

TRANSITION DES ADOLESCENTS EN AFRIQUE DE L'OUEST

Atteindre les adolescents avec une éducation à la santé sexuelle et reproductive et aux compétences de la vie courante culturellement appropriée: Résumé de l'évaluation de fin de projet

Mai 2024

GRADE Africa
Save the Children
UC San Diego
CENTER ON GENDER EQUITY AND HEALTH

Description du projet

Le programme La transition des adolescents en Afrique de l'Ouest (ATWA) était un programme de quatre ans (2019-2023) qui visait à influencer et à promouvoir des résultats positifs en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR) des adolescents en s'attaquant aux moteurs interdépendants de la mauvaise SDSR chez les très jeunes (10-14 ans) et les adolescents plus âgés (15-19 ans) dans huit régions de la zone du Liptako Gourma, une zone couvrant l'est du Burkina Faso, le sud-ouest du Niger et une partie du sud-est du centre du Mali. Le Liptako Gourma se caractérise par l'insécurité et la violence, y compris contre les écoles et les centres de santé, ainsi que par des attitudes conservatrices à l'égard de la santé et droits sexuels et génésiques des adolescents. Cela signifie souvent que la puberté et la sexualité émergente sont entourées de secret pour de nombreux adolescents. Dans ce contexte, l'intervention de l'ATWA est à la fois nécessaire du point de vue de la SDSR des adolescents, mais aussi difficile du point de vue de la mise en œuvre.

L'ATWA a travaillé avec les ministères de l'éducation du Burkina Faso, du Niger et du Mali pour catalyser l'offre d'une éducation culturellement adaptée en matière de compétences de la vie courante et de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les adolescents dans les cadres scolaires et extrascolaires dans les trois pays. Save the Children a développé et partagé le contenu de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive avec les partenaires ministériels, qui se sont appuyés sur leurs programmes d'éducation aux compétences de la vie courante (CVC) et SSR existants pour incorporer, personnaliser et adapter les éléments relatifs à la santé sexuelle et reproductive afin de développer les programmes de l'ATWA pour le contexte de chaque pays. En adaptant les programmes à ces contextes nationaux, les ministères ont choisi d'utiliser différents termes pour décrire le type de programme utilisé dans l'ATWA. Au Burkina Faso, il s'agit de l'*éducation à la santé sexuelle et reproductive*, au Mali de l'*éducation à la santé reproductive* et au Niger de l'*éducation aux compétences de la vie courante*. Le matériel extrascolaire a été adapté et développé par Save the Children à partir d'outils existants du projet GREAT (*Gender Roles, Equality and Transformation*).

Dans chacun des trois pays, les enseignants, les mentors et les pairs ont engagé les adolescents, filles et garçons, sur des sujets liés à la SSR afin d'améliorer leurs attitudes, leurs comportements et leurs normes en matière de genre et de SSR et d'acquérir de compétences de la vie courante. Parallèlement à l'enseignement des compétences de la vie courante, l'ATWA visait en outre à accroître l'accès des adolescents à des services de SSR de qualité et leur utilisation par ces derniers, en collaborant avec les prestataires de services pour améliorer la qualité des services et les rendre plus conviviaux pour les adolescents.

Les objectifs de l'ATWA sont les suivants

Impact :	**Amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs des adolescents**
Objectif spécifique 1 :	Amélioration des connaissances, des intentions et des comportements des adolescents en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs et à l'égalité des genres
Objectif spécifique 2 :	Les établissements de santé offrent des services de SSR de qualité adaptée aux adolescents et utilisés par les adolescents et les adolescentes.

Recherche formative - Exploration des normes sociales

Avant le début de l'intervention de l'ATWA, l'équipe du projet a mené une recherche qualitative à l'aide de l'outil d'exploration des normes sociales (SNET)[1] - un outil d'apprentissage et d'action participatif développé avec le soutien de l'USAID et de la Fondation Gates. Cette recherche qualitative visait à comprendre les opinions et les normes des communautés d'intervention de l'ATWA en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents. La région du Liptako Gourma dans laquelle l'ATWA a été mise en œuvre est caractérisée par l'insécurité et la violence, y compris la violence contre les écoles et les centres de santé, ainsi que par des attitudes conservatrices à l'égard de la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

Les résultats de l'exploration des normes sociales ont mis en évidence les nombreuses croyances et normes sociales entourant le genre, la sexualité et les comportements adaptés à l'âge, qui font obstacle à l'obtention de résultats sains en matière de SDSR chez

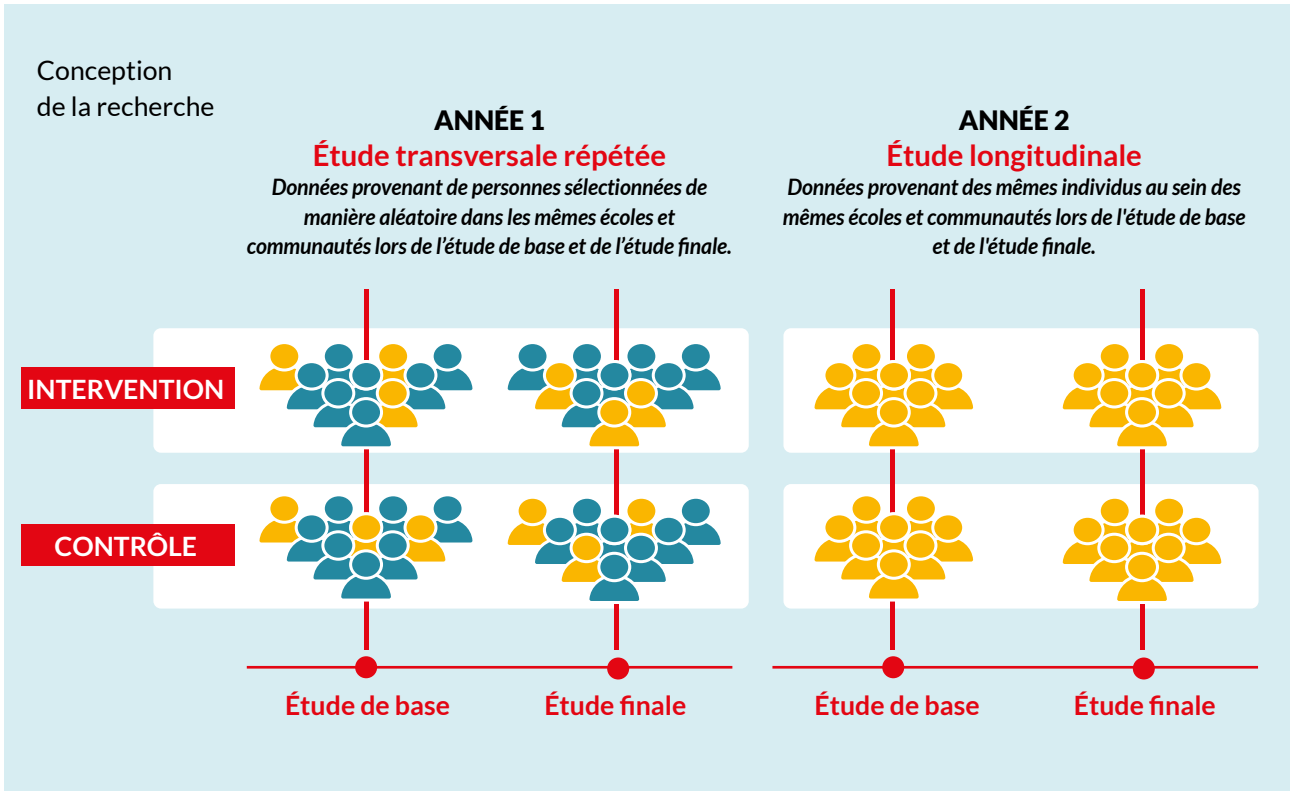
1 Institut pour la santé reproductive. 2020. Outil d'exploration des normes sociales. Washington, DC : Georgetown University. https://irh.org/wp-content/uploads/2020/04/Social_Norms_Exploration_Tool_SNET-1.pdf

les adolescents. Lors des entretiens qualitatifs, l'équipe a souvent entendu dire qu'enseigner la puberté et la sexualité aux adolescents conduirait à la promiscuité. Comme l'a décrit un jeune garçon, « *Quand on évoque le sujet de la sexualité avec un adolescent ça le pousse à croire qu'il est assez grand pour avoir une vie sexuelle active* ». Les parents et les adultes des communautés ont souvent choisi de ne pas parler aux adolescents de la puberté et de la sexualité émergente pour des raisons de gêne. Un chef de communauté a noté : « *Les parents ont honte de parler de sexualité aux enfants. Il y a une gêne pour ces questions. Donc les adolescents sont laissés à eux-mêmes sur ce sujet* » . En plus de ces croyances selon lesquelles parler aux adolescents de la puberté et de la santé sexuelle et reproductive conduirait à la promiscuité ou à l'embarras, les éducateurs de santé ont également noté que les parents ne disposaient souvent pas d'informations exactes : « *Les parents eux-mêmes ne savent pas, ils manquent de connaissances sur le sujet. Ils ne sont pas éduqués sur ces questions, donc il sera difficile de transmettre aux adolescents ce qu'on ne connaît pas soi-même* » . Cette recherche formative a mis en évidence l'importance de sensibiliser les dirigeants communautaires et les parents à l'intervention de l'ATWA et de susciter leur soutien avant sa mise en œuvre. Pour plus d'informations, voir la section sur le soutien communautaire ci-dessous.

Conception de l'étude d'évaluation

Les partenaires de recherche du *Center on Gender Equity and Health* de l'Université de Californie à San Diego (UCSD-GEH) et « Groupe de Recherche et d'Action pour le Développement » (GRADE Africa) ont mis en œuvre des modèles d'évaluation rigoureux pour évaluer l'impact de l'intervention de l'ATWA sur le résultat 1 : connaissances, intentions et comportements en matière de SDSR chez les adolescents. Le résultat 2 sur les établissements de santé a été évalué séparément en étroite collaboration avec les autorités sanitaires.

Pour la première année de l'intervention, l'équipe de recherche a utilisé un essai transversal randomisé en grappes avec un groupe témoin. Ce modèle d'étude recueille des données sur les adolescents des mêmes communautés au début et à la fin de l'étude, à la fois dans le groupe d'intervention et dans le groupe de contrôle. Les données de fin d'étude sont utilisées pour contraster les différences entre le groupe de contrôle et le groupe d'intervention, après avoir pris en compte les niveaux de base des indicateurs de résultats au niveau des grappes. Au cours de l'année 2, l'équipe de recherche a déterminé qu'il serait possible de suivre les adolescents de manière longitudinale (c'est-à-dire d'atteindre les mêmes adolescents au début et à la fin de l'étude) et a mis en œuvre un essai longitudinal contrôlé et randomisé par grappes (C-RCT). Ce modèle d'étude est l'un des plus solides pour évaluer l'impact d'une intervention.



Échantillon et collecte de données

Avant le début de l'intervention de l'année 1, des écoles d'intervention et de contrôle ont été sélectionnées dans chacun des trois pays, et parmi elles, un échantillon aléatoire d'environ 2 200 adolescents a été sélectionné pour répondre à l'enquête à chaque point dans le temps. Au cours de la première année, cet échantillon aléatoire a été constitué à la fois au début et à la fin de l'étude, et au cours de la deuxième année, l'échantillon aléatoire a été constitué au début de l'étude et les mêmes adolescents ont été réinterrogés à la fin de l'étude.

- La collecte des données de base de l'année 1 a eu lieu en décembre 2021 auprès de 2 244 adolescents ; la collecte des données de fin de programme a eu lieu à la fin de la mise en œuvre du programme en mai et juin 2022 auprès de 2 069 adolescents.
- La collecte des données de base de l'année 2 a eu lieu en novembre-décembre 2022 (n=2 113 adolescents) et la collecte des données de fin d'étude a eu lieu en mai-juin 2023 (fin d'étude, n=1 998). L'évaluation de la deuxième année présentait un taux de suivi élevé entre les données de base et les données finales (94,6 %), la plupart des adolescents, mais pas tous, ayant été suivis au fil du temps.

Développement de l'outil d'enquête

L'UCSD-GEH a travaillé avec Save the Children pour revoir et adapter les éléments des outils d'enquête validés existants[2], afin de garantir des liens complets entre les éléments de l'enquête, le cadre de suivi et d'évaluation du programme et les programmes d'enseignement de l'ATWA spécifiques à chaque pays. L'outil d'enquête ATWA couvre 12 sujets : données démographiques des répondants, puberté, gestion de l'hygiène menstruelle, connaissances sur le VIH, les IST et la grossesse, contraception, antécédents sexuels personnels, services de santé, attitudes et normes en matière de genre, violence fondée sur le genre, auto-efficacité, mariage d'enfants et mutilation génitale féminine. Dans l'évaluation de la deuxième année , une nouvelle section sur le soutien de la communauté à la SSR des adolescents a été ajoutée à la perception qu'ont les adolescents du soutien des chefs de leur communauté à l'éducation aux compétences de la vie courante et aux services de SSR.

Analyses statistiques

Pour les analyses de l'année 1 avec les données transversales répétées (c'est-à-dire des individus différents interrogés au début et à la fin de l'étude, mais au sein des mêmes communautés), UCSD-GEH a ajusté une série de modèles de régression aux données individuelles, en utilisant des erreurs standard robustes pour tenir compte des similitudes entre les adolescents des mêmes écoles ou communautés (c'est-à-dire la corrélation intra-groupe). Les modèles de régression incluent également les valeurs de référence de chaque indicateur au niveau des grappes afin de tenir compte de toute différence au niveau de référence entre les groupes d'intervention et de contrôle.

Pour les analyses de l'année 2 avec les données longitudinales (c'est-à-dire les mêmes personnes interrogées à l'étude de base et à l'étude finale), l'UCSD-GEH a utilisé une approche statistique de différence dans les différences dans le cadre de modèles de régression hiérarchiques à effets mixtes. L'UCSD-GEH a également effectué des tests chi-carré omnibus ($\chi 2$) avec les données de fin d'étude pour examiner les résultats qui n'étaient pas inclus dans le cadre de suivi et d'évaluation : la violence basée sur le genre, l'auto-efficacité et les mutilations génitales féminines.

L'UCSD-GEH a également effectué des tests du chi-carré parmi les adolescents participant à l'intervention ATWA afin de déterminer si les adolescents ayant bénéficié d'une éducation par les pairs (disponible uniquement au cours de l'année 2) et ceux qui n'en ont pas bénéficié ont obtenu des résultats différents. Nous mettons en évidence les résultats où l'éducation par les pairs a eu un impact positif sur un résultat SDSR avec une icône d'éducation par les pairs (illustrée à gauche). Pour toutes les analyses, la signification statistique est évaluée par des valeurs p inférieures à 0,05. Des détails méthodologiques supplémentaires peuvent être trouvés dans les rapports de fin des années 1[3] et 2[4].

2 Les questions ont été tirées ou adaptées des enquêtes validées suivantes : 2020 edition of the Performance Monitoring for Action (PMA2020), Demographic and Health Surveys (DHS), the Johns Hopkins University's Global Early Adolescent Study (GEAS), Gender and Adolescence : Global Evidence (GAGE), Menstrual Practices Questionnaires (MPQ), and the Menstrual Practice Needs Scale (MPNS-36).

3 Centre pour l'équité entre les sexes et la santé. 2022. Évaluation des résultats des transitions des adolescents en Afrique de l'Ouest (ATWA) : Year 1 Endline Report. La Jolla, CA : Université de Californie San Diego pour Save the Children.

4 Centre pour l'égalité des sexes et la santé. 2024. Évaluation des résultats de la transition des adolescents en Afrique de l'Ouest (ATWA) : Year 2 (2022-2023) Endline Report. La Jolla, CA : Université de Californie à San Diego pour Save the Children.



Les resultats de l'évaluation de l'objectif spécifique de l'ATWA

Données démographiques

À la fin des années 1 et 2, l'âge moyen des répondants était de 13,3 ans (min = 9 ans, max 19 ans), 74 % des répondants étant âgés de 10 à 14 ans et 26 % de 15 à 19 ans. Cet suréchantillon de très jeunes adolescents est conforme à la conception du programme ATWA, qui vise à atteindre plus d'adolescents jeunes que d'adolescents plus âgés. L'échantillon était composé à parts égales de garçons et de filles (49% de garçons, 51% de filles). La grande majorité (98%) des adolescents étaient célibataires. Parmi les adolescents mariés, un seul avait entre 10 et 14 ans. Enfin, une proportion relativement faible (12%) d'adolescents âgés de 15 à 19 ans ont déclaré avoir été sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois (les adolescents plus jeunes n'ont pas été interrogés sur l'activité sexuelle en raison de la nature sensible de cette question dans la contexte socioculturel de cette étude).

La puberté

Une série de neuf questions a été posée aux adolescents pour évaluer leurs connaissances sur les changements corporels pendant la puberté, le cycle menstruel, la fertilité et la conception, le risque de grossesse et la prévention. Les questions allaient de "il est normal que les garçons et les filles voient leur corps changer en grandissant" à "un garçon peut mettre une fille enceinte avant d'avoir eu sa toute première éjaculation".
Au cours de la première année (données transversales), seuls 7,7 % des adolescents du groupe témoin et 10,4 % des adolescents de l'ATWA ont répondu correctement aux neuf questions. Cette proportion plus élevée chez les adolescents de l'ATWA n'était toutefois pas statistiquement significative par rapport au groupe témoin (différence de 2,7 points de pourcentage (p=0,610)).

Au cours de la deuxième année (données longitudinales), on a constaté une augmentation de 10,1 points de pourcentage des connaissances correctes chez les adolescents du groupe de contrôle (34,5 % des adolescents ayant répondu correctement aux neuf questions à l'étude de base, contre 44,6 % à l'étude finale) et une augmentation de 22,1 points de pourcentage entre l'étude de base et l'étude finale chez les adolescents du groupe d'intervention (de 27,9 % à 50,0 %). Cette différence de changement entre les deux groupes d'étude au fil du temps était statistiquement significative, indiquant que la **participation à l'intervention ATWA était associée à des adolescents ayant 2,6 fois plus de chances d'avoir des connaissances exactes sur la puberté (OR=2,63, p<0,001).**

Menstruation

Avant le lancement de l'ATWA, les connaissances et les croyances exactes sur la menstruation étaient faibles chez tous les adolescents, avec seulement environ 15 % des garçons et 19 % des filles répondant correctement à au moins deux des trois questions vraies ou fausses suivantes : les cycles menstruels des filles durent généralement 14 jours ; la menstruation est sale/impure ; les serviettes hygiéniques usagées peuvent être utilisées pour lancer des sorts magiques.

Lors de l'étude finale de la première année, 16,9 % des adolescents du groupe de contrôle contre 20,6 % des adolescents de l'ATWA ont répondu correctement à au moins deux des trois questions sur les connaissances en matière de menstruation. Cette proportion plus élevée chez les adolescents de l'ATWA n'était cependant pas statistiquement significative par rapport au groupe de contrôle (différence de 3,7 points de pourcentage (p=0,195)).

Au cours de la deuxième année, des augmentations significatives ont été observées dans le groupe d'intervention, avec 46 % des adolescents de l'ATWA (contre 25 % des adolescents du groupe témoin - une augmentation de 21 points de pourcentage) répondant correctement à au moins 2 des 3 questions, ce qui correspond à une **probabilité 2,6 fois plus élevée parmi les participants de l'ATWA d'avoir des connaissances exactes sur la menstruation (OR=2,62, p<0,001).** Cet impact de l'intervention a été *particulièrement fort pour les garçons* ; les garçons avaient en moyenne des connaissances correctes plus faibles au départ que les filles, mais les garçons de l'ATWA ont essentiellement rattrapé les filles de l'ATWA à l'étude finale. Par rapport aux garçons du groupe de contrôle, les **garçons de l'ATWA étaient 3,7 fois plus susceptibles d'avoir des connaissances correctes sur la menstruation (OR=3,71, p<0,001).**

L'intervention ATWA a également eu un impact positif sur la proportion d'adolescents qui savaient que la menstruation était une fonction biologique normale (et que les saignements mensuels n'étaient pas un signe de maladie).

À la fin de la première année, 50,2 % des adolescentes du groupe témoin contre 58,5 % des adolescentes de l'ATWA ont correctement identifié la menstruation comme une fonction biologique normale (p=0,058). Cet effet de l'intervention a été encore plus marqué au cours de la deuxième année. Parmi les adolescents du groupe de contrôle, 47,9 % des participants avaient des connaissances correctes à l'étude de base et ce pourcentage est passé à 58,6 % à l'étude finale, soit une augmentation de 10,7 points de pourcentage. Parmi les adolescents de l'ATWA, 56,9 % des participants avaient des connaissances correctes à l'étude de base et ce pourcentage est passé à 83,6 % à l'étude finale, soit une augmentation de 26,7 points de pourcentage. Les **adolescentes de l'ATWA étaient donc 2,8 fois plus susceptibles de savoir que la menstruation était une fonction biologique normale** que les adolescentes du groupe de contrôle (OR=2,82, p<0,001).

L'éducation par les pairs (EP) a également eu un impact positif sur cet indicateur ; 82,4% des adolescents du groupe d'intervention qui n'ont pas reçu d'EP savent que la menstruation est une fonction biologique normale du corps féminin, contre 89,5% des adolescents qui ont reçu l'EP ($\chi 2$ p=0,039).



Prévention et traitement des IST et du VIH

Pour déterminer si l'ATWA a eu un impact sur les connaissances des adolescents en matière de risque, de prévention et de traitement des IST, on a posé aux garçons et aux filles les quatre questions vrai/faux suivantes : on peut contracter une IST ou le VIH lors du premier rapport sexuel non protégé ; l'utilisation d'un préservatif peut protéger contre les IST/le VIH ; les symptômes des IST sont des rougeurs, des brûlures ou des plaies sur les organes génitaux ; on peut réduire les risques en ayant un seul partenaire sexuel.

À la fin de la première année, les adolescents du groupe ATWA étaient plus nombreux que les adolescents du groupe témoin à avoir des connaissances correctes en matière de prévention des IST et du VIH (47,2 % des adolescents du groupe témoin contre 56,2 % des adolescents du groupe ATWA), mais cet effet de l'intervention n'était que marginalement significatif sur le plan statistique (p=0,083). À la fin de la deuxième année, cependant, **les adolescents de l'ATWA étaient 2,6 fois plus susceptibles d'avoir des connaissances correctes sur les risques, la prévention et le traitement des IST** que les adolescents du groupe de contrôle (OR=2,63, p<0,001). (Les groupes de contrôle ont connu une augmentation de 1,6 point de pourcentage des connaissances correctes, passant de 55,5 % à l'étude de base à 57,1 % à l'étude finale ; les adolescents de l'ATWA ont connu une augmentation de 16,6 points de pourcentage, passant de 53,9 % à l'étude de base à 70,5 % à l'étude finale).

Les adolescents ont également été évalués pour savoir si l'intervention ATWA était associée à une meilleure connaissance des lieux de dépistage du VIH et de traitement des IST, ainsi que des lieux de contraception (contrôle des naissances) et des préservatifs. À la fin de la première année, 36,9 % des adolescents du groupe de contrôle et 38,7 % des adolescents du groupe d'intervention ont déclaré savoir où s'adresser pour obtenir des services de santé sexuelle et reproductive. Toutefois, cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,512).

À la fin de la deuxième année, les adolescents de l'ATWA ont connu une augmentation de 24,2 points de pourcentage de leur connaissance des lieux où chercher des services de santé sexuelle et reproductive, passant de 37,2 % à l'étude de base à 61,4 % à l'étude final. En comparaison, les adolescents du groupe de contrôle ont vu leurs connaissances augmenter de 7,8 points de pourcentage, passant de 26,7 % à l'étude de base à 34,5 % à l'étude finale. Les résultats de l'évaluation longitudinale montrent que les **adolescents de l'ATWA avaient 2,4 fois plus de chances de savoir où chercher des services de santé sexuelle et reproductive** que les adolescents du groupe de contrôle (OR=2,44, p<0,001).

Cet effet était plus marqué chez les adolescents de l'ATWA ayant bénéficié d'une éducation par les pairs, puisque 47,9 % des adolescents du groupe d'intervention qui n'ont pas reçu d'éducation par les pairs ont déclaré savoir où chercher des services de santé sexuelle et reproductive, contre 69,0 % des adolescents qui ont reçu une éducation par les pairs (?2, p<0,001).

Lorsqu'ils ont été interrogés spécifiquement sur la prévention du VIH, les adolescents de l'ATWA ont montré une plus grande augmentation des connaissances correctes sur la prévention du VIH par rapport aux adolescents du groupe de contrôle. À la fin de la première année, 11,9 % des adolescents du groupe d'intervention avaient des connaissances correctes sur la prévention du VIH, contre 8,4 % des adolescents du groupe de contrôle. Toutefois, cette augmentation des connaissances n'était pas statistiquement significative (p=0,125).

Entre le début et la fin de la deuxième année, les adolescents de l'ATWA ont connu une augmentation de 25,5 points de pourcentage, passant de 42,5 % à l'étude de base à 68,0 % à l'étude finale, par rapport aux adolescents du groupe témoin qui ont connu une augmentation de 9,8 points de pourcentage des connaissances correctes en matière de prévention du VIH, passant de 40,3 % à l'étude de base à 50,1 % l'étude finale. Cela signifie que les a**dolescents de l'ATWA sont 2,7 fois plus susceptibles de faire état de connaissances correctes en matière de prévention du VIH** que les adolescents du groupe de contrôle (OR=2,66, p<0,001).

L'éducation par les pairs (EP) a également eu un impact positif sur cet indicateur ; 54,8 % des adolescents du groupe d'intervention qui n'ont pas bénéficié de l'EP ont répondu correctement aux six questions sur la prévention du VIH, contre 74,8 % des adolescents qui ont bénéficié de l'EP (p=0,029).

Méthodes contraceptives

Il a été demandé aux adolescents s'ils prévoyaient d'utiliser des méthodes contraceptives modernes telles que les préservatifs, les contraceptifs oraux et les stérilets. À la fin de la première année, 64,0 % des adolescents du groupe de contrôle et 68,3 % des adolescents du groupe d'intervention prévoyaient d'utiliser des méthodes de contraception modernes, mais cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,937).

Au cours de la deuxième année, nous avons constaté une augmentation de 12,6 points pourcentage entre l'étude de base et l'étude finale dans le groupe de contrôle (de 45,3 % à 57,9 %), contre une augmentation de 19,3 points de pourcentage dans le groupe d'intervention (de 51,4 % à 70,7 %). Cette différence de changement entre les bras de l'étude au fil du temps était statistiquement significative, indiquant que la **participation à l'intervention ATWA était associée à une probabilité 1,7 fois plus élevée pour les adolescents d'avoir l'intention d'utiliser une contraception moderne (OR=1,68, p=0,041).**

On a demandé aux adolescentes si elles connaissaient 10 méthodes contraceptives différentes (pilules contraceptives orales, préservatifs, etc.). À la fin de la première année, les adolescentes âgées de 10 à 14 ans du groupe de contrôle connaissaient en moyenne 3,4 méthodes contraceptives modernes sur les 10 possibles. À l'inverse, les adolescentes de la même tranche d'âge du groupe d'intervention connaissaient en moyenne 4,5 méthodes contraceptives modernes sur les 10 possibles. Toutefois, cette différence de connaissances entre les groupes n'était pas statistiquement significative (p=0,211). Les adolescentes plus âgées (15-19 ans) connaissaient en moyenne plus de méthodes contraceptives que les plus jeunes (6,0 méthodes dans le groupe de contrôle et 6,2 méthodes dans le groupe d'intervention), mais cette différence entre les groupes de contrôle et d'intervention n'était pas statistiquement significative (p=0,502).

Au début de l'année 2, le nombre moyen de méthodes modernes connues par toutes les filles âgées de 10 à 14 ans de l'échantillon global était de 3,3 méthodes sur un total possible de 10, et parmi toutes les filles âgées de 15 à 19 ans, 5,1 méthodes connues. À la fin de la deuxième année, les filles de l'ATWA dans les deux groupes d'âge ont connu une augmentation plus importante des méthodes connues par rapport aux filles du groupe de contrôle (ATWA : 8,9 méthodes contre 6,0 méthodes connues parmi les témoins parmi les filles âgées de 10 à 14 ans (p<0,001) et 8,1 parmi les filles de l'ATWA contre 6,8 méthodes connues parmi les témoins dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans (p<0,001)). Cela démontre l'impact positif important de l'ATWA sur la connaissance des méthodes contraceptives chez les adolescentes les plus jeunes et les plus âgées.



Mariage des adolescents et opinions sur le mariage des enfants

À la fin de la première et de la deuxième année, une grande majorité (87,8 % et 94,2 % respectivement) des personnes interrogées étaient tout à fait d'accord pour dire que le mariage précoce a souvent des conséquences néfastes sur la santé, le bien-être psychologique et l'éducation d'une fille. Au cours de l'année 1, davantage d'adolescents du groupe d'intervention ATWA étaient tout à fait d'accord pour dire que le mariage des enfants avait des conséquences néfastes sur la santé des filles que les adolescents du groupe de contrôle, mais la différence n'était pas statistiquement significative (88,5 % contre 87,0 % des groupes de contrôle ($\chi 2$ p=0,093)). Au cours de la deuxième année, davantage d'adolescents ayant participé à l'intervention de l'ATWA étaient tout à fait d'accord pour dire que le mariage des enfants avait des conséquences néfastes sur la santé des filles que les adolescents du groupe témoin (96,8 % contre 92,0 % des témoins ($\chi 2$ p=0,005)), un effet qui était très significatif sur le plan statistique.

À la fin de l'année 1 et de l'année 2, une majorité (72,1 % et 71,9 % respectivement) d'adolescents étaient tout à fait d'accord pour dire qu'ils avaient le droit de choisir s'ils voulaient se marier, quand ils voulaient se marier et avec qui ils voulaient se marier. À la fin de l'année 1, 74,1 % des adolescents de l'ATWA étaient tout à fait d'accord, contre seulement 70,1 % dans le groupe de contrôle ($\chi 2$ p=0,006), ce qui indique des effets positifs de l'intervention sur cet indicateur. De même, à la fin de la deuxième année, les adolescents de l'ATWA étaient plus nombreux que les adolescents du groupe témoin à être de cet avis (78,6 % contre 65,5 % des témoins) ($\chi 2$ p<0,001), ce qui indique des effets positifs de l'intervention.

L'éducation par les pairs (EP) a également eu des effets positifs sur cet indicateur ; 65,0 % des adolescents du groupe d'intervention qui n'ont pas reçu d'EP étaient tout à fait d'accord pour dire qu'ils avaient le droit de choisir les conditions de leur mariage, par rapport aux adolescents qui ont reçu l'EP (84,5 %) ($\chi 2$ p<0,001).

À la fin de la première année, 67,0 % des adolescents de l'ATWA contre 59,6 % des adolescents du groupe de contrôle étaient tout à fait d'accord pour dire qu'ils pouvaient refuser un mariage non désiré arrangé par leurs parents ($\chi 2$ p=0,004), ce qui représente un effet d'intervention statistiquement significatif. À la fin de la deuxième année, plus d'adolescents du groupe ATWA que d'adolescents du groupe de contrôle étaient tout à fait d'accord pour dire qu'ils pouvaient refuser si leur mère/père voulait les marier, 53,1 % des adolescents du groupe de contrôle ayant déclaré être tout à fait d'accord contre 70,3 % des adolescents du groupe ATWA ($\chi 2$ p<0,001).

L'éducation par les pairs a également eu un impact positif sur cet indicateur, 55,2 % des adolescentes ATWA n'ayant pas bénéficié de l'EP étant tout à fait d'accord pour refuser un mariage non désiré, contre 74,9 % des adolescentes ATWA ayant bénéficié de l'EP étant tout à fait d'accord pour refuser si leurs parents voulaient qu'elles se marient ($\chi 2$ p=0,001).

À la fin de la première année, plus d'adolescents de l'ATWA étaient tout à fait d'accord pour dire qu'ils pouvaient demander l'aide d'un adulte de confiance pour éviter de se marier (74,1 % contre 69,4 % des témoins) ($\chi 2$ p=0,005)), ce qui indique des effets positifs de l'intervention. Au cours de la deuxième année, les adolescentes ATWA étaient également plus susceptibles d'être tout à fait d'accord à l'étude finale pour dire qu'elles pouvaient demander de l'aide à un adulte de confiance pour éviter de se marier (76 % des adolescentes ATWA contre 63,4 % des adolescentes du groupe témoin ($\chi 2$ p<0,001)).

L'éducation par les pairs a également eu un impact positif sur cet indicateur, 57,0 % des adolescents de l'ATWA n'ayant pas reçu d'éducation par les pairs étant tout à fait d'accord pour dire qu'ils pouvaient demander l'aide d'un adulte de confiance pour éviter un mariage arrangé non désiré, contre 82,9 % des adolescents de l'ATWA ayant reçu l'éducation par les pairs ($\chi 2$ p<0,001).

Attitudes et normes en matière de genre

La proportion d'adolescents ayant des attitudes équitables en matière de genre a été évaluée sur la base de l'Échelle d'attitudes équitables en matière de genre (*Gender Equitable Attitude scale*), un ensemble de six questions évaluant le degré d'acceptation de l'équité entre les sexes dans des domaines tels que les tâches ménagères, l'éducation et les hommes aient le dernier mot dans la prise de décision au sein du foyer.

À la fin de l'année 1, le score moyen de toutes les personnes interrogées sur l'échelle d'attitude équitable en matière de genre était de 3,1 sur 5 (la moyenne des réponses à toutes les questions sur des échelles de Likert à 5 points). En outre, le score moyen des adolescents du groupe de contrôle et du groupe d'intervention ATWA était de 3,1 (p=0,903), ce qui indique qu'il n'y a pas eu d'effet de l'intervention au cours de l'année 1.



À la fin de la deuxième année, les adolescents de l'ATWA avaient des scores moyens plus élevés que les adolescents du groupe témoin (3,9 contre 3,1 parmi les témoins ($p<0,001$)). Cet effet de l'intervention était particulièrement fort pour les garçons qui avaient un accord plus faible que les filles au départ (à l'étude de base), mais qui ont atteint les niveaux des filles de l'ATWA à l'étude finale (scores des garçons de l'ATWA à la fin de l'étude : 3,9, scores des filles : 4,0). Les scores moyens des garçons du groupe de contrôle sont restés les mêmes au fil du temps (2,9 au départ et 2,8 à l'arrivée), alors que les scores moyens des garçons de l'ATWA ont augmenté d'un point entier sur l'échelle de 5 points (3,0 à l'étude de base à 3,9 à l'étude finale ($p<0,001$)). Cela indique que l'intervention ATWA a été particulièrement utile pour influencer les attitudes des garçons à l'égard de comportements et de décisions équitables du point de vue du genre.

Attitudes à l'égard de la violence basée sur le genre (VBG)

A la fin de l'année 1 et de l'année 2, la majorité des répondants[5] étaient d'accord avec l'affirmation selon laquelle personne n'a le droit de forcer une autre personne à avoir une activité sexuelle (85,0 % et 93,4 % respectivement). À la fin de l'année 1, 87,6 % des adolescents participant à l'intervention ATWA étaient d'accord avec cette affirmation, contre 82,4 % des adolescents du groupe témoin ($\chi 2$ $p=0,158$). A la fin de la deuxième année, davantage d'adolescents ayant participé à l'intervention de l'ATWA étaient d'accord avec cette affirmation que d'adolescents du groupe témoin (95,9 % contre 91,2 %), et cette différence était statistiquement significative ($\chi 2$ $p=0,043$).

Bien qu'une grande majorité d'adolescents soit d'accord pour dire que personne n'a le droit de forcer une autre personne à s'engager dans une activité sexuelle, de manière quelque peu contradictoire, moins d'adolescents sont tout à fait d'accord pour dire qu'il est inacceptable d'utiliser la pression ou la force pour persuader une petite amie d'avoir des relations sexuelles si elle ne le souhaite pas. L'analyse de la première année a montré que 61,7 % des adolescents du groupe d'intervention et du groupe témoin étaient tout à fait d'accord avec cette affirmation (il n'y a pas eu d'effet de l'intervention). À a fin de la deuxième année, les résultats ont montré un effet positif de l'intervention. Une plus grande proportion d'adolescents de l'ATWA étant d'accord pour dire qu'il est inacceptable de faire pression ou de forcer une petite amie à avoir des relations sexuelles (68,7 % parmi les participants de l'ATWA contre 62,4 % parmi les témoins ($\chi 2$ $p<0,001$)).

Les adolescents ont également été interrogés sur la question de savoir s'il est acceptable qu'un homme batte sa femme parce qu'elle a désobéi à ses ordres. À la fin de la première année, 57,6 % des adolescents du groupe d'intervention n'étaient pas du tout d'accord avec cette affirmation, contre 54,7 % des répondants du groupe de contrôle, mais cette différence entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative ($\chi 2$ $p<0,106$). À la fin de la deuxième année, seuls 34,9 % des adolescents du groupe de contrôle n'étaient pas du tout d'accord avec l'affirmation selon laquelle un homme peut battre sa femme, alors que 62,7 % des adolescents de l'ATWA n'étaient pas du tout d'accord ($\chi 2$ $p<0,001$). Cela indique un effet important de l'intervention sur les attitudes à l'égard de la violence basée sur le genre.

5 Les bureaux nationaux du Mali et du Niger ont suggéré que les questions relatives à la violence liée au sexe ne soient pas posées aux adolescents scolarisés. Ainsi, les réponses à ces questions représentent les adolescents burkinabés et les adolescents non scolarisés âgés de 10 à 19 ans au Niger. Cela signifie également que l'éducation par les pairs n'a pas été dispensée sur des sujets liés à la violence basée sur le genre et qu'aucune analyse supplémentaire sur les effets de l'éducation par les pairs n'est incluse dans cette section.

Auto-efficacité

Un certain nombre d'éléments de l'enquête ont été inclus pour évaluer 11 types différents d'auto-efficacité des adolescents : de l'auto-efficacité générale, l'auto-efficacité concernant la puberté/les changements de la puberté, l'auto-efficacité face à l'attention sexuelle non désirée, l'auto-efficacité concernant les pratiques sexuelles sûres et protégés et la capacité à résister à la pression exercée par les pairs. À la fin de la première année, des effets positifs de l'intervention ont été constatés dans plusieurs mesures de l'auto-efficacité. Notamment, lorsqu'on leur a demandé s'ils pouvaient refuser l'attention sexuelle non désirée d'un étranger, 82,9 % des adolescents de l'ATWA étaient tout à fait d'accord, contre 77,5 % des adolescents du groupe de contrôle ($\chi 2$ $p<0,025$). Lorsqu'on leur a demandé s'ils étaient capables d'insister sur l'utilisation du préservatif, 63,2 % des adolescents de l'ATWA étaient tout à fait d'accord, alors que seulement 54,2 % des adolescents du groupe de contrôle étaient tout à fait d'accord ($\chi 2$ $p<0,001$). Les effets de l'intervention ont également été observés au niveau de l'auto-efficacité dans l'utilisation de la contraception, 66,5 % des adolescents de l'ATWA et 56,3 % des adolescents du groupe de contrôle étant tout à fait d'accord pour dire qu'ils peuvent utiliser la contraception ($\chi 2$ $p<0,019$). Les résultats de l'année 1 ont également montré les effets de l'intervention sur la capacité des adolescents à résister à la pression négative des pairs ; 73,5 % des adolescents de l'ATWA étaient tout à fait d'accord pour dire qu'ils pouvaient le faire, contre 67,9 % des adolescents du groupe de contrôle ($\chi 2$ $p<0,018$).

À la fin de la deuxième année, nous avons constaté des effets positifs de l'intervention sur l'auto-efficacité des adolescents pour toutes les mesures de l'auto-efficacité. Par exemple, 95,6 % des adolescents de l'ATWA étaient tout à fait d'accord avec le fait que faire des efforts peut améliorer la situation dans la vie, contre 86,9 % des adolescents du groupe témoin ($\chi 2$ $p<0,001$). En ce qui concerne la puberté, 81,6 % des adolescents de l'ATWA, contre 66,4 % des adolescents du groupe témoin, ont déclaré qu'ils se sentaient capables de poser des questions sur la puberté à un adulte de confiance ($\chi 2$ $p<0,001$). Une plus grande proportion d'adolescentes ATWA que d'adolescentes du groupe témoin ont déclaré pouvoir parler à un adulte de confiance de toute attention sexuelle non désirée dont elles avaient fait l'objet (75,2 % contre 62,0 % dans le groupe témoin, ($\chi 2$ $p<0,001$)). Davantage d'adolescentes ATWA ont également exprimé leur confiance en leur capacité à refuser des rapports sexuels non désirés avec un partenaire (89,3 % contre 79,6 % dans le groupe témoin ($\chi 2$ $p<0,001$)), et à insister sur l'utilisation de préservatifs avec un partenaire sexuel (72,4 % contre 56,0 % dans le groupe témoin ($\chi 2$ $p<0,001$)). En outre, une plus grande proportion d'adolescentes ATWA que d'adolescentes du groupe témoin estimaient pouvoir prendre leurs propres décisions concernant leur corps (76,8 % contre 65,1 % respectivement tout à fait d'accord, ($\chi 2$ $p<0,001$)). Enfin, les adolescentes ATWA ont fait état d'une plus grande résistance à la pression négative des pairs, 80,0 % d'entre elles étant tout à fait d'accord contre 70,2 % dans le groupe témoin ($\chi 2$ $p<0,001$).

Soutien de la communauté à la SDSR des adolescents

Le soutien de la communauté est essentiel pour créer un environnement propice à l'engagement des adolescents dans les programmes d'éducation sexuelle et reproductive, en particulier dans les milieux conservateurs tels que la région du Liptako Gourma. Lors de l'évaluation de la deuxième année, l'enquête a été élargie pour inclure des questions évaluant les perceptions des adolescents du soutien apporté par les chefs de leur communauté à l'enseignement des compétences de la vie courante (CVC) et aux services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents. Les questions de l'enquête faisaient la distinction entre 1) le type de dirigeant communautaire (religieux, scolaire et autres dirigeants communautaires tels que les chefs, les maires ou les membres du conseil municipal) ; 2) le type de soutien apporté aux adolescents (informations sur la puberté et l'éducation aux CVC, informations sur la contraception et accès des adolescents aux services de SSR) ; et 3) le groupe d'âge des adolescents recevant les informations/services de SSR (primaire supérieur (10-14 ans) ou secondaire (15-19 ans)).

Dans l'ensemble, les adolescents interrogés ont estimé que les dirigeants de leur communauté soutenaient les trois types d'informations sur les CVC/SSR et les services de SSR. Toutefois, les chefs d'établissements scolaires ont été considérés comme plus favorables à l'éducation aux CVC et aux services de SSR que les chefs religieux, et les informations sur la puberté ont été moins controversées que l'accès aux services de SSR. En outre, tous les adolescents interrogés (quel que soit leur âge ou leur sexe) ont estimé que les chefs d'établissement scolaires et les chefs religieux de leur communauté étaient plus favorables à ce que les adolescents plus âgés (15-19 ans) que les plus jeunes (10-14 ans) obtiennent les trois types d'informations et services : éducation aux compétences de la vie courante, informations sur les SSR et services de SSR. Par exemple, seuls 59% des adolescents ont estimé que les chefs religieux de leur communauté étaient favorables à l'accès des adolescents de 10 à 14 ans aux services de santé sexuelle et reproductive, alors que 92% des adolescents ont estimé que leurs chefs d'établissement étaient favorables à ce que les adolescents plus âgés (15 à 19 ans) soient informés sur la puberté et reçoivent une éducation aux compétences de la vie courante.



Conclusion

Au cours des deux années, les résultats de l'évaluation de l'objectif spécifique de l'ATWA ont montré de nombreuses améliorations significatives des connaissances et des attitudes liées aux SDSR chez les adolescents très jeunes (10-14 ans) et plus âgés (15-19 ans). Les résultats démontrent que la participation à cette intervention scolaire et communautaire a été associée à une plus grande probabilité pour les adolescents de :

- avoir des connaissances précises sur la puberté, la menstruation, la prévention et le traitement des IST/VIH,
- savoir où chercher des services de santé sexuelle et reproductive,
- prévoir d'utiliser une contraception moderne à l'avenir,
- être d'accord avec les affirmations reflétant leur confiance en leur capacité à gérer les questions liées à la santé sexuelle et reproductive (par exemple, avoir des rapports sexuels protégés, refuser une attention sexuelle non désirée et poser des questions sur la puberté à un adulte de confiance),
- avoir de l'auto-efficacité pour refuser un mariage précoce non désiré,
- reconnaître que violence basée sur le genre est inacceptable, et
- adopter des attitudes équitables en matière de genre.

L'ajout de l'éducation par les pairs a encore renforcé l'impact de l'ATWA sur les connaissances et les attitudes en matière de SDSR. Nous avons également constaté que les effets de l'intervention étaient plus importants au cours de l'année 2 qu'au cours de l'année 1. Ceci est probablement dû au fait que la plupart des enseignants et des mentors ont été impliqués dans l'ATWA au cours des deux années de mise en œuvre. Les enseignants et les mentors ont acquis de l'expérience au cours de l'année 1, ce qui s'est traduit par une amélioration de la qualité de l'enseignement et de l'animation des petits groupes au cours de l'année 2. Les enseignants et les mentors ont été en mesure de mettre en œuvre l'ATWA de manière plus efficace, ce qui s'est traduit par une augmentation de la " dose " du programme. En plus de ces changements au niveau des facilitateurs, la direction de l'école et les responsables de l'éducation étaient déjà familiarisés avec les programmes de l'ATWA au cours de l'année 2, après avoir été sensibilisés au programme au cours de l'année 1, et ont accru leur engagement.

L'ATWA répond au besoin d'une éducation à la santé sexuelle et reproductive adaptée à la culture au Mali, au Niger et au Burkina Faso. Il s'agit d'un programme fondé sur des données probantes et lié à l'amélioration des connaissances et des attitudes des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive, deux voies essentielles pour obtenir des résultats positifs en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs tout au long de la vie.

Citation suggérée : Barker, Kathryn M., Wong, Henry, van Kessel, Kiki (2024). *Transition des adolescents en Afrique de l'Ouest : Atteindre les adolescents avec une éducation à la santé sexuelle et reproductive adaptée à leur culture. Résumé de fin de projet.* Juin. Centre de l'Université de Californie à San Diego sur l'équité entre les sexes et la santé (UCSD-GEH) avec Save the Children-Netherlands : La Jolla, CA et La Haye, Pays-Bas.

GRADE Africa Save the Children UC San Diego CENTER ON GENDER EQUITY AND HEALTH