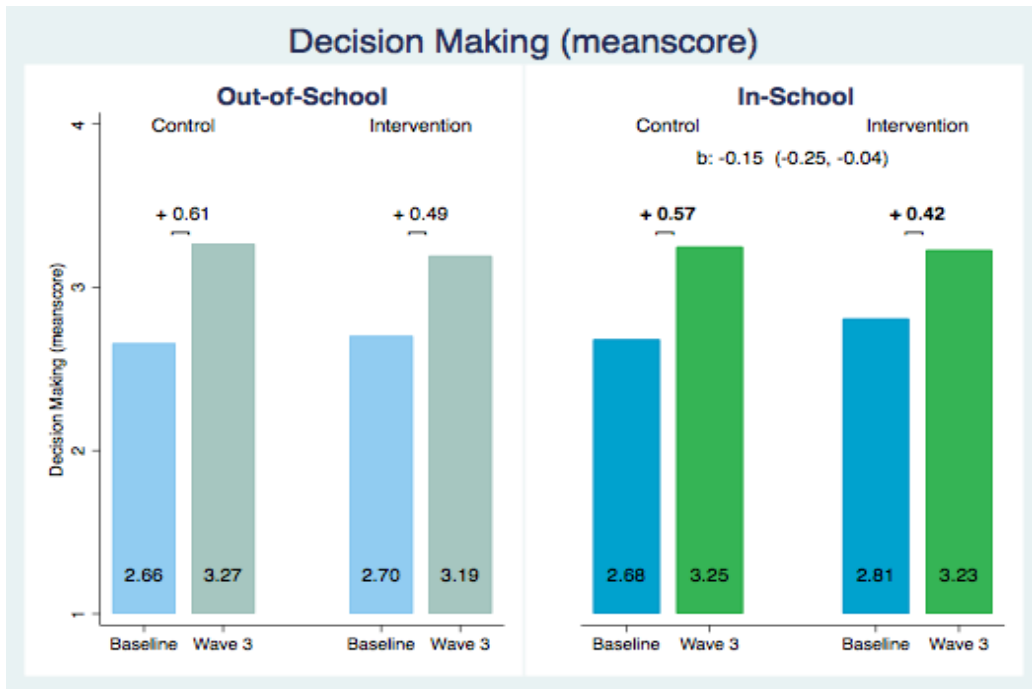


Figure 47



ATTITUDES ET EXPÉRIENCES LIÉES AU DÉVELOPPEMENT PUBERTAIRE ET AU CONFORT CORPOREL

Différences au début de l'enquête

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. Au début de l'enquête, la satisfaction corporelle était modérée (sur la base d'un indicateur supposant une perspective positive à travers 5 questions) avec des inégalités significatives entre les adolescent.es non scolarisé.es et scolarisé.es. Aucune différence n'a été notée entre les interventions et les contrôles.

Au début de l'enquête, peu d'adolescentes avaient eu leurs règles et parmi celles qui les avaient eues, environ la moitié savait quand elle allait avoir leurs prochaines règles et beaucoup avaient honte de leur corps pendant leurs règles, en particulier les filles non scolarisées. La connaissance du moment des menstruations était légèrement plus élevée chez les filles scolarisées du groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle, tandis que la stigmatisation était plus élevée chez les filles non scolarisées du groupe de contrôle par rapport au groupe d'intervention ($p=0,044$).

Changement dans le temps

L'intervention n'a pas eu d'effet significatif sur la satisfaction corporelle des garçons et des filles, ni sur les attitudes et la gestion des menstruations. Des tendances différentielles dans la satisfaction corporelle entre les garçons et les filles non scolarisé.es ont été notées à la fois dans l'intervention et dans les contrôles (Figures 48 et 49).

Figure 48

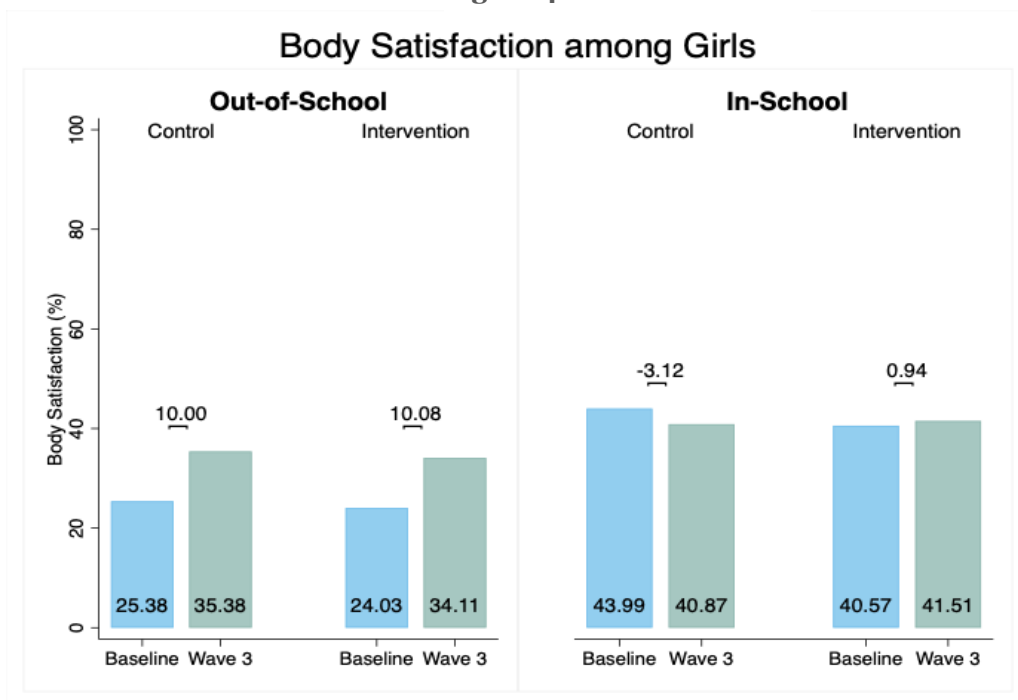
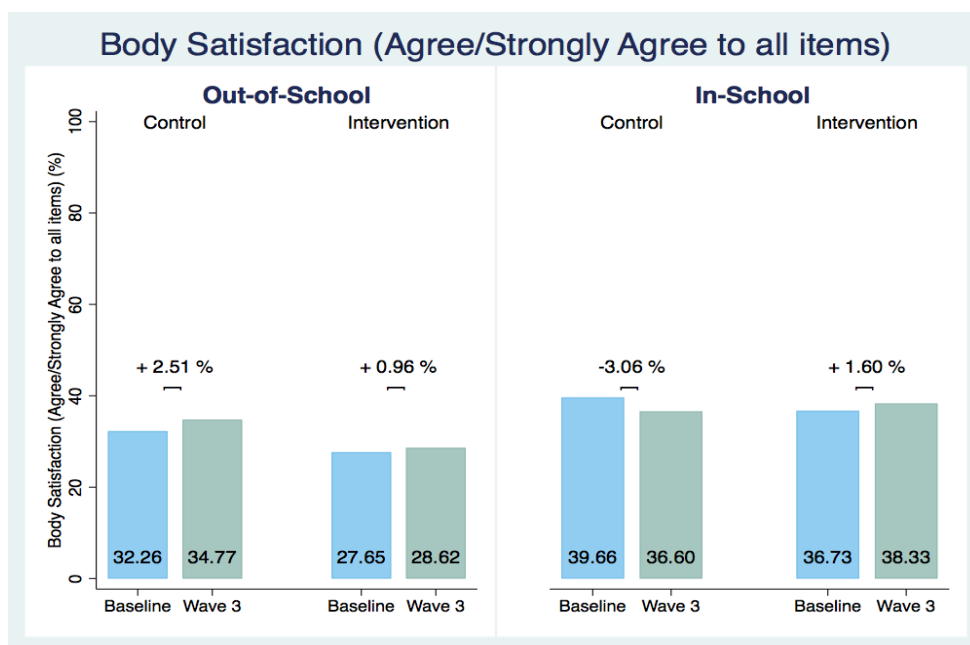


Figure 49



La stigmatisation liée à la menstruation a considérablement diminué au fil du temps, en particulier chez les adolescent.es non scolarisé.es, mais l'ampleur de la baisse était similaire entre l'intervention

et les contrôles (Figure 50). En outre, les jeunes filles étaient plus susceptibles de suivre leurs règles dans le temps et, bien que l'interaction ne soit pas statistiquement significative, les tendances étaient qualitativement différentes entre les groupes d'intervention et de contrôle pour les filles non scolarisées, les filles non scolarisées du groupe d'intervention étant plus susceptibles de suivre leurs règles dans le temps alors que l'inverse était vraie parmi les filles du groupe de contrôle (Figure 51).

Figure 50

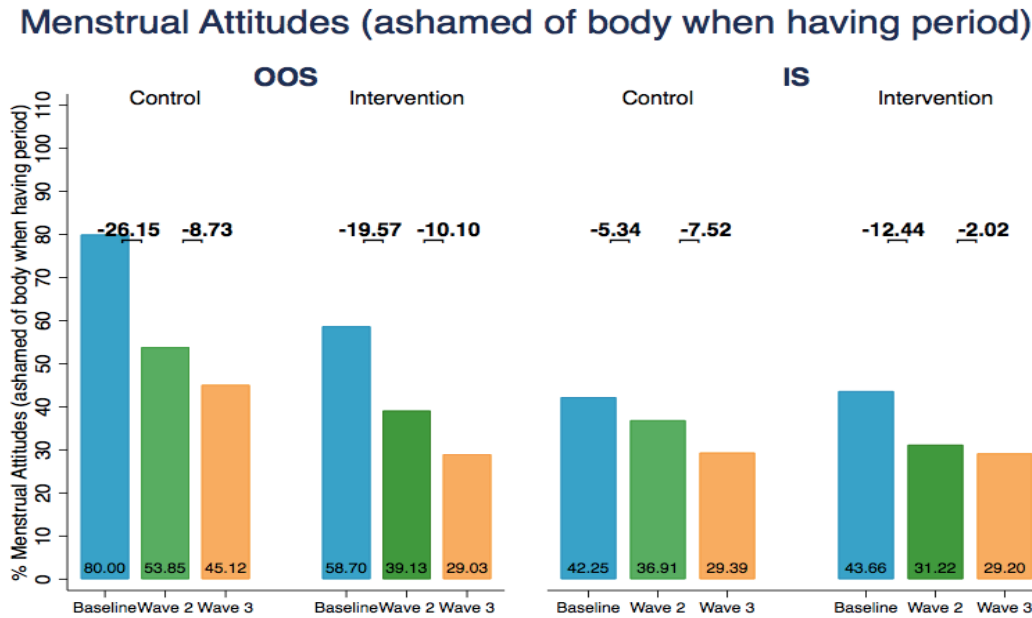
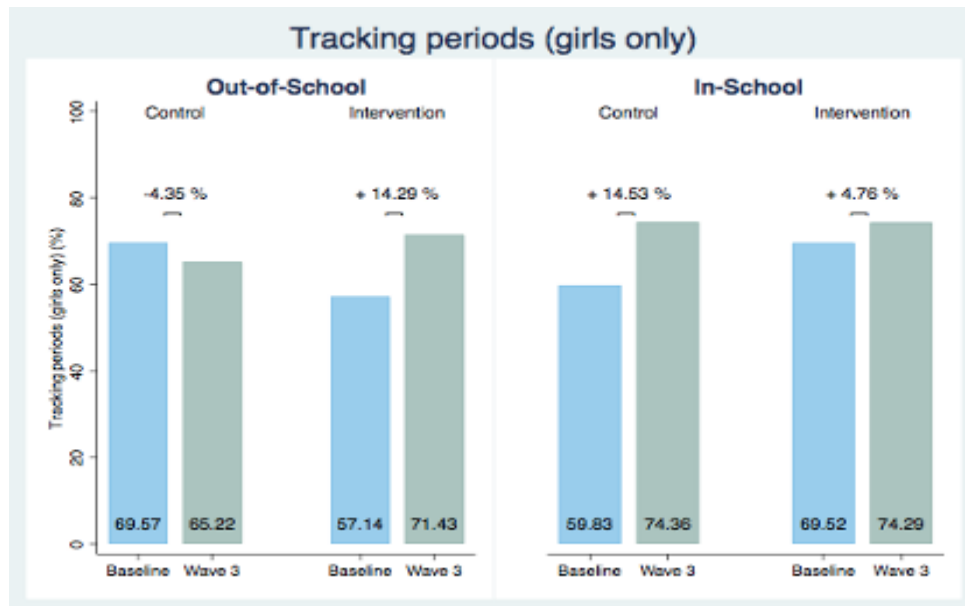


Figure 51



SANTÉ SEXUELLE

ATTITUDES EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

L'étude GEAS comprenait plusieurs 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 début de l'enquête, d'autres sujets ont été introduits chez les adolescent.es plus âgé.es (15 ans et plus) lors des vagues 2 et 3. Dans cette section, nous commençons par présenter les différences de base et les tendances par groupe d'étude pour les indicateurs pour lesquels des informations de base sont disponibles. Nous complétons ces données par une comparaison des groupes d'étude sur les indicateurs d'attitude en matière de SSR pour lesquels aucune donnée de base n'est disponible. Dans cette analyse complémentaire, une analyse DiD n'était pas possible en l'absence de données pré-intervention. Cependant, la comparaison reste intéressante, car l'intervention BG! a encouragé la communication en matière de SSR et les interactions avec les établissements de santé, ce qui pourrait dissiper les perceptions erronées en matière de SSR et réduire la stigmatisation.

Différences au début de l'enquête

Au début de l'enquête, la plupart des garçons et des filles se sentaient gênés de se procurer des préservatifs, sans différence entre les interventions et les contrôles. Un pourcentage important de filles se sentaient également gênées de demander une contraception si elles en avaient besoin.

Changements dans le temps

Lors de la troisième vague, la gêne pour obtenir un préservatif a légèrement diminué chez les adolescent.es de l'intervention non scolarisé.es, mais a augmenté dans tous les groupes scolarisé.es, en particulier dans les groupes de contrôle. Les tendances différentielles entre les groupes d'intervention et de contrôle n'étaient pas statistiquement significatives. La gêne liée à l'obtention d'un moyen de contraception a diminué de manière significative chez les adolescent.es des groupes d'intervention scolarisé.es et non scolarisé.es entre le début de l'enquête et la deuxième vague, mais cette baisse ne s'est maintenue que lors de la troisième vague chez les adolescent.es non scolarisé.es. Par conséquent, il n'y avait pas de différence dans les tendances entre les adolescent.es scolarisé.es dans le cadre de l'intervention et ceux du groupe de contrôle (OR : 1,32, IC 95 % : 0,85-2,03) entre les données initiales et la troisième vague. D'autre part, les interventions et les contrôles ont eu des tendances opposées chez les adolescent.es non scolarisé.es, avec une baisse significative de la gêne dans le groupe d'intervention contre une augmentation chez les adolescent.es du groupe de contrôle non scolarisé.es. En définitive, l'intervention a entraîné une baisse significative de l'embarras concernant l'accès à la contraception chez les adolescent.es non scolarisé.es (OR : 0,39, IC 95 % : 0,17-0,89). Ces résultats sont présentés dans les figures 52 et 53, bien qu'ils ne présentent pas les résultats de la DiD et ne rendent donc pas compte de la signification.

Figure 52

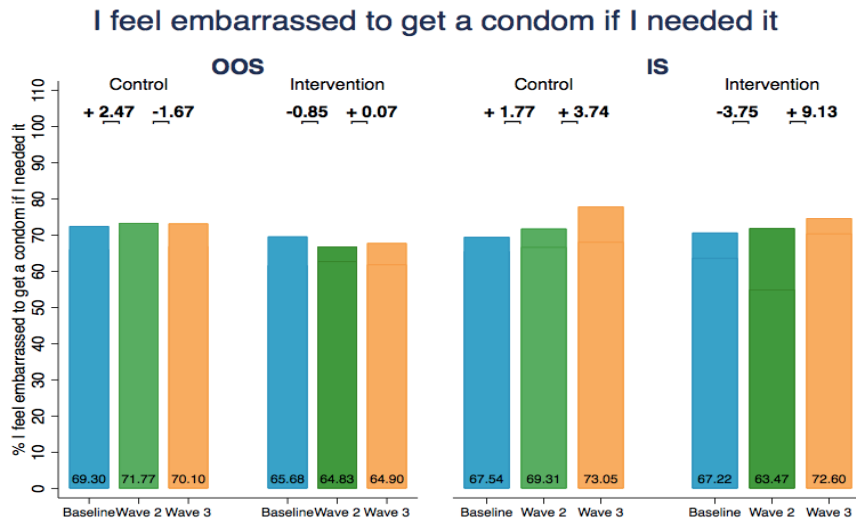
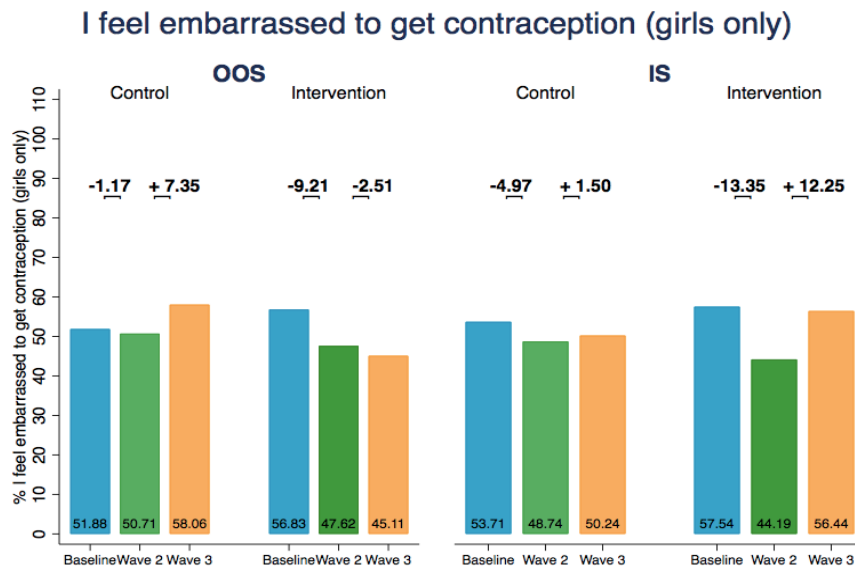


Figure 53



Les attitudes valorisant les prouesses sexuelles masculines et la honte de la sexualité féminine étaient répandues chez les garçons et les filles dans les interventions et les contrôles et avaient tendance à augmenter avec le temps, à l'exception des attitudes considérant les filles comme seules responsables de la prévention d'une grossesse. Les figures 54 et 55 montrent des impressions préliminaires sur les changements d'attitudes au cours de la période, bien que, là encore, il ne s'agisse pas d'analyses DiD et que la signification ne soit pas présentée.

Figure 54

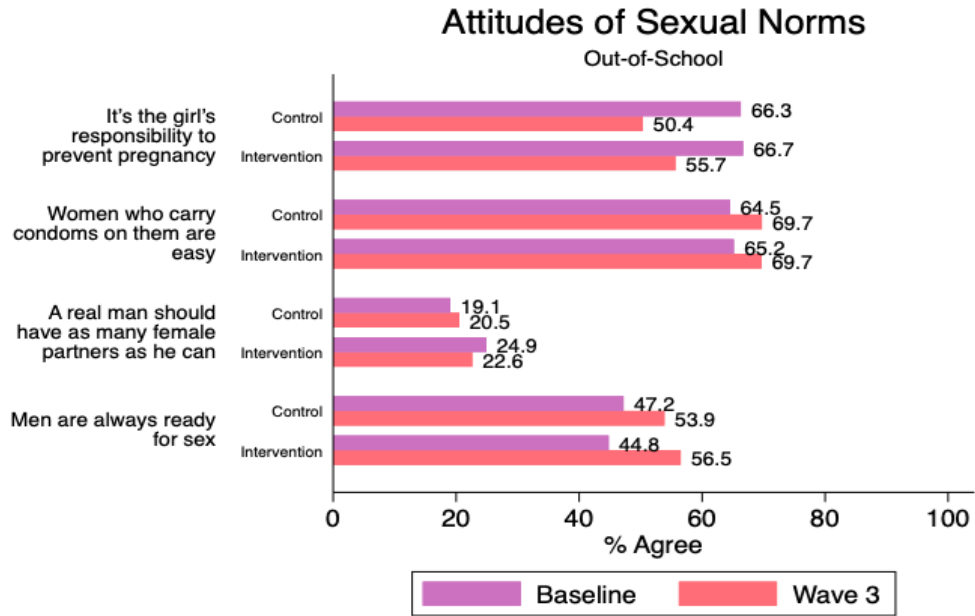
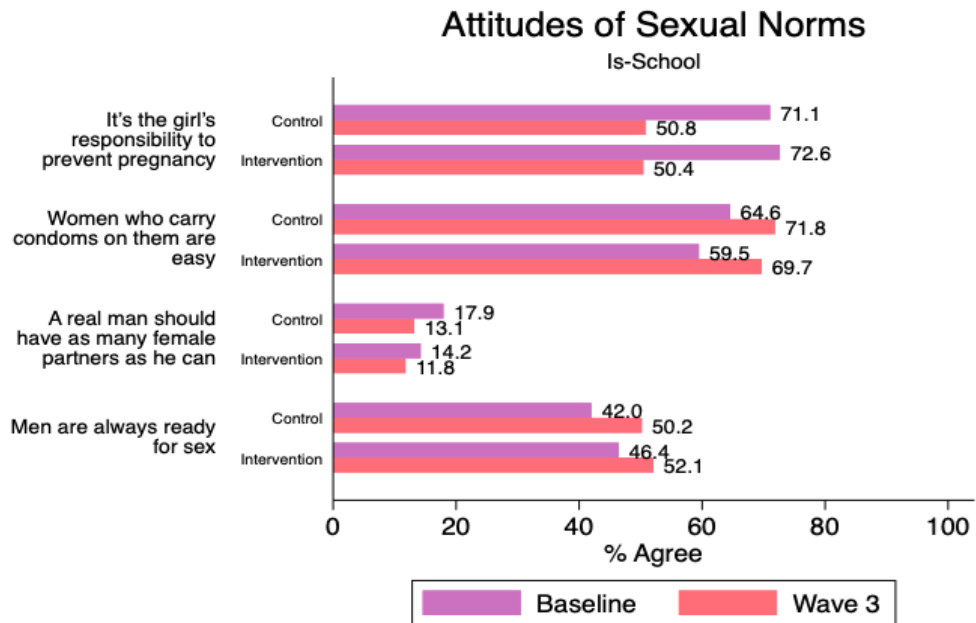


Figure 55



Les perceptions erronées et la stigmatisation liées à la contraception étaient également répandues et sont restées stables ou ont augmenté au fil du temps, tant dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle (Figures 56 et 57).

Figure 56

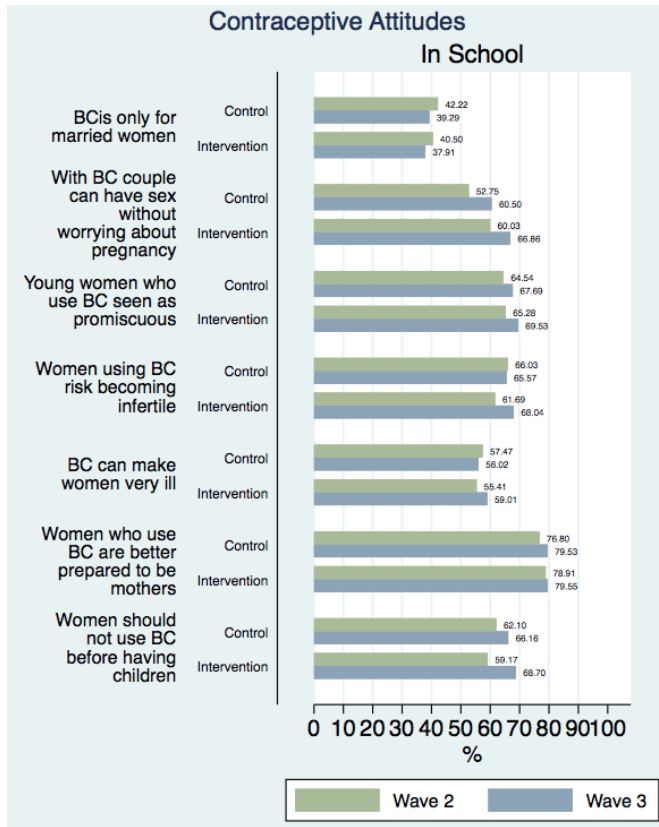
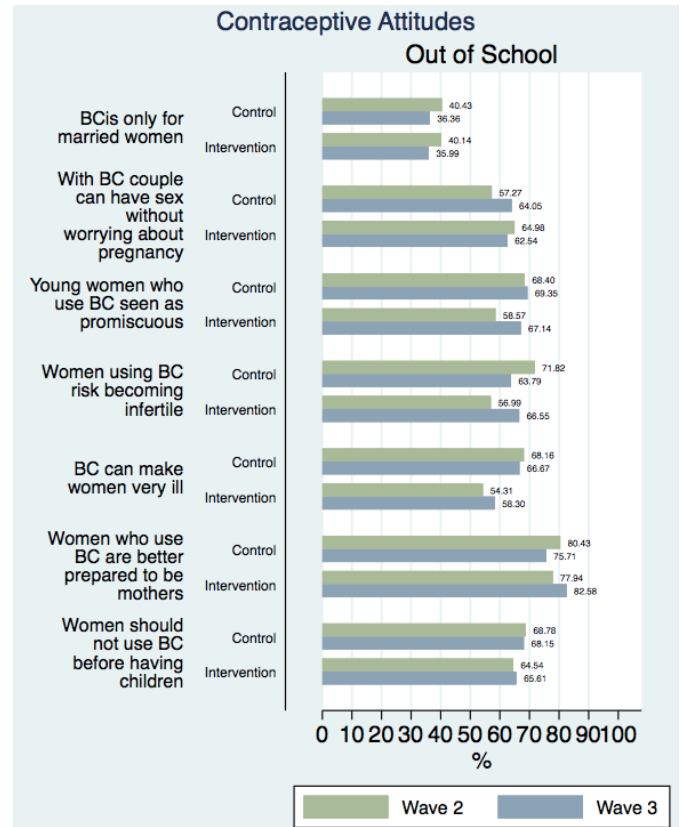


Figure 57



COMMUNICATION SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Différences au début de l'enquête

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 interventions et les contrôles : les filles et les garçons scolarisés du groupe d'intervention étaient plus susceptibles d'avoir parlé de la grossesse. Les garçons de l'intervention en milieu scolaire étaient également plus susceptibles d'avoir parlé de contraception et de relations sexuelles, tandis que les filles de l'intervention hors milieu scolaire étaient également plus susceptibles d'avoir parlé de changements corporels.

Changements dans le temps

Au fil du temps, la communication sur les sujets de SSR, notamment les relations sexuelles, les changements corporels, la contraception ou la grossesse, a augmenté pour les groupes d'intervention et de contrôle (Figures 58, 59, 60 et 61). La plus grande augmentation de la communication au cours des trois points temporels concernait les changements corporels dans tous les groupes d'étude, indépendamment de l'intervention ou des contrôles. Une plus grande augmentation de la communication sur la grossesse, la contraception et les relations sexuelles a été notée lors de la deuxième vague chez les adolescent.es non scolarisé.es du groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle. Cet effet a été réduit lors de la troisième vague, à l'exception de la communication sur la contraception, qui est restée plus élevée dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle parmi les plus jeunes adolescent.es non scolarisé.es (Figure 62).

Figure 58

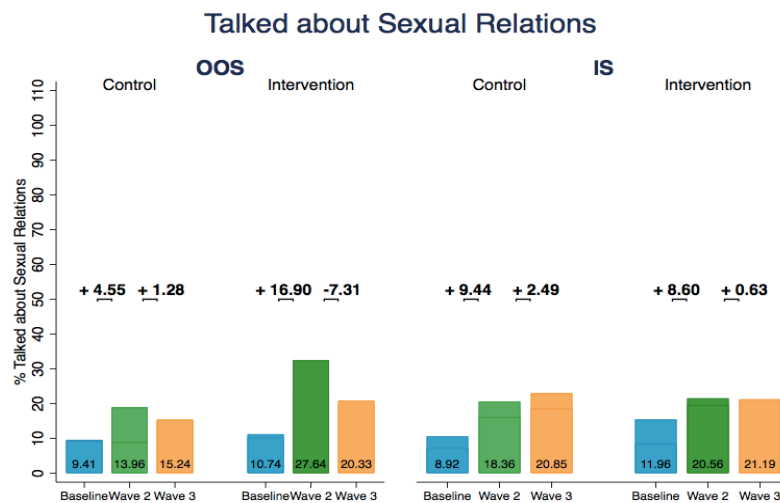


Figure 59

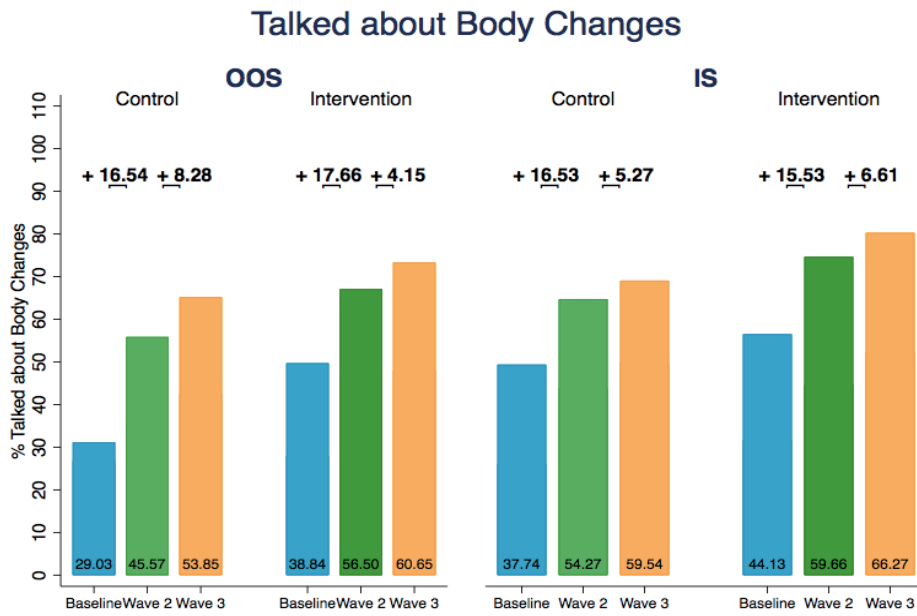


Figure 60

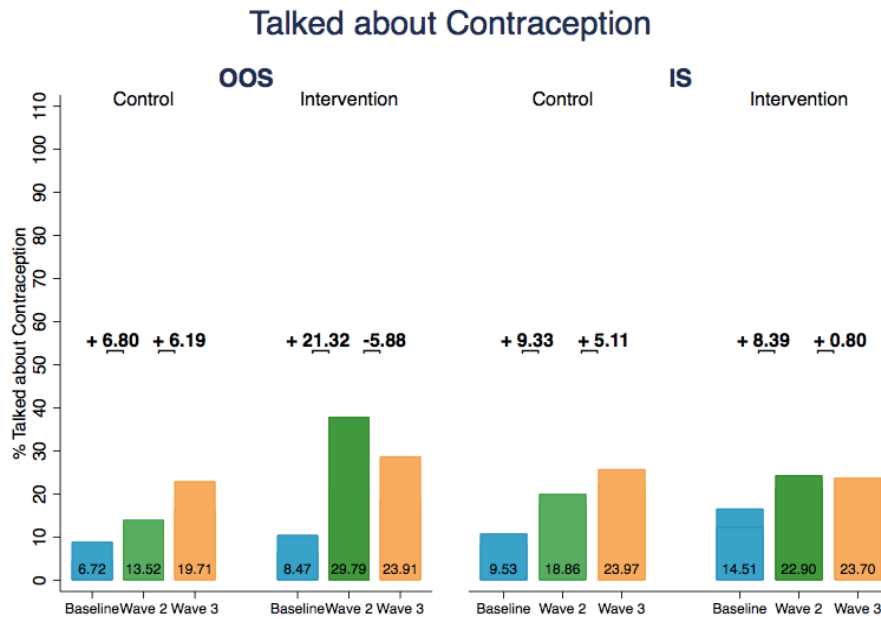


Figure 61

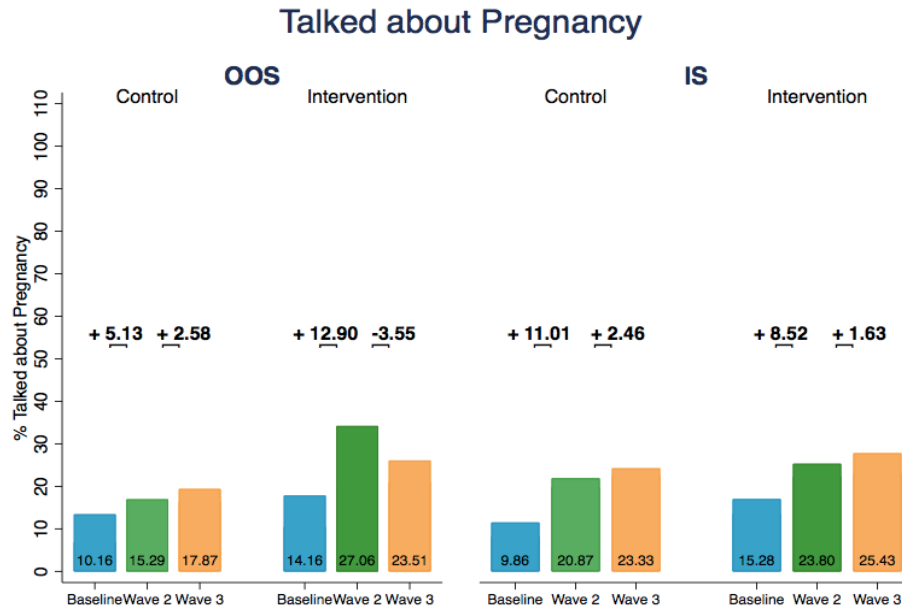
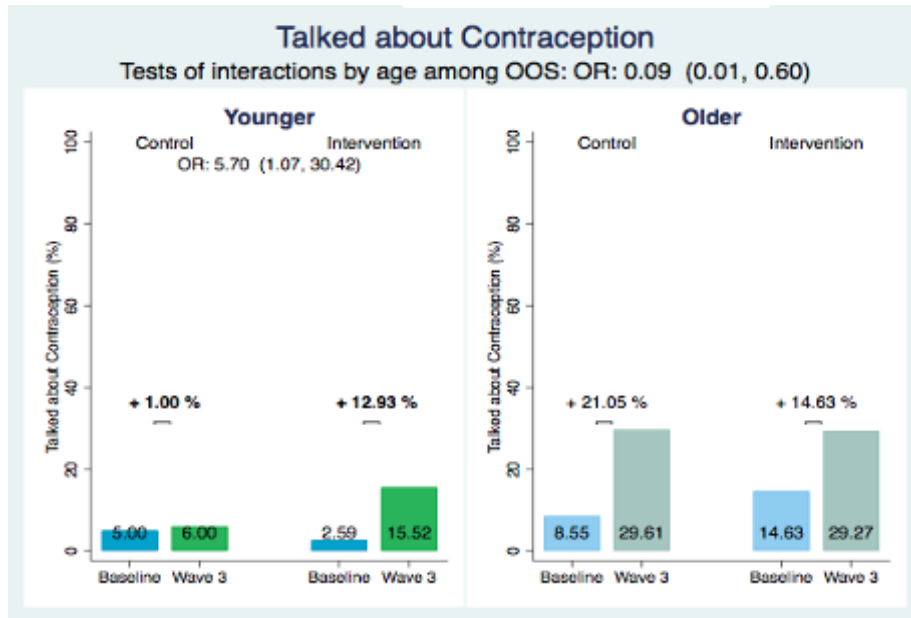


Figure 62



CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Trois dimensions des connaissances en matière de sexualité et de reproduction ont été examinées dans le cadre de l'étude GEAS, notamment deux indices de connaissances sur la manière de prévenir la grossesse et le VIH, les connaissances sur les lieux d'accès aux produits préventifs (préservatifs et contraceptifs) et la connaissance de toutes les formes de contraception disponibles dans le pays. Alors que les deux premières dimensions ont été étudiées au début de l'enquête, la dernière dimension (connaissance de la contraception) n'a été introduite qu'au cours de la deuxième vague parmi les adolescent.es de 15 ans et plus, ce qui ne permet aucune comparaison au début de l'enquête entre l'intervention et les contrôles.

Différences au début de l'enquête

Au début de l'enquête, on a noté quelques différences dans les connaissances en matière de santé sexuelle et de reproduction entre les interventions et les contrôles. Plus précisément, les adolescent.es non scolarisé.es du groupe d'intervention avaient des niveaux plus élevés de connaissance sur la grossesse, étaient plus susceptibles de savoir où trouver un préservatif et où trouver une contraception, que le groupe de contrôle. Aucune différence de ce type n'a été constatée chez les adolescent.es scolarisé.es. En fait, les filles du groupe de contrôle à l'école étaient légèrement plus susceptibles de savoir où obtenir une contraception.

Changements dans le temps

Au fil du temps, on a constaté une augmentation significative des connaissances en matière de prévention de la grossesse, en particulier entre le début de l'enquête et la deuxième vague (figure 63). Les gains de connaissances ont été observés de manière égale parmi les interventions et les contrôles et n'ont été que partiellement maintenus dans le temps. Les augmentations de la connaissance sur le VIH, entre le début et la troisième vague, étaient également notables et comparables entre l'intervention et les contrôles (Figure 64). Aucune différence n'a été constatée entre les adolescent.es non scolarisé.es plus jeunes et plus âgés (figure 65). Cependant, les adolescent.es plus âgé.es scolarisé.es (âgés de ≥ 12 ans au début de l'enquête) qui ont bénéficié de l'intervention ont connu une plus grande amélioration de leurs connaissances sur le VIH (0,18 [0,01-0,36], $p=0,034$) que les adolescent.es scolarisé.es du groupe de contrôle (Figure 66). 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 connaissance.

Figure 63

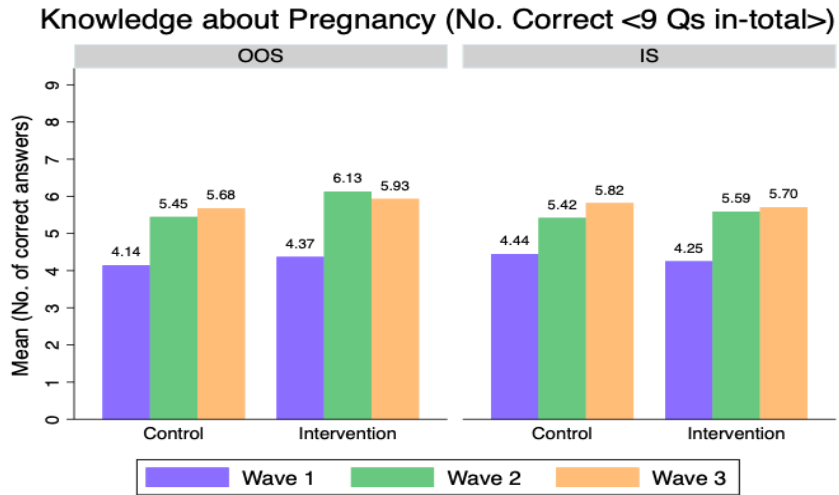


Figure 64

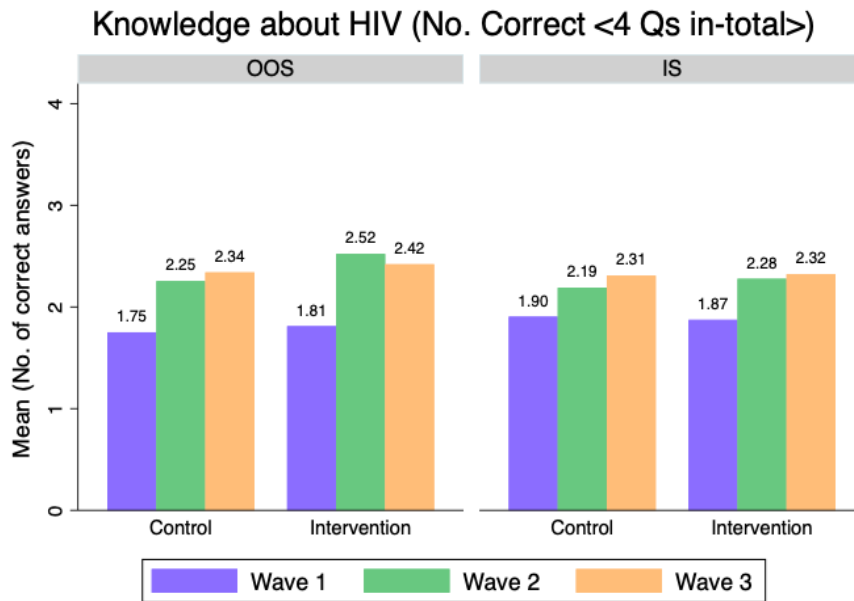


Figure 65

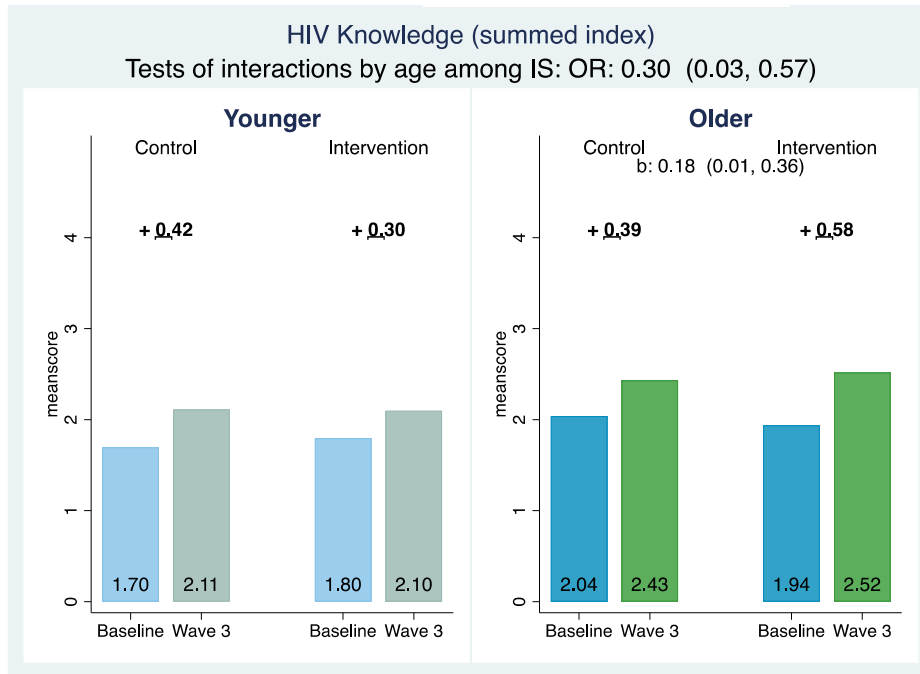
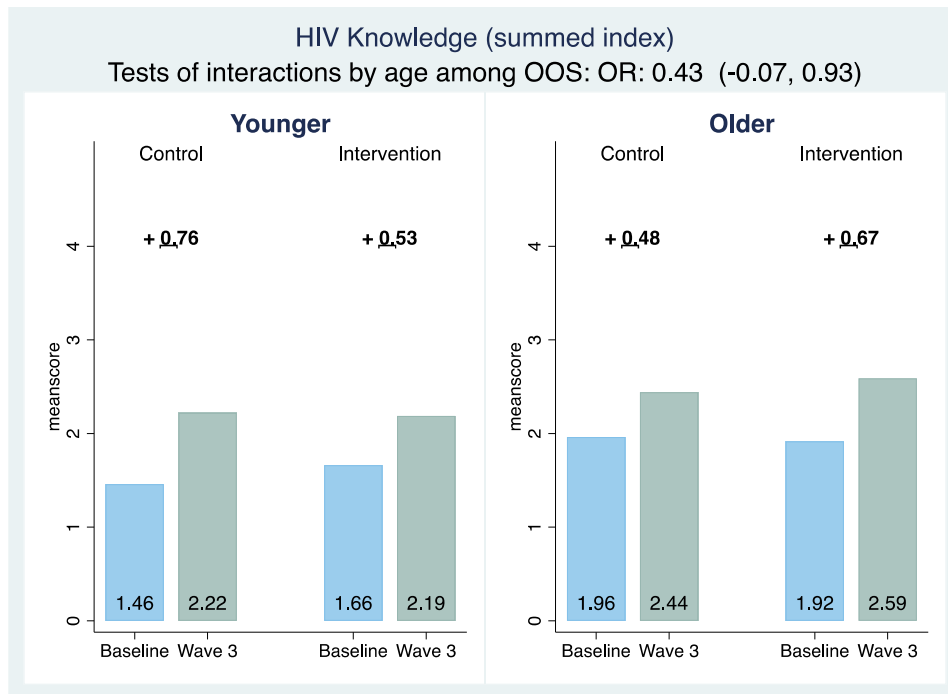


Figure 66



Des connaissances plus ciblées sur l'accès aux services de prévention, y compris sur les lieux où obtenir des préservatifs ou une contraception, se sont améliorées au fil du temps, sans différence globale entre l'intervention et les contrôles, bien que parmi les adolescent.es non scolarisé.es, les connaissances aient augmenté de 21,8 % dans le groupe d'intervention contre 16,3 % dans le groupe de contrôle (Figure 67). De même, la connaissance de l'endroit où obtenir une contraception a augmenté de 10 %

chez les filles de l'intervention en milieu scolaire contre seulement 3 % chez les filles du groupe de contrôle en milieu scolaire (Figure 68).

Figure 67

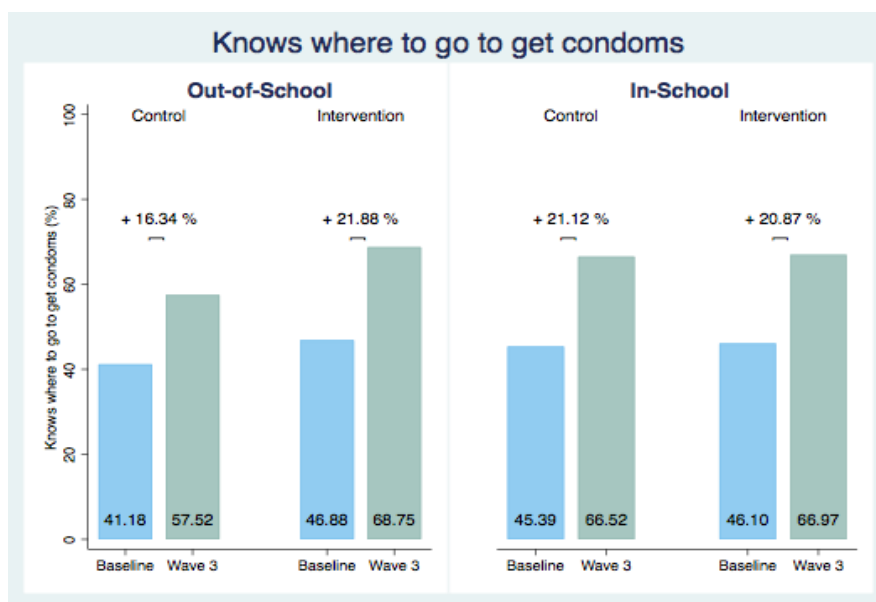
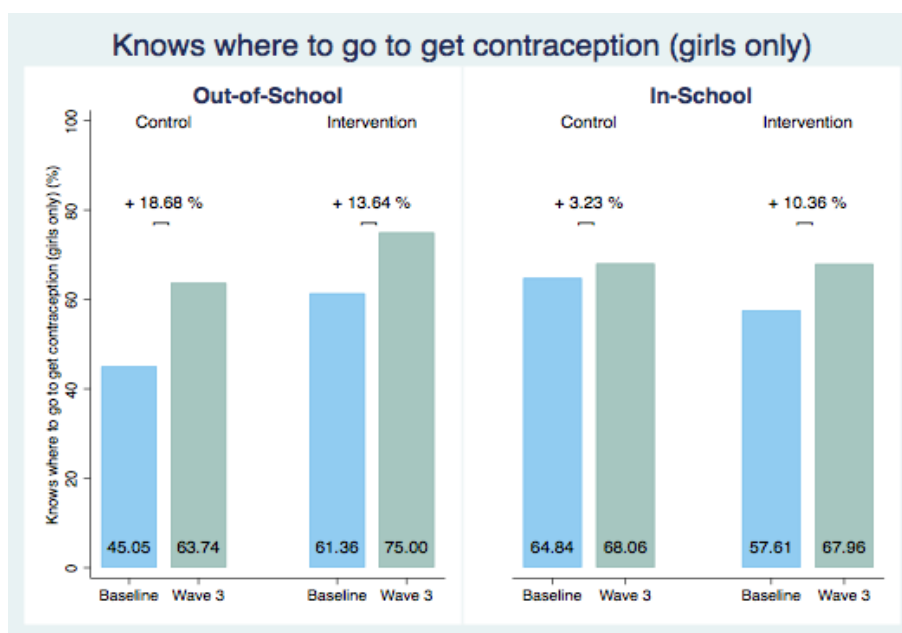


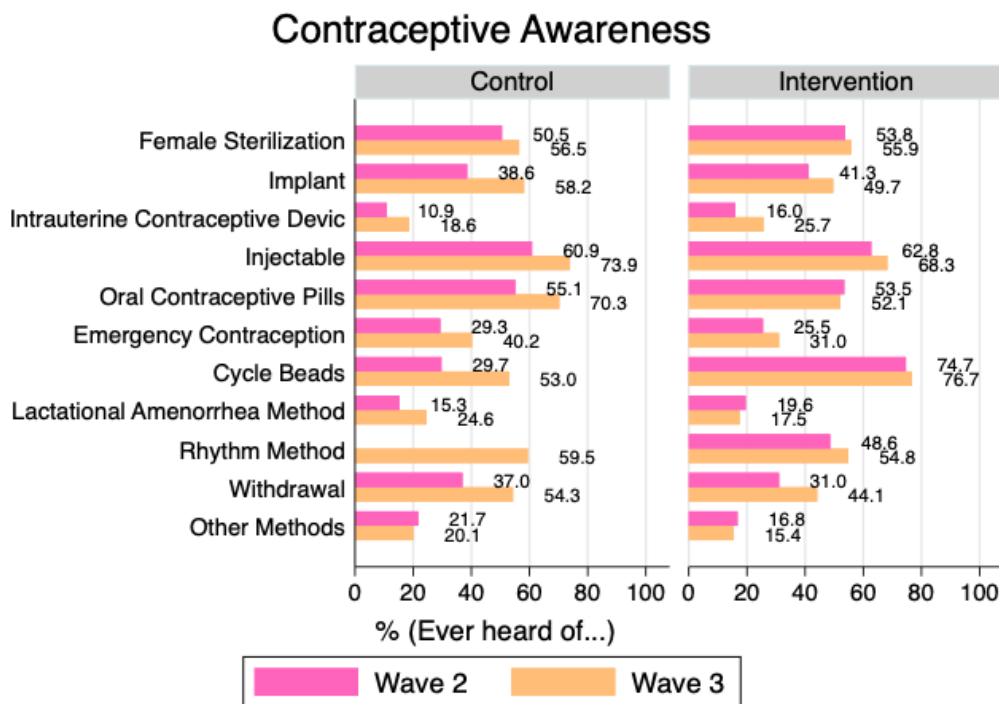
Figure 68



Les questions sur les méthodes contraceptives n'ont été posées qu'au cours des deuxième et troisième vagues, et les résultats présentés ici ne sont donc pas des analyses DiD (figure 69). La connaissance des méthodes contraceptives chez les adolescent.es de 15 ans et plus, s'est légèrement améliorée entre les phases 2 et 3, dans tous les groupes d'étude. Lors de la troisième vague, les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es qui ont participé à l'intervention étaient plus susceptibles d'être au courant de CycleBeads, qui était la seule méthode directement abordée dans l'intervention BG ! en relation avec le suivi et la préparation du cycle menstruel. CycleBeads n'a pas été discutée comme étant

une méthode contraceptive en soi, mais plutôt utilisée comme un moyen d'accroître la sensibilisation et la connaissance sur la fertilité et le cycle menstruel. Les résultats indiquent également une plus grande sensibilisation à la stérilisation féminine (50,91 % contre 40,00 %) et aux dispositifs intra-utérins (DIU) (18,18 % contre 7,50 %) chez les adolescent.es scolarisé.es dans le cadre de l'intervention, par rapport au groupe de contrôle.

Figure 69



TAQUINERIES ET VIOLENCE

Différences au début de l'enquête

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 (scolarisés et non scolarisés : 28 % et 27 %, respectivement) et des filles (scolarisées : 21 % et non scolarisées : 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 scolarisées que chez les garçons (17,06 % contre 28,16 %).

Changements dans le temps

Ces expériences (victimisation par les taquineries, perpétration de violence physique et victimisation) étaient moins courantes dans les groupes d'intervention et de contrôle lors de la troisième vague par rapport à la base. La victimisation par les taquineries a diminué davantage dans le groupe d'intervention, plus que dans le groupe de contrôle parmi les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es (scolarisé.es : -7 % vs -5 %, $p=0,652$; non scolarisé.es : -16 % vs -5 %, $p=0,070$).

Inversement, la victimisation par la violence a davantage diminué dans les groupes de contrôle que dans le groupe d'intervention. Les tendances n'étaient pas statistiquement significatives selon le groupe d'étude. La perpétration de violence par les pairs a légèrement baissé lors de la troisième vague par rapport à la base, dans les groupes d'intervention et de contrôle, et la baisse était plus évidente chez les adolescent.es non scolarisé.es (intervention : -7,54 % contre contrôle : -5,07 %) que les adolescent.es scolarisé.es (intervention : -1,36 % contre contrôle : -0,87 %). Les tendances dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle ne diffèrent pas statistiquement pour les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es.

LIMITATIONS

Ce rapport de la troisième vague se concentre sur l'analyse descriptive des changements du contexte social des adolescent.es au fil du temps, ainsi que sur les tendances en matière de connaissances, d'attitudes et de comportements liés au genre, à la santé physique, mentale et sexuelle. Nous rapportons également les effets non ajustés de l'intervention BG ! sur un certain nombre d'indicateurs de genre et de SSR. Mais, nous ne présentons pas une analyse plus approfondie de l'association entre les normes de genre et la santé et de l'effet de l'intervention BG ! sur ces associations, qui sont étudiées dans des analyses complémentaires qui s'appuient sur des techniques conceptuelles et analytiques plus avancées dans le cadre de comparaisons interculturelles.

Bien que la perte de suivi ait été généralement faible, elle a atteint 28 % chez les adolescent.es non scolarisé.es, et 30 % dans le groupe d'intervention spécifiquement, ce qui peut potentiellement biaiser les résultats de l'évaluation si les jeunes perdus de vue répondent différemment aux activités de BG ! que ceux interrogés lors de la troisième vague. Les résultats de la deuxième vague suggèrent un impact plus important de BG ! chez les participant.es non scolarisé.es par rapport aux participant.es scolarisé.es relativement à leurs contrôles respectifs, ce qui était moins susceptible d'être significatif lors de la troisième vague, bien que certains résultats suggèrent une réduction des inégalités sociales entre les adolescent.es scolarisé.es et non scolarisé.es dans l'intervention ce qui concerne les par rapport aux groupes de contrôle. Le manque de puissance statistique de cette analyse peut empêcher de mettre en évidence de telles différences, bien que la plus grande perte de suivi dans le groupe d'intervention extrascolaire doive également inciter à la prudence dans l'interprétation de ces tendances.

Le biais de désirabilité sociale peut pousser les répondants à sous-déclarer les comportements sensibles ou la familiarité avec les sujets stigmatisés, ou à sur-déclarer les comportements qui ont été encouragés par l'intervention. Par exemple, un certain nombre de comportements à risque étaient plus souvent attribués aux amis qu'à soi-même. Les communications en matière de SSR ont augmenté chez les adolescent.es non scolarisé.es du groupe d'intervention lors de la deuxième vague mais ont diminué lors de la troisième vague, ce qui est inattendu (puisque l'indicateur explore toute communication au cours de la vie). Aucune tendance de ce type n'a été observée dans les groupes de contrôle.

Les questions relatives à la connaissance sur la contraception et les attitudes sexuelles n'ont été posées qu'aux participant.es âgés de 15 ans et plus, de sorte que le nombre de répondants lors de la troisième vague était plus élevé que lors des vagues précédentes et pouvait avoir un impact sur les résultats comparatifs. Enfin, les faibles niveaux d'antécédents sexuels et de relations amoureuses ont limité les conclusions sur les antécédents sexuels, le comportement et l'utilisation de la contraception dans cet échantillon.

RESUME DES RESULTATS

LA VIE DES JEUNES ADOLESCENT.ES A KINSHASA ET L'INFLUENCE DE BG!

INÉGALITÉS SOCIALES



Le niveau d'éducation est un marqueur d'inégalités sociales et économiques. Les adolescent.es non scolarisé.es sont confrontés à des désavantages familiaux, sociaux et économiques par rapport à leurs homologues scolarisé.es. Ces inégalités se manifestent par un indice de richesse, un niveau d'alphabétisation et un lien avec les tuteurs plus faibles. Elles se sont traduites par un certain nombre de résultats défavorables en matière de santé physique et mentale pour les adolescentes non scolarisées, notamment le retardement de la ménarche et des scores plus élevés de symptômes dépressifs.

INÉGALITÉS DE GENRE



Les inégalités de genre sont très répandues au début de l'adolescence et se manifestent par des attentes, des comportements et des résultats différents pour les garçons et les filles. Une majorité d'adolescent.es approuvent des attentes sexospécifiques différentes concernant les relations amoureuses, les rôles au sein du ménage, les caractéristiques sociales et la répartition du pouvoir, y compris le soutien à l'autorité masculine et la soumission féminine. En outre, ces attentes se traduisent par des comportements et des résultats divergents chez les garçons et les filles, en ce qui concerne la violence entre pairs, la santé mentale et l'engagement dans des relations amoureuses. Si BG! a permis de faire évoluer les perceptions des adolescent.es vers une répartition égale des tâches ménagères entre les sexes, cela ne s'est pas nécessairement traduit par un changement de comportement ou par la remise en cause d'autres formes de normes inégales.

TRANSITIONS PUBERTAIRES



Les résultats de BG! reflètent la complexité des transitions pubertaires, qui génèrent des sentiments contradictoires chez les jeunes, lesquels peuvent devenir plus ou moins importants au fil du temps selon la question. De nombreux adolescent.es font face à ces transitions sans avoir en à communiquer avec qui que ce, ce qui contribue à des lacunes dans les connaissances et créent ou renforcent des sentiments de malaise. Cependant, l'augmentation des cas de transition pubertaire a coïncidé avec une diminution de la stigmatisation entourant les menstruations. Si l'intervention BG! n'a pas eu d'effet significatif sur les attitudes à l'égard de la transition pubertaire, on a constaté une certaine réduction des inégalités, au niveau des adolescent.es non scolarisé.es ayant rattrapé les niveaux scolaires dans le groupe d'intervention. BG! a également permis d'améliorer la communication entre les TJA et les adultes de confiance sur les menstruations, les relations sexuelles et la contraception.

CONNAISSANCE DE LA SANTÉ SEXUELLE



Les adolescent.es sont mal préparés à une transition sexuelle saine vers l'âge adulte, car ils manquent de connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive et sont victimes de stigmatisation sociale quant à l'accès aux services de santé reproductive. Si les indicateurs de préparation à la santé sexuelle se sont améliorés au fil du temps, avec une communication accrue en matière de SSR qui s'est traduite par une amélioration des connaissances en matière de SSR, notamment en ce qui concerne la connaissance des méthodes contraceptives, les perceptions erronées et la stigmatisation sont restées prévalentes. Plus précisément, les adolescent.es n'avaient pas une compréhension physiologique de la grossesse et de la transmission l'acquisition du VIH. En outre, nombre d'entre eux avaient une attitude négative à l'égard de l'utilisation des

contraceptifs chez les jeunes qui percevaient une forte stigmatisation de la sexualité des adolescent.es. BG ! a réussi à augmenter certaines composantes des connaissances en matière de SSR grâce à l'amélioration de la communication sur la SSR, en particulier chez les jeunes et les adolescent.es non scolarisé.es, contribuant ainsi à une meilleure préparation à la SSR des jeunes adolescent.es. La sensibilisation à la planification familiale a également augmenté, notamment pour les méthodes sans ordonnance. Si les relations sexuelles sont rares, elles augmentent sensiblement avec l'âge et ces premières rencontres sont généralement non protégées.

IMPLICATIONS

Les résultats de la GEAS longitudinale et de l'évaluation de BG ! à Kinshasa après l'intervention 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 des parents, des tuteurs et de la communauté pour favoriser les rôles normatifs de genre qui soutiennent la SSR des adolescent.es.

Compte tenu du manque de préparation à la SSR chez les jeunes adolescent.es, il est nécessaire d'investir davantage dans des interventions visant à améliorer les trajectoires de SSR, notamment en intégrant des 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 les relations sexuelles soient restées peu fréquentes dans cette cohorte lors de la troisième vague de l'étude, 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 leçons tirées de BG ! suggèrent qu'un programme pour adolescent.es plus efficace requiert plusieurs caractéristiques :

Un départ précoce : Si tous les groupes d'âge ont été réceptifs, les jeunes TJA (moins de 12 ans) sont plus réceptifs aux activités de BG ! que les adolescent.es plus âgés (d'après les données de la deuxième vague), ce qui montre l'importance d'atteindre les plus jeunes TJA. En commençant tôt, les jeunes adolescent.es sont plus susceptibles de mettre en pratique les compétences acquises en

participant à 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.

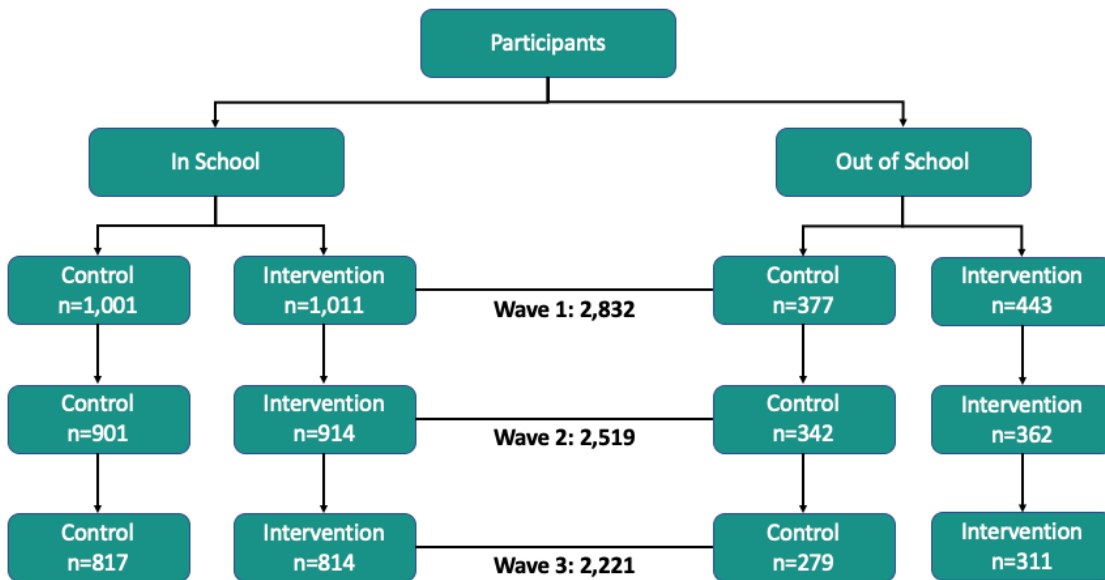
Information durable sur la santé : Les résultats de la troisième vague suggèrent que certains des premiers avantages de l'intervention concernant les connaissances en matière de santé sont susceptibles de s'estomper avec le temps. Cela indique que des interventions continues ou de rappel qui fournissent des informations cohérentes et adaptées à l'âge, sur les connaissances en matière de santé, sont nécessaires pour un effet durable.

Une approche écologique : Une approche écologique est probablement la mieux adaptée pour s'attaquer aux inégalités bien ancrées dans les normes de genre qui sont pratiquées et transmises de génération en génération. Le fait de travailler avec les parents et les membres de la communauté, en plus des TJA, afin de créer un soutien, permettra de s'attaquer aux barrières sociales liées à une sexualité et une reproduction saines chez les adolescent.es. Les parents doivent être informés et participer à l'éducation sexuelle, car ils sont mal équipés pour aborder les questions de transitions pubertaires et de SSR avec leurs enfants. Cependant, les activités d'orientation et d'information peuvent ne pas être suffisantes pour garantir l'impact. BG ! comprenait des activités basées sur le dialogue et la réflexion pour les parents et les membres de la communauté, mais ces activités n'étaient pas assez intensives pour provoquer le changement nécessaire à l'évolution des normes de genre bien ancrées.

Inclusion des adolescent.es non scolarisé.es : L'élargissement des interventions aux adolescent.es non scolarisé.es permettra d'atteindre les jeunes qui peuvent bénéficier le plus de programmes comme BG ! Concentrer les programmes sur les adolescent.es les plus vulnérables est une stratégie prometteuse pour réduire les inégalités sociales liées à l'accès à l'école qui ont des implications profondes tout au long de la vie.

ANNEXES

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

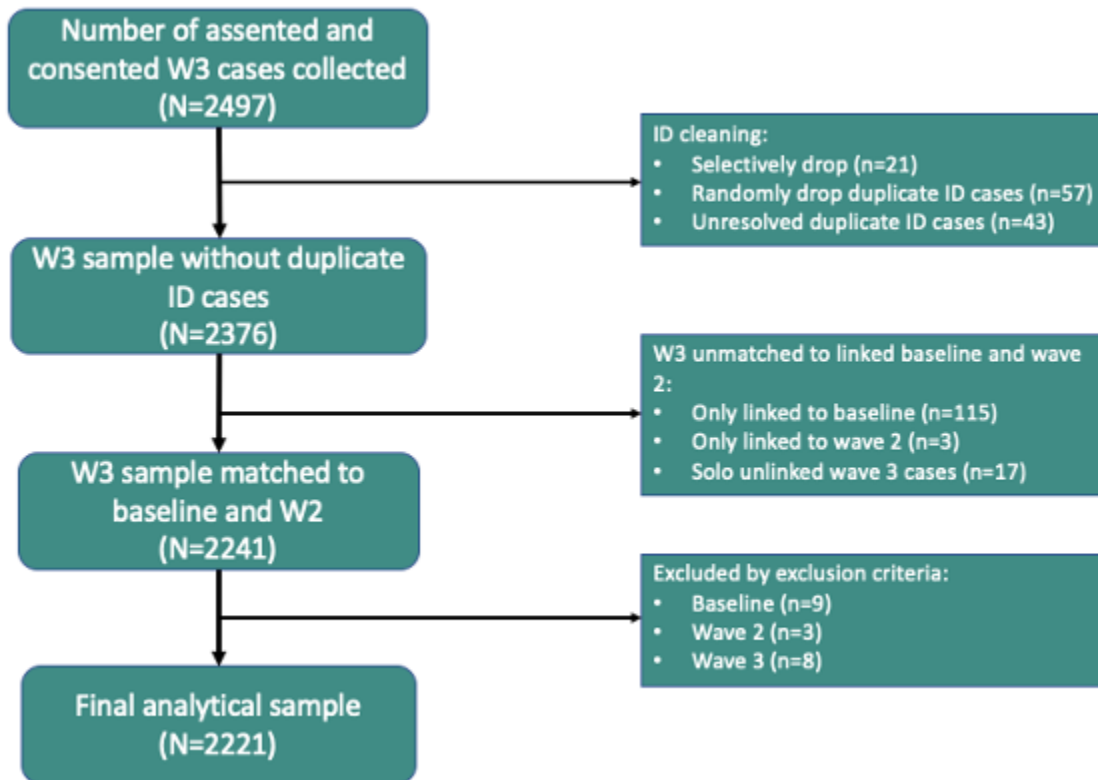


Annexe B. Perte en cours de suivi des données initiales à la troisième vague

Loss to Follow Up Rates by Baseline Sample Characteristics		Overall (n=2842)		Out of School (n=826)		In School (n=2,016)	
School Status		486 (17%)		196 (24%)		290 (14%)	<0.001
Study Group	Control	222 (16%)	0.148	85 (22%)	0.396	137 (14%)	0.355
	Intervention	264 (18%)		111 (25%)		153 (15%)	
Sex	Boy	241 (17%)	0.815	92 (21%)	0.028	149 (15%)	0.299
	Girl	245 (17%)		104 (27%)		141 (14%)	
Household Composition*	Two parents	237 (15%)	<0.001	58 (20%)	0.126	179 (13%)	0.268
	One parent	146 (19%)		76 (23%)		70 (16%)	
	Grandparents	64 (24%)		41 (31%)		23 (17%)	
	Other	34 (22%)		17 (24%)		17 (20%)	
Wealth Quintile*	Bottom 20%	116 (20%)	0.020	76 (23%)	0.359	40 (16%)	0.743
	20-40%	108 (20%)		61 (27%)		47 (14%)	
	40-60%	94 (16%)		29 (18%)		65 (16%)	
	60-80%	87 (16%)		20 (26%)		67 (14%)	
	Top 20%	74 (14%)		6 (26%)		68 (13%)	

Note: * Sample for each level of these indicators may not add up to the overall sample size or sample size by school enrollment status because only observations with non-missing values were involved in these calculations. Percentage of missingness on household composition is 0.53% (n=15) and is 0.81% (n=23) for family wealth quintile.

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



Annexe D. : Analyse par protocole adolescent.es non scolarisé.es

Hors de l'école (N=434 : contrôle-218 ; intervention-216)						
	N	Données initiales	Vague 3	Différence (V3-données initiales)	Delta (différence) 95 % CI	Valeur P
Score moyen SDS						
Contrôle	218	4,16 +/- 0,99	4,40 +/- 0,78	0,24 +/- 1,22	0,10 (-0,13, 0,33)	0,410
Intervention	216	4,15 +/- 0,97	4,49 +/- 0,76	0,34 +/- 1,25		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	434	0,07 (-0,41, 0,54)				0,786
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	434	-0,18 (-0,65, 0,29)				0,446
Score moyen ARE						
Contrôle	218	2,88 +/- 1,14	3,11 +/- 1,22	0,23 +/- 1,48	0,07 (-0,20, 0,35)	0,599
Intervention	216	3,07 +/- 1,14	3,38 +/- 1,14	0,31 +/- 1,48		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	434	0,13 (-0,44, 0,70)				0,658
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	434	-0,00 (-0,56, 0,56)				0,994
Score moyen du GST						
Contrôle	218	4,46 +/- 0,63	4,53 +/- 0,56	0,08 +/- 0,73	0,08 (-0,08, 0,23)	0,337
Intervention	216	4,39 +/- 0,72	4,55 +/- 0,52	0,15 +/- 0,89		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	434	0,07 (-0,25, 0,38)				0,682
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	434	-0,28 (-0,59, 0,03)				0,077

Score moyen GSR						
Contrôle	21 8	4,51 +/- 0,67	4,43 +/- 0,66	-0,07 +/- 0,91		0,791
Intervention	215	4,40 +/- 0,78	4,30 +/- 0,66	-0,10 +/- 0,96	-0,02 (-0,20, 0,15)	
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 3	-0,13 (-0,49, 0,23)				0,484
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 3	-0,13 (-0,48, 0,23)				0,487
Égalité des sexes dans les tâches ménagères (%)						
Contrôle	21 6	65,28	62,04	-3,24		
Intervention	21 4	59,81	76,17	16,36	OU 2,47 (1,40, 4,37)	0,002
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 0	OU 1,19 (0,37, 3,79)				0,774
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 0	OU 0,53 (0,17, 1,65)				0,273
C'est normal de taquiner une fille qui se comporte comme un garçon (%)						
Contrôle	217	64,06	68,20	4,15		
Intervention	21 2	66,98	62,74	-4,25	OU 0,69 (0,40, 1,18)	0,177
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	42 9	OU 1,47 (0,49, 4,41)				0,490
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	42 9	OU 1,13 (0,38, 3,35)				0,822
C'est normal de taquiner un garçon qui se comporte comme une fille (%)						
Contrôle	21 8	67,43	69,72	2,29		
Intervention	21 2	69,81	69,34	-0,47	OU 0,88 (0,51, 1,51)	0,640
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 0	OU 1,03 (0,34, 3,07)				0,960

Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 0	OU 1 (0,34, 2,96)			0,994	
Les filles devraient être fières de leur corps lorsqu'elles deviennent des femmes (%)						
Contrôle	215	85,58	96,28	10,70	OU 0,59 (0,20, 1,77)	0,348
Intervention	211	88,63	95,26	6,64		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	42 6	OU 0,31 (0,03, 2,89)			0,303	
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	42 6	OU 2,04 (0,22, 18,96)			0,532	
Liberté de mouvement (score moyen)						
Contrôle	21 8	1,52 +/- 0,74	1,87 +/- 0,85	0,35 +/- 0,99	0,15 (-0,04, 0,34)	0,112
Intervention	21 6	1,45 +/- 0,63	1,95 +/- 0,87	0,50 +/- 1,02		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 4	0,18 (-0,21, 0,56)			0,372	
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 4	-0,26 (-0,62, 0,11)			0,167	
Voix (score moyen)						
Contrôle	21 8	2,20 +/- 0,69	2,62 +/- 0,72	0,42 +/- 0,85	-0,03 (-0,20, 0,14)	0,742
Intervention	21 6	2,26 +/- 0,69	2,65 +/- 0,77	0,39 +/- 0,98		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 4	-0,10 (-0,45, 0,26)			0,596	
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 4	-0,21 (-0,56, 0,14)			0,235	
Prise de décision (score moyen)						
Contrôle	21 8	2,70 +/- 0,89	3,25 +/- 0,80	0,56 +/- 1,14	-0,04 (-0,26, 0,18)	0,738
Intervention	21 6	2,72 +/- 0,89	3,23 +/- 0,83	0,52 +/- 1,21		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 4	-0,01 (-0,46, 0,44)			0,964	

Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 4	0,28 (-0,16, 0,72)			0,215	
Lien avec les parents (score moyen)						
Contrôle	217	3,24 +/- 0,74	3,05 +/- 0,87	-0,19 +/- 1,10	0,19 (-0,02, 0,40)	0,070
Intervention	215	3,17 +/- 0,79	3,17 +/- 0,84	0,00 +/- 1,09		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 2	0,16 (-0,27, 0,58)			0,465	
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 2	-0,09 (-0,50, 0,33)			0,686	
Ont parlé des changements corporels (%)						
Contrôle	213 21	27,23	52,58	25,35	OU 0,82 (0,48, 1,38)	0,449
Intervention	2	40,57	62,26	21,70		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	42 5	OU 0,59 (0,18, 1,90)			0,377	
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	42 5	OU 0,63 (0,21, 1,90)			0,415	
Ont parlé de l'autogestion des règles (%)						
Contrôle	5	80,00	80,00	0,00	OU 1,00 (0,01, 134,28)	1,000
Intervention	5	80,00	80,00	0,00		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	10	N/A			-	
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	10	N/A			-	
Ont parlé de grossesse (%)						
Contrôle	213 21	12,21	18,31	6,10	OU 1,16 (0,60, 2,22)	0,664
Intervention	0	16,67	27,14	10,48		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	42 3	OU 1,77 (0,39, 8,06)			0,460	
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	42 3	OU 2,13 (0,55, 8,19)			0,272	

Ont parlé de contraception (%)						
Contrôle	19 6	6,63	20,41	13,78	OU 0,86 (0,38, 1,93)	0,715
Intervention	19 3	10,36	26,42	16,06		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	38 9	OU 0,35 (0,04, 2,74)				0,318
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	38 9	OU 0,75 (0,14, 3,96)				0,740
Ont parlé de relations sexuelles (%)						
Contrôle	213	8,92	15,96	7,04	OU 1,04 (0,47, 2,28)	0,922
Intervention	211	11,85	21,33	9,48		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	42 4	OU 6,52 (0,49, 86,44)				0,155
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	42 4	OU 0,59 (0,12, 2,86)				0,515
Connaissance de la grossesse (indice cumulé)						
Contrôle	13 4	4,16 +/- 2,17	5,63 +/- 1,74	1,47 +/- 2,52	0,13 (-0,52, 0,79)	0,687
Intervention	12 4	4,42 +/- 2,12	6,02 +/- 2,04	1,60 +/- 2,85		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	25 8	1,10 (-0,25, 2,46)				0,111
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	25 8	-0,08 (-1,42, 1,25)				0,901
Connaissance du VIH (indice cumulé)						
Contrôle	21 2	1,74 +/- 1,18	2,29 +/- 1,10	0,55 +/- 1,48	0,11 (-0,18, 0,39)	0,469
Intervention	213	1,84 +/- 1,18	2,49 +/- 0,96	0,66 +/- 1,52		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	42 5	0,39 (-0,19, 0,98)				0,185
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	42 5	-0,05 (-0,63, 0,52)				0,852

Sait où aller pour obtenir des préservatifs (%)						
Contrôle	118	42,37	55,08	12,71		
Intervention	110	46,36	69,09	22,73	OU 1,55 (0,84, 2,87)	0,162
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	228	OU 0,80 (0,18, 3,48)				0,763
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	228	OU 1,35 (0,38, 4,73)				0,643
Gêne de se procurer des préservatifs (%)						
Contrôle	100	70,00	75,00	5,00		
Intervention	104	64,42	62,50	-1,92	OU 0,72 (0,33, 1,57)	0,405
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	204	OU 0,97 (0,15, 6,36)				0,973
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	204	OU 0,40 (0,08, 2,07)				0,275
Sait où aller pour obtenir une contraception (filles seulement) (%)						
Contrôle	70	45,71	64,29	18,57		
Intervention	69	62,32	79,71	17,39	OU 1,11 (0,40, 3,07)	0,839
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	139	OU 0,36 (0,05, 2,92)				0,342
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	139	N/A				-
Attitudes à l'égard des menstruations (honteuse de son corps pendant les règles) (%)						
Contrôle	14	85,71	42,86	-42,86	OU 2,12 (0,36, 12,60)	0,410
Intervention	25	64,00	32,00	-32,00		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	39	N/A				-
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	39	N/A				-

Sait quand arrive la prochaine période (%)						
Contrôle	13	69,23	69,23	0,00	OU 3,00 (0,48, 18,57)	0,237
Intervention	24	50,00	75,00	25,00		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	37	N/A				-
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	37	N/A				-
Périodes de suivi (%)						
Contrôle	14	78,57	78,57	0,00	OU 1,73 (0,21, 14,08)	0,606
Intervention	24	58,33	70,83	12,50		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	38	N/A				-
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	38	N/A				-
Santé générale (%)						
Contrôle	217	77,42	79,72	2,30	OU 0,83 (0,47, 1,45)	0,503
Intervention	215	79,07	78,14	-0,93		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 2	OU 0,74 (0,23, 2,42)				0,615
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 2	OU 0,32 (0,10, 0,99)				0,048
Satisfaction corporelle (%)						
Contrôle	21 8	31,19	36,24	5,05	OU 0,85 (0,50, 1,47)	0,565
Intervention	21 6	28,24	29,63	1,39		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 4	OU 0,67 (0,22, 2,01)				0,478
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 4	OU 1,24 (0,42, 3,69)				0,694
Dépression (score moyen)						
Contrôle	21 8	2,05 +/- 0,76	2,10 +/- 0,81	0,05 +/- 1,09	-0,06 (-0,28, 0,16)	0,595

Intervention	21 6	2,14 +/- 0,87	2,13 +/- 0,83	-0,01 +/- 1,21		
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 4	0,13 (-0,32, 0,57)				0,576
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 4	0,05 (-0,39, 0,48)				0,827
Victimisation par les taquineries (%)						
Contrôle	21 8	37,16	28,90	-8,26		
Intervention	215	48,84	33,02	-15,81	OU 0,75 (0,44, 1,27)	0,288
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 3	OU 0,54 (0,18, 1,61)				0,268
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 3	OU 3,16 (1,07, 9,34)				0,037
Hommes						
Contrôle	115	33,91	40,00	6,09		
Intervention	114	50,22	37,72	-12,5	OU 0,47 (0,23, 0,93)	0,032
Femmes						
Contrôle	10 3	40,78	16,50	-24,28		
Intervention	101	47,52	27,72	-19,80	OU 1,48 (0,64, 3,39)	0,360
Victimisation par la violence (%)						
Contrôle	21 8	23,39	17,43	-5,96		
Intervention	21 4	32,71	22,90	-9,81	OU 0,88 (0,48, 1,64)	0,695
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 2	OU 2,34 (0,66, 8,36)				0,189
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 2	OU 1,25 (0,36, 4,39)				0,725
Perpétration de violence (%)						
Contrôle	21 6	35,65	28,24	-7,41		
Intervention	213	38,97	29,58	-9,39	OU 0,93 (0,54, 1,59)	0,780

Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	42 9	OU 1,43 (0,48, 4,33)			0,522
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	42 9	OU 2,49 (0,84, 7,39)			0,099
Relations amoureuses (jamais) (%)					
Contrôle	16 4	15,85	32,32	16,46	OU 1,07 (0,67, 1,70) 0,784
Intervention	18 2	15,38	32,97	17,58	
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	34 6	OU 0,64 (0,20, 2,09)			0,462
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	34 6	OU 0,83 (0,33, 2,12)			0,702
Déséquilibre de pouvoir dans la dernière relation (score moyen)					
Contrôle	7	4,49 +/- 0,88	3,77 +/- 0,85	-0,71 +/- 1,08	1,49 (0,17, 2,82) 0,030
Intervention	10	3,14 +/- 1,28	3,92 +/- 1,26	0,78 +/- 1,37	
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	17	N/A			-
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	17	1,12 (-1,73, 3,97)			0,412
Intimité dans la dernière relation (score moyen)					
Contrôle	7	3,33 +/- 0,80	3,80 +/- 0,41	0,47 +/- 0,99	0,02 (-0,93, 0,98) 0,959
Intervention	10	3,27 +/- 0,47	3,76 +/- 0,64	0,49 +/- 0,85	
Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	17	N/A			-
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	17	0,45 (-1,57, 2,48)			0,637
Consommation d'alcool (%)					
Contrôle	217	5,99	8,29	2,30	OU 1,59 (0,63, 3,99) 0,324
Intervention	21 6	7,41	15,28	7,87	

Interaction âge (<12, >=12) X groupe d'étude	43 3	OU 1,03 (0,12, 9,26)	0,977
Interaction entre le sexe et le groupe d'étude	43 3	OU 0,39 (0,05, 2,94)	0,363

Annexe E. : Analyse par protocole - adolescent.es scolarisé.es

A l'école (N=1233 : contrôle-584 ; intervention-649)						
	N	Données initiales	Vague 3	Différence (V3-données initiales)	Delta (différence) 95 % CI	Valeur P
Score moyen SDS						
Contrôle	583	4,28 +/- 0,88	4,41 +/- 0,78	0,12 +/- 1,13	-0,10 (-0,21, 0,02)	0,113
Intervention	647	4,38 +/- 0,82	4,41 +/- 0,75	0,03 +/- 0,99		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1230			0,03 (-0,20, 0,27)		0,777
Sexe X interaction du groupe d'étude	1230			-0,02 (-0,26, 0,22)		0,861
Score moyen ARE						
Contrôle	583	2,95 +/- 1,10	3,13 +/- 1,16	0,18 +/- 1,47	0,10 (-0,05, 0,26)	0,203
Intervention	648	2,81 +/- 1,10	3,09 +/- 1,09	0,28 +/- 1,33		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1231			-0,11 (-0,43, 0,20)		0,490
Sexe X interaction du groupe d'étude	1231			-0,16 (-0,48, 0,15)		0,310
Score moyen du GST						
Contrôle	584	4,52 +/- 0,60	4,49 +/- 0,63	-0,03 +/- 0,83	0,01 (-0,09, 0,10)	0,917
Intervention	649	4,45 +/- 0,72	4,42 +/- 0,63	-0,03 +/- 0,89		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1233			0,05 (-0,15, 0,24)		0,625
Sexe X interaction du groupe d'étude	1233			-0,04 (-0,23, 0,16)		0,710
Score moyen GSR						
Contrôle	584	4,49 +/- 0,72	4,33 +/- 0,67	-0,16 +/- 0,91	-0,07 (-0,18, 0,03)	0,184
Intervention	648	4,40 +/- 0,77	4,17 +/- 0,77	-0,23 +/- 1,01		

Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1232			0,11 (-0,11, 0,33)		0,317
Sexe X interaction du groupe d'étude	1232			-0,05 (-0,26, 0,17)		0,671
Égalité des sexes dans les tâches ménagères (%)						
Contrôle	582	62,71	57,73	-4,98	OU 2,02 (1,47, 2,80)	<0,001
Intervention	643	61,74	72,63	10,89		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1225			OU 1,91 (1,00, 3,66)		0,051
Sexe X interaction du groupe d'étude	1225			OU 1,09 (0,57, 2,08)		0,799
C'est normal de taquiner une fille qui se comporte comme un garçon (%)						
Contrôle	582	62,71	61,68	-1,03	OU 1,06 (0,78, 1,45)	0,687
Intervention	642	55,92	56,39	0,47		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1224			OU 0,93 (0,50, 1,73)		0,826
Sexe X interaction du groupe d'étude	1224			OU 0,80 (0,43, 1,49)		0,485
C'est normal de taquiner un garçon qui se comporte comme une fille (%)						
Contrôle	584	71,40	63,87	-7,53	OU 1,38 (1,01, 1,88)	0,046
Intervention	646	59,75	59,13	-0,62		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1230			OU 1,26 (0,67, 2,38)		0,468
Sexe X interaction du groupe d'étude	1230			OU 0,68 (0,36, 1,28)		0,231
Les filles devraient être fières de leur corps lorsqu'elles deviennent des femmes (%)						
Contrôle	579	92,23	93,78	1,55	OU 1,09 (0,60, 2,01)	0,772
Intervention	644	92,39	94,41	2,02		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1223			OU 1,13 (0,33, 3,88)		0,847
Sexe X interaction du groupe d'étude	1223			OU 1,17 (0,35, 3,95)		0,799
Liberté de mouvement (score moyen)						
Contrôle	584	1,60 +/- 0,67	1,75 +/- 0,79	0,15 +/- 0,96	-0,06 (-0,17, 0,05)	0,312

Intervention	648	1,65 +/- 0,71	1,74 +/- 0,81	0,09 +/- 0,99		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1232			-0,03 (-0,25, 0,19)		0,756
Sexe X interaction du groupe d'étude	1232			-0,06 (-0,28, 0,16)		0,598
Voix (score moyen)						
Contrôle	584	2,45 +/- 0,65	2,67 +/- 0,67	0,22 +/- 0,85		
Intervention	649	2,60 +/- 0,63	2,76 +/- 0,66	0,16 +/- 0,82	-0,06 (-0,15, 0,04)	0,222
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1233			-0,11 (-0,30, 0,08)		0,248
Sexe X interaction du groupe d'étude	1233			-0,10 (-0,29, 0,09)		0,294
Prise de décision (score moyen)						
Contrôle	584	2,67 +/- 0,85	3,23 +/- 0,80	0,56 +/- 1,07		
Intervention	648	2,85 +/- 0,89	3,23 +/- 0,77	0,38 +/- 1,12	-0,17 (-0,30, -0,05)	0,005
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1232			-0,08 (-0,33, 0,17)		0,530
Sexe X interaction du groupe d'étude	1232			0,04 (-0,20, 0,29)		0,722
Lien avec les parents (score moyen)						
Contrôle	581	3,28 +/- 0,76	3,15 +/- 0,76	-0,14 +/- 0,99		
Intervention	649	3,21 +/- 0,74	3,14 +/- 0,80	-0,08 +/- 1,01	0,06 (-0,05, 0,17)	0,305
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1230			0,07 (-0,16, 0,29)		0,567
Sexe X interaction du groupe d'étude	1230			-0,05 (-0,27, 0,17)		0,663
Ont parlé des changements corporels (%)						
Contrôle	575	34,61	57,22	22,61		
Intervention	637	45,53	68,29	22,76	OU 1,02 (0,75, 1,38)	0,900
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1212			OU 1,51 (0,80, 2,84)		0,205
Sexe X interaction du groupe d'étude	1212			OU 1,48 (0,77, 2,83)		0,241

Ont parlé de l'autogestion des règles (%)						
Contrôle	27	92,59	70,37	-22,22	N/A	-
Intervention	3	100,00	100,00	0,00	N/A	-
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	27			N/A		-
Sexe X interaction du groupe d'étude	27			N/A		-
Ont parlé de grossesse (%)						
Contrôle	565	8,32	20,00	11,68	OU 0,75 (0,49, 1,15)	0,181
Intervention	618	15,70	27,67	11,97		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1183			OU 1,64 (0,58, 4,63)		0,350
Sexe X interaction du groupe d'étude	1183			OU 2,40 (0,99, 5,82)		0,053
Ont parlé de contraception (%)						
Contrôle	541	8,69	21,44	12,75	OU 0,66 (0,43, 1,02)	0,063
Intervention	602	14,62	24,58	9,97		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1143			OU 2,27 (0,83, 6,20)		0,110
Sexe X interaction du groupe d'étude	1143			OU 2,30 (0,95, 5,58)		0,065
Ont parlé de relations sexuelles (%)						
Contrôle	569	6,50	19,16	12,65	OU 0,65 (0,40, 1,04)	0,074
Intervention	633	11,85	22,91	11,06		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1202			OU 1,48 (0,46, 4,79)		0,515
Sexe X interaction du groupe d'étude	1202			OU 3,63 (1,39, 9,50)		0,009
Hommes						
Contrôle	278	6,12	23,74	17,62	OU 0,35 (0,18, 0,69)	0,002
Intervention	285	16,14	24,56	8,42		
Femmes						
Contrôle	291	6,87	14,78	7,91	OU 1,29 (0,64, 2,57)	0,476
Intervention	348	8,33	21,55	13,22		

Connaissance de la grossesse (indice cumulé)						
Contrôle	400	4,32 +/- 2,06	5,68 +/- 2,14	1,36 +/- 2,67	0,19 (-0,17, 0,55)	0,301
Intervention	471	4,26 +/- 1,99	5,82 +/- 2,17	1,55 +/- 2,70		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	871		-0,14 (-0,87, 0,59)			0,708
Sexe X interaction du groupe d'étude	871		0,06 (-0,66, 0,78)			0,878
Connaissance du VIH (indice cumulé)						
Contrôle	568	1,90 +/- 1,11	2,25 +/- 1,07	0,35 +/- 1,44	0,14 (-0,02, 0,30)	0,079
Intervention	638	1,87 +/- 1,06	2,36 +/- 1,02	0,49 +/- 1,33		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1206		0,22 (-0,09, 0,54)			0,168
Sexe X interaction du groupe d'étude	1206		0,24 (-0,08, 0,55)			0,139
Sait où aller pour obtenir des préservatifs (%)						
Contrôle	302	45,03	64,57	19,54	OU 1,04 (0,68, 1,60)	0,849
Intervention	346	47,40	67,63	20,23		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	648		OU 1,09 (0,44, 2,74)			0,847
Sexe X interaction du groupe d'étude	648		OU 1,11 (0,47, 2,64)			0,807
Géné de se procurer des préservatifs (%)						
Contrôle	290	68,97	77,93	8,97	OU 0,77 (0,48, 1,25)	0,287
Intervention	335	68,66	72,84	4,18		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	625		OU 0,67 (0,24, 1,82)			0,429
Sexe X interaction du groupe d'étude	625		OU 1,83 (0,70, 4,84)			0,220
Sait où aller pour obtenir une contraception (filles seulement) (%)						
Contrôle	216	62,96	64,35	1,39	OU 1,49 (0,88, 2,50)	0,134
Intervention	257	58,37	68,87	10,51		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	473		OU 0,57 (0,20, 1,66)			0,304

Sexe X interaction du groupe d'étude	473			N/A		-
Attitudes à l'égard des menstruations (honteuse de son corps pendant les règles) (%)						
Contrôle	73	43,84	34,25	-9,59	OU 0,77 (0,32, 1,90)	0,576
Intervention	91	39,56	25,27	-14,29		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	164			N/A		-
Sexe X interaction du groupe d'étude	164			N/A		-
Sait quand arrive la prochaine période (%)						
Contrôle	67	49,25	70,15	20,90	OU 0,82 (0,33, 2,03)	0,669
Intervention	91	62,64	76,92	14,29		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	158			N/A		-
Sexe X interaction du groupe d'étude	158			N/A		-
Périodes de suivi (%)						
Contrôle	73	57,53	71,23	13,70	OU 0,69 (0,28, 1,74)	0,435
Intervention	88	71,59	76,14	4,55		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	161			N/A		-
Sexe X interaction du groupe d'étude	161			N/A		-
Santé générale (%)						
Contrôle	580	88,10	87,76	-0,34	OU 0,89 (0,56, 1,39)	0,601
Intervention	645	88,06	86,36	-1,71		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1225			OU 1,08 (0,42, 2,82)		0,872
Sexe X interaction du groupe d'étude	1225			OU 1,10 (0,44, 2,71)		0,843
Satisfaction corporelle (%)						
Contrôle	584	39,21	37,33	-1,88	OU 1,25 (0,91, 1,72)	0,168
Intervention	649	36,52	39,91	3,39		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1233			OU 0,59 (0,31, 1,12)		0,104

Sexe X interaction du groupe d'étude	1233				OU 0,61 (0,32, 1,15)	0,128
Dépression (score moyen)						
Contrôle	584	1,91 +/- 0,66	2,03 +/- 0,76	0,12 +/- 0,99		
Intervention	649	1,96 +/- 0,72	2,02 +/- 0,77	0,06 +/- 0,97	-0,06 (-0,17, 0,05)	0,252
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1233				-0,05 (-0,27, 0,17)	0,630
Sexe X interaction du groupe d'étude	1233				0,08 (-0,14, 0,30)	0,473
Victimisation par les taquineries (%)						
Contrôle	582	33,51	26,80	-6,70	OU 0,94 (0,68, 1,30)	0,693
Intervention	644	39,13	30,43	-8,70		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1226				OU 1,21 (0,63, 2,34)	0,565
Sexe X interaction du groupe d'étude	1226				OU 0,70 (0,36, 1,37)	0,296
Victimisation par la violence (%)						
Contrôle	580	20,17	16,38	-3,79	OU 0,90 (0,61, 1,32)	0,581
Intervention	643	25,19	18,97	-6,22		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1223				OU 0,86 (0,39, 1,86)	0,694
Sexe X interaction du groupe d'étude	1223				OU 0,77 (0,34, 1,71)	0,517
Perpétration de violence (%)						
Contrôle	578	31,49	29,76	-1,73	OU 1,03 (0,75, 1,41)	0,870
Intervention	643	35,61	34,37	-1,24		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1221				OU 0,72 (0,38, 1,38)	0,321
Sexe X interaction du groupe d'étude	1221				OU 1,17 (0,61, 2,23)	0,644
Relations amoureuses (jamais) (%)						
Contrôle	468	10,26	26,50	16,24	OU 0,90 (0,64, 1,24)	0,509
Intervention	526	11,98	27,76	15,78		
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	994				OU 1,03 (0,46, 2,26)	0,950

Sexe X interaction du groupe d'étude	994				OU 0,60 (0,30, 1,21)	0,153
Déséquilibre de pouvoir dans la dernière relation (score moyen)						
Contrôle	16	3,47 +/- 1,01	3,88 +/- 1,02	0,40 +/- 1,07		
Intervention	25	3,53 +/- 0,80	3,72 +/- 0,79	0,19 +/- 0,95	-0,21 (-0,86, 0,43)	0,510
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	41			N/A		-
Sexe X interaction du groupe d'étude	41				0,06 (-1,22, 1,33)	0,930
Intimité dans la dernière relation (score moyen)						
Contrôle	16	3,60 +/- 0,67	3,67 +/- 0,75	0,07 +/- 1,05		
Intervention	25	3,57 +/- 0,82	3,57 +/- 0,59	-0,01 +/- 0,80	-0,08 (-0,67, 0,51)	0,783
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	41			N/A		-
Sexe X interaction du groupe d'étude	41				0,05 (-1,15, 1,24)	0,939
Consommation d'alcool (%)						
Contrôle	581	7,40	7,92	0,52		
Intervention	645	7,60	8,53	0,93	OU 1,05 (0,61, 1,83)	0,852
Âge (<12, >=12) X interaction du groupe d'étude	1226				OU 1,85 (0,55, 6,29)	0,322
Sexe X interaction du groupe d'étude	1226				OU 0,87 (0,26, 2,88)	0,823

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_december_2010english_o.pdf

Suivi des performances pour l'action (PMA), 2020. PMA2020/Kinshasa, RDC. Brief sur la 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, 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