

Bien Grandir !

La voie à suivre

Rétrospective sur sept ans d'investissement et de mise à l'échelle de l'éducation sexuelle transformatrice pour les très jeunes adolescent.es en RDC

Avril 2023

+GEH Center on Gender Equity and Health | UC San Diego School of Medicine | Save the Children. | GEAS Global Early Adolescent Study

© 2023 Centre sur l'équité des genres et la santé (Center on Gender Equity and Health) de l'Université de Californie à San Diego

growingupgreat.org

Citation recommandée :

Centre sur l'équité des genres et la santé. (2023). *Rétrospective sur sept ans d'investissement et de mise à l'échelle de l'éducation sexuelle transformatrice de genre pour les très jeunes adolescents en RDC : Note de recherche récapitulative de fin de projet.* La Jolla, CA : Centre sur l'équité des genres et la santé de l'Université de Californie à San Diego pour la Fondation Bill & Melinda Gates.

Déclaration d'attribution :

Le projet Bien Grandir ! La voie à suivre a été rendu possible, en partie, grâce au soutien généreux de la Fondation Bill & Melinda Gates et du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), selon les termes de l'accord de coopération N° AID-OAA-A-15-00042. Ce rapport a été préparé par Kathryn M. Barker, Khudejha Asghar, Francine Wood et Rebecka Lundgren du Centre sur l'équité des genres et la santé de l'Université de Californie à San Diego (GEH/UCSD), et Jennifer Gayles de *Save the Children*. Son contenu relève de la responsabilité de GEH/UCSD, GEAS et *Save the Children* et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'Université de Californie à San Diego, de l'Université Johns Hopkins, de la Fondation Bill & Melinda Gates, de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

TABLE DES MATIÈRES

Note de la directrice de projet 1

Remerciements 2

Le leadership de Bien Grandir ! 3

Bien Grandir ! Le Consortium 3

Groupe de référence des parties prenantes 3

Conseil consultatif des jeunes 4

Intervention Bien Grandir ! : Un bref aperçu 5

Théorie du changement 8

Le contexte unique de Kinshasa 9

Bien Grandir ! : La voie à suivre 9

Construire et soutenir une culture d'apprentissage 12

Bien Grandir ! Sources de données 12

Évaluation 14

Impacts à court terme de BG 14

Un changement durable : L'impact à long terme de BG 18

Changement émergent : Nouveaux impacts trois ans plus tard 18

Toutes les bonnes choses ne durent pas: des résultats qui se sont estompés lors de la cinquième vague 18

Mise à l'échelle 20

Stratégie de mise à l'échelle : Institutionnaliser et étendre la portée de BG 22

Critères de référence et réalisations de la mise à l'échelle 25

Apprentissage de la mise à l'échelle 29

Recommandations et conclusions 31

References 35

Annexe A. Résultats de l'évaluation par vague 37

Annexe B. Critères de référence pour la mise à l'échelle 45

Liste des Figures

Figure 1. | Bien Grandir ! Théorie du changement **8**

Figure 2. | Cycle de vie du projet Bien Grandir ! : La voie à suivre **10**

Figure 3. | Bien Grandir ! Stratégies d'engagement des parties prenantes **21**

Figure 4. | Institutionnalisation et expansion pour une mise à l'échelle durable **23**

Figure 5. | Résumé de Bien Grandir ! Réalisations en matière d'institutionnalisation au cours des deux premières années de mise à l'échelle **27**

Liste des Tableaux

Tableau 1. | Critères de référence pour étendre la portée et l'impact de BG dans les zones d'intervention **26**

Tableau 2. | Critères de référence pour l'institutionnalisation de BG au sein du ministère de l'Education, du ministère de la Santé et des organisations communautaires **28**

Tableau 3. | Critères de référence pour l'apprentissage à grande échelle **30**

ACRONYMES

AMC . . . . . .Affaires Mondiales Canada

ASC. . . . . .Agent de Santé Communautaire

BG . . . . . .Bien Grandir !

BG : VS . . . . . .Bien Grandir : La voie à suivre

BMGF. . . . . .Fondation Bill & Melinda Gates

COJ. . . . . .Conseil Consultatif des Jeunes

DEVC . . . . . .Direction de l'Education à la Vie Courante

EPST . . . . . .Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Technique

ESPK . . . . . .École de Santé Publique de Kinshasa

EVF. . . . . .Éducation à la Vie Familiale

GEAS . . . . . .Global Early Adolescent Study

IMT. . . . . .Outil de la cartographie de la mise en œuvre (Implementation Mapping Tool)

IRH. . . . . .Institut pour la Santé Reproductive

JHU . . . . . .Université Johns Hopkins

ME. . . . . .Ministère de l'Education

MS. . . . . .Ministère de la Santé

OBC . . . . . .Organisations à Base Communautaire

ONG . . . . . .Organisation Non Gouvernementale

PF . . . . . .Planification Familiale

PNSA . . . . . .Le Programme National de la Santé de l'Adolescent

RDC . . . . . .République Démocratique du Congo

RECO. . . . . .Relais Communautaires

RECOPE . . . . .Réseaux Communautaires de Protection de l'Enfance

SNET . . . . . .Outil d'exploration des normes sociales

SRG. . . . . .Groupe de référence des parties prenantes (Stakeholder Reference Group)

SSR. . . . . .Santé Sexuelle et Reproductive

TJA . . . . . .Très Jeunes Adolescents

UCSD . . . . . .Université de Californie à San Diego

USAID . . . . . .Agence des États-Unis pour le Développement International

VBG . . . . . .Violence Basée sur le Genre

VPI . . . . . .Violence entre Partenaires Intimes

NOTE DE LA DIRECTRICE DE PROJET

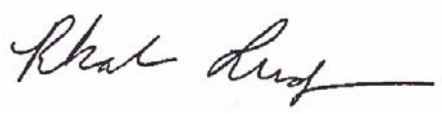
Investir dans les très jeunes adolescents offre la possibilité de modifier les attitudes inéquitables concernant les rôles et les caractéristiques des hommes et des femmes avant que ces attitudes ne se renforcent plus tard dans la vie. Ces changements d'attitude façonnent collectivement les normes sociales et de genre, au plan local, qui ont un impact sur les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive tout au long de la vie, ainsi que sur les relations équitables.

Ce rapport résume les efforts déployés pendant sept ans autour d'un programme conçu pour répondre à ces questions : Bien Grandir ! – un programme de santé sexuelle et reproductive (SSR) fondé sur des données probantes et transformateur de genre, destiné aux très jeunes adolescents (TJA) scolarisés et non scolarisés âgés de 10 à 14 ans, ainsi qu'aux adultes qui ont une place importante dans leur vie. Bien Grandir ! a été développé, piloté et mis à l'échelle à Kinshasa, en RDC, de 2015 à 2022, et s'appuie sur des programmes fondés sur des données probantes concernant les adolescents au Népal, en Ouganda et au Rwanda.

Les résultats de l'évaluation longitudinale démontrent la capacité de Bien Grandir ! à accroître les connaissances et la communication en matière de santé sexuelle et reproductive et à améliorer les attitudes clés en matière de genre parmi les participants TJA, à la fois immédiatement après l'intervention et des années plus tard. Grâce à cet impact avéré et à son contenu culturellement adapté, Bien Grandir ! a été sélectionné pour figurer dans le plan stratégique triennal du Programme National de la Santé de l'Adolescent du ministère de la Santé (MS/PNSA) en tant qu'approche phare pour l'engagement et le soutien à la santé reproductive des adolescent.es précisément des TJA. Il a aussi été pleinement intégré dans le programme de la Direction de l'Education à la Vie Courante du ministère de l'Education (EPST/DEVC), notamment dans tous les documents de formation initiale et continue et dans les supports pédagogiques. Les deux ministères plaident actuellement auprès des partenaires bilatéraux et des organisations non gouvernementales (ONG) internationales pour la poursuite du financement de l'approche. Au cours de la dernière année de mise à l'échelle, Bien Grandir ! a également été intégré dans les programmes soutenus par le ministère des Affaires Sociales.

Les pages suivantes décrivent les processus et les enseignements tirés du cycle de vie du projet : 1) jeter les bases de la mise en œuvre et de la durabilité à long terme, 2) piloter l'intervention dans la ville de Kinshasa, 3) évaluer de multiples flux de données dans le cadre de partenariats multisectoriels afin de mettre à l'échelle le projet au sein des systèmes locaux et nationaux. Tout au long de ces phases, notre équipe a été guidée par les principes d'un retour d'information réactif et par l'approche connexe de l'USAID « Collaborer, apprendre et s'adapter ». Ces approches de gestion adaptative prévoient des ajustements périodiques de l'intervention, une implication continue et significative des parties prenantes et une culture d'apprentissage continu. Notre équipe a mis en œuvre ces approches grâce à une collaboration et une communication extraordinaire entre nos deux bailleurs de fonds : l'Agence américaine pour le développement international et la Fondation Bill & Melinda Gates.

Nous espérons que les décideurs politiques, les responsables de la mise en œuvre des programmes et les spécialistes de la mise en œuvre trouveront dans ce rapport des enseignements susceptibles d'être appliqués à des travaux futurs.



Rebecka Lundgren, PhD | *Directrice, Bien Grandir : La Voie à Suivre !*

REMERCIEMENTS

Les auteurs du rapport tiennent à saluer les contributions exceptionnelles des nombreuses personnes qui ont investi leur temps, leur expertise et leur passion dans Bien Grandir ! en particulier Mariam Diakité, consultante indépendante, Callie Simon et Brad Kerner, membres du personnel de *Save the Children*, ainsi que Sarah Smith et Princess Luna de GEH et Susan Igras, Lea Satta et Brianán Kiernan de l'Institut pour la santé reproductive de l'Université de Georgetown. Nous remercions l'équipe de *Save the Children* basée à Kinshasa, en RDC, pour avoir dirigé la mise en œuvre et la mise à l'échelle de Bien Grandir ! Pierrot Mbela, Blandine Aveledi Nanga, Hippolyte Nkoy, Grace Molisho, Eric Mabika, Eric Rico Kasongo, Pascaline Palama, Mira Nkumpanyi, Ida Baderhabusha, Alex Fikiri, Willy Onema, Laurent Bahizire, Florentine Diantisa, Nadine Wembanyama, Mike Alongoli, Prisca Safari, Celestin Chihuguyu et Willy Mukembanyi. Nous tenons également à remercier Alexis Ntabona d'ExpandNet pour ses conseils en matière de mise à l'échelle.

Les produits issus de l'évaluation quantitative des résultats n'auraient pas été possibles sans la persévérance et l'engagement de l'équipe de « Global Early Adolescent Study » (GEAS), qui a travaillé ensemble pour concevoir la recherche, développer les outils, collecter et analyser trois vagues de données de cohortes longitudinales dans des conditions évolutives et difficiles. L'équipe de l'étude comprend Robert Blum, Caroline Moreau, Kristin Mmari, Leah Koenig, Kara Hunersen, Lydia Animosa et Mengmeng Li du centre de coordination de l'université Johns Hopkins à Baltimore, ainsi que l'équipe de l'École de Santé Publique de Kinshasa, dirigée par Eric Mafuta et Aimé Lulebo, et feu Patrick Kayembe.

Nous remercions également le Programme National de la Santé de l'Adolescent du ministère de la Santé et la Direction d'Éducation à la Vie Courante du ministère de l'Education, le groupe de référence des parties prenantes et les membres du conseil consultatif des jeunes. Nous remercions également nos partenaires communautaires, notamment l'Association pour le Bien Être Familial/Naissances Désirables (ABEF-ND), les Actions Chrétiennes Pour la Défense des Droits de l'Enfant Défavorisé et de la Fille Mère (ACHREDDEF), les Associations des Défenseurs des Droits Humains pour le Développement Communautaire (ADDHDC), Alliance Communautaire pour la Promotion des Droits Fondamentaux (APDF), le Groupe El Dorado (GE), Réseau des Adolescents et Jeunes Congolais en Population et Développement (RAJECOPOD), l'Union Féminine du Millénaire (UFEM), l'Union des Jeunes Cadets (UJCA) et les nombreux réseaux de protection de l'enfance de quartier (RECOPE) qui ont puisé dans leurs profondes relations communautaires pour soutenir ce travail. Plus important encore, nous remercions les jeunes, leurs parents et les membres des communautés des communes de Kimbanseke, Masina et Ndjili à Kinshasa qui ont généreusement partagé leur temps et leurs expériences avec les équipes de recherche et de programme, dans l'espoir d'améliorer l'avenir de leurs communautés.

Enfin, nous remercions nos bailleurs de fonds, Perri Sutton, Laura Hahn et Clarissa Lord Brundage de la Fondation Bill et Melinda Gates, ainsi que Linda Sussman, Caitlin Thistle et Joan Kraft de l'USAID, pour leur flexibilité, leur soutien moral et leurs conseils au cours des multiples étapes du projet.

LE LEADERSHIP DE BIEN GRANDIR !

Les activités d'intervention, de recherche et de mise à l'échelle de l'initiative Bien Grandir ! (BG) ont été menées par un consortium d'experts interdisciplinaires en matière de mise en œuvre, de recherche et de mise à l'échelle, et informées par un organe consultatif composé de parties prenantes locales. Les activités du projet ont été soutenues par un financement complémentaire de la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF) et de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

Bien Grandir ! Le Consortium

Le consortium BG (également appelé « équipe de projet ») comprend trois groupes d'experts :

1. **Partenaires de mise en œuvre et d'extension :** *Save the Children* a dirigé le développement, la mise en œuvre, le suivi et la mise à l'échelle de l'intervention. Ces activités ont été menées en collaboration avec des organisations communautaires locales et des réseaux de protection de l'enfance : Association pour le Bien Être Familial/Naissances Désirables (ABEF-ND), Actions Chrétiennes Pour la Défense des Droits de l'Enfant Défavorisé et de la Fille Mère (ACHREDDEF), Associations des Défenseurs des Droits Humains pour le Développement Communautaire (ADDHDC), Alliance Communautaire pour la Promotion des Droits Fondamentaux (APDF), le Groupe El Dorado (GE), Réseau des Adolescents et Jeunes Congolais en Population et Développement (RAJECOPOD), Réseaux communautaires de protection des enfants (RECOPE), Union Féminine du Millénaire (UFEM), Union des Jeunes Cadets (UJCA).

2. **Recherche et partenaires techniques :** L'apprentissage, la recherche, le suivi et l'orientation sur la mise à l'échelle durable ont commencé sous l'égide de l'Institut pour la santé reproductive (IRH) (2015-2022) et ont ensuite été transférés au Centre sur l'équité de genre et la santé de l'Université de Californie à San Diego (GEH/UCSD) (2018-2023) sous la direction de la directrice du projet, le Dr Rebecka Lundgren.

3. **Partenaires d'évaluation :** L'école de santé publique Bloomberg de l'université Johns Hopkins a géré une équipe de chercheurs impliqués dans « Global Early Adolescent Study » (GEAS) qui a réalisé l'évaluation des résultats dans le cadre d'une relation solide et continue avec le partenaire de recherche local, l'École de Santé Publique de Kinshasa (ESPK). En outre, un partenaire de recherche local, Experts SARL, a été chargé de réaliser une étude qualitative afin d'examiner si les parties prenantes locales étaient prêtes à reprendre les éléments du programme des partenaires chargés de la mise en œuvre.

Groupe de référence des parties prenantes

Dès la création de BG, le Consortium BG s'est efforcé d'impliquer les principales parties prenantes en RDC par l'intermédiaire d'un Groupe de référence des parties prenantes (SRG) multidisciplinaire. Coprésidé par le Programme National de la Santé de l'Adolescent (MS/PNSA) et le Direction de l'Education

à la Vie Courante (ME/DEVC), le SRG a fait office de comité consultatif technique de BG. Le SRG était composé de près de 50 membres issus d'organisations gouvernementales et de la société civile, engagés dans la SSRA et possédant une solide connaissance du contexte local et des cultures en jeu dans 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. Le SRG était en fin de compte 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 la mise à l'échelle du programme.

Au cours des dernières années du projet, des membres clés du SRG ont rejoint des représentants de deux organisations communautaires pour former l'*équipe de ressources, une* continuation du SRG axée spécifiquement sur l'orientation des efforts de mise à l'échelle. Compte tenu du rôle de conseil et de la participation active du SRG à la supervision technique et à la supervision conjointe depuis le lancement du projet, il était logique de tirer parti de l'expertise technique et opérationnelle du groupe pour soutenir les praticiens de la mise à l'échelle. Un mandat actualisé a décrit les rôles et les responsabilités de l'équipe de ressources au cours de la mise à l'échelle, notamment la participation aux réunions d'apprentissage trimestrielles, le soutien aux praticiens de la mise à l'échelle pour résoudre les problèmes persistants, la liaison avec les responsables de la santé et de l'éducation au niveau des provinces et des districts, le cas échéant, et l'aide à la mise en place de boucles de communication claires pour le partage/rapport des données de suivi et de supervision. Les membres de l'équipe de ressources comprenaient des représentants des institutions et organisations suivantes :

- Le ministère de la Santé, représenté par le PNSA et le Programme National de Santé Reproductive (PNSR)
- Le ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Technique (EPST), représenté par le Directeur de l'Education à la Vie Familiale (EVF)
- Le ministère des Affaires Sociales
- Le ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance
- Le ministère de la Jeunesse
- Les agences des Nations Unies, y compris les représentants du FNUAP et de l'UNICEF
- Organisations non gouvernementales (ONG) internationales avec des programmes connexes
- Organisations à base communautaire (RAJECOPOD et ABEF-ND)

Conseil consultatif des jeunes

En plus du Consortium et du SRG, un Conseil Consultatif des Jeunes (COJ) a été créé en 2017 pour offrir aux jeunes des possibilités substantielles et significatives de contribuer et de diriger l'apprentissage, l'évaluation et l'adaptation du programme. La création du COJ était un objectif clé du projet, et le COJ continue à faire entendre la voix et les perspectives des jeunes dans leurs communautés. Les jeunes membres ont travaillé à l'établissement officiel du groupe en obtenant le statut d'ONG en 2022, ce qui représente un résultat direct de leur travail, de leur leadership et de leurs capacités qui ont été renforcés pendant le projet BG.

INTERVENTION BIEN GRANDIR! : UN BREF APERÇU

Bien Grandir ! est un programme d'éducation sexuelle à plusieurs niveaux, d'une durée de neuf mois, destiné aux garçons et aux filles âgés de 10 à 14 ans. S'appuyant sur le modèle socio-écologique. BG s'adresse aux adolescents, aux parents/tuteurs, aux enseignants et aux prestataires de santé afin de créer un environnement propice à la compréhension et à l'examen, par les adolescents, des questions de santé sexuelle et reproductive (SSR) et des normes sociales et sexospécifiques qui s'y rapportent. L'intervention : 1) renforce auprès des jeunes filles, les attitudes et les comportements équitables entre les sexes, leur efficacité personnelle, leur connaissance de la puberté et de la santé reproductive ; et 2) implique les adultes avec lesquels les jeunes filles interagissent à la maison, à l'école et dans les environnements de soins de santé par le biais de discussions facilitées et de sessions de réflexion communautaires (voir l'encadré 1 pour plus d'informations).

L'intervention de BG s'appuie sur les enseignements tirés de trois projets antérieurs de changement de normes fondés sur des données probantes en Ouganda, au Rwanda et au Népal :

1. **Le projet GREAT (Gender Roles, Equality and Transformation)** — un ensemble d'interventions fondées sur des données probantes, modulables et adaptées aux différentes étapes de la vie, visant à transformer les normes de genre, à accroître l'utilisation de la contraception, à réduire la violence basée sur le genre (VBG) et à promouvoir des attitudes équitables en matière de genre parmi les adolescents en Ouganda [3].

2. **GrowUp Smart** — un ensemble de matériels interactifs sur la puberté et la connaissance du corps, basé sur un programme d'études, destiné aux TJA et aux parents/tuteurs au Rwanda. GrowUp Smart a organisé des séances d'information pour les parents/tuteurs afin d'accroître leurs connaissances et renforcer leurs compétences en matière de communication [4].

3. **Choices, Voices, Promises** — une approche de transformation des normes de genre pour les TJA au Népal, utilisant une approche socio-écologique pour favoriser le changement à trois niveaux, y compris l'utilisation de vidéos basées sur l'émotion et la discussion de groupe facilitée pour engager parents/tuteurs sur l'équité des genres dans les familles [5].

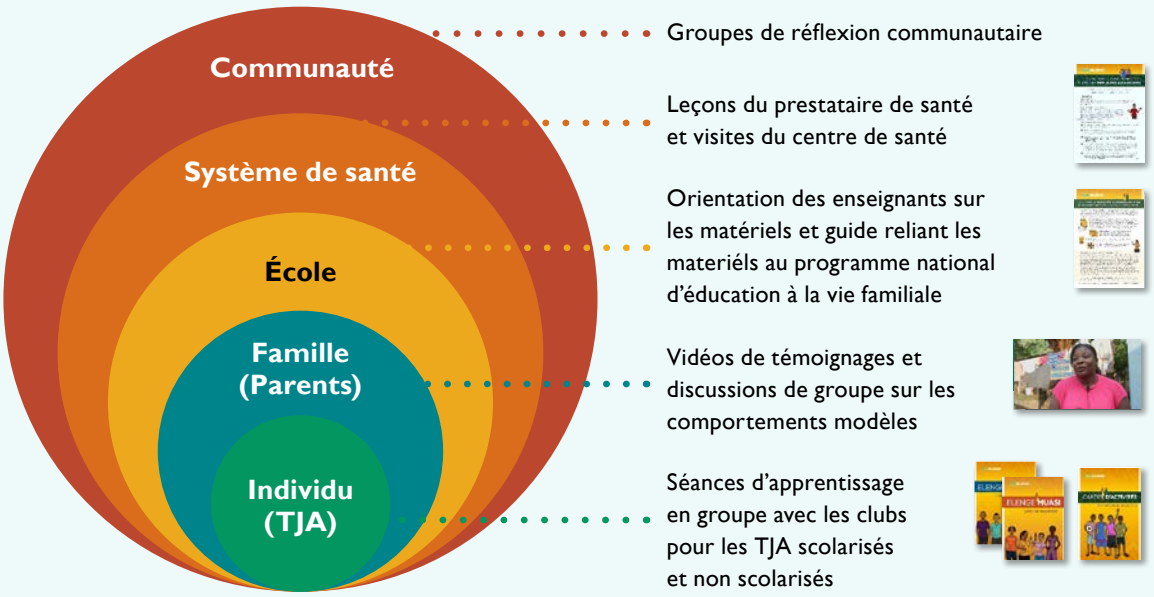
Sur la base de ces précédents programmes réussis, BG a été mis en œuvre à Kinshasa de septembre 2017 à mai 2018 dans deux communes — Kimbanseke et Masina — auprès de 2 350 très jeunes adolescents (TJA) âgés de 10 à 14 ans. L'intervention a ciblé les jeunes scolarisés et non scolarisés ainsi que les personnes qui s'occupent d'eux par le biais d'activités parallèles mises en œuvre dans les écoles, dans les groupes communautaires existants ou dans les espaces sécurisés pour les jeunes. En outre, plus de 2 000 parents/tuteurs et 2 200 membres de la communauté ont participé à des sessions de groupes pour regarder et discuter de vidéos de témoignages de parents locaux ayant adopté des comportements positifs en matière de santé sexuelle et reproductive.

GUG RESOURCE

Guide de Mise en Œuvre de Bien Grandir!

1 De plus amples informations sur les trois projets antérieurs sont disponibles dans le document Bien Grandir ! Guide de mise en œuvre (voir annexe A : Guide d'adaptation de BG) [1-2]. Le Guide d'adaptation de BG : 1) fournit des conseils étape par étape sur la manière d'adapter l'intervention et le matériel de BG à d'autres contextes ; 2) offre des conseils sur la manière d'obtenir le soutien des parties prenantes et de la communauté pour l'intervention tout au long des phases de conception et de test du matériel ; et 3) aide les responsables de programmes à réfléchir à la manière d'intégrer l'approche de l'intervention dans les infrastructures locales de santé, d'éducation et sociales.

Encadré 1. | *Bien Grandir ! Paquet d' intervention*



S'appuyant sur le modèle socio-écologique, l'intervention à plusieurs niveaux de BG structure le contenu du programme et les activités pour atteindre les garçons et les filles âgés de 10 à 14 ans, ainsi que les adultes importants dans leur vie, avec des informations permettant de comprendre et d'examiner les questions de santé sexuelle et reproductive des adolescents et les normes sociales et de genre liées à ces résultats en matière de santé.

NIVEAU INDIVIDUEL

Clubs de TJA et sessions d'apprentissage

Les TJA scolarisés participent à des clubs scolaires (26 réunions hebdomadaires mixtes d'une durée de 60 à 90 minutes chacune) et à des cours dispensés par les enseignants à l'aide de la boîte à outils de BG (coûte environ 100 dollars par boîte à outils) 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 enseignant.es sont encouragés à utiliser le matériel dans le cadre de la planification des cours existants afin de permettre une approche flexible pour la réalisation du programme.

Les clubs pour les TJA non scolarisé.es se réunissent chaque semaine pendant 28 semaines. Ces sessions sont animées par le personnel des OBC formé.

Les sujets abordés par tous les TJA concernent la puberté, les comportements et les relations saines, ainsi que les rôles équitables des hommes et des femmes. La boîte à outils de BG contient des livres

d'histoires, des cartes d'activités, un jeu, un jeu de CycleBeads® et des livrets sur la puberté pour les TJA à emporter à la maison.

NIVEAU FAMILIAL

Vidéos de témoignages des parents/tuteurs et discussion

Les parents/tuteurs des membres du club BG participent à six séances sur une période de six mois. Chaque session est centrée sur des « vidéos de témoignages des parents/tuteurs » : des vidéos de parents/tuteurs autochtone jouant et discutant de sujets abordés dans les clubs BG de TJA. Ces vidéos sont conçues pour promouvoir le dialogue et l'imitation chez les spectateurs afin de : promouvoir un soutien plus égalitaire aux adolescents ; aborder les questions de puberté, de fertilité et de santé des TJA ; encourager des comportements de recherche de soins de santé équitables pour les deux sexes et améliorer la communication sur des questions sensibles.

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 cibles (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 parents/tuteurs et un jeu participatif pour susciter la réflexion et la conversation.

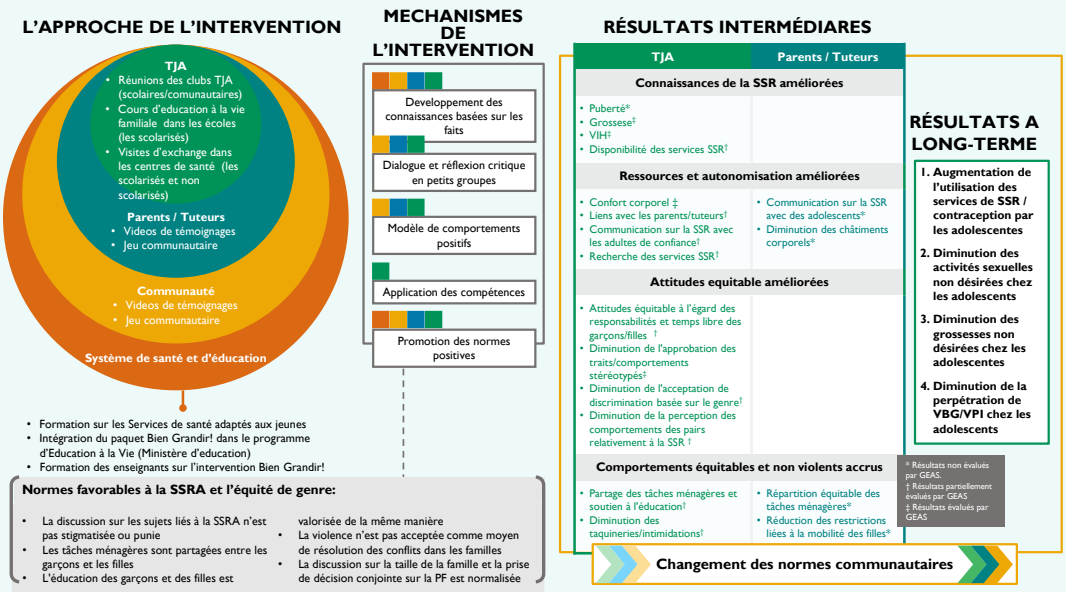
En 2018, une nouvelle adaptation de l'intervention a été réalisée - connue sous le nom de *Bien Grandir Plus !* (pour atteindre les adolescents plus âgés [15-19 ans] avec le soutien d'Affaires Mondiales Canada [AMC].

Théorie du changement

La théorie du changement du projet, basée sur le modèle socio-écologique, reconnaît que de nombreux facteurs influencent les TJA, y compris des personnes importantes dans leur vie qui façonnent leur environnement normatif au fur et à mesure qu'ils deviennent adultes. Ce cahier des charges a été élaboré en même temps que les activités du projet, au début de celui-ci, et a été affiné tout au long de son cycle de vie afin d'y intégrer les enseignements et les résultats.

Comme le montre la figure 1, la théorie du changement comprennent les éléments clés de l'intervention et les mécanismes d'action à plusieurs niveaux. Ces mécanismes d'action s'appuient sur des normes sociales qui soutiennent la santé sexuelle et reproductive des adolescents et l'égalité des sexes. En fin de compte, l'hypothèse a été émise que BG conduirait à des résultats à long terme, à savoir un recours accru des adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive et à la contraception, une diminution de l'activité sexuelle et des grossesses non désirées, ainsi qu'une réduction de la violence liée au genre chez les adolescents.

Figure 1. | *Bien Grandir ! Théorie du changement*



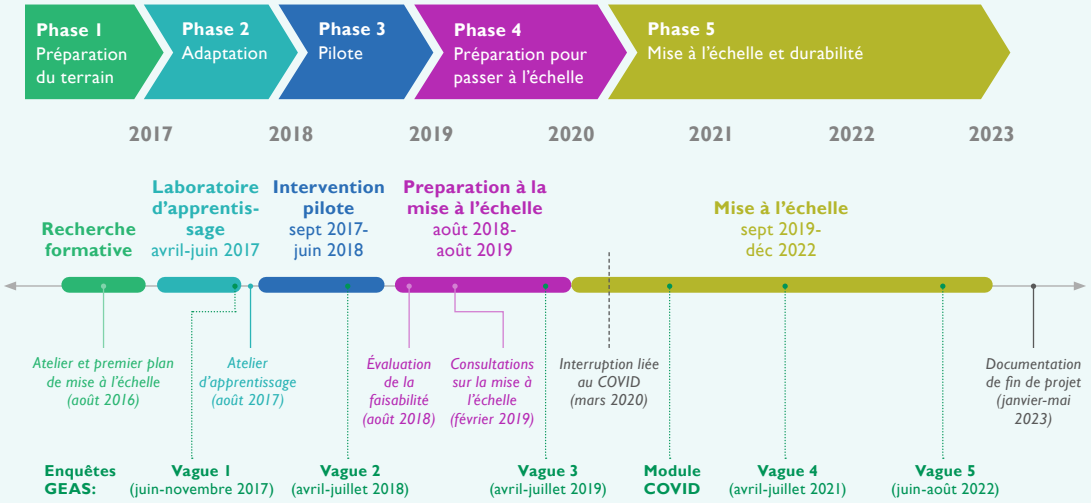
Le contexte unique de Kinshasa

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 adolescents (âgés de 10 à 19 ans) [6]. 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 [6]. L'enquête démographique et de santé la plus récente en RDC, réalisée en 2014, 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 interrogés dans cette même tranche d'âge, 7 % étaient mariés avant l'âge de 18 ans, tandis que 43 % des femmes interrogées étaient mariées avant l'âge de 18 ans [7]. La RDC s'est classée parmi les 10 premiers pays ayant les taux de prévalence de la violence entre partenaires intimes (VPI) les plus élevés sur 12 mois, et a le taux de prévalence de VPI le plus élevé d'Afrique subsaharienne [8]. 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, ont subi des violences physiques de la part d'un partenaire intime au cours de leur vie [7]. Les études sur le genre et les normes sociales révèlent que la violence basée sur le genre, et en particulier la violence entre partenaires intimes, est très répandue, les normes masculines étant fortement associées au contrôle, à la domination et à la supériorité sur les femmes [9-10]. Les très jeunes adolescents (TJA) —âgés de 10 à 14 ans — sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé et de nutrition, ainsi qu'aux possibilités limitées en matière d'éducation et de moyens de subsistance dans un Kinshasa instable, peu sûr et cher. Bien que le gouvernement dispose d'un département pour les adolescents 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'Education (ME), les ressources limitées et les capacités encore en développement, signifient que de nombreuses jeunes filles volontaires n'ont pas accès à des informations et services de santé reproductive de qualité et adaptés à leur âge.

BIEN GRANDIR ! : LA VOIE À SUIVRE

Bien Grandir ! : La voie à suivre (BG : VS) représente les efforts du consortium BG non seulement pour mettre en œuvre l'intervention BG mais aussi pour : 1) assurer la viabilité à long terme des programmes TJA par le biais de partenariats stratégiques et d'efforts ciblés en termes de mise à l'échelle ; et 2) développer la base de données probantes pour faire progresser la compréhension des processus de socialisation du genre et fournir des conseils sur la façon dont les interventions peuvent aider les jeunes à traverser la période de développement critique, allant du début à la fin de l'adolescence, en les soutenant dans leur apprentissage et éventuellement leur engagement dans des relations sexuelles saines et dans l'utilisation de la planification familiale. Le cycle de vie du projet (figure 2) a été planifié de manière à maximiser les possibilités d'apprentissage dans ces trois domaines : mise en œuvre du programme, efforts d'extension et production de données probantes.

Figure 2. | *Cycle de vie du projet Bien Grandir ! : La voie à suivre*



Phase 1

La phase 1 du programme comprenait une recherche formative rapide, s'appuyant sur des ateliers avec les jeunes, les parents et les parties prenantes du ministère pour adapter les interventions précédemment validées dans la ville de Kinshasa. Le groupe de référence des parties prenantes a été officiellement convoqué au cours de cette phase pour contribuer à l'adaptation de l'intervention, la validation de l'ensemble final de matériel et le soutien au développement d'un plan préliminaire de mise à l'échelle au cours d'un atelier en août 2016 à Kinshasa. Ce plan s'est concentré sur la production de preuves crédibles et exploitables, sur l'engagement des parties prenantes et sur le développement d'une intervention qui peut être mise à l'échelle des pays. Les partenaires locaux de mise en œuvre (OBC) ont également été identifiés au cours de cette phase à travers un appel d'offre adressé aux organisations ayant une expérience de travail avec et en faveur des jeunes.

Au cours de la première phase du projet, alors que le consortium BG élaborait le programme d'intervention, les membres du consortium ont utilisé l'outil d'exploration des normes sociales (SNET) [11], un outil d'apprentissage et d'action participatif, pour guider l'exploration des normes sociales avec les jeunes, adultes, les parents/tuteurs et leurs groupes de référence. Les enseignements tirés de cette activité ont servi à orienter la conception de l'intervention ainsi que les mesures d'évaluation.

Phase 2

La phase 2, connue sous le nom de laboratoire d'apprentissage, comprenait un test- pilote rapide visant à déterminer comment ajuster le programme d'intervention avant sa mise en œuvre, afin de s'assurer qu'il répondait aux besoins des TJA et de leurs communautés à Kinshasa. Au cours de cette phase de trois mois, un suivi régulier des activités a été mis en place et des réunions d'apprentissage ont été initiées.

Ces réunions ont rassemblé les responsables de la mise en œuvre pour examiner les données disponibles, discuter des observations et recommander les adaptations et améliorations nécessaires.

Phase 3

La phase 3 était le pilote officiel de l'intervention BG. Elle s'est déroulée entre 2017 et 2018 dans deux communautés (Masina et Kimbanseke) et a été évaluée par une enquête d'évaluation de base et de fin [12]. Les efforts de suivi et de documentation du projet, qui ont commencé pendant le laboratoire d'apprentissage (phase 2), ont été renforcés et poursuivis au cours de cette phase. Le COJ a également été créé au cours de cette phase afin d'offrir aux jeunes des possibilités substantielles et significatives de contribuer à l'apprentissage, à l'évaluation et à l'adaptation du programme. Les résultats de la mise en œuvre, de l'apprentissage et de l'évaluation ont mis en évidence quelques révisions nécessaires de l'intervention, en particulier les guides de discussion vidéo pour les séances destinées aux parents/tuteurs et à la communauté. Les guides ont été révisés pour inclure davantage de contenu sur la communication ouverte et respectueuse avec les TJA et la discipline non violente, un sujet fréquemment demandé par les participants au cours de la mise en œuvre.

Phase 4

Phase 4 — La phase de préparation pour la mise à l'échelle a commencé dès le début du projet avec le plan préliminaire de mise à l'échelle et la conception de l'intervention évolutive. Cependant, une fois que les données pilotes sont devenues disponibles en août 2018, les préparatifs pour la mise à l'échelle ont commencé pour de bon. Après le projet-pilote (phase 3), le consortium BG a organisé un atelier avec le SRG pour déterminer si les résultats du projet pilote justifiaient la poursuite de la mise en œuvre et de la mise à l'échelle, et si l'intervention répondait aux critères CORRECT pour la mise à l'échelle [13]. Après avoir examiné de près les résultats de l'évaluation et discuté de l'expérience de mise en œuvre, il a été décidé de passer à la phase de mise à l'échelle, toutefois à condition que certains changements (par exemple, des ajustements du contenu et des termes dans les documents BG pour améliorer la convivialité et la compréhension, et l'élargissement des sujets abordés dans les guides de discussion vidéo pour les parents/tuteurs) soient apportés pour garantir un potentiel maximal d'intégration et de viabilité. Au cours de cet atelier, les dirigeants de BG ont également cherché à établir des orientations pour l'institutionnalisation de BG dans les principales plateformes ministérielles congolaises et à toucher davantage de personnes avec l'intervention.

Phase 5

La phase 5 — mise à l'échelle — a commencé officiellement deux années après le début du projet-pilote. Cette phase comprenait des discussions ciblées entre l'équipe de *Save the Children* en RDC, quatre *organisations communautaires* impliquées dans la mise en œuvre — l'Alliance Communautaire pour la Promotion des Droits Fondamentaux (APDF), l'Association pour le Bien-Etre Familial (ABEF-ND), le Réseau des Adolescents et Jeunes Congolais en Population et Développement (RAJECOPOD), et l'Union Féminine du Millénaire (UFEM) — et trois *partenaires ministériels* : Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Technique (EPST) ; ministère de la Santé, Programme National de la Santé de l'Adolescent (PNSA) ; et dans la deuxième année de la phase 5, le ministère des Affaires Sociales.

Construire et soutenir une culture d'apprentissage

Dès le début, le consortium BG a créé une culture d''apprentissage et a utilisé une approche de gestion adaptative pour accroître l'efficacité et l'évolutivité du programme. Le personnel et les partenaires locaux ont été formés sur la théorie du changement et sur l'application des approches de changement de normes de BG et se sont engagés en tant que partenaires égaux dans la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation.

L'équipe de BG, composée de responsables de la mise en œuvre, de chercheurs, de bailleurs de fonds et de parties prenantes (c'est-à-dire le consortium de BG et les membres des SRG), a apporté des perspectives et des idées uniques sur la manière d'améliorer l'approche en vue d'une mise à l'échelle. La capacité de confirmer les apprentissages émergents, à partir de perspectives et de sources de données multiples, a facilité la prise de décisions programmatiques éclairées. De même, les informations recueillies et examinées provenaient de sources de données multiples — y compris les résultats quantitatifs des données d'enquête, les données qualitatives des entretiens approfondis, les données de suivi des équipes de mise en œuvre et les données « subjectives» telles que les anecdotes du personnel le plus proche de l'intervention. Ce processus de triangulation des données était fondamental pour la prise de décision et la compréhension des processus de changement de normes et de leurs effets.

Pour utiliser ces informations, le consortium BG a organisé des réunions trimestrielles « pause et réflexion » tout au long du cycle du programme. Ces réunions ont rassemblé les personnes chargées de la mise en œuvre directe (enseignants, prestataires de santé), les partenaires locaux (organisations communautaires, ME, MS) et les experts techniques du gouvernement afin de rendre compte des activités de mise en œuvre, d'examiner et d'interpréter les multiples sources de données, de mener une réflexion critique, de discuter des principaux défis, succès et enseignements tirés, et de convenir des ajustements nécessaires pour améliorer l'intervention.

Les discussions et les décisions ont été consignées dans une matrice d'apprentissage, un tableau qui recense les défis, les réussites, les enseignements tirés et les adaptations proposées. En outre, BG a utilisé des études qualitatives rapides pour examiner les composantes de l'intervention qui n'étaient pas incluses dans l'évaluation formelle . Cette approche d'apprentissage continu a permis à l'équipe du projet de relever les défis transversaux liés à la mise en œuvre et d'identifier les adaptations essentielles pour garantir la réussite de la transposition à plus grande échelle.

Bien Grandir ! Sources de données

Diverses sources de données ont été utilisées pour évaluer l'impact et l'évolutivité de BG.

Global Early Adolescent Study (GEAS)

Bien Grandir ! a été évalué à l'aide d'un modèle quantitatif quasi-expérimental dans le cadre de GEAS, une étude longitudinale qui suit les expériences de plus de 15 000 garçons et filles âgés de 10 à 14 ans sur cinq continents. Le GEAS a recueilli des informations en cinq vagues auprès des TJA qui ont participé aux activités de BG et de ceux qui n'y ont pas participé sur une période de sept ans (2017–2022).

Évaluation menée par les jeunes

Deux études d'évaluation qualitatives participatives menées par des jeunes ont été réalisées avec des membres du COJ de BG en 2018 et 2021, avec les conseils de l'ESPK. Les membres du club TJA ont utilisé

des entretiens participatifs et des techniques de collecte d'histoires pour recueillir les points de vue de plus de 50 TJA et adultes sur les changements individuels, familiaux, sanitaires et normatifs survenus dans la communauté à la suite de l'initiative BG . La seconde étude, menée de mars à septembre 2021, a examiné les raisons pour lesquelles certaines attitudes et comportements liés au genre ont changé à la suite de BG, alors que d'autres sont restés inchangés en utilisant une adaptation propre aux adolescents de la méthodologie du changement le plus significatif [14] — une technique utilisée dans le cadre du suivi et de l'évaluation participatifs.

Études sur l'apprentissage

La première étude d'apprentissage a été conçue en réponse aux fermetures d'écoles liées au COVID au printemps 2020. Le ministère de l'Education de la RDC a mis en place un programme d'enseignement à distance par la télévision et la radio pour les enfants en âge scolaire, portant sur les matières principales. Reconnaissant l'opportunité d'intégrer l'éducation sexuelle dans ces émissions, *Save the Children* a travaillé avec la Direction de l'éducation à la vie courante de la RDC pour plaider en faveur de l'inclusion de l'éducation sexuelle dans le programme d'émissions d'apprentissage à distance en avril 2020. Une étude qualitative d'apprentissage rapide a été conçue pour (1) documenter le processus de création et de mise en œuvre d'un programme d'apprentissage à distance d'EVF dans un contexte COVID-19, et (2) comprendre les perceptions et les expériences des TJA et des parents de TJA en ce qui concerne les émissions d'EVF. Des entretiens semi-structurés ont été menés avec des adolescents âgés de 10 à 18 ans (n=13), des enseignants (n=5), des parents (n=4) et des responsables de la mise en œuvre (n=3). En outre, une analyse quantitative a été réalisée à partir des données du module COVID du GEAS (n=397) et des données de suivi de la mise en œuvre du programme ont été collectées.

Au cours de la dernière année de mise à l'échelle, la deuxième étude d'apprentissage a été élaborée pour faciliter la transition des activités de BG vers les programmes gouvernementaux existants. Cette étude d'apprentissage visait à (1) déterminer la pertinence de l'implication des agents de santé et de protection communautaires (*relais communautaires* - RECO/RECOPE) et des enseignants points focaux dans les activités de BG , et (2) comprendre les conditions nécessaires pour transférer avec succès les compétences nécessaires à la mise en œuvre des partenaires OBC aux agents employés par les partenaires ministériels. Des groupes de discussion (n=6) et des entretiens approfondis (n=44) ont été menés avec RECO/RECOPE, des hauts responsables du ministère de la Santé et de l'éducation, du personnel des établissements de santé, des responsables d'organisations communautaires, des enseignants et des directeurs des écoles d'intervention.

Données de suivi

Les données de suivi ont été collectées par l'équipe du projet à l'aide de divers outils de suivi, tels que des formulaires de suivi de la participation aux activités de BG. Ces outils ont été adaptés à chaque phase du programme et ont été utilisés pour collecter des données sur la couverture, le rythme et la qualité de la mise en œuvre du programme. En outre, des outils qualitatifs ont été utilisés pour documenter les défis, les leçons et les mécanismes de changement de normes. Des critères de qualité ont été incorporés plus tard dans le projet afin de collecter des informations utilisées pour évaluer la fidélité du programme (mise en œuvre des activités comme prévu). Les critères de qualité ont été collectés au cours de la supervision de soutien et ont permis d'identifier les besoins en termes de capacités des facilitateurs.

ÉVALUATION

L'impact de BG a été évalué par le biais d'une évaluation quantitative quasi-expérimentale des résultats 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. 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. La collecte des données finales a été réalisée en 2018 après la fin de la mise en œuvre, soit environ un an après l'enquête de référence. L'enquête finale a interrogé 2 519 adolescents, soit près de 90 % des participant.es à 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 [15, 16].

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 l'ESPK, ont utilisé des entretiens participatifs et des techniques de collecte d'histoires.

Impacts à court terme de BG

Les résultats de l'évaluation des résultats quantitatifs [12,17, 18] montrent que BG a contribué à produire des effets significatifs dans le développement des connaissances en matière de santé reproductive, des liens avec les parents/tuteurs, et des attitudes et comportements équitables entre les sexes parmi les TJA grâce à son ensemble d'interventions à plusieurs niveaux de neuf mois avec les TJA et les adultes.

- **Connaissances en matière de grossesse et de menstruation :** Lors de la deuxième vague, les adolescentes scolarisées ayant participé au programme BG avaient des connaissances en matière de grossesse nettement supérieures à celles des adolescentes du groupe de contrôle. Les adolescentes scolarisées et non scolarisées qui ont participé au projet BG ont indiqué qu'elles savaient mieux où obtenir des informations sur les périodes menstruelles que les filles du groupe de contrôle (scolarisées : Odds Ratio [OR] 2,10 [95 % Intervalle de confiance [CI] : 1,34, 3,29], non scolarisées : OR 4,18 [95 % CI : 1,95, 9,00]). Les résultats positifs sur la connaissance de la menstruation étaient prononcés pour les TJA non scolarisées de moins de 12 ans (OR 20,09 [IC 95 % : 4,30, 93,83]).
- **Connaissance des endroits où se procurer des préservatifs et des moyens de contraception :** Les changements les plus importants à court terme concernant la connaissance des endroits où se procurer des préservatifs et des moyens de contraception ont été observés chez les adolescents non scolarisés ayant participé aux sessions de BG: les adolescents non scolarisés ayant participé BG étaient 1,92 fois plus susceptibles de savoir où se procurer des préservatifs [IC 95%: 1.14-3.23] avec des effets prononcés pour les TJA de moins de 12 ans (OR 4,67 [IC 95 % : 1,67-13,07]). Les adolescentes non

scolarisées étaient 2,66 fois plus susceptibles de savoir où obtenir une contraception [IC 95 % : 1,31-5,42, question posée uniquement aux filles] que les filles du groupe de contrôle.

- **Liens avec les parents/tuteurs :** Les adolescents scolarisés et non scolarisés des groupes BG ont déclaré des scores moyens plus élevés en matière de liens avec les parents/tuteurs que les adolescents du groupe témoin lors de la deuxième vague, bien que les différences de scores sur l'échelle de 4 points aient été relativement faibles. Les adolescents scolarisés du groupe BG avaient en moyenne 0,09 point de plus en matière de liens avec les parents/tuteurs que les témoins [IC 95 % : 0,0008-0,1828] Là encore, les améliorations en matière de liens avec ces derniers étaient plus importantes chez les adolescents non scolarisés : Les participants au programme BG avaient en moyenne 0,22 point de plus que les témoins en ce qui concerne les liens avec les parents/tuteurs [IC 95 % : 0,07-0,38].
- **Satisfaction corporelle :** Les filles non scolarisées du groupe BG étaient 2,79 fois plus susceptibles de se déclarer satisfaites de leur corps à la deuxième vague que les filles du groupe témoin [IC à 95 % : 1,43, 5,42]. Les changements dans la satisfaction corporelle chez les garçons non scolarisés, ou chez les filles des groupes d'intervention et de contrôle scolarisés, n'étaient pas significatifs entre le niveau de base et la deuxième vague.
- **Communication sur la santé reproductive :** Lors de la deuxième vague, les adolescents non scolarisés du groupe BG avaient davantage communiqué avec quelqu'un (supposé être un pair ou un adulte de soutien) sur les relations amoureuses/sexuelles et la contraception. Les adolescents BG non scolarisés étaient 2,03 fois plus susceptibles de communiquer sur les relations amoureuses que les adolescents du groupe de contrôle [IC 95 % : 1,11-3,69], et ces effets étaient plus prononcés chez les filles (OR 4,61 [IC 95 % : 1,78-11,91]). Les adolescents participant à l'intervention étaient marginalement (OR 1,93 [IC 95 % : 0,98-3,79]) plus susceptibles de communiquer sur la contraception par rapport au groupe témoin, et ces effets étaient plus prononcés chez les jeunes de moins de 12 ans non scolarisés (OR 14,12 [IC 95 % : 2,64-75,46]). Les résultats à court terme ont révélé des schémas de communication différenciés selon le sexe : les garçons étaient plus enclins à parler des changements corporels, des relations sexuelles, de la contraception et de la grossesse avec leur tuteur paternel, leurs amis et leurs frères, et les filles étaient plus enclines que les garçons à parler de ces sujets avec leur tuteur maternel et leurs sœurs. En outre, si les adolescents communiquent avec leurs pairs ou parents/tuteurs, ils n'abordent pas régulièrement les questions de santé reproductive avec les professionnels de santé.
- **Attitudes à l'égard de l'égalité des sexes :** Lors de la deuxième vague, les adolescents scolarisés du groupe BG et non scolarisés ont déclaré être davantage d'accord avec le fait que les garçons et les filles devraient partager les tâches ménagères. Parmi les adolescents non scolarisés, ces résultats étaient particulièrement élevés pour les filles, qui étaient 7.74 [95% CI: 3,62-16,51] fois plus susceptibles d'accepter que les tâches ménagères soient partagées que les filles du groupe de contrôle. Les garçons non scolarisés étaient également plus susceptibles d'être d'accord, avec une différence moindre dans le niveau d'accord par rapport aux garçons du groupe de contrôle (OR 2,29 [IC 95%: 1,27-4,12]). Dans l'ensemble, les adolescents ayant participé à BG, à l'école, ont également fait état d'une plus grande concordance (OR 1,95 [IC 95 % : 1,49-2,56]). BG. Cependant, aucune évolution n'a été constatée en ce qui concerne les traits et les rôles stéréotypés des hommes et des femmes, par exemple la vision de la puissance masculine et de la vulnérabilité féminine, et les rôles dans lesquels une femme doit s'occuper de sa famille et du foyer et un homme doit être celui qui rapporte de l'argent. De même, aucune évolution n'a été constatée en ce qui concerne le double standard sexuel, selon lequel les garçons sont socialement récompensés pour leur activité romantique et sexuelle, tandis que les filles sont pénalisées.

- **Comportements équitables entre les sexes :** Les adolescents non scolarisés du groupe BG ont davantage perçu qu'ils avaient aidé leurs sœurs dans les tâches ménagères que les garçons du groupe témoin (OR 2,50 [IC 95 % : 1,15-5,46]), mais il n'y avait pas de différence ni entre les garçons scolarisés, ni entre les filles scolarisées ou non scolarisées dans la perception de l'aide apportée par les frères dans les tâches ménagères.
- **Taquineries, intimidations et violence physique :** Lors de la deuxième vague, les adolescents du groupe BG ont enregistré une baisse plus importante des taquineries et de la violence physique que le groupe témoin. Par rapport aux témoins, les garçons du groupe BG non scolarisés étaient moins susceptibles de donner des gifles et des coups de pied, ou d'avoir d'autres comportements physiques que leurs pairs (OR 0,51 [95% CI: 0,29-0,90]). Les adolescents BG non scolarisés étaient également moins susceptibles de déclarer avoir été victimes de taquineries au cours des six derniers mois (OR 0,61 [95% CI: 0,42-0,90]). Les adolescents des groupes BG non scolarisés étaient également moins susceptibles

Encadré 2. | *Leur Perspective : Principaux changements notés par les parents/tuteurs*

Les changements les plus significatifs pour **les parents/tuteurs des TJA** étaient au niveau de la communication, des attitudes et intentions de faire des actions pour l'égalité entre leurs filles et garçons à la maison. Les TJA et les parents/tuteurs parlent maintenant de la puberté et d'autres questions sensibles. Ils ont :

- Appris de leurs enfants.
- Acquis une meilleure compréhension et pratique de l'égalité entre les sexes dans les travaux domestiques.
- Compris mieux les principes de la surveillance des enfants adolescent·es.
- Eu une meilleure compréhension de la façon dont la surveillance et la protection doivent être renforcées également chez les garçons et chez filles.



Kinshasa, DRC, June 2018 — Une jeune évaluatrice mène un entretien avec un soignant masculin.
Copyright Save the Children, 2018.

"Maintenant, je ne leur crie plus dessus. Quand il y a un problème, nous nous asseyons et raisonnons ensemble. Les enfants sont devenus plus compréhensibles, et je ne crie plus" — *Mère de TJA*

"Je ne savais pas comment bien surveiller et éduquer mes enfants. Dans les activités de Bien Grandir !, j'ai appris que tous les enfants sont égaux. Maintenant, [mon fils] se réveille le matin et puise l'eau et aide sa sœur à faire la vaisselle."
— *Père de TJA*

Encadré 3. | *Leur Perspective : Principaux changements constatés par les enseignants et les prestataires de santé*

Les enseignants ont mentionné les changements les plus significatifs suivants :

- Disposer des matériels facile à utiliser pour les élèves et les enseignants, même pour les sujets sensibles.
- Etre capable de combiner des leçons didactiques en classe avec des activités de type ludique de Bien Grandir ! pour faciliter l'engagement et l'assimilation des TJA
- Etre impressionnés par la façon dont les enfants comme les TJA se développent et par leur ouverture d'esprit dans les discussions sur des sujets tels que la puberté.

"Beaucoup de choses dans le programme d'éducation à la vie familiale étaient tabouesÉ Certains mots n'étaient pas prononçables, et c'était abstraitÉ. Mais, avec Bien Grandir !, sont mis à disposition les livres qui fournissent des informations sur toutes les matières enseignées. L'enseignant et les enfants ont le contenu [illustré] avec des images. Je suis à l'aise lorsque je parle devant les enfantsÉ "

— Enseignant homme

Les prestataires de santé ont mentionné de nouvelles opportunités et compétences d'interagir avec les TJA, et comment les visites d'échange avec les TJA ont amélioré leur compréhension des besoins des TJA :

- Les prestataires ont été impressionnés et surprispar le niveau de connaissances des TJA sur lapuberté, les changements corporels et les normesde genre, ainsi que par leur ouverture à poser desquestions et à discuter de ces sujets.
- Les prestataires ont estimé avoir amélioré leurrelation avec les jeunes clients, par exemple enutilisant les connaissances et les compétencesacquises lors de la formation sur la santéreproductive des adolescent·es.

"Les adolescent·es ne nous consultaient que quand ils étaient malades et ils étaient accompagnés de leurs parentsÉ Après les activités de Bien Grandir !, les adolescent·es viennent maintenant au centre de santé pour nous consulter et poser des questions sur la puberté et l'adolescence. Nous les édifierons avec les explications appropriées…"

— Prestataire de santé homme

de déclarer avoir été victimes de moqueries au cours des six derniers mois (OR 0,62 (OR 0,61 [95% CI: 0,42-0,90]). Il n'y a pas eu de changements à court terme dans la perpétration ou l'expérience des taquineries, des intimidations ou de la violence physique chez les adolescents scolarisés du groupe BG par rapport au groupe de contrôle.

Le programme a également conduit à un environnement de développement plus solide pour les TJA en aidant les parents/tuteurs, les enseignant.es et les prestataires 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 entre les filles et les garçons. Les encadrés 2 et 3 ci-dessous montrent des changements positifs du point de vue des parents/tuteurs, des enseignants et des prestataires de santé [19].

Un changement durable : L'impact à long terme de BG

La conception de l'étude longitudinale du GEAS a permis une évaluation l'impact de l'intervention à plus long terme d'un, deux et trois ans après l'intervention. Les effets immédiats qui se sont maintenus à long terme sont les suivants :

- **Attitudes à l'égard de l'inégalité des sexes :** Un an, deux ans et trois ans après l'intervention, les adolescents du groupe BG scolarisés ou non, se sont montrés plus favorables à l'égalité des sexes dans le partage des tâches ménagères que les adolescents du groupe témoin.
- **Connaissance de la grossesse :** Pour les adolescents scolarisés des groupes BG, les améliorations immédiates des connaissances en matière de grossesse se sont maintenues deux ans après l'intervention pour les adolescents âgés de 10-11 ans au départ, et trois ans après l'intervention surtout pour les adolescentes, par rapport au groupe de contrôle. Il n'y a pas eu de changements immédiats ou à long terme dans les connaissances sur la grossesse chez les adolescents non scolarisés par rapport au groupe de contrôle.

GUG RESOURCE

Résumé de la recherche : Bien Grandir! Un An Après, Les Résultats Sont Prometteurs en Matière de Renforcement de Capacité et de Changement des Normes

Changement émergent : Nouveaux impacts trois ans plus tard

Plusieurs nouveaux effets de l'intervention sont également apparus au fil du temps :

- « Deux poids, deux mesures » en matière de sexualité : Bien qu'il n'y ait pas eu d'impact immédiat, les adolescents scolarisés du groupe BG étaient moins susceptibles d'approuver un double standard sexuel, qui récompense les garçons mais sanctionne les filles pour avoir des relations hétérosexuelles romantiques, trois ans après l'intervention. La perception d'une double norme sexuelle a augmenté entre la phase de référence et la cinquième vague chez les adolescents non scolarisés, sans différence selon le groupe de traitement.
- Rôles stéréotypés : Bien qu'il n'y ait pas eu d'impact immédiat, les adolescents scolarisés du groupe BG ont signalé une légère baisse de l'adhésion aux rôles stéréotypés liés au genre (par exemple, les hommes en tant que soutiens de famille) trois ans après l'intervention. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes de traitement pour les adolescents non scolarisés.

Toutes les bonnes choses ne durent pas: des résultats qui se sont estompés lors de la cinquième vague

Malgré l'impact immédiat de BG sur toute une série de voies et de résultats pour les adolescents participants, les effets positifs sur les adolescents participant à l'intervention par rapport aux témoins se sont estompés au fil du temps. Dans certains cas, les résultats indiquent que l'exposition à l'intervention peut accélérer les changements positifs qui pourraient autrement se produire plus tard dans l'adolescence. Par exemple, la connaissance de l'accès aux préservatifs a augmenté de manière significative entre le début de l'enquête et la cinquième vague pour tous les adolescent.es, augmentant d'environ 34-36 % entre les deux enquêtes. De tels indicateurs mettent en évidence la manière dont BG fournit des informations correctes aux adolescents dès leur plus jeune âge, leur offrant ainsi une protection et des avantages en matière de santé plus tôt dans la vie.

GUG RESOURCE

Bien Grandir ! Rapport Vague 5

Les impacts immédiats de BG sur les adolescents non scolarisés participants, qui se sont estompés au fil du temps, sont les suivants :

- **Connaissance des menstruations :** Les différences importantes et immédiates entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle en ce qui concerne les connaissances des adolescentes ménarche non scolarisées en matière de menstruation n'ont pas été maintenues un, deux ou trois ans après l'intervention, que ce soit dans l'ensemble ou uniquement pour les filles âgées de 10 à 12 ans au moment de l'enquête de référence. Cela s'explique par le fait que lors de la cinquième vague, les adolescentes du groupe de contrôle avaient également amélioré leurs connaissances sur les lieux où obtenir des informations sur les menstruations.
- **Connaissance des endroits où se procurer des préservatifs et des moyens de contraception :** Comme pour la connaissance des menstruations, l'impact immédiat de BG sur les connaissances des participants concernant les endroits où se procurer des préservatifs ou des moyens de contraception (question posée uniquement aux filles) pour les adolescents non scolarisés ne s'est pas maintenu un, deux ou trois ans après l'intervention. Les tendances au fil du temps indiquent que BG a accéléré l'acquisition des connaissances au cours de l'adolescence : alors que les différences d'impact à court terme sur la connaissance des endroits où se procurer des préservatifs entre les groupes de traitement se sont estompées à la cinquième vague, les connaissances dans les groupes d'intervention et de contrôle avaient presque doublé par rapport à la situation de départ (passant d'environ 40 % à environ 75 %).
- **Lien avec les parents/tuteurs Les effets à court terme de BG sur les liens entre les parents/tuteurs et des adolescents non scolarisés se sont maintenus un an après l'intervention (différence moyenne :** 0,24 [0,06-0,42]). Toutefois, ces effets positifs ne se sont pas maintenus deux ou trois ans après l'intervention. D'une manière générale, tous les adolescents ont signalé une légère diminution du lien avec les personnes qui s'occupent d'eux au fur et à mesure qu'ils grandissent.
- **Satisfaction corporelle.** Alors que les adolescentes non scolarisées étaient plus susceptibles d'être satisfaites de leur corps immédiatement après avoir participé à BG que les filles du groupe de contrôle, ces résultats ne se sont pas maintenus un, deux ou trois ans après l'intervention. Notamment, la satisfaction corporelle personnelle est restée faible au fil du temps dans tous les types d'écoles et dans les groupes d'intervention et de contrôle, contrairement aux croyances selon lesquelles les filles devraient être fières de leur corps lorsqu'elles deviennent des femmes. Il n'y a pas eu de changements à court ou à long terme dans la satisfaction corporelle des adolescents.
- **Communication sur la santé reproductive.** Les gains dans la communication des adolescents non scolarisés sur les relations sexuelles ont été de courte durée, car aucun de ces résultats n'a été maintenu un an, deux ans ou trois ans après l'intervention. Les impacts immédiats de BG sur la communication en matière de contraception ont été particulièrement importants pour les adolescents âgés de 10 à 12 ans au départ, et sont restés significatifs un an après l'intervention (OR 5,70 [1,07-30,42]). Ces résultats ne se sont pas maintenus deux ou trois ans après l'intervention.
- **Taquineries, intimidation et/ou violences physiques.** Les effets à court terme de BG sur la perpétration de taquineries, d'intimidations et/ou de violences physiques par les garçons non scolarisés n'ont pas été maintenus un, deux ou trois ans après l'intervention. Pour les adolescents scolarisés, il n'y a pas eu d'impact à court terme ou sur un an de BG sur la perpétration de violences entre pairs.

Deux ans après l'intervention, les adolescents âgés de 12 à 14 ans au moment de l'enquête étaient 37 % moins susceptibles de taquiner, d'intimider ou d'infliger des violences physiques à leurs pairs que les adolescents du groupe de contrôle du même âge. Toutefois, ce résultat positif n'a pas été observé trois ans après l'intervention. De même, si les groupes BG ont eu un impact immédiat sur l'expérience des adolescents non scolarisés en matière de taquineries ou d'intimidations verbales, ces résultats n'ont pas été maintenus un an, deux ans ou trois ans après l'intervention.

D'une manière générale, l'intervention a eu moins d'effets positifs à court terme sur les adolescents scolarisés que sur les adolescents non scolarisés. Pour les adolescents scolarisés, les impacts immédiats de BG qui se sont estompés avec le temps comprenaient:

- **La connaissance des menstruations :** L'impact immédiat de Bien Grandir ! sur les connaissances en matière de menstruation des adolescentes ménarche scolarisées s'est maintenu un an après l'intervention (OR : 1,66 [104-2,65]). Toutefois, ces résultats positifs se sont estompés deux et trois ans après l'intervention.
- **Liens avec les parents/tuteurs :** Les résultats concernant les liens avec les parents/tuteurs ont fluctué dans le temps pour les adolescents scolarisés. L'impact immédiat de Bien Grandir ! sur l'interdépendance des parents/tuteurs n'a pas été observé un an après l'intervention, mais les adolescents ont fait état d'une plus grande interdépendance par rapport aux témoins deux ans après l'intervention (différence moyenne de 0,11 [0,02-0,21]). Cette différence n'a pas été observée trois ans après l'intervention, et les changements entre la phase de référence et la cinquième vague étaient globalement faibles.

Les résultats longitudinaux par vague de collecte de données sont disponibles à l'annexe A.

MISE À L'ÉCHELLE

L'équipe de BG a commencé à jeter les bases de la mise à l'échelle dès le début du projet. Le plan préliminaire de la mise à échelle pour 2019 s'est concentré sur trois éléments critiques jugés essentiels pour la pertinence de l'intervention, l'adhésion locale et la viabilité à long terme :

- Développement d'une intervention adaptable ;
- l'engagement des parties prenantes locales en tant que partenaires ; et
- Production de preuves crédibles et exploitables.

Développer une intervention adaptable

Le kit d'intervention de BG a été intentionnellement conçu pour inclure un ensemble de matériels complémentaires intuitifs, flexibles et simples à utiliser. La priorité donnée à la simplicité dans la conception

du matériel signifie que les enseignants et les leaders communautaires qui utilisent la boîte à outils BG peuvent maîtriser le matériel d'intervention après seulement une orientation de base, sans avoir à suivre une formation approfondie ou à recevoir un soutien continu de la part du personnel de *Save the Children*.

Engager les principales parties prenantes et les partenaires locaux

Un autre investissement clé réalisé dès le début du projet a été l'engagement des parties prenantes locales afin de jeter les bases d'une mise à l'échelle tout au long de la durée de vie du projet. Comme le montre la figure 3 du site, ces parties prenantes comprenaient des organismes gouvernementaux, des ONG internationales et nationales et des organisations à base communautaire, dont beaucoup ont mis en œuvre les activités du projet au cours du projet-pilote. Le SRG (groupe de référence des parties prenantes) a été convoqué en 2016 et engagé tout au long du projet pour fournir des conseils techniques de haut niveau et commencer à identifier les possibilités d'intégrer l'intervention de BG dans d'autres cadres généraux de santé publique à Kinshasa et dans les structures nationales congolaises plus larges.

Figure 3. | *Bien Grandir ! Stratégies d'engagement des parties prenantes*



Produire des preuves crédibles et exploitables

Le consortium BG a donné la priorité à la création d'une variété de sources de données pour décrire les expériences de mise en œuvre, comprendre les obstacles et les facteurs qui facilitent l'adhésion de la communauté à BG, et évaluer l'impact et l'extensibilité de BG. Les sources de données sont les suivantes :

- Données de l'enquête longitudinale du GEAS ;
- Données qualitatives d'une évaluation menée par des jeunes qui a utilisé les méthodes du changement le plus significatif (Most Significant Change) ;
- Méthodes mixtes d'études d'apprentissage rapide parmi les partenaires du ministère et des organisations communautaires ;
- Données de suivi quantitatives et qualitatives ;
- Réunions avec les OBC partenaires.

GUG RESOURCE

Résumé de la recherche : Apprentissage et Adaptation : Utilisation d'Une Rétroaction Positive Pour Renforcer l'Efficacité et la Mise à l'Echelle du Projet Bien Grandir !

Ces données ont été analysées et les résultats ont été partagés entre les membres du consortium BG et le SRG tout au long du cycle du projet. Les résultats des différentes sources de données ont été triangulés afin de garantir la prise en compte de plusieurs points de vue. Par exemple, au cours de la phase 3 (pilote), de nombreux problèmes de mise en œuvre ont d'abord été identifiés par les responsables de la mise en œuvre. Leurs premières réactions ont presque toujours été confirmées par d'autres sources de données telles que les données de suivi ou les résultats d'études rapides. Dans plusieurs cas, le consortium de BG et les membres des SRG n'auraient pas compris tout le contexte des données quantitatives sans les données qualitatives ou « subjectives » qui les accompagnent, telles que les enseignements tirés des réunions avec les organisations communautaires partenaires. La capacité à confirmer les apprentissages émergents à partir de perspectives et de sources de données multiples a facilité la prise de décisions programmatiques éclairées, et donc la détermination de la conformité de BG aux critères d'extensibilité, tout en fournissant des informations essentielles sur la manière d'améliorer l'approche en vue d'une mise à l'échelle.

Stratégie de mise à l'échelle : Institutionnaliser et étendre la portée de BG

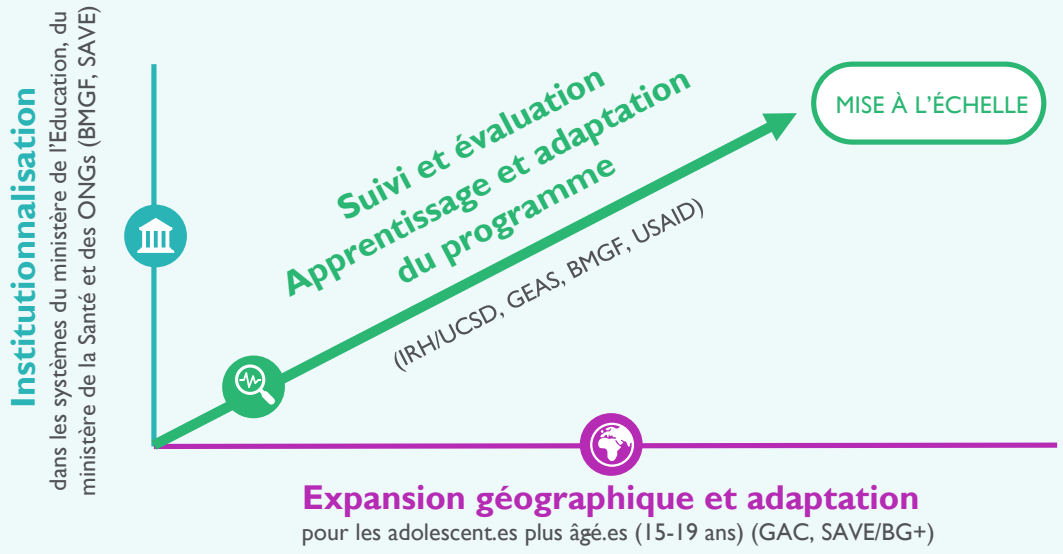
Les efforts de mise à l'échelle ont été guidés par l'outil de cartographie de la mise en œuvre ExpandNet [20] — un processus détaillé d'élaboration d'une stratégie de mise à l'échelle, d'identification et d'évaluation systématiques des actions ou des conditions qui conduisent à une mise à l'échelle réussie. Le consortium BG visait deux types d'échelle :

- Mise à l'échelle verticale : l'équipe du projet visait à institutionnaliser BG dans les systèmes organisationnels du ME, du MS et au niveau local ;
- Mise à l'échelle horizontale : en outre, des efforts ont été déployés pour étendre la portée de BG à un plus grand nombre d'adolescents, de familles et de communautés (c'est-à-dire une extension horizontale).

Cette stratégie de mise à l'échelle à deux volets est illustrée dans la figure 4 et décrite plus en détail ci-dessous.

La stratégie originale de mise à l'échelle de Bien Grandir ! [21], finalisée en 2019, visait à soutenir l'institutionnalisation et l'expansion de manière simultanée et égale. *Save the Children* a travaillé avec chaque partie prenante du ministère pour développer un plan de travail détaillé afin d'intégrer les activités dans les plates-formes gouvernementales et a mené des discussions avec les principales organisations communautaires sur la transition d'un rôle de mise en œuvre primaire vers un rôle d'assistance technique. Bien Grandir ! a également travaillé en étroite collaboration avec Bien Grandir Plus (BG+) (connu en anglais sous le nom Growing up Great ! Plus) — un projet complémentaire mettant en œuvre l'approche BG chez les adolescents plus âgés (15-19 ans) — afin de garantir une portée élargie sans chevauchement dans les zones d'intervention du projet. Cependant, la pandémie de COVID-19 a interrompu les efforts de mise à l'échelle au début de 2020, et les fermetures d'écoles et les restrictions de mobilité, qui ont suivi, ont modifié cette stratégie de manière significative. En conséquence, les organisations communautaires ont joué un rôle plus important dans la mise en œuvre directe des clubs TJA et BG ainsi pivoté pour soutenir le déploiement de leçons virtuelles d'éducation à la vie familiale, conformément au programme d'enseignement à distance du gouvernement. Une fois que la mise en œuvre normale a repris, la stratégie de mise à l'échelle a été à nouveau ajustée pour se concentrer sur le transfert des tâches des organisations communautaires vers les cadres du gouvernement afin de favoriser une plus grande durabilité. Ces changements nécessaires à la stratégie de mise à l'échelle en réponse à l'évolution de l'environnement aident à contextualiser les objectifs et les réalisations décrits ci-dessous.

Figure 4. | *Institutionnalisation et expansion pour une mise à l'échelle durable*



Mise à l'échelle verticale : Institutionnalisation des approches BG dans les politiques et systèmes nationaux

Avec des investissements de la Fondation Bill & Melinda Gates et de l'USAID, BG–TWF a dirigé les efforts d'institutionnalisation en mettant l'accent sur les points suivants :

GUG RESOURCE

Bien Grandir ! Plan de Mise à l'Échelle

- Renforcer les capacités des partenaires clés de l'extension en tant que maîtres- formateurs pour former et encadrer d'autres personnes dans la mise en œuvre de l'approche BG ;
- Aligner les plateformes/initiatives gouvernementales existantes et intégrer les activités de BG dans les programmes existants ;
- Collaborer avec les ministères pour développer ou adapter les outils de suivi et de supervision et intégrer les visites de supervision dans les processus et calendriers existants ; et
- Plaider en faveur de l'inclusion des clubs BG dans les politiques, les budgets et les plans de travail des principaux ministères.

Les partenaires principaux au cours des deux premières années de mise à l'échelle (2019-2021) étaient le ME, le MS et les ONG locales ; au cours de la troisième année de mise à l'échelle (fin 2021-2022), le ministère des Affaires Sociales (MAS) s'est joint à ce groupe. Chaque ministère a soutenu l'institutionnalisation d'une composante différente de l'intervention.

Au cours de la première année de mise à l'échelle, le ME a institutionnalisé les groupes BG de deux manières : 1) en déployant un protocole formel pour la création et le maintien de clubs scolaires ; et 2) en intégrant BG dans le programme d'EVF. Deux ONG principales ont aidé le ministère de l'Education 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 structures de santé.

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 au projet s'est recentré sur l'intégration d'EVF (y compris la boîte à outils de BG) dans le programme d'enseignement à distance lancé par le ministère de l'éducation en collaboration avec l'UNICEF. Une fois les écoles rouvertes en 2021, BG a repris ses activités, en présentiel, dans les écoles sous la direction du ME, 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 communautaires. 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.

La mise à l'échelle horizontale : Élargir BG pour atteindre plus d'adolescents

Les efforts d'expansion ont permis d'élargir la portée de l'intervention afin d'inclure le travail de renforcement du système de santé et d'étendre l'intervention à de nouvelles zones géographiques et à de nouveaux adolescents. Des efforts de mise à l'échelle horizontale ont été réalisés par le biais de Bien Grandir Plus (BG+), un investissement de trois ans consenti par Affaires mondiales Canada (AMC) par l'intermédiaire de *Save the Children* Canada, et comprenaient : 1) atteindre de nouvelles écoles et communautés de voisinage à Kimbanseke, Masina et Ndjili ; 2) adapter la boîte à outils GREAT (à partir de laquelle la boîte à outils TJA de BG a été adaptée) pour les adolescents plus âgés, de 15 à 19 ans ; 3) renforcer le système de santé et les capacités des agents de santé ; et 4) améliorer les capacités des organisations communautaires à mobiliser des ressources et à financer les efforts d'expansion de BG.

Les efforts d'intensification de Bien Grandir ! ont permis d'étendre le programme dans les communes de Kimbanseke et de Masina, où BG est mis en œuvre, ainsi que dans une nouvelle commune : Ndjili. Au total, Bien Grandir+ a travaillé dans 38 nouveaux quartiers et 352 nouvelles écoles à Kimbanseke, Masina et Ndjili. Il n'y a pas eu de chevauchement entre BG et BG+, ce qui a permis aux deux projets d'atteindre une plus grande portée grâce à leurs efforts combinés.

Un ensemble de documents adaptés traitant des questions de santé sexuelle et reproductive les plus urgentes pour les adolescents âgés de 15 à 19 ans a été élaboré par le biais de BG+. Grâce à ce programme, un total de 17 614 adolescents plus âgés (5 133 scolarisés, 12 481 non scolarisés) ont été engagés. En outre, BG+ a renforcé les capacités du personnel de santé en organisant une série de formations sur les services de santé adaptés aux adolescents, la réponse à la violence sexuelle et sexiste et la planification familiale pour 284 (160 femmes, 124 hommes) prestataires de soins de santé basés dans des établissements. BG+ a également fourni des méthodes contraceptives et des produits connexes à 65 établissements de santé dans sept zones sanitaires afin de renforcer le système de santé. Quatre de ces 65 établissements ont servi les clubs, les écoles et les communautés de BG.

Critères de référence et réalisations de la mise à l'échelle

Dans le cadre de la stratégie de mise à l'échelle, le consortium BG a identifié des objectifs généraux jugés essentiels pour la mise à l'échelle de BG. Il s'agit notamment de :

1. Atteindre au moins 10 000 TJA scolarisés et 300 TJA non scolarisés avec l'intervention de BG.
2. Faire le ministère de l'Education intégrer l'approche BG dans les programmes gouvernementaux pertinents aux niveaux national et provincial.
3. Faire Le ministère de la Santé intégrer l'approche BG dans les programmes pertinents au niveau national et provincial à Kinshasa (dans 4 zones de santé).
4. Appuyer les OBC à avoir une capacité suffisante pour soutenir la mise en œuvre des activités de Bien Grandir ! par les ministères et/ou d'autres ONG locales.

Afin de suivre les progrès et les réalisations en vue d'atteindre ces objectifs, une série d'indicateurs — connus sous le nom de critères de référence — ont été élaborés en collaboration avec le SRG. Les critères d'évaluation de la mise à l'échelle couvrent trois domaines principaux :

- **Expansion :** elle s'est concentrée sur l'augmentation de la participation des TJA et des adultes clés afin d'élargir la portée et l'impact dans les zones d'intervention.
- **Institutionnalisation :** l'accent a été mis sur l'institutionnalisation de BG au sein du ministère de l'Education, du ministère de la Santé et des organisations communautaires afin d'assurer la durabilité de BG.
- **Apprentissage de la mise à l'échelle** — axé sur une meilleure compréhension de la mise à grande échelle et de la gestion adaptative des programmes de SSR transformateurs en matière de genre par la mise en œuvre de BG.

Les progrès réalisés par rapport à ces critères sont résumés dans la section ci-dessous et détaillés dans l'annexe. Les réalisations des deux premières années de mise à l'échelle sont documentées dans le rapport d'évaluation de la mise à l'échelle 2021 de Bien Grandir ! [22].

Expansion et portée

Bien Grandir ! a atteint cinq des six critères de référence pour l'expansion, dont quatre ont été atteints au cours des deux premières années de mise à l'échelle. La portée totale pour les TJA et les membres de la communauté a dépassé les objectifs fixés et, à la fin de la mise à l'échelle, plus de 37 000 adolescents scolarisés, 657 adolescents non scolarisés et 6 858 membres de la communauté avaient été touchés. Après un démarrage tardif dû aux difficultés liées au COVID en ce qui concerne la disponibilité du personnel des établissements de santé pour les questions de santé non urgentes, BG a partiellement rempli le critère de référence mesurant l'engagement de BG auprès des établissements de santé. Quatorze établissements de santé ont participé aux activités de BG (objectif = 15).



Tableau 1. | *Critères de référence pour étendre la portée et l'impact de BG dans les zones d'intervention*

Critères de référence pour l'expansion	Total (cumulatif)	Objectif	Statut
# de TJA scolarisés exposés à BG	**37 901**	10 000	●
# de TJA inscrits dans des clubs scolaires	**8800**	4500	●
# de TJA non scolarisés inscrits dans des clubs communautaires	**657**	300	●
# de membres de la communauté (y compris les parents touchés par les activités de BG)	**6858**	5,500	●
# de quartiers atteints par les groupes BG (TJA non scolarisés, parents et communauté atteints par les groupes BG)	**18**	18	●
# d'établissements de santé participant aux activités de BG	**14**	15	●

Institutionnalisation

Bien Grandir ! a élaboré des critères d'institutionnalisation pour chaque partenaire de projet. Huit des 15 critères d'institutionnalisation ont été atteints au cours des deux premières années de mise à l'échelle et quatre autres au cours des deux dernières années. Au total, le projet a atteint 12 des 15 objectifs de référence en matière d'institutionnalisation au cours des quatre années de mise à l'échelle (voir le Tableau 2 à la fin de cette section). Certaines réalisations en matière d'institutionnalisation sont résumées ci-dessous dans la figure 5.

Ministère de l'Education

Bien Grandir ! a satisfait à quatre des six critères de référence pour l'institutionnalisation au sein du ME. Le projet a formé avec succès 43 maîtres- formateurs et a récemment atteint le seuil de formation des enseignants après avoir formé 27 enseignants supplémentaires en 2022, soit un total de 317 enseignants. Les 100 écoles prévues ont été atteintes, remplissant ainsi le critère de référence en 2021. Cependant, à partir de janvier 2022, deux de ces écoles n'ont plus pu être atteintes.

Bien Grandir ! a été intégré au dispositif de formation continue en EVF des enseignants, ce qui a suscité l'élaboration d'un protocole pour la création et le maintien de clubs scolaires publié par l'EPST en avril 2019, connu sous le nom de *Guide pour la création et le fonctionnement des clubs scolaires*. L'EPST ont également achevé leur processus de validation pour l'utilisation du matériel BG à l'échelle nationale. Ils ont approuvé, imprimé et distribué la plupart des documents de la boîte à outils de BG dans les écoles des zones d'intervention. Certains de ces documents imprimés ont été conservés comme matériel de rem-

Figure 5. | *Résumé de Bien Grandir ! Réalisations en matière d'institutionnalisation au cours des deux premières années de mise à l'échelle*

ME/ EPST	• Créer et déployer un protocole formel pour la création et le maintien de clubs scolaires (Guide pour la création et le fonctionnement des clubs scolaires) • Intégrer BG dans le programme d'Education à la Vie Familiale
MS/ PNSA	• Poursuivre le soutien aux activités d'échange avec les prestataires des centres de santé • Formation des maîtres formateurs, du personnel des centres de santé et des agents de santé communautaire • Citer BG comme l'approche fondamentale pour engager les TJA dans deux plans stratégiques consécutifs du PNSA (2019-2022 : 2021–2025), et inclure les activités clés de BG dans les plans opérationnels nationaux et provinciaux du MS pour 2021
OBC	• Soutien au ME et aux écoles dans le déploiement des clubs scolaires • Soutien aux petites ONG pour la mise en place de clubs communautaires et de sessions pour les parents et la communauté
Général	• Formation de plus de 3 000 adolescents en tant qu'animateurs de clubs scolaires en plus des enseignants • Développement de trois outils de supervision destinés à être utilisés par les représentants du ministère lors des 400 visites de supervision, environ, effectuées au cours de la phase de mise en œuvre • Formation de maîtres formateurs et développement d'outils de conseil en fonction de l'âge et des étapes de la vie afin d'améliorer l'offre de services de santé adaptées aux adolescents

placement. Malheureusement, aucun progrès n'a été réalisé en ce qui concerne les critères d'intégration dans les plans opérationnels ou les budgets de l'EPST, car ces derniers n'intègrent pas encore l'EVF dans leurs programmes régulièrement financés.

Le projet a également soutenu des activités d'intensification non évaluées par les critères de référence, telles que la formation d'adolescents en tant qu'animateurs de clubs scolaires, le soutien aux visites de supervision et réalisation d'une formation complémentaire aux maîtres formateurs sur la supervision des activités de BG, y compris les cours d'EVF dans les écoles et les sessions des clubs.

Tableau 2. | *Critères de référence pour l'institutionnalisation de BG au sein du ministère de l'Education, du ministère de la Santé et des organisations communautaires*

Critères de référence du ministère de l'Education (ME)	Total (cumulatif)	Objectif	Statut
# d'écoles mettant en œuvre BG par le biais du ME	**100**	100	●
# de maitres formateurs BG au sein du ME	**43**	43	●
# d'enseignant.es formés sur BG par des maîtres formateurs	**317**	300	●
# de plans opérationnels annuels du ME, y compris BG (niveau central ou provincial)	**0**	2	●
# de budgets annuels annuels du ME, intégrant BG (niveau central ou provincial)	**0**	2	●
# de documents politiques, stratégique ou de formation, intégrant BG *en particulier : 1) Formation des enseignants au programme d'éducation à la vie familiale; 2) Guide pour la création et le fonctionnement des clubs scolaires*	**2**	2	●
Critères de référence du ministère de la Santé (MS)			
# de zones de santé effectuant des visites d'échange sanitaire de BG	**5**	4	●
# de maîtres formateurs BG au sein du MS	**20**	20	●
# d'employés d'établissements de santé formés sur BG par des maîtres formateurs	**62**	50	●
# d'agents de santé communautaires formés sur BG par des maîtres formateurs	**22**	20	●
# de plans opérationnels annuels du MS intégrant BG (niveau central ou provincial)	**8**	2	●
# de budgets annuels du MS, intégrant BG (niveau central ou provincial)	**1**	2	●
# de documents politique, stratégique ou de formation intégrant BG	**2**	2	●
Critères de référence des Organisations à base communautaire (OBC)			
# d'organisations à base communautaire ayant la capacité de fournir un soutien à la mise en œuvre de BG (soutien technique indépendant/ externe)	**6**	6	●
# d'OBC qui ont intégré ou proposé d'intégrer BG dans des projets existants ou nouveaux avec leur propre financement	**2**	2	●

Ministère de la Santé

Bien Grandir ! a atteint six des sept critères de référence pour l'institutionnalisation au sein du MS. Tous les objectifs de formation ont été atteints, y compris la formation de 20 maîtres formateurs, de 62 (sur 50 prévus) membres du personnel des établissements de santé et de 22 (sur 20 prévus) agents de santé communautaires sur l'approche et au matériel du programme BG . En outre, BG a été cité comme l'approche déterminante pour l'engagement des TJA dans deux plans stratégiques consécutifs du PNSA (2019-2022 ; 2021-2025), et les activités clés de BG ont été incluses dans les plans de travail du ministère de la Santé au niveau national et provincial pour 2021. Le critère d'engagement des zones de santé a également été atteint au cours des deux dernières années de mise à l'échelle, après un démarrage tardif dû à des obstacles liés au COVID 19. Cinq zones de santé (sur les quatre prévues) ont effectué des visites d'échange de santé.

En outre, le programme analogue de BG– Bien Grandir Plus (BG+) — a dispensé des formations sur les services de santé adaptés aux jeunes adolescents (AYFHS), la réponse à la violence liée au genre et la planification familiale aux formateurs principaux. Le programme a également acheté et distribué des contraceptifs, du matériel pour l'offre des méthodes réversibles à longue durée d'action et du matériel de protection, formé le personnel à la gestion des stocks et assuré l'accès à des prestataires formés en AYFHS. *Save the Children* a collaboré avec le PNSA et les responsables des zones de santé pour assurer une supervision de soutien et la collecte et la compilation en temps voulu des données de suivi.

Organisations à base communautaire

Bien Grandir ! a atteint les deux critères de référence pour l'institutionnalisation par le biais d'organisations communautaires au cours des deux dernières années de mise à l'échelle. Le projet a atteint le premier objectif, qui est la capacitation de six organisations communautaires à soutenir la mise à l'échelle et d'être en mesure de fournir une assistance technique à d'autres organisations. Cette réalisation correspond aux résultats d'une évaluation de la capacité des organisations communautaires que *Save the Children* a élaborée et mise en œuvre en 2022. Les organisations communautaires ont indiqué qu'elles satisfaisaient pleinement aux capacités organisationnelles, aux critères en matière de ressources humaines et à la capacité technique de former, coordonner, superviser, contrôler et évaluer les activités du programme. Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que les organisations communautaires ont une grande capacité à poursuivre la mise en œuvre de BG , bien qu'une formation supplémentaire puisse être nécessaire pour accroître la capacité d'engagement de la communauté. Le deuxième point de référence a été atteint car les organisations communautaires ont obtenu un financement pour mettre en œuvre les groupes BG dans le cadre d'un financement nouveau ou existant.

Ministère des Affaires Sociales

Un nouveau partenaire, le ministère des Affaires Sociales, a élaboré des stratégies d'extension et des plans opérationnels au cours des deux dernières années de la mise à l'échelle. Depuis la mise en œuvre de son plan de travail en février 2022, le ministère a soutenu la création de neuf clubs dans des centres de rattrapage scolaire (connus sous le nom de Centres de Rattrapage) dans le cadre des efforts visant à institutionnaliser les groupes BG pour les adolescents non scolarisés.

Apprentissage de la mise à l'échelle

L'apprentissage durant la mise à l'échelle de BG s'est concentré sur la collecte rapide mais rigoureuse de données et sur l'application prudente et participative des résultats. Tout au long du cycle de vie du projet,

l'équipe de projet a organisé de fréquentes réunions d'apprentissage avec le SRG pour examiner les données de suivi et d'évaluation de BG dans le but de façonner et d'affiner les stratégies de mise en œuvre et de passage à l'échelle. Les indicateurs d'apprentissage se sont concentrés sur les réunions d'apprentissage et de réflexion, les études d'apprentissage rapide et les adaptations de BG (voir tableau 3).

Tableau 3. | *Critères de référence pour l'apprentissage à grande échelle*

Repères pour l'apprentissage à grande échelle	Total (cumulatif)	Objectif	Statut
# de réunions d'apprentissage et de réflexion organisées par le personnel et les parties prenantes de BG	**8**	6	
# d'études d'apprentissage (terminées) explorant un sujet/ une question en rapport avec les adaptations possibles de BG	**2**	1	
# d'adaptations apportées à BG (documentées dans l'IMT) sur la base de l'expérience et/ou des résultats de la mise en œuvre	**5**	12	

Réunions d'apprentissage

Les réunions d'apprentissage ont été conçues pour garantir que les responsables de la mise en œuvre du programme se rencontrent régulièrement pour examiner les données de suivi et d'observation, réfléchir aux difficultés et aux réussites, et appliquer les enseignements et les recommandations en vue d'améliorer la programmation tout au long de la période de la mise à l'échelle. Au cours des six premières réunions organisées en 2020 et 2021, les responsables de la mise en œuvre de l'intensification ont examiné les données de suivi et complété l'outil de cartographie de la mise en œuvre (IMT), un outil développé par ExpandNet pour faciliter le processus de suivi, de mise en œuvre et d'intensification, et documenter les changements significatifs [19]. Deux réunions d'apprentissage ont été organisées avec les responsables de la mise en œuvre de l'intensification en mars et en août 2022. La réunion du mois d'août, qui s'est déroulée sur trois jours, a rassemblé des représentants à différents niveaux de l'EPST, du ministère de la Santé et du ministère des Affaires Sociales afin de discuter du processus de transition des activités de BG des organisations à base communautaire vers le gouvernement et de réfléchir aux mesures nécessaires pour assurer la continuité des activités de BG.

En plus des réunions d'apprentissage, le COJ s'est réuni en juin 2021 pour discuter des étapes et des recommandations nécessaires pour assurer la durabilité après la fin du projet.

Études sur l'apprentissage

Comme indiqué précédemment, des efforts ont été déployés en vue d'un apprentissage continu, notamment par la réalisation d'une étude qualitative rapide. L'équipe du projet a trouvé que les études d'apprentissage étaient si bénéfiques que trois études qualitatives ont été menées au cours du projet. La première étude d'apprentissage (2019) a évalué l'approche proposée par BG pour soutenir les séances vidéo destinées aux parents en faisant appel à des relais communautaires (RECO). L'étude a révélé que

l'implication des RECO était faisable et acceptable, et les RECO continuent de faciliter les séances communautaires. La deuxième étude a été menée en 2021 auprès des TJA, de leurs parents et du personnel chargé de la mise en œuvre (enseignants d'EVF, personnel du ministère de l'Education et *Save the Children*) afin d'évaluer l'intégration de l'EVF dans le programme d'enseignement à distance du ministère de l'Education. Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que les programmes d'apprentissage à distance étaient un mode d'éducation acceptable pour les participants et qu'ils peuvent servir d'outil puissant pour poursuivre l'éducation des élèves, en particulier en temps de crise, et devraient être étudiés pour élargir l'accès à l'éducation des adolescents mal desservis ou non scolarisés. Ces résultats ont été traduits dans un document de recherche disponible en anglais et en français [23,24].

L'étude finale a été menée en 2022 afin de mieux comprendre le processus de transfert de compétences aux enseignants points focaux qui mettent en œuvre les activités scolaires de BG et d'évaluer le transfert de compétences des organisations à base communautaire qui mettent actuellement en œuvre les activités de BG aux relais communautaires (RECO) et aux réseaux communautaires de protection de l'enfance (RECOPE). Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que l'engagement des enseignants points focaux dans les activités scolaires et des RECO/RECOPE en tant qu'animateurs des sessions communautaires était acceptable. Les avis sont partagés sur la capacité des partenaires du ministère de tutelle, tels que les EPST et le PNSA, à fournir les ressources financières et techniques nécessaires pour soutenir le projet BG. Enfin, les personnes interrogées estiment que le maintien de BG nécessite des partenariats techniques et financiers entre les entités nationales, gouvernementales et communautaires et les organisations internationales. Des détails supplémentaires sur les résultats peuvent être trouvés dans le rapport final de l'étude, *La durabilité de l'institutionnalisation de BG au niveau des Ministères de la Santé et de l'Education : Etude qualitative d'Apprentissage rapide*, disponible en anglais et en français [25,26].

GUG RESOURCE

Cas de la République Démocratique du Congo: Intégration de l'Education à la Vie Familiale dans l'Enseignement à Distance Pendant les Fermetures des Classes Dues au COVID-19

GUG RESOURCE

Bien Grandir ! La Durabilité de l'Institutionnalisation de BG ! au Niveau des Ministères de la Santé et de l'Education : Etude Qualitative d'Apprentissage Rapide

Adaptations

Le critère de suivi des adaptations pour la mise à l'échelle n'a pas été atteint ; seules cinq adaptations ont été effectuées au cours de la mise à e l'échelle sur 12 prévues. Cela ne signifie pas nécessairement que l'adaptation de la mise à l'échelle était inadéquate, mais plutôt que la conception de la mise à l'échelle de BG était adaptée à l'objectif. Les adaptations relevées dans l'IMT comprenaient des changements mineurs : assouplir les exigences en matière d'égalité de genre s dans la composition des clubs lorsque les classes étaient fortement dominée par un sexe ; prévoir une période entre l'inscription des candidats des leaders TJA et l'élection par les pairs ; diviser les clubs de TJA en groupes plus petits pour respecter les restrictions COVID-19 ; et faire participer un membre des équipes de coordination de la zone de santé aux visites de supervision conjointes menées en collaboration avec le PNSA.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS

Bien Grandir ! représente un modèle de programme prometteur, adaptable et résilient pour les contextes urbains à faibles revenus tels que Kinshasa. Il s'agit d'un programme d'éducation sexuelle visant à transformer les normes de genre et destiné aux TJA, qui s'est avéré acceptable pour les parents, les chefs d'établissement et les membres de la communauté. Les résultats de l'évaluation du

programme montrent que l'intervention a eu des effets immédiats et à long terme sur les connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive, les liens avec les parents/tuteurs et les attitudes équitables entre les sexes chez les jeunes filles volontaires. Le projet s'attaque également aux inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive en s'adressant aux jeunes non scolarisés et aux jeunes adolescents. En outre, les données qualitatives suggèrent que les groupes BG améliorent les compétences et les attitudes des parents/tuteurs, des enseignants et des prestataires de santé. Il est essentiel d'impliquer ces adultes importants pour créer un environnement plus favorable pour les TJA pendant la période de développement transformateur de l'adolescence.

Pour continuer à tirer parti des succès et des enseignements du programme BG–TWF, et pour maintenir et développer les résultats positifs pour les jeunes de la RDC, un certain nombre de recommandations ont été formulées lors d'une réunion d'apprentissage finale avec les principales parties prenantes en août 2022. Les recommandations sont les suivantes :



Pour les décideurs politiques

- **Inclure les activités de Bien Grandir ! dans les plans opérationnels et les budgets annuels.** Les partenaires gouvernementaux doivent d'abord donner la priorité à ces activités pour les inclure dans les plans opérationnel et les budgets des gouvernements provinciaux et locaux, puis travailler avec les partenaires techniques et financiers pour identifier et allouer des ressources à cet effet.
- **Publier un décret ministériel régissant la création de clubs scolaires.** Le ministère de l'Education devrait publier une directive fournissant des conseils sur la manière de créer et de gérer les clubs scolaires BG. Cette directive devrait inclure des instructions claires pour la conservation l'accès, la préservation (et éventuellement le remplacement) du matériel Bien Grandir ! au sein des écoles.
- **Intégrer Bien Grandir ! dans les programmes destinés aux TJA non scolarisés.** Le projet-pilote du ministère des Affaires Sociales avec les (centres de rattrapage) devrait être étendu. Une telle expansion est impérative pour garantir que les adolescents non scolarisés aient accès aux avantages de Bien Grandir ! et leur donner une chance de « rattraper » leurs pairs scolarisés, comme l'a montré l'évaluation du programme.
- **Créer des possibilités de collaboration intersectorielle et interministérielle.** Les activités du système de santé pour les clubs TJA nécessitent une collaboration étroite entre les secteurs de la santé et de l'éducation ; les parties prenantes à tous les niveaux des systèmes de santé et d'éducation doivent améliorer la communication et les rapports. Les parties prenantes gouvernementales, sous la houlette du MSP/PNSA et de l'EPST/DEVC, devraient mettre en place un organe ou un mécanisme de coordination pour assurer une communication et une collaboration solides à l'appui de l'approche multisectorielle de Bien Grandir ! et pour suivre les progrès et les réalisations au fil du temps.

Pour les bailleurs de fonds

- **Favoriser un investissement mondial partagé par le biais d'un modèle de financement collaboratif afin de maintenir les progrès à court terme** en matière de santé sexuelle et reproductive, autonomisation et ressource, d'attitudes et de comportements liés au genre, en particulier pour les adolescents non scolarisés qui peuvent être confrontés à des obstacles plus importants en matière de soins de santé et de connaissances dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Il n'existe pas de mécanisme de financement commun pour soutenir la santé sexuelle et reproductive des adolescents : à ce titre, un financement commun provenant de bailleurs de fonds privés, d'entités bilatérales ou multilatérales et de ministères nationaux garantira des ressources suffisantes pour la mise à l'échelle et des points de suivi supplémentaires pour soutenir le succès à plus long terme.
- **Consacrer des fonds au suivi des programmes afin de renforcer la programmation à travers une amélioration continue de la qualité des programmes.** Le financement de la mise en œuvre et du suivi des programmes soutient la création à long terme de stratégies, d'outils et de processus visant à préserver la fidélité des programmes et à promouvoir leur réactivité face aux défis ou aux lacunes actuelles en matière de connaissances, d'attitudes et de comportements des adolescents et des personnes qui s'occupent d'eux dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.
- **Créer des possibilités de financement à plus long terme qui allouent du temps et des ressources au renforcement des capacités à plusieurs niveaux de l'écologie sociale.** L'accent mis par Bien Grandir ! sur le renforcement des capacités des autorités à tous les niveaux a permis à ces dernières de se familiariser avec les outils de supervision intégrés et les critères d'assurance qualité pour l'offre de services de santé sexuelle et reproductive aux adolescents. Des possibilités de financement à plus long terme peuvent permettre de disposer de temps suffisant pour renforcer les capacités en vue d'une mise à l'échelle et d'une amélioration de l'intégration des programmes à long terme.

Pour les responsables de la mise en œuvre et les praticiens

- **Concevoir des programmes en vue d'une mise à l'échelle.** Une conception ciblée et des boucles de rétroaction entre le suivi et l'adaptation du programme permettent de relever les défis et de combler les lacunes de la programmation. L'identification de partenaires et de responsables gouvernementaux capables de co-concevoir et d'institutionnaliser les interventions verticalement et horizontalement facilitera la mise à l'échelle des interventions jugées efficaces pour changer les attitudes, les compétences et les comportements.
- **Modéliser l'appropriation partagée avec les membres de la communauté et les figures d'autorité.** À long terme, les interventions qui sont prises en charge localement et qui tiennent compte du point de vue d'une série d'acteurs clés ont plus de chances d'être intégrées dans les structures existantes et d'être mises en œuvre de manière durable.

- **Développer un mécanisme de suivi et d'évaluation adaptable pour mesurer la portée, la fidélité et le dosage, avec des outils, des processus et des possibilités d'adaptation régulières.** Étant donné que le programme Bien Grandir ! a été conçu pour être intégré dans des activités, le suivi de routine permettra d'identifier les domaines dans lesquels une formation ou une intégration plus poussée peut être nécessaire pour tirer parti des changements positifs constatés dans l'évaluation du programme. En outre, l'utilisation de sources de données telles que les observations et les données de suivi en plus des questionnaires d'enquête traditionnels permettra des adaptations opportunes et systématiques.
- **Assurer un programme d'études sur les méthodes contraceptives est associé à un examen des attitudes sexospécifiques à l'égard de l'utilisation de la contraception.** Les données de la cinquième vague du GEAS ont révélé que plus de 70 % des adolescents (75 % des garçons et 68 % des filles) pensent que les jeunes femmes qui utilisent des moyens de contraception sont considérées comme des personnes aux mœurs légères. Les programmes qui fournissent des connaissances complètes sur la contraception doivent également remettre en question les stéréotypes sexistes négatifs sur la contraception. Cela est essentiel dans des contextes culturels tels que celui de Kinshasa, où il existe des barrières comportementales à l'utilisation.

Conclusions

Le consortium BG et les membres du groupe de référence des parties prenantes ont travaillé en étroite collaboration pour rassembler et appliquer les informations afin d'apporter les changements nécessaires à l'intervention BG tout au long du cycle de vie du projet. Cette culture d'apprentissage est essentielle pour le succès des adaptations futures de BG– à la fois dans le contexte de la poursuite des efforts de mise à l'échelle en RDC, que pour tout nouveau contexte national ou culturel dans d'autres parties du monde. Il est également essentiel de rassembler des perspectives multiples lors de l'examen de toute adaptation future. L'équipe du projet a prêté une attention particulière à la manière dont les nouvelles idées et informations se sont répandues ou diffusées dans les communautés, aux actions et réactions qui se sont produites au sein des communautés, à la manière dont le changement s'est opéré et aux acteurs qui y ont participé. Heureusement, les bailleurs de fonds qui soutiennent cette entreprise — USAID et BMGF — ont engagé des ressources et un temps suffisant pour permettre la mise en place d'une équipe d'apprentissage multisectorielle efficace et suffisamment de temps pour utiliser les ajustements du programme au cours du projet pilote, des préparatifs pour la mise à l'échelle et de la mise à l'échelle. L'équipe du projet espère que les enseignements tirés de BG : VS pourront être mis à profit pour faciliter les efforts d'autres équipes dans le but commun d'améliorer la santé sexuelle et reproductive et l'équité de genre.

REFERENCES

1 Bien Grandir ! Guide de mise en œuvre. (2020). Washington, D.C. : Institut pour la santé reproductive, Université de Georgetown pour l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). https://www.irh.org/growing-up-great-implementation-guide/

2 Guide de mise en œuvre de Bien Grandir ! (2021). Washington, D.C. : Institut pour la santé reproductive, Université de Georgetown pour l'Agence américaine pour le développement international (USAID). https://www.irh.org/growing-up-great-implementation-guide/

3 Projet GREAT. (n.d.). Washington D.C. : Institut pour la santé reproductive, Université de Georgetown. https://www.irh.org/projects/great_project/

4 Institut pour la Santé reproductive (IRH). (2014). GrowUp Smart™ : Un guide destiné aux animateurs pour mener des séances de groupe sur la puberté et les changements liés au fait de grandir. Washington DC : Institut pour la santé reproductive, Université de Georgetown. https://www.irh.org/resource-library/growup-smart-facilitator-manuals-rwanda/

5 Choix, Voix, Promesses. (2015). Save the Children. https://www.savethechildren.org/content/dam/global/reports/health-and-nutrition/CVP-brief-2015.PDF

6 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

7 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

8 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

9 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

10 Muanda, M. F., Ndongo, 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

11 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).

12 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

13 Glaser, E. M, Abelson, H. H, & Garrison, K. N. (1983). Mettre les connaissances à profit : faciliter la diffusion des connaissances et la mise en œuvre de changements planifiés. San Francisco : Jossey-Bass.

14 Davies, R., Dart, J. (2005). La technique du « changement le plus significatif » (MSC) : Guide d'utilisation.

15 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 de genre et la santé de l'Université de Californie à San Diego pour la Fondation Bill et Melinda Gates. https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2022/10/english-gug_wave-3-4-research-brief_online.pdf

16 Centre sur l'équité des genres et la santé, Global Early Adolescent Study, et Ecole 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. https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2023/01/gug-geas-wave-5-report_finaldec022022_reduced.pdf

17 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

18 Gayles, J., Yahner, M., Barker, K., Moreau, C., Li, M., Koenig, L., Mafuta, E., Mbela, P., & Lundgren, R. (sous presse). Équilibrer la qualité, l'intensité et l'extensibilité : Résultats d'une intervention de santé sexuelle et reproductive à plusieurs niveaux pour les très jeunes adolescents à Kinshasa. Journal of Adolescent Health.

19 Igras, S. (2018). Pour les jeunes par les jeunes : Évaluation participative des interventions sur les normes de genre [Institut pour la santé reproductive, Université de Georgetown]. Conférence de l'AEA, Cleveland, OH.

20 Simmons, R., Fajans, P., Finkle, C., Ghiron, L. et Lundgren, R. (2020). L'outil de cartographie de la mise en œuvre : un outil pour soutenir la gestion adaptative et la documentation de la mise à l'échelle. ExpandNet. https://expandnet.net/PDFs/ExpandNet-IMT-Updated-Oct-2020.pdf

21 Bien Grandir ! Plan de mise à l'échelle. (2019). Washington, D.C. : Institut pour la santé reproductive, Université de Georgetown pour l'Agence américaine pour le développement international (USAID). https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2022/09/gug-scale-up-report-april-2019_final.pdf

22 Save the Children & Center on Gender Equity and Health (2021). Bien Grandir ! Rapport d'évaluation de la mise à l'échelle. Washington, D.C. : Save the Children pour la Fondation Bill et Melinda Gates. https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2022/09/gug-scale-up-assessment-report_10.2021.pdf

23 Centre sur l'équité des genres et la santé (Center on Gender Equity and Health) & Save the Children International. (2021). Une étude de cas en RDC : Intégration de l'éducation à la vie familiale dans l'enseignement à distance pendant les confinements en lien avec la COVID-19. La Jolla, CA : Université de Californie à San Diego. https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2021/11/fle-distance-learning_gug-2021.pdf

24 Centre sur l'équité des genres et la santé (Center on Gender Equity and Health) & Save the Children International. (2021). Une étude de cas en RDC : Intégration de l'éducation à la vie familiale dans l'enseignement à distance pendant les confinements en lien avec la COVID-19. La Jolla, CA : Université de Californie à San Diego. https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2022/02/fr-learning-study-i_final.pdf

25 Save the Children & Centre sur l'équité de genre et la santé (2021). Durabilité de BG Institutionnalisation dans les ministères de la Santé et de l'Education : Une étude d'apprentissage qualitatif rapide. La Jolla, CA : Université de Californie San Diego pour la Fondation Bill et Melinda Gates. https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2023/03/gug-learning-study-ii-short-report_en_final.pdf

26 Save the Children & Centre sur l'équité des genres et la santé (2021). La durabilité de l'institutionnalisation de BG au niveau des ministères de la Santé et de l'Education : Etude qualitative d'Apprentissage rapide. La Jolla, CA : Université de Californie San Diego pour la Fondation Bill & Melinda Gates. https://gehweb.ucsd.edu/wp-content/uploads/2023/04/gug-learning-study-ii-short-report_fr_final.pdf

ANNEXE A. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION PAR VAGUE

Les tableaux suivants représentent les résultats pour chacun des quatre résultats intermédiaires présentés dans la théorie du changement de BG (figure 3 ci-dessus, les résultats intermédiaires étant résumés dans la figure ci-dessous).

- La colonne principale de chaque tableau montre les résultats de l'évaluation de base à la fin (GEAS Vague 2).
- Les colonnes « V3 », « V4 » et « V5 » montrent les effets soutenus de l'intervention aux vagues 3, 4 et 5 du GEAS, respectivement.
- Un ombrage gris indique l'absence d'effets durables, tandis qu'un ombrage en couleur indique un effet durable de l'intervention. Le texte à l'intérieur de ces cellules indique pour quel sous-groupe de l'intervention de BG l'effet était réel (par exemple, IS <12 représente les participant.es à BG scolarisé.es âgé.es de moins de 12 ans).
- Une coche verte représente les différences globales statistiquement significatives entre les groupes d'intervention et de contrôle.
  - L'ombrage coloré et la police verte mais pas de coche indiquent qu'il n'y a pas eu de résultats statistiquement significatifs dans l'ensemble du groupe, mais que nous avons vu des résultats statistiquement significatifs par le sous-groupe indiqué (c'est-à-dire l'âge ou le sexe).
  - Une coche rouge indique des résultats statistiquement significatifs mais dans la direction hypothétique opposée basée sur la théorie du changement.

Résultats intermediares



Améliorer
les connassances en SSR



Améliorer
les attitudes et normes envers l'équité de genre



Améliorer
l'autonomie et les ressources des femmes



Améliorer
les comportements envers l'équité de genre

SSR CONNAISSANCES	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE							
	SCOLARISÉS INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	**V3**	**V4**	**V5**	**NON SCOLARISÉS** INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342	**V3**	**V4**	**V5**
INDICE DE CONNAISSANCES SUR LA GROSSESSE	✓ **DIFFERENCE DE SCORE MOYEN 0.44 (0.15, 0.73), P=0.003**		✓ **<12 ANS UNIQUEMENT**	✓ **SURTOUT LES FILLES**	X DIFFERENCE DE SCORE MOYEN 0.15 (-0.38, 0.68), P=0.585			
OU TROUVER DES PRESERVATIFS	X OR 0.98 (0.71, 1.36), P=0.923				✓ **(SURTOUT POUR LES <12 ANS ET LES FILLES) GLOBAL: OR 1.92 (1.14, 3.23), P=0.014 <12: OR 4.67 (1.67, 13.07), P=0.003 FILLES: OR 4.42 (1.76, 11.08), P=0.002**			
OU TROUVER DES INFORMATIONS SUR LES MENSTRUATIONS (DEMANDE AUX JEUNES FILLES MENSTRUEES)	✓ **OR 2.10 (1.34, 3.29), P=0.001**	✓			✓ **(SURTOUT POUR LES <12 ANS) GLOBAL: OR 4.18 (1.95, 9.00), P<0.001 <12 ANS: OR 20.09 (4.30, 93.83), P<0.001** >12 ANS: OR 2.22 (0.87, 5.71), P=0.097			
OU TROUVER UN MOYEN DE CONTRACEPTION (DEMANDE AUX FILLES UNIQUEMENT)	X OR 1.45 (0.93, 2.24), P=0.098				✓ **OR 2.66 (1.31, 5.42), P=0.007**			

CONNECTIVITÉ, QUALITÉ PERÇUE DES SERVICES ET CONFORT CORPOREL	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE							
	SCOLARISÉS INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	**V3**	**V4**	**V5**	**NON SCOLARISÉS** INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342	**V3**	**V4**	**V5**
LIEN AVEC LES PARENTS/ TUTEURS	✓ **DIFFERENCE DE SCORE MOYEN 0.09 (0.00, 0.18), P=0.048**		✓		✓ **DIFFERENCE DE SCORE MOYEN 0.22 (0.07, 0.38), P=0.005**	✓		
ATTENTE DE BON TRAITEMENT EN CAS DE DEMANDE DE CONTRACEPTION (QUESTION POSÉE AUX FILLES UNIQUEMENT)	X OR 1.46 (0.94, 2.26), P=0.090				X OR 1.92 (0.84, 4.41), P=0.124			
CONFORT AVEC DEVELOPPEMENT PUBERTAIRE	X OR 2.39 (0.48, 11.97), P=0.289				X La taille de l'effet n'est pas quantifiable[1]			
SATISFACTION CORPORELLE	X DIFFERENCE DE SCORE MOYEN OR 1.03 (0.79, 1.34), P=0.847		✓		**FILLES UNIQUEMENT DIFFERENCE DE SCORE MOYEN FILLES: OR 2.79 (1.43, 5.42), P=0.003** GARÇONS: OR 0.82 (0.43, 1.53), P=0.527			

[1] L'effet n'est pas quantifiable pour des adolescent.es qui ont participé aux clubs communautaire en raison de l'absence de variation dans les réponses (toutes oui).

COMMUNICATION SUR LA SSR AVEC LES AUTRES SUR...	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE							
	SCOLARISÉS INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	**V3**	**V4**	**V5**	**NON SCOLARISÉS** INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342	**V3**	**V4**	**V5**
... LES CHANGEMENTS CORPORELS	X OR 0.95 (0.75, 1.20), P=0.666				X OR 0.93 (0.63, 1.36), P=0.696			
... LES RELATIONS SEXUELLES	X OR 0.84 (0.59, 1.21), P=0.360				✓ **(SURTOUT POUR LES FILLES)** **GLOBAL: OR 2.03 (1.11, 3.69), P=0.021** **FILLES: OR 4.61 (1.78, 11.91), P=0.002** GARÇONS : OR 1.11 (0.50, 2.42), P=0.801			
... LA GROSSESSE ET COMMENT ELLE SURVIENT	✓ **OR 0.69 (0.49, 0.97), P=0.032**	✓	✓ **SURTOUT LES <12 ANS**		X OR 1.52 (0.86, 2.69), P=0.151			
... LA CONTRACEPTION	X OR 0.82 (0.58, 1.17), P=0.276	✓			✓ **(SURTOUT POUR LES <12 ANS)** **GLOBAL: OR 1.93 (0.98, 3.79), P=0.055** **<12 ANS: OR 14.12 (2.64, 75.46), P=0.002** >12 ANS: OR 1.19 (0.55, 2.58), P=0.665	**<12 ANS UNIQUEMENT**		

ATTITUDES CONCERNANT : GARCONS/ FILLES RÔLES, CARACTERISTIQUES, ACTIVITES	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE							
	SCOLARISÉS INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	**V3**	**V4**	**V5**	**NON SCOLARISÉS** INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342	**V3**	**V4**	**V5**
DOUBLE STANDARD SEXUELLE (PAR EX., LES FILLES N'ONT PAS LE DROIT D'AVOIR DES PETITS AMIS)	X DIFFERENCE DE SCORE MOYEN 0.02 (-0.07, 0.12), P=0.613			✓	X DIFFERENCE DE SCORE MOYEN 0.08 (-0.09, 0.25), P=0.377			
LES RÔLES STÉRÉOTYPÉS LIÉS AU GENRE (PAR EXEMPLE, L'HOMME QUI SUBVIENT AUX BESOINS DE LA FAMILLE)	X DIFFERENCE DE SCORE MOYEN -0.06 (-0.15, 0.03), P=0.171			✓	X DIFFERENCE DE SCORE MOYEN 0.01 (-0.13, 0.15), P=0.901			
LES TRAITS STÉRÉOTYPÉS LIÉS AU SEXE (PAR EXEMPLE, LA PUISSANCE MASCULINE)	X DIFFERENCE DE SCORE MOYEN 0.07 (-0.01, 0.14), P=0.102				X DIFFERENCE DE SCORE MOYEN 0.06 (-0.06, 0.19), P=0.336			

ATTITUDES CONCERNANT : ROLES DES FILLES/ GARCONS, CARACTERISTIQUES, ACTIVITES	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE							
	SCOLARISÉS INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	**V3**	**V4**	**V5**	**NON SCOLARISÉS** INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342	**V3**	**V4**	**V5**
ÉGALITÉ DE GENRE DANS LES TÂCHES MÉNAGÈRES	✓ **OR 1.95 (1.49, 2.56), P<0.001**	✓	✓	✓	✓ **(SURTOUT POUR LES FILLES) GLOBAL: OR 3.46 (2.21, 5.43), P<0.001 FILLES: OR 7.74 (3.62, 16.51), P<0.001 GARÇONS: OR 2.29 (1.27, 4.12), P=0.006**	✓	✓	✓
RÉDUCTION DE L' ACCEPTATION DE LA DISCRIMINATION BASEE SUR LE GENRE	✓ CONTRE LES GARÇONS: OR 1.35 (1.05, 1.74), P=0.021 CONTRE LES FILLES: OR 1.29 (1.00, 1.65), P=0.046				X CONTRE LES GARÇONS: OR 0.84 (0.53, 1.32), P=0.440 CONTRE LES FILLES: OR 0.87 (0.57, 1.33), P=0.532			

‡ OR inférieur à 1,0 indique une diminution de l'acceptation de la discrimination fondée sur le sexe entre la première vague et les vagues suivantes de collecte de données ; OR supérieur à 1,0 indique une plus grande acceptation de la discrimination fondée sur le sexe entre la première vague et les vagues suivantes de collecte de données.

PARTAGE DES CORVÉES	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE							
	SCOLARISÉS	V3	V4	V5	NON SCOLARISÉS	V3	V4	V5
LE FRERE A AIDE (DU POINT DE VUE DES SŒURS)	X I, N=381; C, N=367 OR 1.20 (0.85, 1.70), P=0.308				X I, N=126; C, N=142 OR 1.58 (0.83, 3.03), P=0.167			
A AIDE LES SŒURS (DU POINT DE VUE DES FRÈRES)	X I, N=360; C, N=382 OR 0.95 (0.56, 1.61), P=0.845				✓ I, N=167; C, N=144 **OR 2.50 (1.15, 5.46), P=0.021**			

RÉDUCTION DE L'INTIMIDATION ET DE LA VIOLENCE	EFFET DE L'INTERVENTION PAR RAPPORT AU GROUPE DE CONTRÔLE							
	SCOLARISÉS INTERVENTION, N=914 ; CONTRÔLE, N=901	**V3**	**V4**	**V5**	**NON SCOLARISÉS** INTERVENTION, N=362 ; CONTRÔLE, N=342	**V3**	**V4**	**V5**
ONT ÉTÉ VICTIMES DE TAQUINERIES ET D'INTIMIDATION VERBALE	X OR 1.09 (0.84, 1.41), P=0.526				✓ **OR 0.61 (0.42, 0.90), P=0.014**			
ONT SUBI DES VIOLENCES PHYSIQUES TELLES QUE DES GIFLES OU DES COUPS DE PIED	X OR 0.94 (0.69, 1.28), P=0.691				X OR 0.75 (0.47, 1.19), P=0.222			
ONT COMMIS DES TAQUINERIES, DE L'INTIMIDATION ET/ OU DES VIOLENCES PHYSIQUES	X OR 0.86 (0.65, 1.13), P=0.283		12+ ANS UNIQUEMENT		**GARÇONS UNIQUEMENT GARÇONS: OR 0.51 (0.29, 0.90), P=0.020** FILLES: OR 1.46 (0.79, 2.72), P=0.229			

ANNEXE B. CRITÈRES DE RÉFÉRENCE POUR LA MISE À L'ÉCHELLE

	Critères de référence pour la mise à l'échelle de Bien Grandir! **Tableau des indicateurs clés**
	Objectifs de la mise à l'échelle (à atteindre d'ici 2023) : • L'approche « Bien Grandir ! » (BG) concerne 10 300 TJA (scolarisés et non scolarisés). • Le ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Technique (EPST) intègre l'approche BG dans les programmes pertinents aux niveaux national et provincial à Kinshasa. • Le ministère de la Santé (MS) intègre l'approche BG dans les programmes pertinents au niveau national et provincial à Kinshasa (dans 4 zones de santé). • Les organisations communautaires disposent de capacités suffisantes pour compléter et soutenir les activités de BG mises en œuvre par les ministères et/ou d'autres ONG locales (sans le soutien de *Save the Children*).
	Population : 1 431 000 habitants (Masina : 485 000 and Kimbanseke : 946 000)

	Critères de référence d'EXPANSION # 1.1 *Accroître la participation des TJA et des adultes clés pour étendre la portée et l'impact dans les zones d'intervention.*							
L'approche de BG a touché 10 300 jeunes (scolarisés et non scolarisés) et 5 500 parents et membres de la communauté.	Janvier 2020*	Juin 2020	Janvier 2021	Juin 2021	Janvier 2022	Juin 2022	Total (cumulatif)	Objectif
# de TJA scolarisés exposés à BG	0	18 330	7487	5345	3282	3457	34 444	10 000
# de TJA inscrits dans des clubs scolaires	0	2880	3000	3000	2940	0	8880	4500
# de TJA non scolarisés inscrits dans des clubs communautaires	0	313	387	387	0	270	657	300
# de membres de la communauté (y compris les parents touchés par les activités de BG)	0	407	1848	1221	2089	1293	2255	5500

# de quartiers atteints par les groupes BG(TJA non scolarisés, parents et communauté atteints par les groupes BG)	18	0	18	18	18	18	18	18
# d'établissements de santé participant aux activités de BG	0	0	0	0	14	14	14	15

	INSTITUTIONNALISATION critères de référence # 1.2 *Institutionnaliser BG au sein du ministère de l'Education, du ministère de la Santé et des organisations communautaires pour assurer la pérennité.*							
Institutionnalisation au sein du ministère de l'Education (ME)	Janvier 2020*	Juin 2020	Janvier 2021	Juin 2021	Janvier 2022	Juin 2022	Total (cumulatif)	Objectif
# d'écoles mettant en œuvre BG par le biais du ME	0	96	100	100	98	98	**100**	100
# de maitres formateurs BG au sein du ME	43	0	0	0	0	0	**43**	43
# d'enseignant.es formés sur BG par des maîtres formateurs	290	0	0	0	0	27	**317**	300
# de plans opérationnels annuels du ME, intégrant BG (niveau central ou provincial)	0	0	0	0	0	0	**0**	2
# de budgets annuels du ME intégrant BG (niveau central ou provincial)	0	0	0	0	0	0	**0**	2
# de documents politiques, stratégique ou de formation, intégrant BG en particulier : 1) Formation des enseignants au programme d'éducation à la vie familiale ; 2) Guide pour la création et le fonctionnement des clubs scolaires	2	0	0	0	0	0	**2**	2

Institutionnalisation au sein du ministère de la Santé (MS)	Janvier 2020*	Juin 2020	Janvier 2021	Juin 2021	Janvier 2022	Juin 2022	Total (cumulatif)	Objectif
# de zones de santé effectuant des visites d'échange sanitaire de BG	0	0	0	0	0	5	**5**	4
# de maîtres formateurs de BG au sein du MS	20	0	0	0	0	0	**20**	20
# de personnel de santé formés sur BG par des maîtres formateurs	62	0	0	0	0	0	**62**	50
# d'agents de santé communautaires formés sur BG par des maîtres formateurs	22	0	0	0	0	0	**22**	20
# de plans opérationnels annuels du MS, y compris BG (niveau central ou provincial)	0	0	8	0	0	0	**8**	2

# de budgets annuels du MS, y compris BG(niveau central ou provincial)	0	0	1	0	0	0	**1**	2
# de documents politiques, de stratégique ou de formation, y compris BG	1	0	1	0	0	0	**2**	2
Institutionnalisation au sein des organisations à base communautaire (OBC)	Janvier 2020*	Juin 2020	Janvier 2021	Juin 2021	Janvier 2022	Juin 2022	Total (cumulatif)	Objectif
# d'organisations à base communautaire ayant la capacité de fournir un soutien à la mise en œuvre de BG (soutien technique indépendant/externe).	4	0	1	2	4	4	**6**	6
# d'OBC qui ont intégré ou proposé d'intégrer BG dans des projets existants ou nouveaux avec leur propre financement.	0	0	1	2	0	0	**2**	2

	Critères de référence de l'apprentissage # 1.3 *Améliorer la compréhension de l'intensification et de la gestion adaptative des programmes de SSR transformateurs de genre grâce à la mise en œuvre de BG*							
Documentation de l'approche de mise en œuvre de BG et les ajustements apportés pour améliorer la durabilité du projet.	Janvier 2020*	Juin 2020	Janvier 2021	Juin 2021	Janvier 2022	Juin 2022	Total (cumulatif)	Objectif
# de réunions d'apprentissage et de réflexion organisées par le personnel et les parties prenantes de BG	0	2	2	1	0	1	**6**	6
# d'études d'apprentissage (terminées) explorant un sujet/une question en rapport avec les adaptations possibles de BG	0	0	1	0	0	0	**1**	1
# d'adaptations apportées à BG(documentées dans l'IMT) sur la base de l'expérience et/ou des résultats de la mise en œuvre.	0	4	1	0	0	0	**5**	12

*Les activités de mise à l'échelle de Bien Grandir! ont commencé à la mi-2019. La première période s'est déroulée du 1er juillet 2019 au 1er janvier 2020.