



Bien Grandir!

Mise à l'échelle de
l'Approche Education
sexuelle transformatrice
de genre pour les
adolescent.es en RDC : Un
résumé du projet Bien Grandir !

Novembre 2022

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

Citation recommandée :

Centre sur l'équité des genres et la santé. (2022). Mise à l'échelle de l'Approche Education sexuelle transformatrice de genre pour les adolescent.es en RDC : Un résumé du projet Bien Grandir ! La Jolla, CA : Centre sur l'équité des genres et la santé de l'Université de Californie à San Diego pour la Fondation Bill et Melinda Gates.

Déclaration d'attribution :

Le projet Bien Grandir ! a été rendu possible, en partie, grâce au soutien généreux de la Fondation Bill & Melinda Gates. Ce résumé a été réalisé par Kathryn M. Barker, Sarah Smith, et Rebecka Lundgren du Centre sur l'équité des genres et la santé de l'Université de Californie San Diego (GEH/UCSD), et Jennifer Gayles de Save the Children. Le contenu est la responsabilité de UCSD-GEH, GEAS, et Save the Children et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'Université de Californie San Diego, de l'Université Johns Hopkins, ou de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Contexte

La santé reproductive des adolescent.es est une question sociale essentielle à Kinshasa, la capitale de la République démocratique du Congo (RDC). Plus de la moitié (57 %) de la population de la RDC a moins de 24 ans et 23 % sont des adolescent.es (10-19 ans) [1]. À 18 ans, 12,7 % des filles sont mariées, 11,4 % ont eu leur premier enfant, 52,7 % ont eu des rapports sexuels et 24,5 % ont déjà utilisé une méthode de contraception [1]. L'enquête démographique et de santé de 2014 réalisée en RDC a révélé que 54 % des hommes interrogés âgés de 25 à 49 ans avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans, tandis que 65 % des femmes interrogées avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans. Parmi les hommes de ce même groupe d'âge, 7 % se sont mariés avant l'âge de 18 ans, alors que 43 % des femmes se sont mariées avant l'âge de 18 ans [2]. La RDC s'est classée parmi les 10 pays ayant les taux de prévalence de Violence entre Partenaires Intimes (VPI), sur 12 mois, les plus élevés, et a le taux de prévalence de VPI le plus élevé d'Afrique subsaharienne [3]. En outre, la dernière enquête démographique et de santé a révélé qu'à Kinshasa, 57 % des femmes et des filles âgées de 15 à 49 ans ayant déjà eu un partenaire avaient subi des violences physiques au cours de leur vie [2]. Les études sur le genre et les normes sociales révèlent que la Violence Basée sur le Genre (VBG), et en particulier la violence conjugale (VPI), est très répandue à travers les normes masculines, fortement associées au contrôle, à la domination et à la supériorité sur les femmes [4,5]. Les très jeunes adolescent.es (TJA), ou ceux âgés de 10 à 14 ans, sont particulièrement vulnérables à une mauvaise santé et à une mauvaise nutrition, ainsi qu'à des opportunités limitées en matière d'éducation et de moyens de subsistance dans une ville instable, peu sûre et chère, comme Kinshasa. Bien que le gouvernement dispose d'un département pour les adolescent.es au sein du ministère de la Santé (MS) et d'un programme national d'éducation à la vie familiale pour les écoles, mandaté par le ministère de l'Éducation (MOE), bon nombre de très jeunes adolescent.es n'ont pas accès à des informations et services de santé reproductive de haute qualité et adaptés à leur âge, parce que les ressources sont limitées et les capacités non encore suffisamment développées.

Bien Grandir ! (BG) a été conçu pour répondre à ces problèmes par le biais d'un paquet d'interventions, à plusieurs niveaux, d'une durée de neuf mois visant à modifier les normes clés en matière de santé et d'égalité de genre chez les TJA et les adultes de leur entourage. Mis en œuvre dans deux communes de Kinshasa – Kimbanseke et Masina – entre septembre 2017 et mai 2018, BG visait à : 1) accroître les connaissances sur la puberté et la santé reproductive (SR), les attitudes et comportements équitables entre les sexes et l'auto-efficacité des filles et des garçons âgés de 10 à 14 ans ; et 2) engager les parents/tuteurs.trices des adolescent.es, les enseignant.es, les prestataires de soins de santé et d'autres membres influents de la communauté au sein des systèmes sociaux des TJA afin de favoriser un environnement qui valorise et soutient les parcours des adolescent.es à travers la puberté.

Un consortium de trois partenaires s'est réuni pour mettre en œuvre, étudier et étendre l'intervention grâce à un financement conjoint de la Fondation Bill & Melinda Gates et de l'Agence américaine pour le développement international. Save the Children a dirigé la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'extension de l'intervention. L'Institut pour la Santé de la Reproduction de l'Université de Georgetown et le Centre sur l'équité des genres et la santé de l'Université de Californie à San Diego (GEH UCSD) ont mené des activités d'apprentissage, de recherche et d'orientation sur la mise à l'échelle durable. L'étude « Global Early Adolescent Study » de l'école de santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins (JHU-GEAS) a géré une équipe de chercheurs qui a réalisé l'évaluation des résultats de BG en partenariat avec l'école de santé publique de Kinshasa.

Travail formatif et conception de l'intervention

Pour s'assurer que le paquet d'intervention de BG répondait aux besoins des TJA et de leurs communautés à Kinshasa, l'équipe du projet a entrepris deux évaluations distinctes en 2017 pour comprendre les défis et le soutien disponible pour les TJA scolarisé.es et non scolarisé.es. La première a permis de cartographier les écoles des zones étudiées afin de mieux comprendre le choix des écoles, les ressources institutionnelles et les tendances en matière d'inscription. Les résultats ont montré que l'inscription des garçons et des filles TJA était à peu près égale, que très peu d'enseignant.es ont déclaré avoir reçu une formation en matière de santé reproductive et que les écoles étaient bien placées pour établir des liens avec les établissements de santé. La seconde, une *évaluation rapide des politiques, des programmes et des contextes communautaires des TJA non scolarisé.es*, a révélé que jusqu'à 16 % des jeunes en âge scolaire n'étaient pas scolarisés et qu'ils étaient souvent plus exposés à la violence que leurs pairs scolarisés. Elle a également indiqué clairement que les frais de scolarité constituaient le principal obstacle à l'inscription. L'*évaluation rapide* a également évalué 20 organisations à base communautaire (OBC), identifiées par un appel public à partenaires ; huit d'entre elles sont devenues des partenaires de mise en œuvre. L'évaluation organisationnelle a confirmé que les programmes avec des TJA étaient rares, et ceux avec des TJA non scolarisé.es encore plus rares. Aucune des 20 organisations communautaires évaluées n'avait de programme en cours avec des adolescent.es non scolarisés et très peu avaient une expérience en matière de santé sexuelle et reproductive.

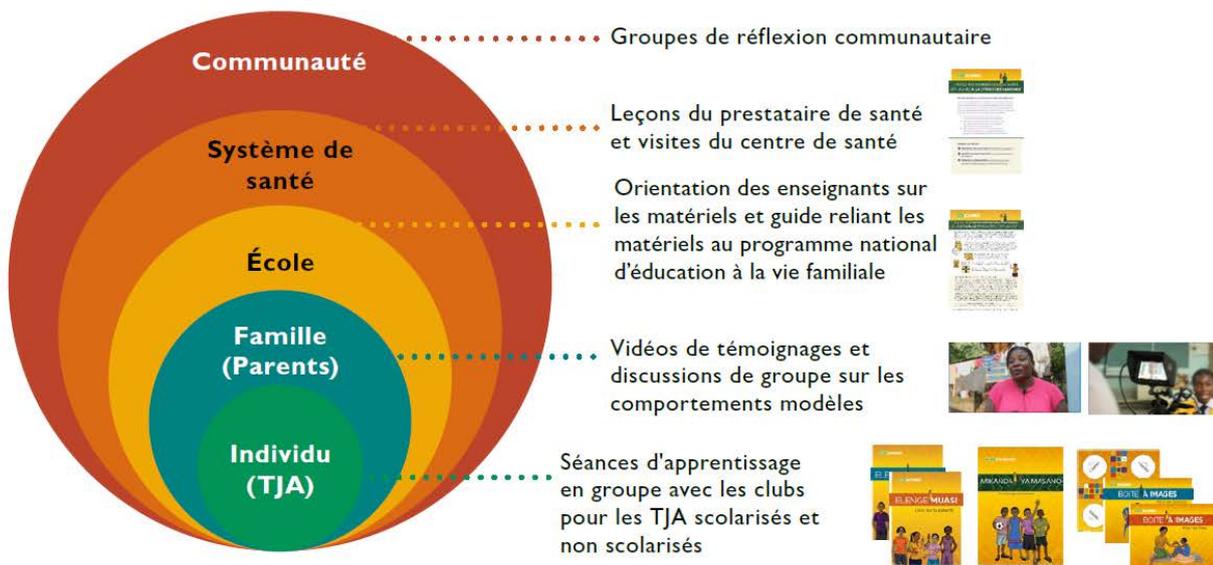
Bien Grandir ! a utilisé d'autres processus d'apprentissage critiques avant la mise en œuvre pour informer l'approche d'intervention. L'équipe du projet a utilisé l'**outil d'exploration des normes sociales** (SNET) [6] du projet Passages avec les TJA, les parents/tuteurs.trices et leurs groupes de référence. Les résultats ont confirmé que l'intervention a abordé les normes sociales les plus pertinentes pour les résultats que l'intervention cherchait à atteindre. De mars à août 2017, ils ont mené un laboratoire d'apprentissage pour tester l'approche BG dans 40 écoles et les quartiers environnants, avant une mise en œuvre complète.

Les résultats de ce mini-pilote ont conduit à des ajustements dans le paquet d'intervention pour augmenter l'acceptabilité et la faisabilité. Les fonctionnaires locaux du ministère de l'Éducation travaillant avec l'équipe du projet se sont engagés auprès des propriétaires d'écoles privées réticents afin d'assurer une meilleure adoption et appropriation du programme. De même, les orientations des parents ont été avancées dans le calendrier des activités afin de s'assurer de leur compréhension et de leur approbation du programme avant que les clubs de TJA ne commencent à se réunir. Les formations des enseignant.es et des pairs leaders de TJA ont été prolongées afin de garantir une meilleure maîtrise de la boîte à outils de BG et les visites de supervision ont été intensifiées afin d'offrir des opportunités de coaching et une assurance qualité plus forte.

Alors que le travail formatif était en cours, l'équipe du projet s'est également efforcée d'impliquer les principales parties prenantes dans la conception et la planification du programme pour la mise en œuvre et l'éventuelle mise à l'échelle. En 2016, un groupe de référence multidisciplinaire des parties prenantes (SRG) a été formé pour servir de comité consultatif technique de BG, avec près de 50 membres issus d'organisations gouvernementales et de la société civile qui étaient engagés dans la Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent.es (SSRA). Toutes les parties prenantes avaient une solide connaissance pratique du contexte local et des cultures en jeu sur les sites d'intervention. Des efforts ont été faits pour impliquer ces parties prenantes dans chaque phase du projet, depuis la conception de l'intervention jusqu'au pilote et à la mise à l'échelle. Coprésidé par le Programme national pour la santé des adolescent.es (MOH/PNSA) et le département de l'Éducation à la Vie familiale (MOE/DEVF), le SRG était le principal organe chargé de valider le contenu et les approches du projet, de fournir une supervision technique et des recommandations tout au long de la mise en œuvre, et de promouvoir l'élargissement du programme.

Bien Grandir ! Intervention

Bien Grandir ! est basé sur les éléments consolidés de trois projets de changement de normes basés sur des preuves : le **projet GREAT** [7], **GrowUp Smart** [8-11], et **Choices, Voices, Promises** [12]. Comme ces interventions, la conception de BG est ancrée dans le modèle socio-écologique, qui reconnaît et souligne l'existence de nombreux acteurs qui influencent les TJA. Pour atteindre les principaux objectifs du projet, à savoir : 1) accroître l'auto-efficacité des TJA, leurs connaissances en matière de puberté et de santé reproductive, ainsi que leurs attitudes et comportements équitables entre les sexes ; et 2) faire participer des adultes importants au sein des systèmes sociaux des TJA afin de favoriser un environnement favorable, le paquet d'intervention comprend un ensemble d'activités à plusieurs niveaux et plusieurs couches, tant pour les TJA que pour les adultes (encadré 1).



Encadré 1 | *Bien Grandir ! Ensemble des interventions*

Bien Grandir ! s'appuie sur le modèle socio-écologique pour structurer le contenu du programme et les activités qui aident les participant.es à obtenir des informations et à aborder les normes sociales et de genre liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des adolescent.es (SDSRA).

Niveau individuel

Clubs de TJA et sessions d'apprentissage

Les TJA à l'école participent par le biais de clubs scolaires (25 réunions hebdomadaires) et de leçons en classe dirigées par les enseignant.es qui utilisent la boîte à outils de BG au cours de l'année scolaire. Chaque club scolaire de 25 à 30 TJA désigne 6 membres qui assisteront à une demi-journée d'orientation, puis dirigeront les réunions du club avec l'aide d'enseignant.es participants formés. Les clubs pour les TJA non scolarisé.es se réunissent chaque semaine pendant 28 semaines. Ces sessions sont animées par le personnel formé des OBC partenaires. La boîte à outils de BG contient des livres d'histoires, des cartes d'activités, un jeu, un jeu du collier de cycle et des livrets sur la puberté à emporter chez soi pour les TJA.

Niveau familial

Vidéos de témoignages des tuteurs.trices et discussion

Les tuteurs.trices des membres du club de TJA participent à six sessions, chacune centrée sur des vidéos des tuteurs.trices locaux exécutant et discutant des comportements équitables entre les sexes. Ces vidéos de témoignages sont conçues pour promouvoir le dialogue et l'imitation parmi les spectateurs en ce qui concerne les comportements positifs et équitables entre les sexes présentés dans la vidéo.

Niveau scolaire

Intégration en classe

Les enseignant.es reçoivent une formation sur la boîte à outils BG et apprennent à l'intégrer dans les cours du programme d'éducation à la vie familiale, ainsi qu'à soutenir les clubs scolaires.

Niveau des services de santé

Liens avec le système de santé

Les activités visant à relier les services de santé aux TJA comprennent une séance dirigée par un prestataire de soins et une visite d'échange dans un centre de santé proche pour chaque club de TJA scolaire et communautaire. Cela renforce la confiance des TJA dans les prestataires basés dans les établissements et normalise la recherche d'informations et de services par les TJA. Le matériel de Bien Grandir ! destiné aux prestataires de services et aux enseignant.es facilite et contextualise ces activités.

Niveau communautaire

Sessions de réflexion communautaire

Deux sessions de réflexion communautaire sont organisées dans les quartiers entourant les écoles participantes (celles qui ont des clubs TJA) ou accueillant des clubs communautaires pour les TJA non scolarisé.es. Parmi les participant.es figurent des responsables communautaires, tels que des leaders religieux et des autorités civiques. Ces sessions utilisent les vidéos de témoignages des tuteurs.trices et un jeu participatif pour susciter la réflexion et la conversation.

Mise en œuvre de l'approche Apprentissage et Gestion adaptative

Bien Grandir ! a utilisé une approche de gestion adaptative pour s'assurer que les données et l'apprentissage produits par de nombreux processus complémentaires étaient utilisés pour améliorer l'efficacité et l'extensibilité du programme. Dès ses débuts, BG a intentionnellement construit une culture de l'apprentissage. Il a élaboré une théorie du changement décrivant la manière dont l'intervention susciterait un changement et conduirait aux résultats escomptés ; ce modèle a été réexaminé et révisé régulièrement pendant la durée du projet pour refléter l'apprentissage et les résultats. Il a également donné la priorité à la formation du personnel et des partenaires locaux sur la théorie et l'application des approches de changement de normes qui sous-tendent l'intervention, et les a engagés en tant que partenaires égaux dans la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation. Leurs observations, reconnues comme des connaissances fondées sur la pratique, ont reçu le même poids que les sources traditionnelles de données issues des activités de suivi et des études de recherche.

Les réunions trimestrielles « pause et réflexion » ont constitué le principal moyen d'apprentissage. Ces réunions ont rassemblé tous les acteurs du programme — des exécutants directs (enseignant.es, prestataires de soins de santé) aux partenaires locaux (organisations à base communautaires, ministère de l'Éducation, ministère de la Santé) et aux experts techniques du gouvernement — afin de rendre compte des activités, d'examiner et d'interpréter les multiples sources de données, de cultiver la réflexion critique et la discussion avec les partenaires d'exécution et les parties prenantes sur les principaux défis, les succès et les leçons apprises, et de convenir des ajustements nécessaires. Les discussions et les décisions ont été documentées dans une matrice d'apprentissage, un tableau simple qui permet de suivre les défis, les succès, les leçons apprises et les adaptations proposées pour chaque composante/activité de l'intervention. Des réunions d'apprentissage spéciales ont également été convoquées après l'enquête de base, l'évaluation des résultats et les cycles ultérieurs de collecte de données qualitatives, afin de recueillir les principales conclusions qui pourraient nécessiter des changements dans l'approche.

Tout au long des phases de planification et de mise en œuvre de BG, Save the Children a également mené une étude concomitante et rétrospective des coûts par activité. Ces informations ont été collectées pour aider Save the Children et ses partenaires d'exécution à estimer les coûts de l'extension à de nouvelles communautés à Kinshasa et pour fournir aux ONG et aux agences gouvernementales des données sur le coût de l'adaptation et de la mise en œuvre de l'intervention dans d'autres endroits. Le coût global des ressources utilisées pour mettre en œuvre l'intervention au cours de la période d'intervention de 10 mois était de ~13 000 dollars par mois. Cela inclut les coûts pour 58 clubs TJA, les activités parentales/familiales et communautaires, l'engagement et la formation des enseignant.es, et les liens avec le système de santé. Au total, le coût

par club de TJA — l'élément le plus coûteux de l'intervention — a été inférieur à 770 \$ sur la période d'intervention de 10 mois (77 \$/mois).

Bien Grandir ! a également bénéficié d'une série de trois petites enquêtes qualitatives rapides. Ces études ont permis à l'équipe du projet d'examiner les composantes de l'intervention qui n'étaient pas incluses dans l'évaluation formelle de l'intervention. La première étude a examiné la faisabilité et l'efficacité des sessions parents/tuteurs.trices et a fourni des informations essentielles sur les participant.es, ce que les tuteurs.trices ont retenu des sessions et comment améliorer l'efficacité des sessions. La deuxième étude, menée auprès des enseignant.es et de la direction de l'école, a permis de mieux comprendre la fréquence et la qualité des activités des clubs scolaires par rapport aux cours en classe, et a fourni des informations sur la manière dont les enseignants utilisent le matériel pour compléter le programme national d'éducation à la vie familiale. La troisième étude a examiné la faisabilité, l'utilité et le potentiel d'extension des activités de BG au niveau du système de santé.

L'approche d'apprentissage continu appliquée par BG a permis à l'équipe du projet d'aborder les défis transversaux de la mise en œuvre et d'identifier les adaptations critiques pour assurer une mise à l'échelle réussie. Les difficultés à faire participer les tuteurs primaires et masculins ont incité à modifier l'approche familiale pour que les séances vidéo incluent davantage les tuteurs.trices de la famille élargie et soient plus pratiques pour les hommes. Il a été demandé aux OBC de suivre attentivement les absences, en particulier chez les filles, dans les clubs communautaires, et de faire des visites de suivi à domicile pour aider à prévenir les abandons. L'expérience et l'apprentissage de la mise en œuvre ont également aidé les partenaires gouvernementaux à identifier les étapes clés pour jeter les bases de l'institutionnalisation. Le ministère de l'Éducation a intégré BG dans les documents de formation en cours d'emploi et dans les ressources destinées aux enseignant.es, tandis que le ministère de la Santé a accepté de piloter une nouvelle approche pour la mise en œuvre des activités familiales et communautaires par l'intermédiaire des agents de santé communautaires. La gestion adaptative a également permis à l'équipe de pivoter et de s'adapter rapidement lors de retards imprévus causés par l'instabilité politique avant les élections nationales de 2018 et pendant la première année de la pandémie de COVID-19.

Évaluation

L'impact de BG a été évalué par le biais d'une évaluation quantitative quasi-expérimentale et d'une évaluation qualitative menée par des jeunes. Ensemble, les deux études donnent un aperçu des impacts à plusieurs niveaux de BG !

L'évaluation quantitative a été menée dans le cadre de l'étude Global Early Adolescent Study (GEAS) à l'Université Johns Hopkins, en coordination avec l'école de santé publique de Kinshasa (KSPH). L'enquête a permis de recueillir

des données auprès des filles et des garçons qui ont participé aux activités de BG (le groupe d'intervention), et auprès des filles et des garçons qui n'y ont pas participé (le groupe de contrôle). La base de référence de cette enquête quantitative a été réalisée en 2017 auprès de 2 842 adolescent.es avant le début de la mise en œuvre de BG. L'enquête finale a été menée en 2018 après la fin de la mise en œuvre, environ un an après l'enquête de référence. L'enquête finale a interrogé 2 519 adolescent.es, soit près de 90 % des participant.es de l'enquête de base. Des cycles ultérieurs de collecte de données ont eu lieu en 2019, 2020 et 2022 pour évaluer l'impact à long terme [13, 14].

L'évaluation qualitative participative a été menée en 2018 pour recueillir les points de vue de plus de 50 participant.es (TJA et adultes) sur les changements individuels, familiaux, sanitaires et normatifs dans la communauté, dus à BG. Pour cette évaluation qualitative, les membres du club de TJA, avec les conseils de KSPH, ont utilisé des entretiens participatifs et des techniques de collecte d'histoires.

Résultats

Les résultats de l'évaluation quantitative [15,16] montrent que BG a contribué à des effets significatifs dans le développement des connaissances en matière de santé reproductive, des liens avec les tuteurs.trices, et des attitudes et comportements équitables entre les sexes parmi les TJA grâce à son paquet d'interventions, à plusieurs niveaux, de neuf mois avec les TJA et les adultes. Le programme a également conduit à un environnement de développement plus solide pour les TJA en aidant les parents/tuteurs.trices, les enseignant.es et les prestataires de soins de santé à communiquer efficacement avec les TJA, à considérer les TJA comme des individus autonomes avec leurs propres pensées et désirs, et à agir avec une plus grande égalité de genre envers les filles et les garçons. Dans les résultats de l'évaluation quantitative concernant les personnes avec qui les TJA ont parlé des sujets de santé reproductive, nous avons trouvé quelques résultats clés :

- Les TJA avaient tendance à parler avec des personnes du même sexe, les résultats montrant que les garçons TJA sont plus susceptibles de parler de changements corporels, de relations sexuelles, de contraception et de grossesse avec leur tuteurs.trices paternel, leurs amis et leurs frères, et que les filles sont plus susceptibles que les garçons de parler de ces sujets avec leurs tuteurs.trices maternel et leurs sœurs.
- Peu de TJA déclarent avoir parlé de la SR avec des médecins.
- Les résultats n'ont pas indiqué de différences significatives entre le statut scolarisé et non scolarisé.

Les résultats de l'évaluation indiquent également que BG s'attaque aux inégalités et obtient de bons résultats parmi les jeunes TJA non scolarisés, à savoir :

- Se sentir à l'aise avec la puberté et les changements corporels
- Communiquer avec les tuteurs.tricesadultes sur la santé reproductive, y compris les relations amoureuses saines et la contraception

- Intimidation moins fréquente des autres (pour les garçons)
- S'attendre à un partage plus équitable des tâches ménagères entre les sexes (pour les filles)

Malgré ces résultats prometteurs, il y a eu des domaines où l'intervention n'a pas donné de résultats positifs. Par exemple, nous nous attendions à voir un impact sur le confort corporel, le confort face aux menstruations, la communication sur les changements corporels et la grossesse, et d'autres mesures d'égalité entre les sexes. Le GEAS continuera d'étudier comment le genre et d'autres facteurs influencent la santé et le bien-être des TJA à mesure qu'ils avancent dans l'adolescence, ce qui renforcera les preuves d'un investissement dans des programmes destinés aux TJA.

Mise à l'échelle

La phase de préparation à la mise à l'échelle de BG a débuté en août 2018 et visait à assurer une orientation solide pour l'institutionnalisation (mise à l'échelle verticale) de BG dans les principales plateformes ministérielles congolaises. Les partenaires principaux au cours des deux premières années de mise à l'échelle (2019-2021) étaient le MOE, le MOH et les organisations non gouvernementales (ONG) locales. Au cours de la troisième année de mise à l'échelle (fin 2021 à 2022), le ministère des Affaires sociales (MSA) a rejoint ce groupe et chaque ministère a soutenu l'institutionnalisation d'une composante différente de l'intervention.

Au cours de la première année de mise en œuvre, le ministère de l'Éducation a institutionnalisé BG de deux manières : 1) en déployant un protocole formel pour la création et le maintien des clubs scolaires ; et 2) en intégrant BG dans le programme d'éducation à la vie familiale). Deux ONG principales ont aidé le ministère de l'Éducation et les écoles à mettre en place les clubs scolaires, ainsi que des ONG plus petites pour mettre en place des clubs communautaires et des sessions pour les parents et la communauté. Le ministère de la Santé a institutionnalisé BG en continuant à soutenir les activités d'échange de services de santé avec les prestataires basés dans les établissements.

Au cours de la deuxième année de mise à l'échelle (2020), qui a coïncidé avec le début de la pandémie de COVID-19, toutes les activités de BG ont été temporairement interrompues en raison de la fermeture des écoles et des restrictions de mobilité. Le soutien du projet s'est déplacé pour se concentrer sur l'intégration de l'éducation à la vie familiale (y compris la boîte à outils de BG) dans le programme d'apprentissage à distance lancé par le MOE en collaboration avec l'UNICEF. Une fois les écoles rouvertes en 2021, BG a repris ses activités présentiels dans les écoles sous la direction du MOE, en veillant à respecter la distance sociale et les mesures de sécurité. Les activités communautaires sont également passées de la responsabilité des OBC à celle des plateformes ministérielles. Le ministère de la Santé a assumé la responsabilité de la mise en

œuvre des sessions parentales et communautaires par le biais de son cadre d'agents de santé communautaire. En outre, le ministère des Affaires sociales, qui est responsable de la réintégration des adolescent.es non scolarisé.es dans le système éducatif formel, a piloté une nouvelle approche visant à intégrer BG dans sa programmation existante.

D'importants changements de politique ont également contribué à garantir l'institutionnalisation de BG, tant à l'heure actuelle que dans les années à venir. L'intervention est incluse dans le plan stratégique triennal du Programme national pour la santé des adolescent.es (MOH/PNSA) comme approche phare pour engager et soutenir la santé sexuelle et reproductive des adolescent.es parmi les TJA. Il est également pleinement intégré au programme d'éducation à la vie familiale relevant du ministère de l'Éducation, notamment dans tous les documents de formation initiale et continue, les supports pédagogiques et autres documents stratégiques. Le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation plaident actuellement auprès des partenaires bilatéraux et des ONG internationales pour la poursuite du financement de cette approche.

Conclusions

Bien Grandir! représente un modèle de programme prometteur, adaptable et résilient pour des contextes urbains difficiles comme celui de Kinshasa. Les résultats de l'évaluation prouvent qu'il améliore les connaissances en matière de santé reproductive, le lien avec les tuteurs.trices et les attitudes équitables entre les sexes chez les TJA, et qu'il s'attaque aux inégalités en touchant les jeunes non scolarisé.es et les jeunes adolescent.es. En outre, les données qualitatives supposent que BG améliore les compétences et les attitudes des tuteurs.trices, des enseignant.es et des prestataires de soins de santé, créant ainsi un environnement plus favorable aux TJA. Plus important encore, BG est accepté par les parents, les dirigeants communautaires, le programme national de santé des adolescent.es du ministère de la Santé publique et le département d'éducation à la vie familiale du ministère de l'Éducation, et il s'est avéré possible de le mettre en œuvre dans les écoles des communautés à faibles revenus de la zone urbaine de Kinshasa.

Il y a encore beaucoup à apprendre sur la manière d'améliorer BG et les interventions similaires conçues pour améliorer l'équité entre les sexes et la SSR chez les jeunes adolescent.es. Des questions cruciales demeurent quant au dosage, à la durée et à l'impact de la facilitation sur l'efficacité. Les vagues ultérieures de GEAS continueront à explorer les réponses à ces questions et chercheront à comprendre comment le genre et d'autres facteurs influencent la santé et le bien-être des TJA au fur et à mesure qu'ils avancent dans l'adolescence, renforçant ainsi les preuves d'investissement dans les programmes destinés aux TJA.

References

- [1] Dossier sur la planification familiale (octobre à novembre 2018) PMA2020/KINSHASA, RDC. (2019). Suivi des performances et responsabilité 2020 (PMA 2020). https://fr.pmadata.org/sites/default/files/data_product_results/PMA2020-DRC-Kinshasa-R7-FP-Brief-EN.pdf
- [2] Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) : République Démocratique du Congo. (2014). Le programme DHS – Enquêtes démographiques et sanitaires. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>
- [3] UNFPA, GHRB & PDB. (2021). Taux de prévalence, tendances et disparités de la violence entre partenaires intimes : PUISSANCE DES DONNÉES DANS LE TABLEAU DE BORD GÉOSPATIAL DE LA VPI. Fonds des Nations unies pour la population. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/IPVDataAnalysisReport_final.pdf
- [4] Lusey, H., San Sebastian, M., Christianson, M. et Edin, K. E. (2018). Prévalence et corrélats des normes inéquitables de genre chez les jeunes femmes et hommes fréquentant l'église à Kinshasa, République démocratique du Congo. BMC Public Health, 18 (887), 1-12. PubMed Central PMCID : PMC6050660. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5742-9>
- [5] Muanda, M. F., Ndong, G. P., Messina, L. J., & Bertrand, J. T. (2016). Barrières à l'utilisation des contraceptifs modernes à Kinshasa, RDC. PloS One, 11 (12), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167560>
- [6] Institut pour la Santé de la Reproduction Outil d'exploration des normes sociales. (2020) Washington, D.C. : l'Institut pour la Santé de la Reproduction, Université de Georgetown, pour l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)
- [7] Projet GREAT. (s.d.). [Université de Georgetown]. Institut pour la santé de la reproduction. https://www.irh.org/projects/great_project/
- [8] Projet A3. (n.d.). [Université de Georgetown]. Institut pour la santé de la reproduction. https://www.irh.org/projects/a3_project/
- [9] Institut pour la Santé de la Reproduction (IRH). (2014). GrowUp Smart™ : Un guide pour les animateurs pour organiser des séances de groupe sur les changements liés à la puberté et à la croissance. Washington, DC : Institut pour la santé de la reproduction, Université de Georgetown
- [10] GrowUp Smart Storybook, Rwanda. (2014). [Université de Georgetown]. Institut pour la santé de la reproduction. <https://www.irh.org/resource-library/growup-smart-storybook-rwanda/>
- [11] Brochure GrowUp Smart, Rwanda. (2014). [Université de Georgetown]. Institut pour la santé de la reproduction. <https://www.irh.org/resource-library/growup-smart-brochure/>
- [12] Programme "Choices, Voices, Promises". (n.d.). Save the Children : Child Rights Resource Centre. <https://resourcecentre.savethechildren.net/collection/choices-voices-promises-program/>
- [13] Centre sur l'équité des genres et la santé. (2022). Impact de Bien Grandir ! sur la vie des très jeunes adolescent.es : Un et deux ans après la mise en œuvre du programme. La Jolla, CA : Centre sur l'équité des genres et la santé de l'Université de Californie à San Diego pour la Fondation Bill et Melinda Gates.
- [14] Centre sur l'équité des genres et la santé, Global Early Adolescent Study, et École de Santé Publique de Kinshasa. (2022). Bien Grandir ! Rapport GEAS Vague 5. La Jolla, CA : Université de Californie San Diego pour la Fondation Bill et Melinda Gates.
- [15] Institut pour la Santé de la Reproduction. (2019). Bien Grandir ! : Rapport GEAS Vague 2. « Kinshasa School Of Public Health », Université Johns Hopkins, Institut pour la santé de la reproduction, Université de Georgetown et Save the Children U.S. https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2022/08/gug-geas-wave-2-report_compressed-1.pdf
- [16] Institut pour la Santé de la Reproduction. (2021). Bien Grandir ! Un an après, le projet est prometteur en matière de développement des compétences et d'évolution des normes. Janvier 2021. Washington, D.C. : Institut pour la santé de la reproduction, Université de Georgetown pour l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et la Fondation Bill et Melinda Gates. https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2022/08/gug_impact-brief_updated-06.17.2022_final_eng.pdf