



UNFPA Bénin

**Evaluation du projet « Santé sexuelle et reproductive des
adolescent(e)s et des jeunes au Bénin »**

RAPPORT FINAL

Décembre 2023

Tiburce NYIAMA, Consultant Principal, Chef d'équipe

Marlène AZA-GNANDJI, Consultante associée nationale, statisticienne

Bruno Médessè DOUSSOH, Consultant associé national, sociologue

Manuela AIELLO, Manager de l'Evaluation et Assistante de Recherche

Table des matières

Résumé analytique	vi
Chapitre 1 : Introduction	1
1.1 Contexte et objectifs de l'évaluation du projet	1
1.2 Champ de l'évaluation.....	2
1.3 Approche pour l'évaluation : une analyse de contribution	3
Chapitre 2 : Contexte national	7
2.1 Profil du pays.....	8
2.2 Défis de développement et stratégies nationales	8
2.3 Défis du pays dans les domaines programmatiques de l'UNFPA	8
2.4 Le rôle de l'aide externe.....	13
Chapitre 3 : Réponse de l'UNPA / des Nations Unies et stratégies de programme	14
3.1 Réponse stratégique de l'UNFPA et des Nations Unies	14
3.2 Réponse de l'UNFPA à travers le Programme Pays	16
Chapitre 4 : Constatations : Réponses aux questions d'évaluation	22
4.1 Réponse à la question d'évaluation 1 : Pertinence envers les cibles	22
4.2 Réponse à la question d'évaluation 2 : Pertinence envers les résultats attendus	28
4.3 Réponse à la question d'évaluation 3 : Pertinence envers la situation initiale et les évolutions subséquentes 33	
4.4 Réponse à la question d'évaluation 4 : Efficacité	36
4.5 Réponse à la question d'évaluation 5 : Efficience des ressources humaines, matérielles et financières	42
4.6 Réponse à la question d'évaluation 6 : Efficience des ressources administratives	44
4.7 Réponse à la question d'évaluation 7 : Durabilité, capacités et mécanismes de chez PE et bénéficiaires ...	47
4.8 Réponse à la question d'évaluation 8 : Durabilité des activités du projet	51
4.9 Réponse à la question d'évaluation 9 : Durabilité du projet à travers les synergies et partenariats	54
4.10 Réponse à la question d'évaluation 10 : Coordination.....	55
4.11 Réponse à la question d'évaluation 11 : Connectivité	57
Chapitre 5 : Conclusions	60
5.1 Leçons apprises	60
5.2 Conclusions de niveau stratégique	61
5.3 Conclusions de niveau opérationnel	61
Chapitre 6 : Recommandations	64
6.1 Recommandations de niveau stratégique.....	64
6.2 Recommandations de niveau programmatique	64

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ANSSP	Agence Nationale des Soins de Santé Primaires
AOD	Assistance officielle au développement
APD	Aide publique au développement
BM	Banque Mondiale
BP	Bureau Pays
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CNCS	Comité National de Crise Sanitaire
CP	Conseillers Pédagogiques
CPD	Commission de la population et du développement
DDS	Directions Départementale de la Santé
DHS	Demographic and Health Survey
EDSB	Enquête Démographique de santé, Bénin
EIC	Entretien d'informateurs clés
ERI-ESI	Enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel
ESS	Éducation à la santé sexuelle
FCFA	Franc des Colonies Françaises d'Afrique
FFOM	Forces, faiblesses, opportunité et menaces
FGD	Focus group discussion
FO	Fistule obstétricale
FOSA	Formations sanitaires
G&A	Genre et autonomisation de la femme
HACT	Approche Harmonisée de Transfert de Fonds
IEC	Information, éducation et communication
IIG	Indice d'Inégalité de Genre
INFRE	Institut National pour le Formation et la Recherche en Éducation
INIFRCF	Institut d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs
INSAE	Institut Nationale de la Statistique et de l'Analyse Économique
INStAD	Institut Nationale de Statistique et de Démographie
IPM	Informed Push Model
JLT	Jeunes Leaders Transformationnels
MASM	Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance
MEMP	Ministère des Enseignements Maternel et Primaire
MEO	Mise en œuvre (Opérationnelle)
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MESTFP	Ministère des Enseignements secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle
MGF	Mutilations génitales féminines
MI	Ministère en charge de l'Industrie
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples

MJ	Ministère en charge de la Jeunesse
MNT	Maladies non transmissibles
MS	Ministère de la Santé
OCDE	Organisation des communautés de Développement Économique
OD	Observation directe
ODD	Objectifs de Développement Durable
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisations de la Société Civile
P&D	Population et Développement
PAG	Programme d'Action du Gouvernement
PC2D	Plan de Croissance pour le Développement Durable
PE	Partenaires de mise en œuvre
PF	Planification Familiale
PIB	Plan International Bénin
PND	Plan National de Développement
PNUAD	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
POS	Procédure Opérationnelle Standard
PP9	9ème programme de coopération Bénin – UNFPA
PPS	Points de prestation de services
PS	Prestataires de santé
QE	Questions d'évaluation
RD	Rapport de démarrage
RGPH4	Recensement Général de l'habitat et de la Population 4
S&E	Suivi et l'évaluation
SM/E	Santé de la mère ; Santé de la Mère et de l'Enfant
SNMSSRAJ	Stratégie Nationale Multisectorielle de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes au Benin
SNU	Système des Nations Unies
SONU	Soins obstétricaux et néo-natals d'Urgence
SR	Santé reproductive
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SSRAJ	Santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s et des jeunes
TAS	Techniciens de l'Action sociale
TdC	Théorie du changement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VBG	Violences Basées sur le Genre
ZS	Zones sanitaires

TABLEAU DES FAITS CLÉS

Indicateurs	Valeurs	Source
Superficie au km ²	114.763	RGPH4
DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE		
Population totale (millions d'habitants)	11,527	Projections RGPH4 2013
Population < 25 ans	66%	RGPH4 2013
Population âgée de 10 à 24 ans	31,8%	RGPH4 2013
Taux de croissance annuel de la population (%)	3,5	RGPH4 2013
Indice Synthétique de Fécondité	4,7	MICS 2022
SANTE ET BIEN-ETRE		
Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	347	MICS 2014
Taux de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans (/1000)	77	MICS 2022
Taux de prévalence contraceptive moderne parmi les femmes de 15 à 49 ans non mariées, sexuellement actives (%)	23,6	2017 DHS
Taux de prévalence contraceptive moderne parmi les femmes de 15 à 49 ans mariées ou en union (%)	12,5	2017 DHS
Taux de prévalence contraceptive Moderne chez les adolescents(e)s de 15-19 ans mariées ou en union (%)	5,2	2017 DHS
Besoins non satisfaits en contraception (%)	32,3	2017 DHS
Taux de prévalence du VIH dans la population générale (%)	1,2	2011 DHS
% des adolescentes de 15-19 ans qui ont eu une naissance vivante	15,2	2017 EDSB
% des adolescentes de 15-19 ans enceintes	10,7	2017 EDSB
% des adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie sexuelle	12,0	2017 EDSB
Prévalence du VIH 15-24 ans	0,3	2021 ESDG
Utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels avec des partenaires multiples chez femmes de 15-24 ans	32,1	2017 EDSB
Utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels avec des partenaires multiples chez les hommes de 15-24 ans	30,9	2017 EDSB
GENRE, DROITS HUMAINS, PROTECTION SOCIALE		
VBG et Mutilations génitales féminines (MGF) chez les femmes de 15-49 ans		
Adolescents de 15-19 ans déclarant avoir été victimes de VBG (prévalence la plus élevée)	67,1%	Étude VBG Bénin, 2022
Indice d'inégalité de genre	148	PNUD-2019 ; RDH
Adolescentes de 15-19 ans déclarant avoir souffert de mutilations génitales	5,1%	2020, Étude MGF, Nord Bénin
Proportion de femmes âgées de 20-24 ans ayant été mariée avant l'âge de 18 ans	30,6	EDSD 2017-2018
Proportion d'individus vivant avec un handicap moteur dont le handicap empêche une activité soutenue ou de suivre une scolarité normale	0,7	ERI-ESI Bénin, 2018, INSAE
Proportion d'individus vivant avec autre handicap ou maladie de longue durée et qui empêche une activité soutenue ou de suivre une scolarité normale	3,2	ERI-ESI Bénin, 2018, INSAE
ÉCONOMIE & TRAVAIL DÉCENT		
Taux de pauvreté estimé	38,5	2019, BM
PIB (USD par habitant)	1 400 USD	2021, Banque Mondiale
Classement économique du pays en Afrique sur 54 pays	25 ^{ème}	2021, BM
Taux de croissance économique en 2021 :	6,9%	2019, INSTaD

CONTEXTE, JUSTIFICATION, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

L'évaluation du projet "Santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes au Bénin" a été commanditée par l'UNFPA à un an de la fin de la période d'exécution conformément à la stratégie d'évaluation de l'institution, de concert avec l'Ambassade Néerlandaise, bailleur de fonds. L'objectif général était de « *faire le bilan de l'exécution du projet par une appréciation indépendante de la performance globale, notamment les changements opérés à travers les différentes stratégies de mises en œuvre déployées* ». L'évaluation devait contribuer à tirer les enseignements, identifier les bonnes pratiques et formuler des recommandations pour l'amélioration et le renforcement du passage à l'échelle de l'ESS. La collecte a eu lieu en mai 2023 selon une méthodologie d'observation quantitative et qualitative. L'analyse de contribution de type hypothèse-déduction basée sur la théorie du changement du projet a été utilisée.

CONCLUSIONS

Conclusions de niveau stratégique : Conclusion 1 – sur la coordination : L'UNFPA a contribué aux mécanismes de coordination du projet aux niveaux national et départemental (Comité de pilotage (Copil) et Comité technique (Cotech) ; comité de coordination déconcentrés de manière satisfaisante avec participation et appui actifs. Les aspects à améliorer sont la réticence à participer du leadership de la DSME objectant le leadership de la coordination du projet, des dysfonctionnements de la régulation des difficultés du projet (relative maîtrise des contenus ESS par les apprenants, de la régularité des cours, de l'application de la gratuité, de l'inclusion des vulnérables/défavorisés, etc.).

Conclusion 2 sur la connectivité : Le projet SSRAJ en synergie avec UNFPA/Bénin et le 9^{ème} programme de pays ont eu un apport spécifique suffisant au développement des capacités des parties prenantes nationales pour la réponse et le rétablissement à la suite des crises. Cela a été facilité par les plans de contingence, des fonds, des kits de protection, la formation des acteurs et la mobilisation d'experts, les équipements pour les cours et la communication virtuelle sur l'ESS, la promotion de la production locale des matériels de protection COVID-19 et serviettes hygiéniques, l'encadrement et ajustement de la réponse aux crises et autres. La connectivité et le long terme ont été inclus en matière humanitaire à court terme. Le projet a appuyé la « parenté responsable », l'ESS dans les programmes des écoles normales, l'appropriation par les jeunes en renforçant leur responsabilisation dans l'exécution, leurs compétences de vie et hygiène menstruelle. La réponse multithématique et multisectorielle des directions départementales du nord, pour la protection des filles contre les abus liés au terrorisme, l'apport en intrants SR et l'offre intégrée à toute consultation SR ont été renforcés. Les faiblesses concernent la logistique de supervision, la réactivité face à l'impact négatif du terrorisme au nord du pays ; la capitalisation des cours pour les compétences de vie, la réduction de la vulnérabilité et des résistances culturelles à l'information et aux services SSRAJ.

Conclusions de niveau opérationnel : Conclusion 3-Pertinence envers les besoins des cibles : La planification et la mise en œuvre du projet sont quasi-suffisamment adaptée aux besoins des bénéficiaires (les 10-24 ans ; communautés), aux agendas de développement de l'UNFPA et du gouvernement. Les populations scolaire et extra-scolaire ainsi que l'ensemble de la zone de projet, sont ciblées par un paquet intégré d'interventions en matière d'information et services en ESS/SRAJ. La prise en compte des populations vulnérables et marginalisées (handicapées, pauvres, nomades, déplacées, populations clés IST/VIH), est déficitaire en analyse et intervention spécifiques. La planification pour l'accès universel des ado-jeunes aux services SSRAJ est peu concluante. La rigueur et l'effectivité pour garantir le niveau de performance envisagé ont été partielles concernant les paramètres suivants : (a) la détermination des cibles de couverture (877000 ado-jeunes, supérieure à l'estimation INSAE) et des produits ; (b) la quantification des intrants, (c) la valeur inclusive du paquet d'activités (déterminants profonds des résistances socioculturelles ; marginalité-vulnérabilité) et le chiffrage de leurs outputs ; (d) la mobilisation des ressources nécessaires (produits IST/PF, ratios d'encadrement scolaire et sanitaire, couverture en infrastructures conviviales et inclusives ; (e) la gestion des normes et le suivi.

Conclusion 4 sur la Pertinence envers résultats attendus, la situation initiale et les évolutions : Les interventions initiales prévues et l'action ont été relativement en adéquation aux changements liés aux

besoins/priorités nationaux et communautaires, aux crises (COVID-19, terrorisme) et aux résultats attendus du projet. Les facteurs incluent une analyse du processus de changement et la clarté des liens de contribution thématiques et directionnels entre les paliers de la théorie de changement du projet (obstacles, interventions, produits, effets), des activités alternatives (communication et fourniture d'intrants pour la réponse au crise, dont les besoins SR émergents, éducation et services virtuels), l'arrimage à l'accélération béninoise de l'émergence, des actions interconnectées et cohérentes, et une offre ajustée (offre communautaire, cliniques mobiles). Les revues, les PTA et la prise en compte des chocs (crises Covid-19 ; russo-ukrainienne, terrorisme) et sollicitations émergentes des PE ont facilité l'adaptation aux évolutions.

En milieu extra-scolaire et scolaire et dans les PPS, le potentiel de réduction et la résilience envers les obstacles à l'information et aux services connaissent des limites. Ainsi, des déterminants socioculturels favorables aux pratiques néfastes et inégalités de genre mitigent l'engagement des acteurs. Des limites systémiques en gestion des ressources, capacités techniques, données et régulation et les contraintes du milieu (faible application de l'arsenal juridique favorable à l'ESS), mitigent ledit potentiel. Cela a empiré avec les chocs COVID-19, terrorisme, guerre Russie-Ukraine. La planification devra mieux calibrer l'information et les services SR et produits visés à la hauteur des cibles universelles à la préparation-exécution-promptitude de la réponse à la vulnérabilité et aux crises (dont l'appui aux micro-entreprises/débutantes et pratiques artisanales pour la production locale des intrants et la résilience).

Conclusion 5 sur l'Efficacité : Le taux d'efficacité (indicateurs de produit) du projet SSRAJ est quasi-suffisant (86,55%). Mais 5/11^{ème} des indicateurs sont en dessous du seuil de performance (P=80%). Le potentiel d'efficacité en fin de projet est élevé pour la majorité des indicateurs. Les cibles de six indicateurs de produit sont atteintes (2 à 100%) ou dépassées (3 de 103% à 213,7%) paraissant sous-estimées et absorber des ressources qui font défaut à d'autres indicateurs. L'adéquation de la planification, de la mise en œuvre et de la régulation n'ont pas toujours été à la hauteur de la couverture attendue. L'on note : la discontinuité des services (rupture de stocks, y compris artificielles, coûts peu abordables) ; un an d'intervention pour la plupart des communes ; les dysfonctionnements des flux de ressources (délais de décaissement et contractualisation ; non-exécution du budget communal /SSRAJ), de l'accompagnement des cellules communales à la fonctionnalité, de la continuité du leadership (nouveaux maires) et de la réceptivité socioculturelle. L'impact négatif des crises (Covid19, terrorisme...) a été limitant.

Conclusion 6 sur l'Efficience des ressources : Les ressources mobilisées ont quasi suffisamment contribué à l'atteinte des résultats du projet. Leur mobilisation a été substantielle et sensible jusqu'en périphérie. Les capacités nationales en ont été accrues. Cependant il y a eu des déficits/gaps en : ressources humaines et matérielles (variation du gap en RH de 2/5^{ème} à 3/5^{ème} par rapport à la norme nationale ; ratio enseignant/enseigné pour l'ESS inférieur à la moyenne (1/42) en Afrique subsaharienne), engagement communautaire, utilisation des procédures opérationnelles standards, ratios d'encadrement des acteurs communautaires et bénéficiaires (ratio PT-PE/élèves est en dessous de la norme de santé communautaire nationale : 0,05/1200), complétude et harmonisation de la dispensation de l'ESS, ainsi qu'en flux des données. La non promptitude/régularité a affecté les décaissements, les supervisions et ajustements de l'action. La continuité des services et l'articulation entre les composantes information et services du projet ont été affectées.

Conclusion 7 sur la durabilité : L'UNFPA a quasi-suffisamment soutenu les parties prenantes nationales et les ado-jeunes 10-24 ans dans le développement de leurs capacités et l'établissement des mécanismes de durabilité, adaptation et extension des effets du projet. La durabilité du projet en tenant compte des problèmes interconnectés est moyen. La coordination avec les partenaires internationaux et nationaux NLA_71 et d'autres acteurs de la SSRAJ a quasi suffisamment contribué à créer des synergies et des partenariats notables. Les capacités nationales (professionnelles, matérielles dont les TIC, managériales, didactiques et communicationnelles) ont été renforcées. La conscientisation et les pratiques saines ont été promues chez les bénéficiaires. L'engagement des parties prenantes est notable et les dispositifs/cadres de coordination et concertation renforcés ou créés fonctionnent aux différents niveaux. La collaboration, des mécanismes de référence et d'encadrement intra et inter-secteurs impliquent les différents acteurs et PPS. Le projet est en synergie avec d'autres projets du 9^{ème} programme et en dehors (Cordaid Jeune S3, SWEDD, Consortium SRAJ...).

L'on note des : ● faiblesses de l'appropriation de l'ESS (prestataires institutionnels/ communautaires, parents) ; de la collaboration et des mécanismes de référence, de l'interaction niveau central-périphérie (cas des réseaux religieux) ; ● insuffisances de l'efficacité de la régulation du projet (limites : supervision et flexibilité financière entre indicateurs plus et moins performants) et acceptation de l'encrage institutionnel de l'ESS (DSME) ; et ● manques en renforcement des capacités communautaires en mobilisation de ressources ; fonds dans les institutions et communautés ; recyclage et restitution des formations.

RECOMMANDATIONS :

Recommandations de niveau stratégique : Recommandation 1 (R1) : L'UNFPA, en collaboration avec les Copil et Cotech, les comités de coordination administratifs et communaux devra : (a) appuyer l'optimisation des capacités et de l'efficacité des mécanismes de coordination ; y compris renforcer : ● La supervision formative de la périphérie par les cadres de la coordination nationale (améliorant : fréquence, adéquation des outils pour des constats et suggestions correctrices exhaustives et inclusives destinées aux prestataires sectoriels et leur hiérarchie) ; ● Le contrôle de l'effectivité/régularité et l'assurance qualité des interventions (cours d'ESS ; acquisitions des apprenants ; services SR/VBG...) ; ● L'analyse de statu quo et l'accompagnement de l'application du droit favorable au projet (gratuité ; inclusion sociale) ; ● La préparation d'un récapitulatif exhaustif et inclusif d'évidences (supervisions, études assorti de projets de décisions correctrices) pour les assises de coordination.

(b) Faire du plaidoyer-lobbying-médiation pour accompagner la coordination dans la maîtrise des dysfonctionnements du projet. Cela inclura : ● l'intégration des ministères en charge du plan et de la jeunesse dans le projet pour renforcer la mobilisation des jeunes et le passage à l'échelle de la promotion et de la protection de la jeunesse, la production et la gestion des données ESS ; ● le suivi/incitation du décaissement des budgets SSRAJ auprès du ministère (Santé) et des communes ; ● La concertation avec les ministères en vue des palliatifs durables aux gaps en ressources humaines, matérielles et couvertures géographiques et démographique des PPS ; ● une concertation pour garantir la participation du leadership de la DSME à la coordination du projet.

Recommandation 2 pour la Connectivité : L'UNFPA devra optimiser le développement des capacités de préparation et de rétablissement après crise comme ci-après. 1- Mettre en place les points 5 et 6 de la R4. 2- Renforcer les compétences de vie et la réponse aux risques et menaces dans la vie et en SRAJ chez les bénéficiaires (augmenter la dispensation et la supervision/inspection des cours d'ESS correspondants ; aligner les compétences avec les défis et mieux impliquer les prestataires de santé en milieu scolaire. 3-Introduire une intervention pour réduire les résistances persistantes (analyse exhaustive des causes et intérêts, plans d'éradication participatifs -tous acteurs et niveaux-, accompagnement et suivi in-situ).

Recommandations de niveau programmatique : Recommandation 3 pour la pertinence envers les résultats attendus : L'UNFPA avec ONUSIDA, UNICEF, le MASM et le MS, devraient renforcer planification basée sur le LNOB et la Théorie du Changement. Il faudra une analyse situationnelle spécifique concernant les groupes vulnérables et marginalisés (handicap, marginaux, populations clés IST/VIH, déplacés, filles-mères, analphabètes...). Puis un plan pour réduire les barrières spécifiques et augmenter la participation desdits groupes. Il s'agira d'optimiser le développement et la vulgarisation d'outils de communication spécifique, l'intervention en milieux concernés, l'appui en technologie et logistique compensant les handicaps et couvrant les besoins spécifiques, la protection de la dignité de la personne et le développement de l'estime de soi. Des indicateurs spécifiques faciliteront le suivi. Il y aura aussi le renforcement des procédures de planification pour mieux rationalisation des cibles de performance et améliorer la rétro-planification des interventions et investissements nécessaires à l'atteinte desdites cibles.

Recommandation 4 : la pertinence envers des résultats attendus, la situation initiale et les évolutions : L'UNFPA devra baser la planification sur une analyse alignant, en qualité et quantité, le potentiel de transformation des actions avec la nature, l'ampleur et la profondeur des obstacles, humains, systémiques et du milieu. Le suivi de la complétude et de la qualité de l'exécution doit être renforcé. Il faudra : 1- mettre en place un processus intégré de changement social visant les résistances socioculturelles ; 2- Renforcer la GAR à tous les niveaux du projet ; 3-mettre en place des innovations digitales, des POS et du suivi corrigeant les dysfonctionnements de la planification transversalement, au niveau de la théorie du changement du projet, de

l'approvisionnement et de la gestion des données ; 4-Formaliser et sécuriser le processus de gestion des ressources matérielles du projet, avec emphase sur la gestion des équipements fournis aux établissements scolaires et aux espaces conviviaux pour ado-jeunes des formations sanitaires. 5-Renforcer les capacités et élargir les sources de financement (renforcement des capacités et accompagnement) ; 6-Renforcer/systematiser le processus de réponse à la vulnérabilité/marginalité et aux contraintes contextuelles dans les communes du projet du septentrion du Bénin confrontées aux attaques terroristes, du mieux possible, avant la déclaration officielle de crise. Cela passera par une planification, une surveillance et à une réactivité spontanée favorables à la préservation des acquis et perspectives du projet. Une réunion sur la gestion de cette contingence et le suivi de ses dispositions est une approche à envisager. L'UNDSS et toute autre agence UN pertinente devrait être associée.

Recommandation 5 pour l'Efficacité : L'UNFPA et les partenaires de mise en œuvre devraient suffisamment ajuster l'adéquation de la planification, la promptitude des procédures, les stratégies de réduction des résistances socioculturelles prendre en compte les contraintes liées aux obstacles programmatiques, systémiques et culturels. En vue de la qualité et de la complétude de la mise en œuvre et pour l'efficacité. Il faudra : (a) L'intensification des interventions en continu sur toute la période de projet pour plus d'efficacité ; (b) le renforcement de la veille du projet (instances de coordination) avec décision spontanées de réallocation des ressources en cas de performance excédentaire ou atteinte précoce pour tirer les autres indicateurs moins performants vers le haut ; (c) l'application de diverses dispositions prévues dans nombre d'autres recommandations dont : R4 sur la planification et la réduction des obstacles socioculturels ; R7-efficience ; R1 en a) régulation... Davantage de précisions sur la dimension opérationnelle figurent en Annexe.

Recommandation 6 sur l'efficience des ressources : L'UNFPA et l'INIFRCF devraient : (a) Élaborer avec les secteurs PTFs, public, privé et communautaire et engager les décideurs pour un plan gagnant-gagnant d'optimisation des ressources humaines en zone de projet ayant des mécanismes de compensation des gaps en ressources humaines ; (b) Instaurer un mécanisme fixe à période bloquée pour le processus PTA-Décaissement affranchi des aléas administratifs ; (c) Renforcer les passerelles entre les systèmes éducatif, social et sanitaire (référence, formation commune, communication et rencontres régulières) ; (d) Actualiser les outils ESS, formaliser les procédures avec les communautés.

Recommandation 7 sur la durabilité : L'UNFPA devrait : (1) Renforcer : (a) le dialogue des générations via une meilleure participation communautaire (suivi de la synergie sommet-base des réseaux religieux, causeries acteurs-parents, visites communautaires des officiels). (b) La formation continue, régulière et exhaustive des prestataires et cadres (tout secteur) avec restitution auprès des non formés, inclusion de la mobilisation des ressources (ONG, Mairie, État), focus sur l'équipement. Inclure des messages pour acteurs communautaires pour la référence vers les services. (c) La maintenance-renouvellement des matériels et outils de sensibilisation (plans ; lignes budgétaires de projets, programmes, plans). (d) La collaboration et la synergie entre acteurs, dont les ONG/associations (répartition des activités selon l'expertise comparée des acteurs). (2) Appuyer des stratégies alternatives de communication et développement des capacités à travers : (a) le soutien aux FOSA pour coacher la fidélisation des acteurs communautaires par intégration du corps des ASC ; (b) l'intensification de la communication réseaux sociaux pour jeunes pour le changement social et l'inclusion de messages et scénarios de restitution auprès des pairs et le dialogue des générations ; (c) cf. R1.

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Contexte et objectifs de l'évaluation du projet

1.1.1 Contexte de l'évaluation

Le Bénin et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) sont dans leur 9^{ème} cycle de coopération qui couvre la période 2019-2023. L'objectif stratégique de l'UNFPA est de « réaliser l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, de garantir les droits reproductifs et de réduire la mortalité maternelle en vue d'accélérer les progrès dans la mise en œuvre du Programme d'action issue de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), afin d'améliorer la vie des femmes, des adolescents et des jeunes, en se fondant sur la dynamique des populations, les droits de l'homme et l'égalité des sexes ». ¹

Dans le but de contribuer à réaliser cet objectif stratégique, l'UNFPA a sollicité et obtenu un appui financier auprès de l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas au Bénin pour le renforcement du projet « Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescent(e)s et Jeunes au Bénin » (SSRAJ) pour la période 2019-2023.

Ce projet a connu une phase pilote en de 2017 à 2019 et une phase d'extension de 2020 à 2023 avec deux étapes : 1- l'Éducation Sexuelle Intégrée (sous le leadership de la Direction de la Promotion de la Scolarisation) et 2- l'Éducation à la Santé Sexuelle ; sous le lead technique de l'Institut d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs (INIFRCF). La présente phase est une phase d'extension et de renforcement (2020-2023).

Le projet a couvert onze (11) communes correspondant à cinq zones sanitaires de convergence du 9^{ème} programme de coopération Bénin – UNFPA. Ces zones sanitaires ont été identifiées suite à l'analyse de la situation réalisée lors de la planification stratégique. Au niveau scolaire, 919 établissements primaires et secondaires ont été touchés. En communautés, les non-scolaires et les déscolarisés ont été touchés, notamment à travers les ateliers d'apprentissages.

Ce projet vise la réalisation des droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et jeunes du Bénin à travers l'accroissement de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des informations et services adaptés à ce groupe d'âge.

Le projet s'adresse en priorité aux adolescents et jeunes garçons et filles de 10 à 14 ans, de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans scolarisés, déscolarisés, non scolarisés et dans onze communes correspondant à cinq zones sanitaires (ZS) de convergence du 9^{ème} programme de coopération Bénin – UNFPA (CPD9). Le projet s'articule autour de trois résultats que sont :

- (i) D'ici 2023, au moins 877 000 adolescentes et jeunes ont bénéficié d'un programme d'éducation à la santé sexuelle dans 1 272 établissements primaires publics et secondaires publics/privés dans les communautés des 11 communes d'intervention du projet ;
- (ii) D'ici 2023, 877 000 adolescent(e)s et jeunes ont accès à l'information et aux services de SSRAJ de qualité dans les zones d'intervention du projet ;
- (iii) D'ici 2023, la planification, la coordination sectorielle et le suivi / évaluation du projet sont améliorées au niveau des ministères en charge des enseignements maternel et primaire, secondaire et supérieur, de la santé, des affaires sociales et des collectivités locales avec l'implication des associations de jeunes.

La politique de l'évaluation de l'UNFPA prévoit des actions précises visant à améliorer l'apprentissage organisationnel et l'obligation de rendre compte. Dans cette optique, le dispositif de suivi évaluation du projet a prévu une évaluation en vue de mesurer les changements observés durant la mise en œuvre du projet et de donner des recommandations pour la poursuite de la mise en œuvre.

¹Plan stratégique de l'UNFPA 2018-2021, p. 8: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/DP.FPA_2017.9_-_UNFPA_strategic_plan_2018-2021_-_FINAL_-_17July2017FR.pdf

1.1.1.1 Objectifs de l'évaluation

La présente évaluation a pour objectif général de faire le bilan de l'exécution du projet par une appréciation indépendante de la performance globale, notamment les changements opérés à travers les différentes stratégies de mise en œuvre déployées.

De façon spécifique, l'évaluation vise à :

- Apprécier les progrès vers l'atteinte des objectifs et des résultats attendus du projet en référence aux indicateurs du cadre des résultats ;
- Analyser et documenter les changements identifiés suite à la mise en œuvre du projet qu'ils soient prévus ou non, positifs ou négatifs (externalités) ;
- Apprécier l'efficacité et la viabilité des stratégies novatrices majeures (infusion de l'ESS, enseignement de l'ESS par les outils numériques, offre de service au niveau des infirmeries scolaires, système de rapportage de grossesses en milieu scolaire) mises en œuvre dans le cadre du projet ;
- Apprécier les stratégies d'appropriation des adolescent(e)s bénéficiaires des interventions en lien avec les retombés et acquis des activités au-delà de la fin du financement ;
- Fournir une analyse détaillée des facteurs explicatifs du niveau de performance atteint ;
- Apprécier le niveau d'appropriation du projet par l'ensemble des parties prenantes ;
- Apprécier le niveau de collaboration et d'harmonisation avec d'autres parties prenantes (autres bailleurs de fonds, ministères impliqués) ;
- Identifier les goulots d'étranglement, contraintes liées à la mise en œuvre du projet ;
- Identifier les leçons apprises et les bonnes pratiques relatives à la conception, à la mise en œuvre, à la gestion et aux résultats du projet ;
- Formuler des recommandations et des propositions opérationnelles concrètes pour l'amélioration et le renforcement du passage à échelle de l'ESS.

1.2 Champ de l'évaluation

1.2.1 Portée thématique

La présente évaluation est un exercice qui a permis d'informer de façon indépendante toutes les parties prenantes, y compris le gouvernement et ses ministères sectoriels, le bailleur de fonds, le siège de l'UNFPA et le Bureau Pays (BP) au Bénin, ainsi que les bénéficiaires des interventions des phases pilotes et d'extension, en matière d'éducation à la santé sexuelle. L'évaluation répond simultanément à trois besoins majeurs des parties prenantes, à savoir : la responsabilité, l'apprentissage, et le renforcement des performances.

L'évaluation analyse l'exécution et donc la pertinence, l'efficacité et l'efficience des interventions, notamment d'une part, la durabilité, la coordination et la connectivité, d'autre part, en s'appuyant sur l'analyse des indicateurs cibles du cadre logique au regard des situations de référence avant intervention.

Elle a permis de résoudre des interrogations particulières (notamment via les questions d'évaluation, QE) et constitue un processus systématique et objectif visant à fournir des informations et analyses crédibles, vérifiables et utiles sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, ce qui favorise ou entrave l'atteinte de l'objectif spécifique (analyse causale).

Ces connaissances contribueront à l'amélioration de l'efficacité des interventions dans la mesure du possible pour la suite de l'exécution du projet.

1.2.2 Couverture géographique

Du point de vue géographique, l'évaluation s'est concentrée, d'une part, sur les universités, collèges, et écoles primaires des 12 départements du pays couverts par la phase pilote, et d'autre part sur les 3 départements de la phase proprement dite du projet dont les 11 communes cibles des activités du projet SSRAJ, correspondant à cinq zones sanitaires de convergence du 9^{ème} programme de coopération Bénin-UNFPA. Elle a non seulement

ciblé les acteurs institutionnels tels que les directions centrales des ministères impliqués (MESRS, MESTFP, MEMP, MASM, MS), les directions départementales concernées, les ONGs de mise en œuvre, les préfetures des départements d'intervention, ainsi que leurs collectivités territoriales, les bénéficiaires, mais aussi les acteurs du Système des Nations Unies (SNU) impliqués dans le projet.

1.2.3 Cadre temporel

La présente évaluation est une évaluation finale de la phase d'extension du projet, qui s'étend de 2020 à 2023, réalisée à un an de la fin du projet. L'évaluation a couvert la période de janvier 2019 à décembre 2022 et s'est déroulée de janvier à mai 2023, en quatre phases : (1) Phase préparatoire de l'évaluation ; (2) Phase de conception (élaboration du rapport de démarrage, sa présentation au GRE et la soumission de sa version finale) ; (3) Phase de terrain avec restitution des résultats préliminaires ; (4) Phase de rapportage : rédaction des rapports provisoire et final.

1.3 Approche pour l'évaluation : une analyse de contribution

1.3.1 Questions d'évaluation

L'évaluation finale du projet SSRAJ s'est faite sur la base des onze Questions d'Evaluation (QE) suivantes, qui ont été élaborées par l'UNFPA et finalisées par l'équipe d'évaluation pendant la phase de conception de l'évaluation.

Question d'Evaluation (QE1) : Dans quelle mesure la planification (objectifs, stratégies, activités...) et la mise en œuvre de toutes les actions soutenues par l'UNFPA dans le cadre du projet sont-elles : I) adaptées aux besoins des populations cibles dont : a) la population générale (adolescent-e-s et jeunes) ; et b) les populations vulnérables et marginalisées, (personnes handicapées, communautés autochtones, populations clés IST/VIH, personnes déplacées). II) en cohérence avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA et les priorités gouvernementales ;

Question d'Evaluation (QE2) : Est-ce que les interventions prévues sont en adéquation avec les résultats attendus du projet ? i) De manière dynamique, comment l'UNFPA a-t-il su adapter les interventions du projet à l'évolution de la situation en termes de planification et de mise en œuvre des interventions, particulièrement dans les zones d'intervention ?

Question d'Evaluation (QE3) : Dans quelle mesure le bureau de pays Bénin s'est-il adapté : i) aux changements en matière de besoins et priorités nationaux, y compris ceux des groupes vulnérables ou marginalisés, ii) aux variations causées par la crise COVID 19 ? iii) aux chocs exogènes ?

Question d'Evaluation (QE4) : Dans quelle mesure les résultats prévus ont-ils été ou sont-ils en passe d'être atteints ? i) Quels sont les résultats concrets du projet sur la population générale directement ou indirectement ciblées ? Et sur les groupes cibles ? Quels correctifs à proposer ? ii) Dans quelle mesure les interventions du projet soutenues par l'UNFPA ont contribué à ces résultats et contribué à la réalisation des effets du programme de pays ; iii) Quels facteurs expliquent les résultats non atteints

Question d'Evaluation (QE5) : Dans quelle mesure les ressources humaines, matérielles, financières mobilisées dans le cadre du projet ont-elles été converties en résultats ? i) analyser le cas des ressources de l'UNFPA ; ii) analyser le cas des ressources des différentes parties prenantes)

Question d'Evaluation (QE6) : Dans quelle mesure les ressources administratives/managériales (procédures de gestion ; réglementation administrative etc.), techniques (outils appropriés), informationnelles, stratégiques-normatives mobilisées dans le cadre du projet ont-elles été converties en résultats ? i) La gestion des contraintes et facilitateurs concernant ces ressources a-t-elle pu limiter les conséquences négatives sur la vie et les résultats du projet.

Question d'Evaluation (QE7) : Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il soutenu ses partenaires de mise-en-œuvre ainsi que les bénéficiaires (femmes, adolescents et jeunes) dans le développement de leurs capacités et l'établissement des mécanismes permettant de garantir la durabilité des effets ?

Question d'Evaluation (QE8) : En vue de maintenir les effets, est-ce que les parties prenantes (p.ex. le Gouvernement, ONG locales, centres de santé, écoles, groupes de jeunes) impliquées et autres acteurs etc..) ont le Potentiel (institutionnel, infrastructurel, compétence, mécanismes, appropriation) de soutenir ou effectuer les activités du projet ? À répliquer les activités ? À adapter les résultats du projet à d'autres contextes ? maintenir les acquis des activités humanitaires en tenant compte des problèmes interconnectés ?

Question d'Evaluation (QE9) : En vue de maintenir les effets, dans quelle mesure la coordination avec des partenaires internationaux et nationaux et d'autres acteurs dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes a contribué à créer des synergies et des partenariats.

Question d'Evaluation (QE10) : Dans quelle mesure l'UNFPA a été un membre actif et un contributeur actif aux mécanismes existants de coordination du projet. Le cas échéant, cela comprend également la participation et les contributions aux mécanismes de coordination

Question d'Evaluation (QE11) : Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il : i) contribué au développement des capacités des acteurs nationaux (ministères compétents, organisations de jeunes et de femmes, établissements de santé, communautés, etc.) pour mieux se préparer à réagir à, et se rétablir suite à une crise humanitaire ? ii) assuré que les activités à court terme de nature humanitaire sont conduites dans un contexte qui tient compte des problèmes interconnectés et de long terme.

1.3.2 Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les méthodes de collecte ont compris l'observation directe et indirecte de données qualitatives et quantitative auprès de sources primaires et secondaires. **La technique de revue documentaire a été appliquée aux documents** de l'UNFPA, aux stratégies, politiques et plans d'action nationaux, aux documents de programmation du bureau de pays de l'UNFPA Bénin, aux documents du projet SSRAJ et rapports d'études et d'évaluation pertinents. Des entretiens d'informateurs clés (EIC), des Focus Group Discussions (FGD) et l'Observation Directe (OD) se sont tenus dans 3 départements, 7 communes et 3 ZS. Les EIC ont été tenus avec les parties prenantes nationales et infranationales et les Leaders/acteurs communautaires. Les FGD ont mobilisé les bénéficiaires adolescent-e-s/jeunes scolaires et non scolaires (par sexe et groupes d'âge, dont : a) la population générale ; b) les groupes spécifiques : marginalisés, vulnérables (affligé(e)s de : handicap, VBG, pauvreté, enclavement...). Les OD ont été appliquées aux points de prestation des services (PPS) de santé reproductive (SR) et VBG.

Les méthodes d'analyse ont intégré l'analyse de contribution et l'analyse de contenu. L'analyse de contribution a été appliquée en deux procédés dont la **caractérisation de l'influence** entre palier de la TdC et le **classement en niveau l'influence**. La caractérisation de l'influence a consisté à déterminer l'influence des interventions par la situation et les problèmes de développement et humanitaires, puis celle des produits par les interventions et enfin l'influence des effets par les produits. La contribution thématique, dimensionnelle et directionnelle de chaque palier précédent de la théorie du changement aux résultats attendus au niveau du palier suivant a été dégagée pour comprendre les progrès et dysfonctionnements concernant la situation de développement en matière d'ESS/SSRAJ. Les données ont été extraites et mises en relation par le procédé de l'analyse de contenu. Quant au classement en niveau d'influence, le procédé est décrit et illustré ci-dessous (figure 1).

L'appréciation évaluative repose sur une chaîne d'analyse en 4 niveaux (constats, indicateurs, hypothèses, QE) et une échelle d'appréciation à 4 paliers (Nul, insuffisant, Passable, quasi-suffisant et suffisant).

Sur la base de l'échelle, à chaque niveau de la chaîne d'analyse, tous les paramètres (constats, indicateurs ou hypothèses) sont classés sur l'échelle. Ainsi la tendance générale du classement des paramètres détermine le classement du niveau évalué comme Nul, insuffisant, passable, quasi-suffisant ou suffisant.

Les deux procédés de caractérisation de l'influence entre paliers de la TdC et de classement en niveaux d'influence des paramètres d'un palier sur un autre ont reposé sur un modèle d'analyse déductif tel que ci-contre en figure 2. Le principe a été de partir de la TdC pour proposer des hypothèses évaluatives ; de vérifier les hypothèses par l'observation ; de généraliser sur la base de la consolidation et de la triangulation des données et d'en inférer sur la TdC.

Figure 1 : Chaîne d'analyse - Appréciation évaluative

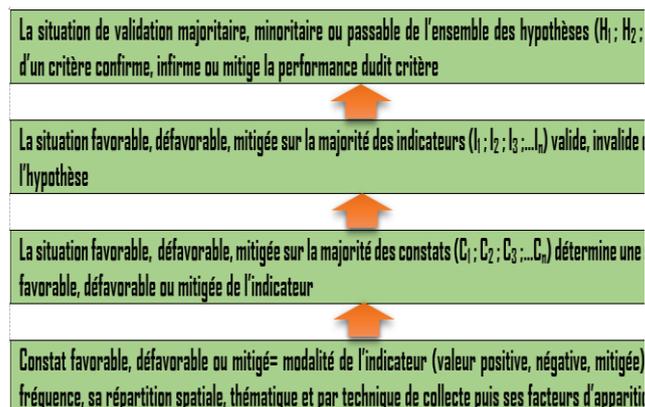
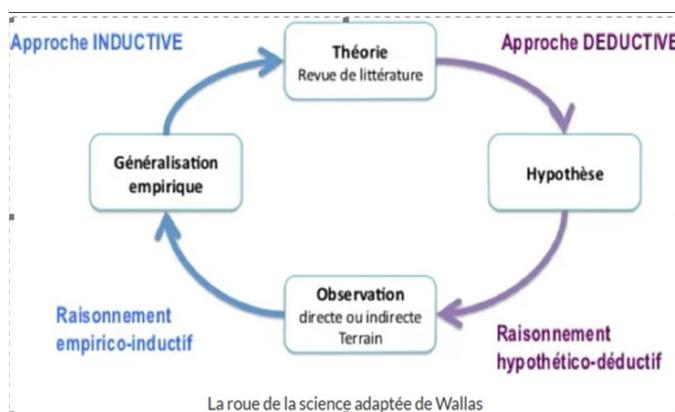
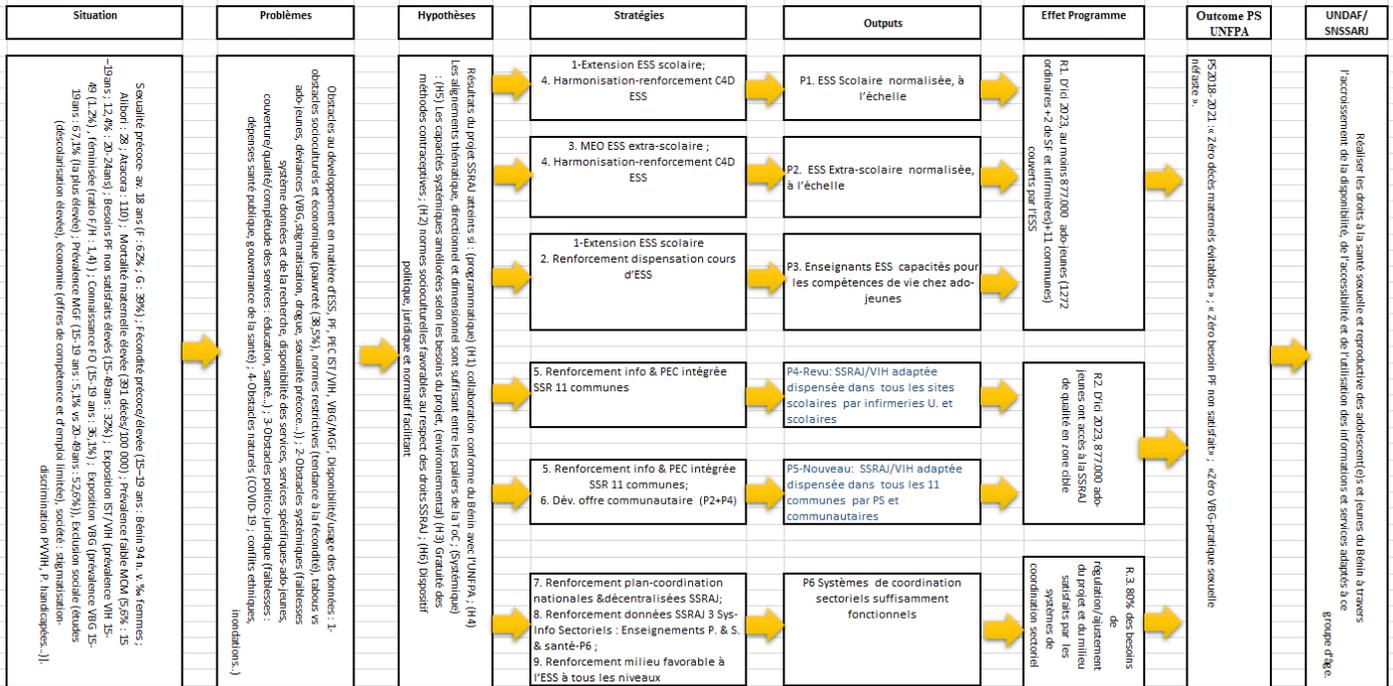


Figure 2 : Modèle d'analyse déductif



L'analyse de contribution décrite plus haut s'est fondé sur la **caractérisation de l'influence** entre les huit (8) paliers de la TdC selon le diagramme ci-dessous en figure 3.

Figure 3 : Théorie du Changement du Projet SSRAJ de l'UNFPA/Benin_2019-2023



La TdC propose une logique de changement en 8 paliers. Elle présente (a) la situation de développement à la base, en matière de SSRAJ, soient 11 principales états défavorables : précocité et ou importance de la sexualité, de la fécondité des ado-jeunes, de la mortalité maternelle et des VBG, de l'exposition aux VBG ; insuffisance de la contraception, de la connaissance de la FO de l'inclusion sociale et économique.

Elle en dégage (b) les 4 types de problèmes de développement : 1- Pauvreté, normes culturelle restrictives, déviances comportementales ; 2- Faiblesse des systèmes en données et services ; 3- Milieu politico-juridique, inter-ethnique défavorable et 4- Milieu naturel défavorable. De ces problèmes de développement en SSRAJ, elle propose des (c) hypothèses conditionnant les solutions. Les 6 hypothèses admettent que les résultats du projet seront acquis si la collaboration du Bénin est conforme, l'alignement des paliers de la TdC suffisant, les capacités systémiques mises à niveau, la gratuité de la PF effective, les normes culturelles favorables à la SSRAJ, le milieu politico-juridique et normatif facilitant.

Ensuite, la TdC indique les solutions ou (d) six (6) stratégies respectives. Aux différentes stratégies, la TdC associe (e) les six (6) produits qui seront atteints comme changements dans l'offre de services SSRAJ. Elle montre par la suite (f) les 3 effets SSRAJ du 9^{ème} Programme de pays de l'UNFPA/Bénin (PP9) qui vont s'associer auxdits produits. Ces effets du PP9 sont ensuite articulés avec (g) les outcomes des plans stratégiques (2018-2021 et 2022-2025) de l'UNFPA. Enfin, la TdC indique le lien de contribution entre les outcomes des PS de l'UNFPA et (h) les effets poursuivis par la Stratégie Nationale SSRAJ repris dans l'UNDAF.

L'analyse selon la TdC a ainsi visé à vérifier l'effectivité et la fonctionnalité de ces liens entre les paliers du changement envisagé.

1.3.3 Sélection de l'échantillon des parties prenantes

Une approche d'échantillonnage raisonné, stratifié selon la pyramide d'intervention (à la verticale) et selon les unités géographiques (Départements ; communes ; ZS ; PPS) et les catégories de répondant-e-s (à l'horizontale) a été appliquée.

Tableau 1 : Échantillon des sources primaires (parties prenantes et bénéficiaires)

Méthodes	Techniques	Taille Echantillon par Groupes cibles		Population	Niveau
Observation Qualitative Indirecte Mixte	RD	150	Documents	Documents: stratégiques, programmatiques, d'études	National; infranational
	EIC: 87	87	Parties Prenantes	PE, Autres Partenaires, Prestataires (travailleurs santé, enseignement, sociaux): ●Secteurs Public et ●société civile	National; infranational
	FGD	10	Bénéficiaires	Ado-jeunes (scolaires, extra-scolaire, filles, garçons, 10-14; 15-19, 20-24ans): ●Population Gén. et ●Groupes vulnérables (handicap, enclavement, pauvreté, parenté précoce, groupe clés IST-VIH, minorités)	Infranational
Observation Directe Mixte	OD	12	Sites de services	FOSA(Infirmierie, CS); CPS (CPS, COUS): ●Secteurs Public et ●société civile	Infranational

Source : élaboration de l'équipe d'évaluation

1.3.4 Menaces, risques et limites de l'évaluation et mesures de mitigation

Les menaces, risques et limites rencontrées dans le processus d'évaluation sont assorti(e)s ci-dessous des mesures de mitigations mises en œuvre.

Menaces, risques et limites	Mesures de mitigation
<ul style="list-style-type: none"> ● Enclavement de plusieurs localités, insécurité au nord du pays. ● Introduction récente de l'analyse de contribution selon la ToC. ● Multiplicité des profils d'acteurs à inclure ● Le risque de pertes d'information durant la collecte ● Survivance de la COVID-19 ● Pression de la collecte sur le participant et investigateur (séances longues et profondes) et Information insuffisante des acteurs ; ● Incertitude sur l'imputabilité des résultats aux actions du projet. ● Limitation de la précision des constats par la prépondérance du qualitatif. ● Disponibilité partielle des résultats du projet ; ● Barrière linguistique et tabous concernant l'ESS 	<ul style="list-style-type: none"> ● Agenda (itinéraire, horaire) ajusté selon le niveau de sécurité ● Optimiser les interviews de groupes interinstitutionnelles, inter-profil ● Mesures barrières à COVID-19 en séances de groupe. (10 participants maxi, distance...) ● Double prise de notes et Briefing quotidien sur la qualité-exhaustivité des données collectées. ● Spécialisation des outils selon le profil thématique du/de la répondant(e) ; ● Communication préalable des répondant-e-s sur les points et période à investiguer ; ● Introduction de matrices d'exploration des séries de données articulées (cas de l'efficacité) ; ● Techniques d'animation participatives, valorisantes/dé-stressantes pour surmonter la pression.

Chapitre 2 : Contexte national

Le contexte est présenté aux plans géographique, politique, économique, socio-culturel, éducatif, sanitaire et démographique. Les défis et stratégies du pays concernant la SSRAJ sont présentés, mais aussi les progrès vers la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD), des critères de référence de la CIPD, l'assistance officielle au développement (AOD) et le rôle de l'assistance externe et des principaux bailleurs.

2.1 Profil du pays

La République du Bénin est un des plus petits pays de l'Afrique de l'Ouest, situé sur le Golfe de Guinée et partageant ses frontières avec le Togo, le Burkina Faso, le Niger et le Nigéria. Avec une superficie de 114.763 km², dont 60 pour cent cultivables², et un littoral de 125 km sur l'Océan Atlantique, le pays est divisé en 12 départements et en 77 communes.

Sur le plan politique, le Bénin a un régime démocratique stable, depuis la conférence nationale des forces vives de février 1990. Depuis lors, trois Présidents ont été successivement élus sans heurt majeur. Concernant l'économie, l'activité a été globalement robuste, en dépit de la crise liée à COVID-19, sur la période 2019-2021.

Sur le plan économique, l'économie béninoise a été résiliente face aux effets des crises récentes – COVID-19, invasion de l'Ukraine par la Russie et situation sécuritaire au nord du pays. Malgré ces chocs, la croissance du PIB réel a été soutenue en 2022 (6%) après une performance remarquable de 7,2% en 2021, portée par les trois secteurs d'activité (primaire, secondaire et tertiaire). L'économie béninoise reste dépendante de l'agriculture et du commerce formel et informel de réexportation et de transit avec le Nigéria. La pauvreté a touché 38,5 % de la population en 2019 avec un phénomène de sous-emploi important pour 72,9 % de la population. Les programmes de protection sociale (assurance maladie, assurance retraite), indispensables pour renforcer l'inclusion sociale, sont encore en gestation.

Sur le plan socio-culturel, le christianisme (48,5%), l'islam (27,7%) et les religions endogènes (14,2%) sont les religieuses dominantes³. En matière de diversité linguistique, les Fons et apparentés (38,1%) constituent plus du tiers de la population béninoise. Ils sont suivis des Adja et apparentés (15,1%), des Yoruba et apparentés (12,0%) et des Bariba et apparentés (9,6%). D'autres groupes comme les Peulhs, les Yoa, les Lokpa, les Dendi et les Otamari sont enregistrés dans des proportions moindres⁴. Selon l'offre éducative et sanitaire, le Bénin compte deux universités (Abomey-Calavi et Parakou), 1 757 établissements secondaires animés par 45 735 enseignants et 11 154 établissements primaires animés par 53 341 enseignants. Le pays compte 34 zones sanitaires et 1 705 centres de santé dont 963 publics et 742 privés en 2021. L'indice de fécondité est de 4,7 enfants par femme en 2020-2021⁵ et l'espérance de vie de 63,4 ans.

2.2 Défis de développement et stratégies nationales

Les défis socio-économiques du Bénin restent centrés sur une persistance de la pauvreté avec un peu plus du tiers des Béninois vivant en dessous du seuil de pauvreté (38,5 pour cent)⁶, et de fortes inégalités par sexe et par région. Le niveau de la pauvreté au Bénin est relativement préoccupant et est davantage un phénomène rural, bien que des conditions difficiles de vie prévalent au niveau de certains centres urbains.

Malgré les multiples efforts du gouvernement en matière de promotion de l'emploi, le chômage et le sous-emploi demeurent préoccupants au Bénin, du fait du déséquilibre du marché de l'emploi, induit notamment par l'arrivée, chaque année, d'une forte proportion de demandeurs d'emploi, en général en manque de qualification spécialisée, face à une offre d'emploi limitée.

En plus de la situation de pauvreté et l'affaiblissement des systèmes et des capacités de production économique, l'accès aux services sociaux de base continue d'être un important défi de développement.

2.3 Défis du pays dans les domaines programmatiques de l'UNFPA

❖ Défis de développement en matière de santé et de sexualité reproductive

² Benin. 2018. Examen stratégique national « Faim Zéro » au Bénin à l'horizon 2030

³ RGPH 4.

⁴ Ibid.

⁵ MICS 2022.

⁶ Enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages (EHCVM) réalisée dans les huit États membres de l'Union économique monétaire ouest-africaine (UEMOA).

Dans leur politique de développement, les différents gouvernements de la République du Bénin, ont toujours accordé une place privilégiée à la santé de la population. Cependant, la situation sanitaire du pays reste caractérisée par les différents défis ci-après.

Couverture en infrastructures sanitaires satisfaisante, faible fréquentation et déficit en ressources humaines : La couverture en infrastructures sanitaires ne semble pas poser des problèmes pour les décideurs au Bénin. Car selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2021, la couverture en infrastructures sanitaires est satisfaisante (96 pour cent) avec un rayon⁷ moyen d'action théorique de 7.2 km. Cependant, le taux de fréquentation des centres de santé est de 55,5 pour cent. Même si l'offre d'infrastructures sanitaires est satisfaisante au Bénin, il existe un déficit important en matière de ressources humaines. En 2021 par exemple, il existait 4 agents qualifiés (infirmiers et sage-femmes) pour 10 000 habitants alors que la norme OMS est de 25 agents qualifiés pour 10 000 habitants⁸.

Mortalité maternelle toujours élevée : La mortalité maternelle reste encore élevée au Bénin. Elle s'élève à 391 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017 contre 347 en 2012⁹. Tous les accouchements ne sont pas encore assistés par un personnel médical qualifié. Un peu moins du dixième (8,6 pour cent) des accouchements ne sont pas assistés par un personnel qualifié. Parmi les 91,4 pour cent d'accouchements assistés par un personnel qualifié, 12,2 pour cent sont assistés par un médecin, 68,6% sont assistés par une sage-femme/infirmière et 10,6 pour cent par autres types d'agents qualifiés¹⁰. Plusieurs facteurs favorisent ce taux élevé de mortalité maternelle au Bénin. Il s'agit principalement de l'environnement social, du dépistage insuffisant, des grossesses à risque, du suivi insuffisant du travail d'accouchement par le personnel qualifié et le recours tardif au système de santé.

Grossesses à risques chez les adolescentes et faible utilisation des méthodes contraceptives : Les adolescents et les jeunes font face au Bénin à d'importants défis en rapport avec leur santé et droits sexuels et reproductifs. Les principaux défis sont liés à l'accès à l'information correcte et à la disponibilité de l'offre de service en la matière. Les interventions en santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s et jeunes ont, entre autres objectifs, celui de sensibiliser cette catégorie sur les comportements sexuels à risques, la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles dont le VIH. La santé des adolescents et jeunes est encore tributaire essentiellement de la vie féconde et l'adolescence est exposée à des grossesses à risques et aux risques de transmission d'IST/VIH/Sida. Dans les établissements scolaires publics et privés, 9332 cas de grossesses ont été enregistrés en quatre années scolaires (3045 au cours de 2016-2017 ; 2912 cas au cours de 2017-2018 ; 1122 cas au cours de 2018-2019 et 2253 cas au cours de 2019-2020. Selon EDSB 2017-2018, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est restée faible (11,7 pour cent) avec un taux de besoin non satisfait estimé à 32 pour cent.

Toujours selon l'EDSB 2017-2018, le taux d'utilisation de la contraception moderne chez les adolescentes et jeunes de 15-24 ans est respectivement de 5,6 pour cent chez les 15-19 ans et de 12,4 pour cent chez les 20-24 ans. À cette faible prévalence contraceptive vient s'ajouter la précocité des rapports sexuels : 62 pour cent des filles et 39 pour cent des garçons ont leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans¹¹.

Prévalence VIH stabilisé mais toujours féminisé : La prévalence du VIH/Sida est restée stable avec 1,2 pour cent chez les 15-49 ans. Cependant le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans (1,4 pour cent) est légèrement plus élevé que celui des hommes du même âge (1 pour cent). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,4¹².

Mutilations génitales féminines : un phénomène peu connu et persistant : Les mutilations génitales féminines (MGF) touchent particulièrement les régions du Nord Bénin et restent peu connues des

⁷ Rayon moyen d'action théorique: Distance moyenne qui sépare un habitant d'une structure sanitaire

⁸ Annuaire statistiques sanitaires 2021.

⁹ EDSB 2017-2018.

¹⁰ MICS 2022.

¹¹ EDSB 2017-2018.

¹² Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le Sida 2020, (BEN_2020_Country Report)

adolescentes¹³. Un peu moins de deux adolescentes de 15-19 ans sur cinq (36,1 pour cent) connaissent les mutilations génitales féminines (MGF) contre près de deux femmes en âge de procréer (20-49 ans) sur trois (63,6 pour cent) connaissent les MGF. Cette tendance varie selon le département, la nature de la zone, l'âge et le niveau d'instruction. Sur l'ampleur des MGF, cinq adolescentes de 15-19 ans sur cent (5,1 pour cent) ont déclaré avoir été souffert de mutilations génitales dans les quatre départements de l'étude contre une femme de 20-49 ans sur deux (52,6 pour cent). Les fistules obstétricales constituent l'une des conséquences de ces mutilations.

❖ Défis de développement en matière P&D

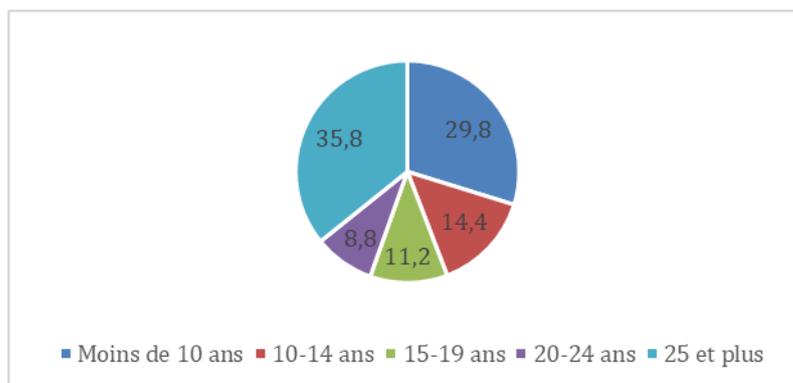
Depuis l'indépendance du Bénin en 1960, les différents gouvernements qui se sont succédé ont pris conscience des liens entre la dynamique démographique et le développement socio-économique et plus précisément, de la nécessité de la prise en compte des variables démographiques dans les plans et programmes de développement économique et social. Aussi, le Bénin a-t-il participé activement aux conférences régionales et internationales traitant des questions de population et de développement et a adhéré aux résolutions qui en sont issues. La population du Bénin présente les caractéristiques démographiques décrites ci-dessous.

Une population en forte croissance démographique : Le Bénin est un pays à forte croissance démographique. De 3 331 201 habitants au premier recensement général de la population et de l'habitat de 1979, la population du Bénin est estimée 12 506 347 en 2021 (Projections INStAD), avec une croissance démographique annuelle estimée de 2,7 pour cent en 2022. Selon une note de l'Institut National de la Statistique et de la démographie (INStAD), le taux de croissance économique était 7,2 pour cent en 2021 contre respectivement 3,8 pour cent en 2020 et 6,9 pour cent en 2019. Selon les prévisions de l'INStAD, le Bénin comptera environ 16.5 millions d'habitants en 2030.

Une population en majorité jeune : Les données du recensement général de la population et de l'habitat de 2012 montrent que la structure par âge de la population béninoise est extrêmement jeune. Près de la moitié (44,2 pour cent) des Béninois ont moins de 15 ans en 2018. En 2018, les personnes de moins de 20 ans ont représenté 55,5 pour cent de la population (INSAE 2018). Près de deux femmes sur cinq (39 pour cent) et 35 pour cent des hommes ont moins de 25 ans ; moins de 16 pour cent de la population a 40 ans ou plus.

Le graphique ci-dessus présente les tranches d'âge de la population suivant les projections de l'INStAD.

Figure 4 : Répartition de la population suivant les tranches d'âge



Source : INStAD.

Une fécondité toujours élevée : L'indice synthétique de fécondité (ISF) ou nombre moyen d'enfants par femme se situe à un niveau relativement élevé. Il est de 4,7 au niveau national¹⁴. Cette tendance générale du

¹³ Étude sur la persistance des Mutilations Génitales Féminines (MGF) dans les quatre départements du Nord du Bénin, 2020

¹⁴ MICS 2022.

taux de fécondité cache des disparités selon le milieu de résidence. Il est de 4,1 en milieu urbain, et de 5,1 en milieu rural. Ce taux était de 5,7 lors de l'EDSB 2017-2018.

Une population inégalement répartie : La population béninoise est aussi inégalement répartie. La population rurale représente 50,8 pour cent de la population totale, en 2021. En rapportant l'effectif de population de 2021, 12 506 347 habitants à la superficie du Bénin, 114 763 km², il se dégage une densité de 108,98 habitants au kilomètre carré. Cet indicateur est passé de 29 habitants au kilomètre carré en 1979 à 43 habitants en 1992, à 59 en 2002, puis à 87,2 en 2013. Une disparité est également observée selon les départements. Le département de l'Alibori affiche la plus faible densité (37 habitants au kilomètre carré) et celui du Littoral, la plus forte (15 553 habitants au kilomètre carré), en 2021.

Un Capital humain en lente progression : Selon le rapport du Programme des Nations Unies pour le développement de 2022 au Bénin, l'Indice de Développement Humain (IDH) qui est une mesure sommaire des progrès moyens dans les dimensions essentielles du développement humain (une vie longue et en bonne santé, l'accès à la connaissance et un niveau de vie décent), est de 0,525 sur 1, ce qui situe le pays dans la catégorie « développement humain faible » et le place à la 166^{ème} position sur 191 économies évaluées. Ce score était de 0,545 en 2019 et le Bénin était 158^{ème} sur 189 économies évaluées.

❖ Défis de développement en matière d'Égalité Genre, Autonomisation des femmes, droits/équité

En matière d'équité et d'égalité de genre, de grandes disparités sociales persistent entre hommes et femmes. Elles sont décrites ci-après.

L'inégalité de statut dans la famille et dans la société : Le partage des rôles dans la société béninoise est basé sur des inégalités entre les hommes et les femmes. Ces pratiques demeurent ancrées dans la mentalité populaire et influencent négativement le traitement des femmes et des filles. En ce qui concerne la jeune fille par exemple, elle reçoit une éducation qui lui est spécifique.

La persistance des violences basées sur le genre : Au Bénin, les Violences Basées sur le Genre (VBG) y compris les MGF, constituent une question multidimensionnelle aussi bien de santé publique que de justice sociale. Les données de l'Étude sur les violences basées sur le genre au Bénin, réalisée en 2022, révèlent une persistance du phénomène. Les résultats montrent que plus de la moitié des enquêtés de 15 ans ou plus (58,5 pour cent) ont déclaré avoir été victimes d'au moins un des cinq types de VBG examinés. La prévalence la plus élevée (67,1 pour cent) est enregistrée parmi les adolescents de 15-19 ans, tandis que la plus faible proportion (37,5 pour cent) a été enregistrée parmi les enfants de 3-9 ans. Parmi les enfants de 10-14 ans, un peu plus de moitié (52,4 pour cent) ont déclaré avoir été victimes des VBG. Selon le sexe, 59,9 pour cent de femmes de 15 ans ou plus ont déclaré avoir été victimes de violence contre 55,9 pour cent d'hommes de la même catégorie d'âge. Avant 15 ans, 44,6 pour cent des filles ont déclaré avoir été victimes de VBG contre 47 pour cent chez les garçons. Face à cette situation, le gouvernement du Bénin a adopté plusieurs mesures visant l'éradication de cette pratique. Cependant, leur mise en œuvre laisse à désirer, en raison notamment des difficultés rencontrées par les victimes pour accéder à des mécanismes de recours garantissant leur protection et leur sécurité, mais aussi à cause de l'impunité.

L'inégale jouissance des droits : Même si la Constitution du 11 décembre 1990 prône l'égalité des sexes, la discrimination fondée sur le genre persiste non seulement dans les pratiques sociales, mais également dans certains textes législatifs et réglementaires, particulièrement les régimes matrimoniaux, les successions et les libéralités qui restent encore régis par la coutume.

La faible représentation des femmes dans les instances de décisions : Le droit à la participation politique des femmes est régi principalement par l'Accord d'Arusha et la Constitution de 11 décembre 1990. Contrairement à la 8^{ème} législature où elles n'étaient que 6 sur 83, le nombre de femmes élues lors des législatives du 8 janvier 2023 est de 24 sur 109, grâce à la loi n°2019-43 du 15 novembre 2019 portant code électoral au Bénin qui a revu le nombre de députés à l'Assemblée nationale à 109, dont 24 sièges exclusivement réservés aux femmes ». Le parlement (22,1 pour cent) et le gouvernement (21,7 pour cent) sont désormais les deux institutions dans lesquelles les femmes sont le plus représentées. Au niveau des collectivités locales la

situation demeure critique avec respectivement 4 femmes élues maires sur 77 et 78 femmes élues conseillers communaux sur 1 815.

2.3.1 Stratégies nationales

L'agenda de développement du Bénin vise à atteindre les ODD à travers un certain nombre de politiques et de plans nationaux, à commencer par l'adoption d'une feuille de route pour l'élaboration du Programme d'Action du Gouvernement (PAG) et du Plan National de Développement (PND) 2018-2025, qui approfondit la vision et les idées du PAG. À son tour, le Programme de Croissance pour le Développement Durable (PC2D) 2018-2021 est le document opérationnel du PND. Il s'inspire de l'Agenda 2063 de l'Union Africaine.

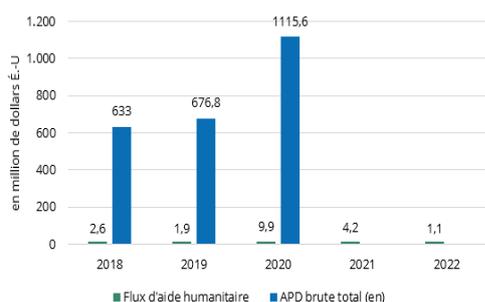
En septembre 2016, le Bénin a préparé une feuille de route pour contribuer à la réalisation des ODD. L'UNFPA s'est alors clairement engagé à contribuer aux ODD 3 (bonne santé et le bien-être) et ODD 5 (promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles), ODD 10 (réduction des inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre), et ODD 16 (paix, justice et institutions efficaces et responsables), en ligne avec la feuille de route du gouvernement. Le Bénin a entrepris deux examens nationaux ODD volontaires pour capitaliser sur les acquis des éditions 2017 et 2018 du Forum Politique de Haut Niveau.

2.4 Le rôle de l'aide externe

L'aide extérieure est sollicitée en soutien au développement du pays. Le Bénin dispose d'un cadre de concertation et de dialogue avec les Partenaires Techniques et Financiers. Ce cadre est mis en place par le protocole signé le 04 décembre 2007 avec les partenaires au développement qui ont inscrit l'appui budgétaire dans leur contribution au financement du développement du Bénin.

Selon l'OCDE, au cours de la période 2018-2020 le Bénin a reçu une moyenne annuelle de 808 millions de dollars É.-U. bruts en termes d'aide publique au développement (APD) (Figure 3), consacrés principalement au secteur des autres infrastructures et services sociaux (22,6%), à la santé et à la population (18,7%), et à l'éducation (14,6%) (Figure 5). Les cinq principales sources de financement de l'APD entre 2018-2020 étaient la Banque Mondiale, le Fonds monétaire international, l'Union Européenne, les États-Unis, et la France (Figure 4).

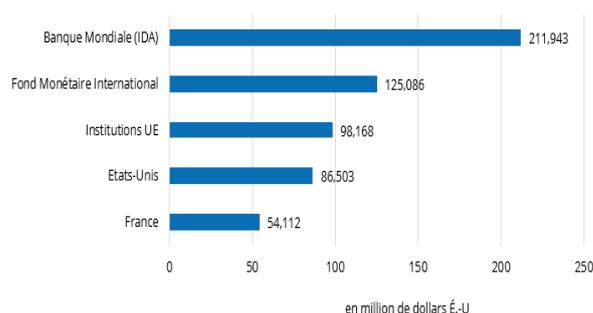
Figure 5 : Aide internationale au Bénin (2018-2022*)



Source : OCDE et UN-OCHA.

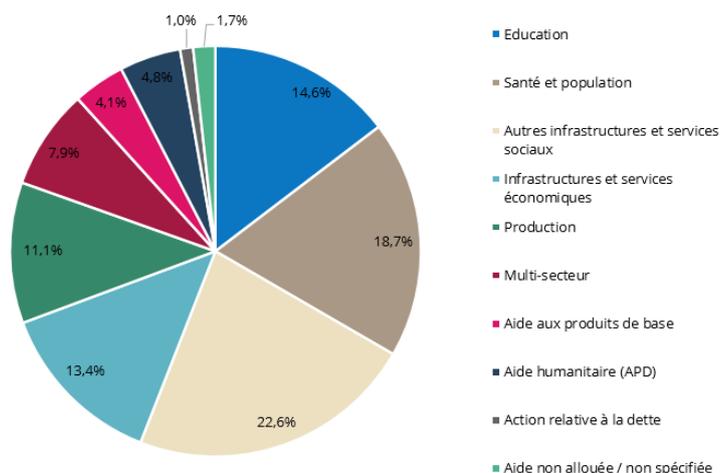
*NB : APD n'est pas disponible pour 2021 et 2022.

Figure 6 : Cinq principaux donateurs de l'aide publique au développement brute du Bénin, moyenne annuelle 2018-2020, en millions de dollars



Source : OCDE

Figure 7 : APD bilatérale par secteur, moyenne annuelle 2018-2020



Source : OCDE.

Le financement humanitaire, marginal, a atteint un pic de près de 10 millions de dollars en 2020 (Figure 5).¹⁵ En 2020, le pays a lancé un appel pour le Plan de réponse intersectoriel COVID-19 pour 17,9 millions de dollars, financé à 18,4 pour cent avec 3,3 millions dollars.

Chapitre 3 : Réponse de l'UNPA / des Nations Unies et stratégies de programme

Ce chapitre situe le Projet SSRAJ dans les cadres stratégiques de l'UNFPA puis du système des Nations Unies (SNU) et du pays. Il décrit son montage technique et financier en vue de l'adéquation et de la performance. La théorie du changement présentée élucide les liens entre défis du pays, interventions, produits et effets du PP8. La zone du PP8, l'analyse financière du budget par produit, résultat, projet et partenaire, ainsi que la mobilisation et l'exécution des fonds sont présentées avec leur évolution dans le temps.

3.1 Réponse stratégique de l'UNFPA et des Nations Unies

La réponse stratégique du Système des Nations Unies (SNU) au Bénin se fait à travers le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (PNUAD 2019-2023). Il s'agit d'un cadre stratégique commun d'assistance qu'apporte l'ensemble des agences du SNU (dont l'UNFPA) au Bénin. Le PNUAD 2019-2023 constitue une réponse commune du SNU aux problèmes de développement identifiés à travers plusieurs analyses communes de situation. Trois priorités stratégiques ont été retenues dans le PNUAD 2019-2023. Il s'agit de : (i) la promotion d'une croissance économique forte, inclusive et durable ; (ii) le renforcement du capital humain notamment la santé, l'éducation, l'égalité entre les sexes et la protection sociale ; (iii) la consolidation de la démocratie, de l'État de droit ainsi que la promotion de la bonne gouvernance. Ces priorités sont parfaitement alignées sur les orientations stratégiques de développement déclinées dans les instruments nationaux de planification, notamment le Programme d'Actions du Gouvernement, le Plan National de Développement et le Programme de Croissance pour le Développement Durable.

Le Programme de coopération pays 2019-2023 de l'UNFPA a été préparé en référence au PNUAD. Il est également conforme aux plans stratégiques 2018-2021 et 2022-2025 de l'UNFPA, aux ODD et aux principes

¹⁵ Les principaux destinataires du financement humanitaire en 2020 sont: l'OMS, Handicap international, le Gouvernement du Bénin, Direct Aid, UNICEF, UNHCR, Société de la croix rouge au Bénin.

relatifs aux droits de l'homme, l'égalité des sexes et l'équité entre les sexes. Dans l'ensemble, les effets du programme de coopération pays contribuent à ceux du PNUAD.

En matière d'orientation stratégique, l'UNFPA en tant qu'Agence du Système des Nations Unies dispose d'un plan stratégique 2022-2025 qui a succédé au plan stratégique 2018-2021.

Les actions du Plan stratégique 2022-2025 répondent aux priorités du pays. Il couvre trois domaines que sont : (i) Santé sexuelle et reproductive, (ii) Situation des Adolescents et Jeunes, (iii) Égalité des sexes et autonomisation des femmes. Il est le deuxième de trois plans stratégiques consécutifs d'ici 2030. Il se concentre sur les trajectoires essentielles et les stratégies nécessaires pour atteindre plus rapidement les trois résultats transformateurs, qui consistent à mettre fin (i) à la non-satisfaction des besoins en matière de planification familiale, (ii) aux décès maternels évitables et (iii) à la violence basée sur le genre et aux pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants, mariages précoces et mariages forcés. Ces trois résultats transformateurs, que l'UNFPA s'est engagé à atteindre, constituent également la base du précédent Plan stratégique 2018-2021. Les stratégies et interventions reposent sur les priorités nationales concernant la croissance durable et l'amélioration du capital humain.

Cette orientation se justifie par un profil sanitaire du pays, caractérisé par un tableau de morbidité et de mortalité élevé malgré les programmes et les réformes mis en œuvre depuis 2016. Les maladies transmissibles et de plus en plus les maladies non transmissibles (MNT) constituent les principales causes de morbidité et de mortalité. La mortalité maternelle et néonatale et la morbidité liées aux complications de l'accouchement restent encore très élevées.

Aussi, les inégalités de sexe et les disparités de genre persistent-elles fortement malgré les progrès obtenus en matière de croissance économique et de réduction de la pauvreté.

En ce qui concerne l'Indice d'Inégalité de Genre (IIG) mesuré à travers les dimensions de la santé procréative, l'autonomisation et l'activité économique, le Bénin est placé au 148^{ème} rang sur 162 pays avec un IIG de 0.612¹⁶.

Par ailleurs, le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement constitue le fondement des travaux de l'UNFPA sur la santé sexuelle et reproductive. Dans ce programme, tous les États membres et les organisations ont reconnu le droit relatif à la procréation (prise de décision par tous les couples et toutes les personnes en toute liberté et en toute responsabilité du nombre de leurs enfants, de l'espacement et du moment des naissances) à l'information et à l'obtention des moyens de le faire. Il est également reconnu que les décisions en matière de procréation devraient être exemptes de discrimination, de contrainte et de violence.

Ainsi, la cible de l'UNFPA vise la réalisation de l'accès universel à la santé en matière de sexualité et de procréation, la promotion des droits en matière de sexualité et de reproduction et la réduction de la mortalité maternelle. Ce qui contribue directement à l'accélération des progrès dans la mise en œuvre du programme de la Conférence internationale sur la population et le développement et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Les femmes, les adolescent(e)s et les jeunes sont les principaux bénéficiaires des activités du Fonds. À cet effet, la priorité est accordée aux personnes vulnérables et marginalisées, en particulier, les adolescentes et les populations autochtones, les minorités ethniques, les migrants, les travailleurs du sexe, les personnes vivant avec le VIH, les personnes handicapées et les minorités sexuelles.

¹⁶ Groupe de la Banque Africaine de Développement, Nations Unies, Commission Économique pour l'Afrique de l'Ouest, Réduire les inégalités des genres: Rapport de l'indice de l'égalité des genres 2019, Mars 2020

3.2 Réponse de l'UNFPA à travers le Programme Pays

La réponse stratégique spécifique de l'UNFPA aux défis du développement économique et social ciblés par les documents cadre nationaux du Bénin pour la période 2011-2025 est contenue dans le programme de coopération 2019-2023 en cours.

3.2.1 Programme de pays

Conformément au troisième pilier respectivement du premier Plan d'action gouvernemental (PAG 1 : 2016-2021) « Renforcement du capital humain par le biais de services sociaux de base », et du second (PAG 2 : 2022-2026) « Accroître durablement le bien-être social des populations », et aux ODD en matière de santé et d'égalité entre les sexes, de justice et de partenariat (ODD 3, 5, 10, 16 et 17), ce programme contribue à l'effet 2 du PNUAD 2019-2023.

Le programme vise :

- Le renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en intrants PF ;
- Le développement des compétences essentielles et des moyens de subsistance des jeunes ;
- L'inscription de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans les priorités de l'agenda du gouvernement ;
- L'intégration de cours d'éducation sexuelle complets dans le programme scolaire, à partir de l'école maternelle ;
- L'amélioration de l'équilibre entre les sexes, y compris la réduction de la prévalence de la violence basée sur le genre.

Ce programme s'inspire des priorités nationales recensées dans le Plan National de Développement (PND), le Plan de Croissance pour le Développement Durable (PC2D), la politique du Secteur de la Santé et dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Il est également conforme au plan stratégique 2022-2025 de l'UNFPA, aux objectifs du millénaire pour le développement et aux principes relatifs aux droits de l'homme, l'égalité des sexes et l'équité entre les sexes.

Le programme applique la méthode « Unis dans l'action », en conformant ses priorités à celles définies dans le Plan-cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (PNUAD) 2019-2023.

Le programme en cours cherche à réduire la pauvreté en visant les populations les plus vulnérables et en répondant aux priorités du pays dans trois domaines :

- Santé sexuelle et reproductive ;
- Adolescents et jeunes ;
- Égalité des sexes et autonomisation des femmes.

Au nombre de quatre, les produits du 9^{ème} programme pays de l'UNFPA se présentent comme suit :

- Produit 1 : les structures centrales en charge des politiques démographiques ont amélioré les capacités techniques et institutionnelles visant à planifier et à promouvoir la mise en œuvre de la planification familiale, de la santé maternelle et de la protection sociale, et plus particulièrement pour les femmes, les adolescents et les jeunes les plus défavorisés, y compris dans des situations de crise humanitaire ;
- Produit 2 : les établissements de santé disposent de capacités techniques et opérationnelles accrues pour créer de la demande et proposer des services intégrés de planification familiale et de santé maternelle de qualité aux femmes, aux adolescentes et aux jeunes, y compris les plus vulnérables.
- Produit 3 : les jeunes, surtout les adolescentes, disposent des compétences et des capacités requises pour faire des choix éclairés à propos de leur bien-être, de leur santé et de leurs droits sexuels et reproductifs ;
- Produit 4 : les ministères sectoriels et les acteurs à tous les niveaux disposent des capacités techniques et opérationnelles requises pour prévenir et lutter contre la violence basée sur le genre.
- Le programme s'est surtout attelé à aider les populations vulnérables, en particulier les femmes en âge de procréer, les adolescentes et les jeunes. Les stratégies de mise en œuvre sont axées sur :
 - Le renforcement des capacités institutionnelles et techniques (structures, acteurs, prestataires, bénéficiaires) ;

- Le renforcement du plaidoyer, du dialogue de politique, de la communication ;
- La promotion de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et ;
- Le partenariat.

À ce titre, les principaux partenaires sont les départements ministériels, les Agences du SNU, les ONGs et Réseaux. La gestion du programme s'articule autour des trois principes fondamentaux : le leadership national, l'appropriation nationale et le développement des capacités nationales.

La mise en œuvre privilégie l'exécution nationale à travers les structures techniques de l'administration publique les mieux habilitées et des ONG retenues comme partenaires d'exécution.

Quant à la coordination du programme, elle est basée sur un mécanisme favorisant le dialogue et le partenariat stratégique avec la partie nationale, définis dans le PNUAD 2019-2023, et communs aux Agences des Nations Unies. Ce mécanisme est structuré autour :

- D'un comité d'orientation et de pilotage ;
- D'un comité technique appuyé par un secrétariat technique permanent qui est l'unité de gestion de la coordination du PNUAD (UGC-UNDAF) qui travaille en étroite collaboration avec le bureau du coordonnateur résident et le Comité de Suivi des Résultats (CSR) et le Comité de Cohérence du Programme (CCP) conformément aux réformes intervenues de UNCT depuis 2021-2022 ; et
- Des groupes et sous-groupes d'effets.

Au titre de la gestion financière du programme, des plans de travail annuels et des lettres d'entente constituent les bases de financement des interventions du Programme. Ainsi, la signature de ces deux documents représente un préalable pour toute transaction avec un partenaire d'exécution. Aussi, tous les transferts d'argent en faveur d'un partenaire de réalisation s'intègrent-ils dans le principe de l'Approche Harmonisée de Transfert de Fonds (HACT), et sont effectués conformément aux plans de travail annuels convenus entre le partenaire de réalisation et l'UNFPA et par année fiscale.

Enfin, le système suivi évaluation du Programme est intégré dans le dispositif national de suivi et évaluation et aux mécanismes de suivi définis dans le PNUAD.

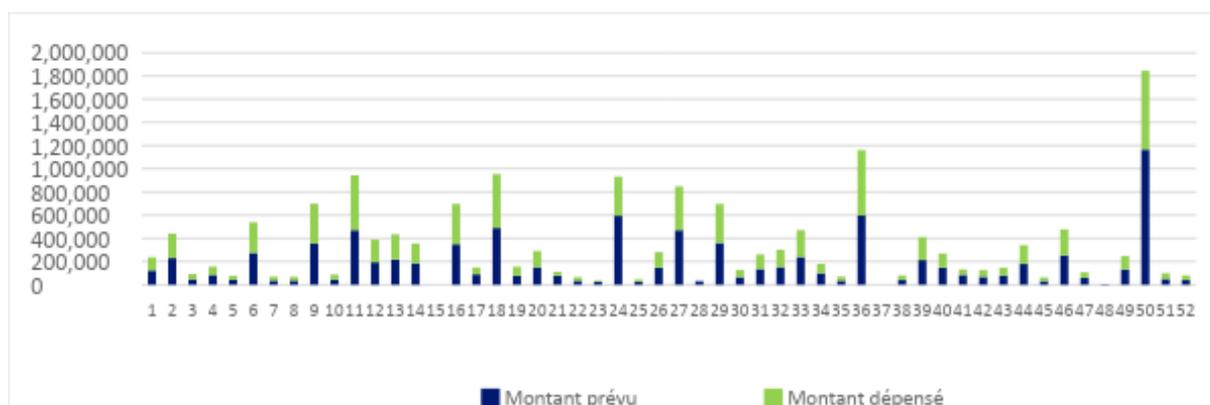
3.2.2 Structure financière du projet

La structure financière du projet est présentée selon le budget, les dépenses par année, les produits du projet et les partenaires de mise en œuvre.

• Évolution du budget et des dépenses du projet par partenaire de mise en œuvre

Le graphique ci-après présente l'évolution du budget et des dépenses du projet.

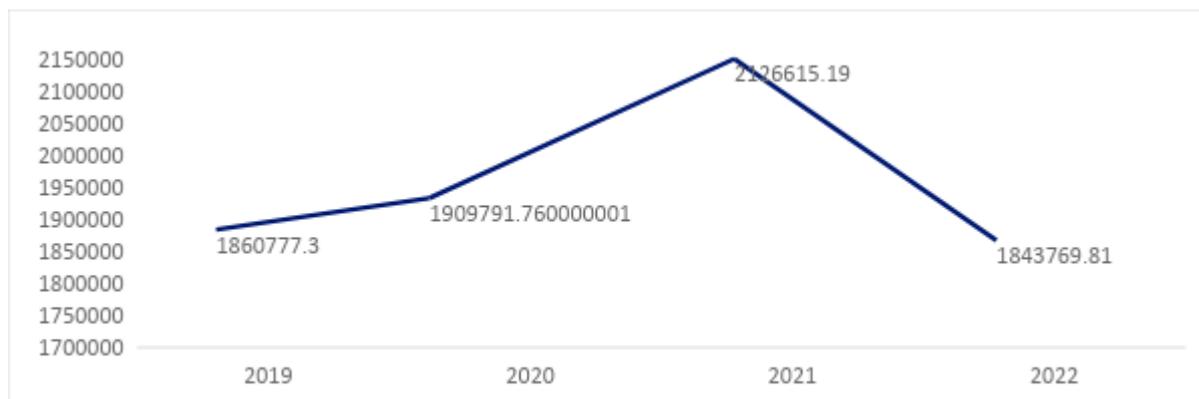
Figure 8 : Évolution du budget et des dépenses du projet selon les PE entre 2019 et 2022



Source : élaboration de l'équipe d'évaluation.

Sur un budget total mobilisé de 10 049 703,31 USD, 7 740 953,85 USD ont été dépensés sur les quatre premières années du projet, soit un taux de consommation de 77,0% pour cent. La figure ci-dessus renseigne sur l'évolution des dépenses au cours des quatre premières années du projet.

Figure 9 : Évolution des dépenses du projet suivant les années entre 2019 et 2022



Source :

élaboration de l'équipe d'évaluation.

Les dépenses du projet ont connu une hausse progressive entre 2019 et 2021, passant de 1 860 777,3 USD à 2 126 615,19 USD, après le ralenti des activités dû aux mesures décidées par le gouvernement pour lutter contre la pandémie de Covid-19. Mais de 2021 à 2022, il y a eu une baisse de près de 15% passant de 2 126 615,19 USD à 1 843 769,81 USD.

● Évolution des dépenses suivant les produits du projet

Le projet a trois produits¹⁷ qui se présentent comme suit :

- Produit 1 : Amélioration des capacités institutionnelles en matière de SR/PF/VBG ;
- Produit 2 : Augmentation de la demande et des services d'approvisionnement intégrés en SR/PF ;
- Produit 3 : Augmentation de la capacité des jeunes en matière de droits à la santé sexuelle.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des dépenses du projet par produit.

Tableau 2 : Présentation des dépenses du projet par produit

Année	Produit 1	Produit 2	Produit 3	Ensemble
	Amélioration des capacités institutionnelles en matière de SR/PF/VBG	Augmentation de la demande et des services d'approvisionnement intégrés en SR/PF	Augmentation de la capacité des jeunes en matière de droits à la santé sexuelle	
2022	91 638,46	227 069,11	1 525 062,24	1 843 769,81
2021	1 537 398,8	223 907,27	365 309,08	2 126 615,15
2020	887 370,72	222 115,56	800 305,39	1 909 791,67
2019	932 633,21	57 647,74	870 496,27	1 860 777,22
Total	3 449 041,19	730 739,68	3 561 172,98	7 740 953,85
%	44,56%	9,44%	46%	100%

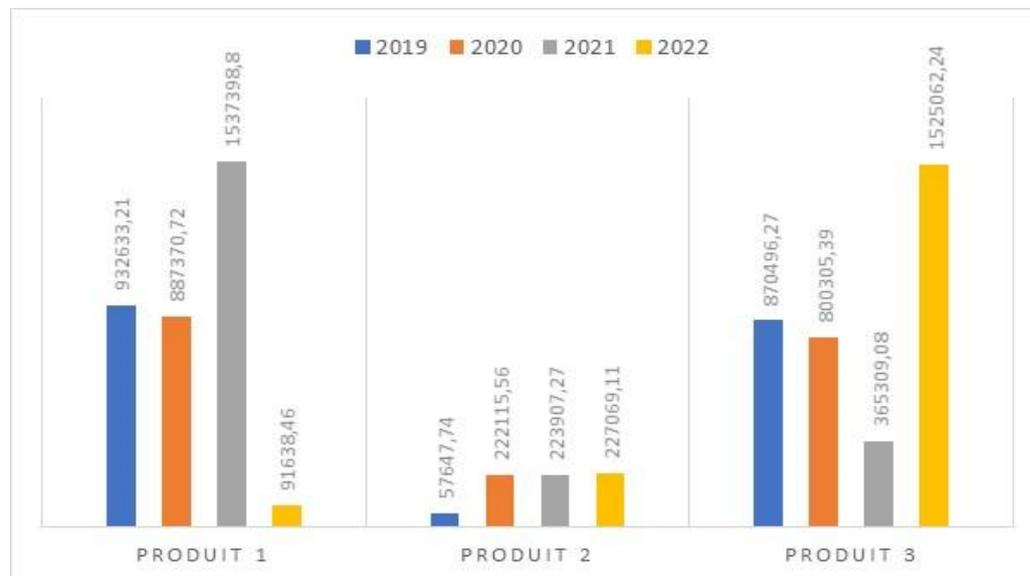
Source : élaboration de l'équipe d'évaluation.

¹⁷ Bien que les données sur la structure financière du projet donnent l'impression de cinq produits, le projet a effectivement trois produits. En effet, "PCA » est un sous-produit du produit **Amélioration des capacités institutionnelles en matière de SR/PF/VBG** et "Renforcement des capacités opérationnelles de lutte contre la violence liée au sexe", un sous-produit du produit **Augmentation de la capacité des jeunes en matière de droits à la santé sexuelle**.

Sur les quatre premières années du projet, le produit 1 (Amélioration des capacités institutionnelles en matière de SR/PF/VBG,) et le produit 3 (Augmentation de la capacité des jeunes en matière de droits à la santé sexuelle) ont concentré 90,56 pour cent des dépenses du projet.

Le graphique 2 renseigne sur l'évolution des dépenses par produit et par année.

Figure 10 : Évolution des dépenses du projet par produit et par année



Source : élaboration de l'équipe d'évaluation.

Le produit 1 a connu une légère baisse des dépenses dans le passage de 2019 à 2020, suivi d'une remarquable augmentation en 2021 (passant pratiquement du simple au double) puis un drastique chute en 2022 (en passant de 1 536 856,14 USD à 91 638,46 USD). Le produit 2, par contre, a régulièrement connu d'augmentation sur les quatre années du projet, passant de 57 647,74 USD en 2019 à 227 069,11 USD en 2022. Quant au produit 3, les dépenses ont progressivement baissé jusqu'à 2021, pour ensuite remarquablement augmenter au cours de la quatrième année en passant à 1 525 062,24 USD en 2022.

Dans l'ensemble, sur un montant de 9 137 806,46 USD budgétisés, 7 740 953,85 USD ont été dépensés soit un taux global de consommation de 84,71%.

Le tableau ci-après, présente le budget et les dépenses du projet SSRAJ (NLA71) par partenaire de mise en œuvre.

Tableau 3 : Budget et dépenses du projet SSRAJ (NLA71)

Partenaire de mise œuvre	Année	Montant prévu (USD)	Montant dépensé (USD)
PGBJ01	2019	123 000	113 852
PGBJ08	2019	230000	211137,59
	2020	217070	217 054
PGBJ10	2019	47 978	44 074
	2020	185 718	169 879
	2021	147 623	133 468
PGBJ19	2019	85 000	70 348
	2020	400	-5

Partenaire de mise œuvre	Année	Montant prévu (USD)	Montant dépensé (USD)
PGBJ20	2019	42 000	35 650
PGBJ21	2019	275 000	263 068
	2020	349 659	346 738
	2021	470 838	376 999
	2022	212 722	197 190
PGBJ25	2020	90 000	59 151
	2022	146 363	123 017
PGBJ26	2021	30 000	0
	2022	85 144	46 915
PGBJ27	2020	490 000	464 229
	2021	360 426	335 827
PGBJ28	2022	68 150	57229,87
PGBJ29	2021	66 090	60 356
	2022	79 834	67 914
PN6352	2019	35 278	33 462
	2020	77 969	77 268
	2021	136 055	124 407
	2022	178 758	162 149
PN6595	2019	35 000	33 116
	2020	151 500	139 635
	2021	152 808	148 379
	2022	31 990	31 414
PN6926	2019	353 031	345 439
PN7142	2020	77 487	33 556
	2021	240 000	230 006
	2022	253 174	224 480
PN7155	2019	44 360	43 093
	2020	34 592	30 577
	2021	99 500	80 044
	2022	58 241	48 694
PN7227	2021	0	0
PN7413	2020	25 000	11 013
	2021	35 000	34 941
	2022	4 638	100
PN7962	2022	132 056	115 271
PU0074	2019	470 773	473277,87
	2020	595 196	337 468
	2021	599166,78	562 187
	2022	1 165 731	679 395
PU0120	2019	194 259	194 259
	2020	23229	23 229
	2021	1	1
PU0126	2022	50 000	50 000
PU0127	2022	0	0

Partenaire de mise œuvre	Année	Montant prévu (USD)	Montant dépensé (USD)
PU0142	2021	40 000	40 000
	2022	40 000	40 000
Total		9 137 806	7 740 954

Source : élaboration de l'équipe d'évaluation.

Chapitre 4 : Constatations : Réponses aux questions d'évaluation

Le chapitre répond aux onze questions d'évaluation (QE) du projet SSRAJ. Les données secondaires et primaires agrégées et triangulées, le poids comparé des progrès et limites selon l'analyse causale et contributive, induisent une appréciation rationalisée de la redevabilité et de la conformité transversale du projet.

4.1 Réponse à la question d'évaluation 1 : Pertinence envers les cibles

La pertinence envers les bénéficiaires, les agendas pays et internationaux, est apprécié par la QE suivante :

Question d'évaluation QE1 : Dans quelle mesure la planification (objectifs, stratégies, activités...) et la mise en œuvre de toutes les actions soutenues par l'UNFPA dans le cadre du projet sont-elles :

- i) adaptées aux besoins des populations cibles dont : a) la population générale (adolescent(e)s et jeunes) ; et b) les populations vulnérables et marginalisées, (personnes handicapées, communautés autochtones, populations clés IST/VIH, personnes déplacées).
- ii) en cohérence avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA et les priorités gouvernementales.

4.1.1 Adaptation du projet aux besoins de la population bénéficiaire de 10-24 ans

4.1.1.1 H1-H2 (a) : La planification (objectifs, stratégies, activités...) et la mise en œuvre de toutes les actions ESS soutenues par l'UNFPA dans le cadre du projet sont quasi-suffisamment adaptées aux besoins de la population générale de 10-24 ans

Le projet SSRAJ a été quasi-suffisamment adapté aux besoins communs aux ado-jeunes de 10 à 24 ans de la population générale et des groupes vulnérables/marginalisés (handicapés, pauvres, groupes clés IST/VIH).

(I1-I3) La majorité des actions ESS soutenues par l'UNFPA dans le cadre du projet présente une planification (objectifs, stratégies, activités...) et mise en œuvre suffisamment adaptées aux besoins de la population cible générale (adolescent(e)s et jeunes).

Parmi les **évidences favorables**, l'on note le ciblage et la couverture des milieux scolaires et extra-scolaires dans les 3 départements, 11 communes et 5 ZS concernés par le projet, pour atteindre une population cible effective de 877 000 jeunes des 10-24 ans à l'horizon 2023¹⁸. L'offre d'ESS a été multisectorielle apportant un paquet intégré de services de qualité (Communication pour le développement (C4D), cours ESS, PF, HM/C, IST/VIH, Genre, VBG, DPE) et des approches pour surmonter les barrières identifiées par divers documents de référence SSRAJ¹⁹, par rapport aux indicateurs SSRAJ, à la disponibilité, à l'accès et à l'utilisation des services. Il s'agit : (a) *des obstacles physiques* adressés par la stratégie avancée des CS, la disponibilité de cliniques mobiles (véhicules, barques pour les interventions en zones lacustres), l'offre d'information et services communautaires (animateurs, ASC, Relais communautaires (Reco)) ; (b) *des obstacles socio-comportementaux* adressés par la mobilisation des leaders religieux, traditionnels et de jeunes, la communication sur les tabous sexuels, l'intérêt de l'ESS et l'appropriation de la bonne attitude genre et VBG, la mise en place de centres conviviaux pour les jeunes ; la C4D pour l'autonomie décisionnelle ; puis (c) *des obstacles systémiques* abordés par l'offre d'un véhicule de suivi à l'INIFRCF, la mise en place de la coordination du projet, la fourniture en intrants sur la base des quantifications des partenaires nationaux (cf. PTA), la formation des ressources humaines et l'intégration du projet dans les programmes sectoriels existants (scolaires, SR, Genre/VBG).

Quant aux **évidences défavorables**, le déficit affecte la planification et les réalisations sur plusieurs aspects. La base de quantification des équipements et accessoires pour les points de prestations de services (PPS) n'est pas explicite. Ainsi, la mise en œuvre a connu une disponibilité incomplète des intrants dans les PPS, limitant l'administration de la PF, de la prévention ou du traitement des IST. Le silence du document de projet en la matière n'est pas facilitateur. La fixation des cibles de réalisation et de performance révèle un problème

¹⁸ Proposal NLA_71 ; Projection Com_2014-2030 rapports d'activité.

¹⁹ Rapport de collecte_Etude Sociodémo_Grossesses Précoces_ZSMK_29_nov_2019 ;

d'exploitation des projections démographiques et de rétro-planification des effets voulus vers les produits et extrants. Ainsi, l'effectif de bénéficiaires à couvrir (877 000) dépasse les projections démographiques (814 980), soit une prévision impossible à atteindre²⁰. L'approche de planification capte les scolaires (600 064) dans leur milieu, les extrascolaires (276 936) dans les ateliers et la communauté. Cependant, les 1 272 établissements scolaires ciblés (primaires et secondaires publics) n'hébergent pas tous les scolaires ciblés, qui sont plutôt répartis sur 2 220 écoles (484 établissements secondaires et 1 736 primaires publics et privés²¹). Un effectif significatif de 7 540 enseignants pour 1 272 écoles et 600 064 élèves a été prévu. Cela fait des ratios de 6 enseignants/école, près de 1 par classe et 1 pour 100 élèves. Ce paramétrage reste inférieur à la moyenne du ratio enseignant/élève (1/42) en Afrique subsaharienne²².

Par ailleurs, l'offre de services (routine et sorties en stratégie avancée) est insuffisante à So-Ava et Kouandé vu le déficit en personnel pour la complétude/promptitude et la conformité des services. L'infrastructure pour services présente aussi des lacunes : l'on observe des salles communes avec les adultes, des locaux vétustes et pas climatisés, des espaces insuffisants, l'absence d'isoloirs/confidentialité à So-Ava, Calavi, Kouandé ; 4 centres conviviaux pour onze communes manquant de personnel d'encadrement soit 0 à 1 volontaire ou 1 sage-femme suremployée. Elle devrait avoir 2 autres collègues par rapport à la population de référence (35208 FAR ; 15604 Ado-Jeunes). L'absence de volontaire pour le centre convivial pour jeunes aggrave son suremploi. Dans les PPS sanitaires visités, l'effectif des sage-femmes représentait 2/5 à 4/5 de l'effectif prévu par la norme nationale. La moyenne nationale est de 1,1/10000 au lieu de 3/10000 (norme OMS). En outre, des déficits affectent les équipements et sources d'énergie, dont une chaîne de froid peu fonctionnelle²³, des manques en tambours (Abomey-Calavi), tables de consultation et d'examen (CS So-Ava).

Des faiblesses affectent l'offre des produits sanitaires (ruptures en intrants médicaments et consommables, dont les préservatifs masculins depuis le deuxième semestre 2022 ou les contraceptifs (pilules, Sayana, DIU), réduisant la fréquentation (ex. CS Kouandé). L'application des valeurs, normes et règlements connaît des défaillances dont : la disponibilité/usage limitées des référentiels de qualité à Kouandé, Abomey-Calavi, dysfonctionnements de la gratuité, de la référence/contre-référence (ex. CS Kouandé) et du suivi de la qualité de l'ESS envers les écoles, ateliers de métier et communauté, clientélisme... ; la logistique de transport pour la routine en surface lacustre (Bac motorisé/fibres de verre ; CS So-Ava), la stratégie avancée et la supervision (véhicules terrestres) en surface terrestre est déficitaire (ex. CS Kouandé).

La prévision de l'intégration des jeunes extrascolaires en atelier (via réseaux d'artisans, chefs d'atelier) et hors ateliers (via associations agréées, pair-e-s-éducateurs/éducatrices) ne repose pas sur une quantification basée sur leur population totale, ni sur une norme évidente d'exposition permettant d'anticiper l'atteinte de la cible de couverture de 100%.

4.1.1.2 H1-H2 (b) : La planification (objectifs, stratégies, activités...) et la mise en œuvre de toutes les actions ESS soutenues par l'UNFPA dans le cadre du projet sont passablement adaptées aux besoins des groupes cibles vulnérables et marginalisés

(I2-I4) La majorité des actions ESS soutenues par l'UNFPA dans le cadre du projet présente une planification et une mise en œuvre passablement adaptées aux besoins des groupes vulnérables et marginalisés (personnes handicapées, démunies, nomades, populations clés IST/VIH, personnes déplacées).

En faveur de ce constat, l'on relèvera les paramètres suivants affectés d'omission durant la planification (Proposal NLA71, CPD, PTA) et à la mise en œuvre (Rapports d'activité, CR coordination). L'inclusion des besoins spécifiques desdits groupes est globalement mitigée. Cela concerne le renforcement des capacités, l'information, l'offre des services, le système des données et la coordination. Des actions et approches spécifiques pour surmonter les barrières liées au handicap (physique, sensoriel, ...) restent à mieux planifier et

²⁰ UNFPA, Proposal NLA71 vs INSAE, Projection Com_2014-2030

²¹ Rapports statistiques 2017-2018 ; Liste ESTFP_ESS, INIFRCF

²² Banque Mondiale 2013.

²³ COUS Abomey Calavi, CS Calavi, CS de Kouandé, de So-Ava.

déployer. Or le CPD a donné un cadrage limitant caractérisé par une prise en compte des groupes marginalisés mitigée par : leur omission dans les 5 priorités (paragraphe (§) 11) ; l'absence d'interventions ciblés sous l'output 2 (§12) ; leur omission à l'exception des victimes de VBG et/ou mères célibataires VBG (§17,§18, §24) dans les outputs 3 et 4, le M&E et le cadre des résultats et ressources.

Le personnel n'est pas formé sur l'approche sans stigmatisation/discrimination et les compétences spécifiques pour services aux handicapés (modules, rapports de formation, entretiens PP et prestataires). Les CS, écoles et CPS ne disposent pas assez de mesures adéquates, cela ayant échappé au document de projet et aux PTA. Le déficit en équipements adaptés affecte les salles de services (tables de consultation adaptées etc.) et les toilettes (manquent de sanitaires adaptés etc.²⁴). La stratégie de communication est déficitaire en langages adaptés selon le handicap (braille, signes...), les supports de communication et les prestataires des PPS et de la communauté. Certes le projet est focalisé sur les services, mais le fait que la présence des rampes, portes adaptées n'est pas systématique²⁵ entrave l'offre desdits services dans les PPS dépourvus. Les consommables et médicaments sont payants en matière d'IST/VIH, d'hygiène menstruelle, ce qui entrave l'accès des pauvres²⁶.

Les déficits ci-dessus sont partiellement en train d'être rattrapés par le projet. Notamment, depuis 2022, une initiative en collaboration avec le Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance (MASM) et le Ministère de la Santé (MS) a été lancée pour l'inclusion des handicapé(e)s, dont les progrès restent à documenter. Une stratégie spécifique pour les groupes nomades n'est pas prévue dans le document de projet. Le principe de la gratuité²⁷ favorise l'accès aux services et produits de PF pour les démunis²⁸. Ces populations arrivent à bénéficier de services sporadiques en stratégie avancée dont la régularité et la couverture sont à rationaliser et documenter²⁹. Certains sous-groupes d'ado-jeunes relevant du mandat d'autres agences du SNU, tels que les enfants de la rue (UNICEF), les populations clés IST/VIH (ONUSIDA), les migrant-e-s (HCR), sont couverts par lesdites organisations. La synergie d'action reste à améliorer en vue de la matérialisation et de la capitalisation de ladite couverture par des services SSRAJ adéquats avec perspective holistique³⁰.

4.1.2 Adaptation du projet à l'agenda de l'UNFPA et aux priorités du pays

4.1.2.1 H3-H4 (a) : La planification du projet est suffisamment en cohérence avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA et les priorités du gouvernement

(15-17) La proportion des activités soutenues par l'UNFPA dans le cadre du projet dont la planification (objectifs, stratégies, activités...) et la mise en œuvre sont suffisamment en cohérence avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA est de 10/10^{ème}.

En effet l'ensemble des activités prévues dans le document de projet³¹ sont en cohérence avec le mandat et la stratégie de l'UNFPA. Il s'agit de 54 activités réparties entre 8 stratégies : dont 11 sous la *Stratégie 1.1 - Extension de l'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire* (1) ; 3 sous la *Stratégie 1.2 - Mise en œuvre de l'éducation en santé sexuelle en milieu extra-scolaire (ESS)* (2) ; 4 sous la *Stratégie 1.3 - Harmonisation et renforcement des mécanismes de communication sur l'ESS* (3) concernant le résultat 1 du projet ; 10 sous la *Stratégie 2.1 - Renforcement des services d'information et d'offre du paquet clinique intégré de santé sexuelle et reproductive dans les 11 communes d'intervention* (4) et 2 sous la *Stratégie 2.2. - Développement des services à base communautaire* (5) dans le cadre du résultat 2 du projet ; 9 sous la *Stratégie 3.1 - Renforcement de la planification et de la coordination au niveau national et décentralisé dans le domaine de la SSRAJ* (6) ; 12 sous la *Stratégie 3.2 - Renforcement de la collecte, de l'intégration et de la qualité des données de SSRAJ dans*

²⁴ OD, ITW prestataires.

²⁵ Ibid.

²⁶ Prestataires, So-Ava.

²⁷ Stratégie nationale SSRAJ, textes réglementaires du MS

²⁸ Prestataires, So-Ava.

²⁹ prestataires et animateurs, Kouandé

³⁰ UNFPA, DSME, DDS et Docs.

³¹ Proposal NLA71, pp 24-29

le système d'information au niveau des Ministères en charge des enseignements primaire, secondaire, de la santé (7) et 3 sous la Stratégie 3.3 - Renforcement de l'environnement favorable à l'ESS à tous les niveaux (8), dans le cadre du résultat 3 du projet.

L'analyse de la concordance des contenus de ces activités selon le document de projet et les PTA et selon les rapports d'activité ainsi que l'appréciation des parties prenantes montrent qu'elles développent solidairement l'information et les services sur les thématiques/interventions PF, IST/VIH, ESS, Genre/VBG, Leadership/Gouvernance et valeurs/normes favorables avec pour population cibles les filles et garçons de 10 à 24 ans. Certaines activités ou paquets d'activités proposés et mis en œuvre au-delà de la planification initiale dont le dialogue parents-enfants et une réponse spécifique en faveur des handicapés ; rejoignent celles initiales dans la situation sus-décrite qui constitue une conformité rigoureuse avec le mandat de l'UNFPA par rapport à la SR, au dividende démographique, aux données et aux groupes prioritaires des adolescent(e)s et jeunes.

L'on relève l'alignement du concept et du déploiement de ces activités avec le Plan stratégique (PS) 2018-2021 de l'UNFPA, de même que le PS 2022-2025. Cela repose sur la prise en compte des principes et approches associé au résultat 1. Parmi ceux-ci figurent l'inclusion sociale universelle, la participation universelle des acteurs, la coordination et le partenariat à tous les niveaux, l'action prioritaire dans les secteurs santé et éducation, la réactivité en contexte de développement et humanitaire, le renforcement des systèmes, la gouvernance adéquate, l'assurance des normes-qualité-suivi et la gestion des connaissances. Un tel alignement s'observe aussi avec les principes et approches (capitalisation du potentiel de développement des jeunes, autonomisation des ado-jeunes en SDSR, leur participation civile et politique, coopération intra/extra SNU pour l'inclusion des jeunes) prévus sous le résultat 2 du PS 2018-2021. Enfin, ledit alignement s'observe aussi entre les activités prévues et réalisées du projet par rapport aux principes et approches suivants retenus sous les résultats 3 et 4 du PS 2018-2021. Il s'agit de : l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes/filles, la promotion par le SNU d'un milieu favorable (lois, politiques), la réponse VBG en situations ordinaire et de crise, l'inclusion de chacun(e) dans le processus de développement, la maîtrise des dynamiques démographiques/utilisation des données pour le développement, et la maîtrise des risques de catastrophe par la gestion des données. Certaines approches ou principes en italique ont été moins substantiellement pris en compte ; soit par faiblesse de la planification, ressources limitées ou nature du projet ne convoquant que latéralement les aspects de population et développement.

Malgré l'antériorité du Proposal NLA71 du projet par rapport à la PS 2022-2025, les 3 résultats transformateurs de l'UNFPA sur la réduction des besoins non satisfaits en PF, de la mortalité maternelle et des VBG/inégalités de genre dépendent effectivement des prestations d'information et de services prévues dans les 54 activités initiales et les activités complémentaires du projet. Lesdites activités sont déployées en offre de paquet intégré ESS/SSRAJ. L'alignement des 6 produits du projet NLA71 est marqué avec les 8 stratégies du PS, mais variable d'un produit à l'autre. Cet alignement est plus manifeste concernant les produits 1- politique et redevabilité ; 3- normes sociales et de genre ; 5- action humanitaire ; 6- adolescents et jeunes pour l'évidence et la densité des efforts consacré aux activités contribuant à ces produits. En revanche, concernant les produits 2- qualité des services et 4- changements & données démographiques, l'on note l'absence d'une approche manifeste d'assurance qualité avec programmation, exécution, suivi et ajustements spécifiques. Concernant les changements et les données, l'application a été relative. Au sujet des mouvements d'effectif d'enseignants, par exemple, leur prise en compte par les formations continues ultérieures a adressé le besoin. Cependant, des migrations d'élèves vers le Nigéria n'ont pas induit une documentation et un recadrage des actions dirigées vers eux (p. ex. cas de la ZS de So-Ava).

Globalement, l'agenda de l'éducation scolaire ressorti du mandat de l'UNESCO, davantage que celui de l'UNFPA. Cependant, la cible adolescent(e)s et jeunes et la thématique SR font partie du mandat de l'UNFPA. Ainsi, le projet nécessitait une action commune des deux agences plutôt qu'un projet UNFPA. Ainsi, l'UNESCO aurait pour rôle de : (a) formaliser les pratiques d'ESS alignées aux standards internationaux avec promotion du partage, (b) veiller à l'assurance qualité et au réajustement de l'ESS autour de l'application de l'outil SERAT et de la boîte à outils des bonnes pratiques ESS. Transversalement, la prise en compte de l'approche « Leave No One Behind » (LNOB), et le recours à l'action conjointe/synergie intra-UN n'ont pas été optimaux, y compris pour le déficit en approche spécifique affectant les différents profils de vulnérabilité/marginalité. Le recours aux

agences du SNU n'a pas été au mieux dans la planification et la mise en œuvre, dont en particulier l'absence de joint-venture ou de synergie appuyée avec l'UNESCO et l'ONUSIDA.

4.1.2.2 H3-H4 (b) : La planification et la mise en œuvre du projet sont quasi-suffisamment en cohérence avec les priorités du Gouvernement

(16-18) La proportion des actions soutenues par l'UNFPA dans le cadre du projet dont la planification (objectifs, stratégies, activités...) et la mise en œuvre est suffisamment en cohérence avec les priorités gouvernementales est de 8/10^{ième}.

Selon les parties prenantes et l'analyse documentaire, les activités retenues pour le projet SSRAJ (NLA71) cadrent toutes avec les priorités des administrations partenaires et les documents de politiques et stratégies en matière de SSRAJ/ESS. Les acteurs relèvent que la planification a été concertée entre les différentes catégories de parties prenantes, incluant leurs domaines et expertises. Les résultats, produits, stratégies et activités du projet ont été dérivés de l'effet de la Stratégie Nationale Multisectorielle de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes au Bénin (SNMSSRAJ) 2010-2020 qui consiste à « Réaliser les droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et jeunes du Bénin à travers l'accroissement de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des informations et services adaptés à ce groupe d'âge ».

En effet, les 3 résultats poursuivis par le Proposal_ NLA71 sont, dans leur ambition, leur thématique et leur direction de progrès, des contributeurs de l'effet ci-dessus de la SNMSSRAJ 2010-2020. Il s'agit de : « R1. D'ici 2023, au moins 877 000 ado-jeunes dans 1 272 écoles ordinaires, dans les 2 écoles de formation initiale des sage-femmes et des infirmières dans les 11 communes d'intervention du projet, sont couverts par l'ESS » ; puis « R2. D'ici 2023, 877 000 ado-jeunes ont accès à la SSRAJ de qualité en zone cibles » et enfin « R3. 80% des besoins de régulation/ajustement du projet et du milieu sont satisfaits par les systèmes de coordination sectoriel ». Le R1 du projet SSRAJ reçoit la contribution pertinente de 3 produits qui se résument essentiellement en « P1. ESS Scolaire normalisée et mise à l'échelle » ; « P2. ESS Extra-scolaire normalisée et mise à l'échelle » ; « P3. Enseignants ESS capacités pour mettre en place les compétences de vie chez ado-jeunes ».

Le R2 du projet SSRAJ reçoit la contribution pertinente des produits : « P4 (Revu) SSRAJ/VIH adaptée dispensée dans tous les sites scolaires par les infirmeries Universitaires et scolaires » et « P5 (Nouveau) SSRAJ/VIH adaptée dispensée dans toutes les 11 communes par les prestataires de santé et communautaires ». Les produits 4 et 5 portent sur l'offre universelle pour les ado-jeunes (milieux scolaires et extra- ; prestation en formation sanitaire et en communauté, ciblage de tous les sites scolaires et de toutes les communes) de la SSRAJ pour assurer l'accès universel à cette cible (877000), selon l'attente du R2. Quant au R3, le produit « P6. Systèmes sectoriels de coordination suffisamment fonctionnels » en conditionne judicieusement la réalisation. Car son contenu contribue à une fonctionnalité suffisante des systèmes sectoriels de coordination dont la capacité sera ainsi à la hauteur de leur rôle de réguler/ajuster le projet et le milieu.

Les 54 activités initiales assorties d'autres complémentaires (dialogue parents-enfants ; réponse spécifique pour handicapés ; réponse COVID-19, réponse à l'insécurité dans le Nord...) élaborées par les différentes parties prenantes durant la planification initiale puis continue (PTA), puis de crise contribuent à réaliser l'effet de la SNMSSRAJ 2010-2020 selon leur rattachement aux effets du projet SSRAJ et au défi de sauvegarde des acquis face aux chocs. De la première (« Activité 1.1.1. Poursuivre le plaidoyer pour le soutien global et l'assistance financière pour le projet de l'ESS à l'Échelle. ») à la 18^{ème} activité (« Activité 1.3.4. Soutenir le développement du secteur de la « jeunesse digitale » pour gagner leur engagement sur la SSRAJ »), la contribution se fait à travers le R1 du projet, soutenu par les produits 1, 2 et 3. De la 19^{ème} (« Activité 2.1.1. Réhabiliter 11 centres de santé pour les rendre plus conviviaux pour les services aux jeunes. ») à la 30^{ème} activité (« Activité 2.2.2. Organiser le suivi trimestriel des activités de SSRAJ à base communautaire, associé à l'enquête « Lot Quality Assurance Sampling » (LQAS) une fois par an en collaboration avec l'UNICEF ») la contribution se fait sous le R2 du projet qui s'appuie sur les produits 4 et 5.

De la 31^{ème} (« Activité 3.1.1. Apporter un appui aux acteurs et structures de mise en œuvre de la SSRAJ pour la planification ascendante des Plan d'actions ») à la 54^{ème} activité (« Activité 3.3.3. Appuyer les réunions des

cellules de dialogue local sur les questions de ESS/SRAJ »), la contribution se fait sous le R3 du projet qui s'appuie sur le produit 6.

La conformité avec les priorités de l'État est mitigée par les biais dans le respect des prévisions durant la mise en œuvre. Cela abouti à la réduction de la contribution à la satisfaction des attentes gouvernementales. Les activités de mise en place (planification/revue, lancement, formation, approvisionnement), ont moins subis ces biais (hormis les délais d'exécution en général, au niveau des procédures UNFPA et des lourdeurs administratives). Les activités intégrées à la routine de l'offre en information et services ont plus sensiblement subi les contraintes systémiques et du milieu apportant des biais à la satisfaction des priorités gouvernementales. En effet, le gouvernement escompte la **couverture universelle en services SSRAJ/ESS**, genre/VBG pour des **compétences de vie**, une **santé** et une **formation (scolaire/artisanale) optimales** des ado-jeunes, via un **renforcement suffisant des capacités sectorielles**. La satisfaction de ces attentes est entravée par des **biais de mise en œuvre** aux plans personnel, institutionnels et environnementaux.

Au plan personnel : l'incertitude de certains enseignants (enseignement technique ; Alibori) sur les points d'encrage/infusion de l'ESS ; la programmation variable de l'enseignement de l'ESS induisant l'irrégularité de l'exposition des élèves ; la maîtrise relative des contenus SR par certains enseignants animateurs (distinguo des cycle menstruel et sexuel à clarifier, CEG Kouandé) et élèves (inclusion du calcul du cycle menstruel dans la contraception) ...

Au plan institutionnel : Les contraintes systémiques (RH insuffisante dans les ministères en quantité, qualité et stabilité au poste avec une forte rotation affectant ceux formés aux procédures de l'UNFPA ; insuffisance des intrants de la logistique et de l'offre ; lourdeurs/complexité des procédures UNFPA et nationales) induisent des délais d'exécution importants (PTA2022_DDS Atacora signé le 11 mai) et limitent la complétude et la qualité de l'action. Les salles informatique/audiovisuel sont inadéquates, entravant l'exposition des élèves au vidéo-programmes d'ESS ; le dysfonctionnement de la référence/contre-référence entre CS et établissements scolaires et la défaillance de l'assurance qualité de la formation des enseignants en ESS se manifestant par des difficultés de maîtrise de notions, une restriction du suivi et de la prise en charge clinique (PEC).

Au plan du milieu : Les contraintes normatives (normes sociales défavorables, faible application des lois favorables) affectent surtout les activités intégrées à la routine de l'offre en information et services.

La contribution des 24 activités de coordination sous le R3 a été limitée par les défaillances de prise en compte ou d'opérationnalisation ; affectant le renforcement de la mobilisation des ressources chez les parties prenantes, le plaidoyer pour un environnement juridique facilitant et la préparation des parties prenantes aux crises entre autres. Cela compromet l'emphase que nécessitent les importants obstacles systémiques, en particulier en matière de gouvernance, et les efforts de développement. Les activités associées au renforcement du pilier de l'information stratégique ont été contraintes par le déficit en collecte. Des établissements visités n'ont indiqué que le suivi des grossesses précoces aux détriments des IST/VIH, PF, VBG (ex : CEG Kouandé) y compris en présence d'une infirmerie (CEG1 Abomey Calavi). La collaboration des PPS des ONG et du public dysfonctionne. Ainsi, au CEG1 d'Abomey Calavi, l'offre ESS – malgré l'opportunité de deux PPS garantissant l'intégration de la prise en compte des scolaires et non scolaires – les efforts ne sont pas articulés entre l'infirmerie et le site de l'ONG Association Béninoise pour le Marketing Social et la Communication pour la Santé (ABMS). Le premier PPS cité est le moins outillé en collecte et ne reçoit pas les données du 2^{ème} PPS pour informer les systèmes statistiques sectoriels (santé et éducation).

Les activités de renforcement de l'offre ESS sont limitées par l'insuffisance de l'appui en mesures et dispositifs adéquats pour couvrir les populations vulnérables/marginales. Les déficits en RH (déficit de 1/2 à 2/5^{ème} vs norme) selon les prestataires (CS So-Ava ; COUS Abomey C. ; CS Kouandé). Les déficits de l'infrastructure et des équipements ont aussi compromis une mise en œuvre conforme aux prévisions. L'acceptabilité et l'accessibilité des services ont soufferts du déficit de confidentialité (circuit et salle communes pour adultes et adolescents ; déficit en isolements et salles, déficit en produits discrets préférés/portes d'entrée (préservatifs, contraceptif à usage discret, dont l'auto-injectable sayana press), de la continuité, et en réduction des barrières économiques et physiques).

Les activités de dispensation des compétences et de l'information (formation, sensibilisation) induisent une controverse à savoir si leur programmation est suffisante pour l'appropriation chez les apprenants/bénéficiaires. Cela peut varier entre sites de prestation. Ainsi certains établissements scolaires (Carrefour Savoir, Kouandé) ayant réussi le pari du partage des contenus par les participants aux formations avec leurs collègues se retrouvent avec des enseignants orientés et actifs dans 9 disciplines (Français, SVT, Mathématique, PCT, Histoire-géographie, Anglais, Espagnol, EPS, Philosophie), pendant que d'autres établissements (CEG1 Kouandé) se limitent à 4 enseignants formés et actifs (2 SVT ; 2 Français). La rotation des effectifs de personnels de santé et d'enseignants formés induit aussi la réduction qualitative et quantitative de l'offre. La programmation de l'exposition n'est pas normalisée avec de grands écarts entre établissement et classe selon qu'il y a exposition tous les jours, pendant les poses, selon les points d'encrage, à la fin du programme scolaire ordinaire..., ou l'engagement de l'enseignant. Les déficits d'effectif d'agent de santé, l'insuffisance des espaces, équipements, matériels de communication et normes/acceptabilité, de l'application de la gratuité, de la référence entre communautaires, écoles, infirmerie et CS, de l'implication des parents et des faiseurs de normes sociales, de l'approche inclusion sociale ont compromis la mise en œuvre des activités afférant à l'offre des services ESS/SSRAJ. Les crises sécuritaires (terrorisme, Nord Bénin) et sanitaire (COVID-19) ont compromis la complétude, la qualité et la continuité de la mise en œuvre. Cela s'associe aux dysfonctionnements systémiques tels les ruptures de stocks (condom (don initial/début de projet), médicaments IST, accessoires pour examen PD, affectations et insuffisance des effectifs). En matière d'activités informationnelles et de cours, la complétude de la couverture des thématiques, l'exploration en profondeur, la régularité des séances et la spécialisation des séances ont été remis en question par des animateurs, des enseignants et les parties prenantes.

4.2 Réponse à la question d'évaluation 2 : Pertinence envers les résultats attendus

La pertinence envers la situation initiale et les évolutions subséquentes est appréciée par la question suivante :

Question d'évaluation 2 (QE2) : Est-ce que les interventions prévues sont en adéquation avec les résultats attendus du projet ? i) De manière dynamique, comment l'UNFPA a-t-il su adapter les interventions du projet à l'évolution de la situation en termes de planification et de mise en œuvre des interventions, particulièrement dans les zones d'intervention ?

4.2.1 Adaptation des interventions du projet à la situation initiale pour les résultats dus

4.2.1.1 H5 : Les interventions prévues dans leur formulation initiale sont quasi-suffisamment en adéquation avec les résultats attendus du projet

(19) La proportion des interventions prévues, dans la formulation initiale, suffisamment en adéquation avec les résultats attendus du projet est de presque 6/10^{ème}.

L'analyse documentaire montre que la conception s'est fondée sur la chaîne causale du développement³². En effet, une analyse situationnelle a alimenté le choix et le paramétrage des activités. Les déterminants de la situation déficitaire de l'ESS ou obstacles au développement en matière d'information, d'enseignement et de services (relatifs à la maîtrise de la puberté, l'hygiène corporelle et menstruelle, la PF, les IST/VIH, les VBG/MGF), de disponibilité/usage des données, et les risques et hypothèses³³ ont suggéré les activités. Les ambitions nationales et internationales de développement ont guidé la détermination des cibles de performance pour la formulation des résultats.

Ainsi, l'on peut remarquer que les résultats 1 et 2 du projet SSRAJ ont une ambition de couverture universelle, laquelle s'est matérialisée dans le paramétrage de plusieurs activités du proposal NLA71. Cela inclut, en l'occurrence, l'activité 2.1.5, sur l'offre d'information et de paquets cliniques intégrés de SSRAJ gratuits. Elle implique toutes les structures existantes (15 infirmeries, 4 centres conviviaux, 95 CS et 5 hôpitaux de zone).

³² Proposal NLA71, CCA, projet ESS NL/Apessa, SNMSSRAJ 2010-2020, projections démographiques 2018-2023 de l'INSAE en 2017 sur la zone de projet, ...

³³ Proposal NLA71 ; TdC p16 et Annexe 10 Théorie de Changement du Projet (feuilles 1 à 3)

L'activité 2.1.6 (2 500 PE scolaires à former/équiper pour 600 064 élèves) propose un encadrement en PE de 4/1000 bénéficiaires, supérieur à l'orientation de la politique nationale en santé communautaire 1/900 à 1 000³⁴ bénéficiaires). L'activité 2.2.1 (1 600 Reco pour 276 936 jeunes extrascolaires à former/équiper en SSRAJ) propose un ratio de 5/1 000, supérieur à la référence de la politique nationale. Dans l'ensemble 54 pour cent (29/54) des activités présentent un paramétrage quantitatif ou qualitatif (plus ou moins manifeste) pour contribuer à l'effet universel envisagé. Enfin, les activités offrent un paquet intégré de services d'information et prestations cliniques sur l'ESS/SSRAJ.

Selon le BP, l'UNFPA et les administrations et organisations de la société civile (OSC), les activités sont majoritairement en adéquation avec les résultats de développement que poursuivent leurs institutions respectives. Leur participation à la planification et le déploiement de celle-ci selon les objectifs et axes des politiques et stratégies nationales en matière de SSRAJ, d'éducation sexuelle, de genre et égalité des sexes fondent cette appréciation. Les données obtenues des acteurs opérationnels sont plus nuancées, au vu des prévisions et dispositions constituant les activités qui ne permettent pas toujours des niveaux de réalisations à la hauteur des résultats de réduction des grossesses précoces, d'augmentation de l'utilisation de la PF et des services IST/VIH et de réduction des VBG. Les paramètres qui nuancent l'avis des acteurs opérationnels sont adressés dans les évidences restrictives ci-après.

Des écarts dans la planification par rapport aux résultats sont observés. Un problème de quantification dont la fixation d'une cible de 877 000 personnes à couvrir pour une population attendue à 814 980 en 2023³⁵, contrarie la perspective d'efficacité des activités proposées. Plusieurs ratios d'encadrement des cibles en matière d'information (communication sociale et cours), la régularité aléatoire et la qualité de l'exposition des bénéficiaires aux causeries et leçons restent problématiques. La maîtrise des notions clés est à améliorer. Le cycle menstruel est à mieux distinguer du « cycle sexuel » chez certains enseignants³⁶, tandis que certains apprenants classent le suivi du cycle menstruel dans les méthodes de PF³⁷. La section 4.1.1 (QE1) ci-dessus montre que plusieurs ratios d'encadrement des bénéficiaires du projet sont limités (enseignant/enseigné ; animateur/population à l'école) ; il en est de même pour ceux de couverture (4 centres conviviaux/11 communes ; 0 à 1 sage-femme (SF) suremployée/centre convivial, 57% de couverture en établissements scolaires 57³⁸ (1 272/2 220 (57%). Les entretiens des administrations scolaires et des enseignants (Alibori, Atacora, Atlantique) montrent une régularité variable des cours d'ESS entre enseignants avec des échéances quotidiennes, hebdomadaires ou post-programme didactique ordinaire. Par ailleurs, la DSME relève une approche d'affectation d'activités à la partie nationale qui ne favorise pas une action articulée au niveau du MS.

Le potentiel de la formulation initiale des activités à réduire les obstacles humains, systémiques et du milieu (économiques, naturels) s'est montré soit peu évident, soit limité pour 46% des activités initialement formulées. Le paramétrage de 25 activités n'a pas proposé des quantifications ou niveaux de réalisations pouvant porter le projet vers la dimension universelle retenue dans la formulation des effets du projet. En général, les activités n'ont pas suffisamment intégré l'opérationnalisation des hypothèses de l'émancipation du projet envers les risques menaçant son cours et son efficacité. Ci-après quatre catégories de difficultés sont relevées : (1) Les déficits de paramétrage des activités de réponse aux risques socioculturels, juridiques et politiques incluent les éléments suivants : (a) les activités de formation des prestataires institutionnels et communautaires et de communication n'ont pas opérationnalisé l'inclusion des vulnérables et marginaux ; (b) l'élaboration des objectifs, la formulation initiale des activités (Proposal NLA71) et le montage du système des données n'ont pas inclus des dispositions de ciblage spécifique pour les processus de transformation sociale et comportementale et le renforcement de la C4D ; en vue de surmonter les barrières socioculturelles, juridiques et politiques. Ainsi les activités de C4D ont omis le plaidoyer auprès des décideurs (députés, administrateurs) et la formation des judiciaires et parajudiciaires pour optimiser l'application des textes sur les VBG. L'activité 3.2.12 sur l'appui à la

³⁴ Politique Nationale De La Sante Communautaire, MS, 2015

³⁵ Projection Com_2014-2030, obtenu par l'équipe SSRAJ auprès de l'INStAD

³⁶ EIC-groupe, Kouandé

³⁷ FGD So Ava, Kouandé

³⁸ les Rapports statistiques 2017 -2018

prise en compte du genre et des vulnérabilités n'a pas conçu des dispositions opérationnelles transformatrices et mesurables concernant l'inclusion des ado-jeunes vulnérables/marginalisés.

(2) Les déficits de paramétrage des activités de réponse aux risques systémiques (ressources, fonds...) comprennent les éléments ci-après. L'activité 3.1.6 n'articule pas assez sur le mécanisme de référence des cas de grossesses en milieu scolaire. Elle se borne à un appui à la planification là où il était nécessaire de mettre en place un mécanisme interinstitutionnel établissant des liens et dispositifs administratifs fonctionnels (circuit de référence, responsables, agents, procédures, outils de gestion, formation des acteurs et mesures de suivi) dans toutes communes entre OSC, écoles, CS et CPS. Cela s'est associé dans la mise en œuvre à un dysfonctionnement de la préparation et de la pratique. L'activité dans sa formulation semble exclure les autres problèmes d'ESS (IST, gestion des menstrues, VBG) alors qu'aucune activité ne les adresse en matière de référence. Cependant, il s'agit juste de l'omission de déclarer le lien pertinent avec le projet Canada qui adresse les aspects SR complétant le volet didactique/informationnel de l'ESS. Il s'agit de l'activité 2.1.4 qui prévoit la mise à niveau de 200 prestataires santé et sociaux en SSRAJ (2 pour 10 000 ; norme OMS 4,45/1000³⁹).

La planification ne s'est pas penchée sur le renforcement des capacités de mobilisation des ressources chez les parties prenantes. Les activités 2.1.8, 2.1.9, 2.1.10 devant assurer une quantification et une disponibilité adéquate des contraceptifs et préservatifs ne comportent pas une opérationnalisation suffisante des procédés d'assurance de la fiabilité de la quantification, du renforcement du système de gestion des achats et stocks et de la distribution sur la base des contraintes usuelles et des risques en vue d'une complétude/promptitude de l'approvisionnement. Par la suite, la disponibilité desdits produits n'a pas été optimale selon les prestataires, la documentation et les observations de sites. Généralement l'Afrique Subsaharienne rencontre des difficultés de quantification des produits de santé. L'UNFPA s'implique dans divers pays (Nigéria, Cameroun, Rwanda, Niger) en partenariat avec USAID (GHSC/Chemonics) et autres dans l'assistance technique nécessaire pour la fiabilité de la quantification. La prise en compte d'un tel accompagnement fait défaut à la conception du projet NLA71. Malgré l'inscription parmi les priorités du CPD9 2019-2023 de l'UNFPA (p.4), le projet ne porte pas d'activité liée au plan multisectoriel (SNU, État, ONG, OSC, Privé) envisagé pour la mobilisation des ressources, en particulier financières, pour la SSRAJ.

(3) Les déficits de paramétrage des activités de réponse aux risques /aléas naturels tiennent d'une composante coordination qui n'inclut pas d'activité de préparation aux crises. Cela expose le projet, à terme, à l'effondrement des acquis concernant le processus et les résultats sur l'ensemble des activités.

(4) Les difficultés affectant le potentiel des interventions à renforcer l'offre des cours d'ESS en vue du produit 3 (P3. Enseignants ESS capacités pour les compétences de vie chez ado-jeunes) incluent les aspects suivants : a) La programmation des enseignements ESS est aléatoire selon certains enseignant(e)s (Alibori ; Atakora), à l'appréciation de l'enseignant(e), selon les points d'encrage qu'il/elle saurait trouver. Ceci défavorise davantage l'enseignement technique où les uns et les autres ne se sont pas spontanément représentés de tels encrages ; Les supervisions des inspecteurs pédagogiques tendent à mitiger cette difficulté. L'INIFRC envisage l'identification de points d'encrage additionnels. b) L'effectif des enseignants programmés (7540) débouche sur un taux d'encadrement de 1/100 inférieur à la moyenne subsaharienne (1/42). c) Les profils (SVT, EPS, Français, Anglais) et effectifs d'enseignants (4-5 par école) associés, arrêtés par décisions du gouvernement restent fréquemment restrictifs pour un essor de l'ESS. L'activité 1.1.10 consacre l'implication programmée de 57%⁴⁰ (1272/2220) des Ets scolaires. Les choix de l'infusion fait par le gouvernement y compris les disciplines d'encrage n'ont pas bénéficié en amont du conseil d'une expertise permettant d'attirer l'attention sur les limites sous-jacentes. En aval, les écarts observés n'ont pas abouti à un plaidoyer de recadrage de la part de l'UNFPA et des acteurs de la mise en œuvre.

³⁹ Chronic staff shortfalls stifle Africa's health systems: WHO study | WHO | Regional Office for Africa, June 2022

⁴⁰ Rapports statistiques 2017-2018

4.2.2 Adaptation des interventions du projet aux situations ultérieures pour les résultats dus

4.2.2.1 H6 : L'UNFPA a suffisamment adapté les interventions du projet à l'évolution de la situation en termes de planification et de mise en œuvre, particulièrement dans les zones d'intervention

(I10-I11) La proportion des interventions révisées en termes de planification et de mise en œuvre qui sont suffisamment adaptées à l'évolution de la situation, surtout dans les zones d'intervention est de ¾.

Trois formes de changement dont les nouveaux constats en cours de mise en œuvre (différences observées par rapport à la situation initiale décrite, planification nécessitant révision), les crises humaines (guerre en Ukraine, terrorisme au nord du Bénin), les crises naturelles (COVID-19) ont confronté le projet SSRAJ. D'une part, cela a induit des ajustements programmatiques sans impact sur la planification technique et financière initiale. D'autre part, il a fallu des demandes de reprogrammation adressées au bailleur pour des révisions nécessitant des modifications des prévisions techniques et budgétaires initiales.

Au compte des **évidences favorables**, les activités révisées ou nouvelles incluent les **ajustements de routine** : 1- le dialogue parents-enfants, 2- le partage de la formation aux enseignants non programmés à la base, 3- le coaching des enseignants par les inspecteurs pédagogiques sur l'identification des points d'ancrage de l'ESS dans les situations d'apprentissage de leur programme en particulier dans l'enseignement technique, 4- Des effectifs/quantités cibles revus à la hausse (p. ex. : de 200 agents de santé prévus à 623 formés (rapport 2020), d'une part. Les PTA subséquents ont continuellement constitué des opportunités de révision de la planification des activités sur la base des revues trimestrielles et annuelles. Les durées et périodes de mise en œuvre ont été itérativement revues. La flexibilité de l'UNFPA envers les suggestions des acteurs opérationnels a permis l'introduction des activités alternatives.

D'autre part il y a eu des activités complémentaires ou alternatives par **reprogrammations dont** : 1- Le Projet 29626 (UNFPA, partenaires nationaux et gouvernementaux), mis en place en 2020 pour garantir la SDSR sous COVID-19 : (a) sensibilisations communautaires dans 512 villages dans les départements du projet pour la prise de conscience et l'application des gestes barrières ; (b) formation d'enseignant(e)s sur le COVID-19 ; soient 40 enseignant(e)s des lycées, CEG et Collèges) ; (c) distribution des intrants pour les mesures barrières dans les écoles. 2- La mise en place par UNFPA et l'Agence de Développement de Sèmè City d'une Task Force d'innovation (15 organisations nationales et internationales) appuyant les start-ups du digital (44 des secteurs santé, communication et logistique) et les apprentis dans la production locale du matériel de communication et de protection COVID-19. 3- L'introduction des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour l'information, la sensibilisation et la formation à distance assortie de la formation à la maintenance. Ces initiatives ont garanti à des dizaines de milliers de personnes cibles (enseignants, élèves, membres de la communauté) l'accès à l'information sur la COVID-19, aux intrants et à l'application des mesures barrières. Elles ont aussi renforcé la résilience économique des entrepreneurs et innovateurs béninois. 4- La distribution de kits d'hygiène menstruelles pour les déplacés internes du terrorisme (Atacora). 5- La synergie interne aux composantes du 9^{ème} programme de pays de l'UNFPA a bénéficié au projet SSRAJ à travers le projet « Prévention des VBG, Protection et Autonomisation des filles et des femmes en temps d'épidémie COVID-19 » financé par le Canada et UNFPA. Ce projet a contribué à la réduction des Violences Basées sur le Genre (VBG), durant la période de crise sanitaire et post crise.

6- La collecte d'évidences par l'INIFRCF pour déconstruire les a priori socio-culturels et améliorer les contenus de l'ESS à l'école et en milieu extrascolaire. Il a été découvert que les principaux auteurs des grossesses précoces sont les artisans, suivi par les élèves, et non les enseignants. Cela a réorienté l'intensification des efforts de prévention auprès des artisans. La barrière de convenance du langage est surmontée par le recensement et l'utilisation dans l'éducation intergénérationnelle en communauté et famille des locutions et vocable culturellement corrects sur la sexualité (vagin : « maison de la femme » ; verge : « maison de l'homme »). Les a priori traditionnels ou populaires sur la préséance hygiénique du sous-vêtement en nylon sur celui en coton, l'importance de divers produits chimiques (permanganate et autres) pour l'hygiène vaginale sont recensés démystifiés par l'information scientifique. Les ONG du projet sont mises à jour sur cette approche et celles extérieures au projet nécessite une autorisation de l'INIFRCF pour faire des interventions en milieu scolaire sur la base de leur alignement sur les normes des messages (validité scientifique et évitement de pratiques incorrectes dont la distribution de préservatifs/contraceptifs à l'école). 7- Le passage de la phase

expérimentale à la phase de mise à l'échelle s'est fondé sur les résultats probants obtenus dans les écoles sous ESS (réduction des grossesses précoces) comparées à celles hors ESS. Cette perspective est contrariée au niveau de l'agenda national de développement par sa couverture insuffisante. Ses résultats prometteurs sont dilués par le grand nombre des établissements scolaires qui ne sont pas sous ESS à l'échelle nationale.

Concernant les **évidences défavorables**, des activités déterminantes pour inverser les résistances socioculturelles tels que le dialogue parents-enfants n'ont pas été intégrées dans le système des données du projet pour la traçabilité de leur apport. La majorité des élèves et artisans rencontrés déclare la persistance de la résistance des parents. Ces derniers restent sous l'influence des normes traditionnelles dont les tenants n'ont pas assez été amenés à intégrer l'intérêt du changement vers un environnement social facilitateur pour l'ESS. La réponse à COVID-19 n'a pas eu la même envergure en milieu communautaire, qu'en milieu scolaire. Les apprentis artisans, les pair(e)s-éducateur/trices, contrairement aux élèves, n'ont pas assez eu accès aux mesures barrières. Les quantités d'intrants de protection distribués sont restées nettement en dessous +des 750 269 (2020) à 771 352 (2021) ado-jeunes ciblés dans les 11 communes cibles.

Les efforts déployés pour répondre aux crises (COVID-19 ; terrorisme ; guerre en Ukraine) n'ont pas toujours garanti la résilience. Les équipements TIC fournis soit ne bénéficient pas de salle conventionnelle pour utilisation, soit ne sont pas couverts par des dispositions de protection contre la destruction, et par un mécanisme d'amortissement. La réponse de l'UNFPA à l'insécurité quoiqu'effective, reste très basique et ponctuelle, le dispositif minimal de crise n'étant pas déclenché. Cependant, il y a eu l'augmentation des attaques (bombes, armes blanches, armes de guerre...) et dégâts aux zones frontalières puis à l'intérieur du pays. Le nombre de personnes tuées est parti de 1 en 2019 à 32 en 2022 ; tandis que la fréquence des pertes en vie est passée de 0,8 en 2019 par an à 5,8 par mois⁴¹ en 2023. Ainsi, des restrictions sécuritaires ont été mises en place par les autorités (couvre-feu, restriction des heures de circulation et des zones d'accès des missions, ...).

Le classement sur l'échelle de sécurité par les services officiels et l'UNDSS interdit les missions dans les zones rouges comme Kandi, Guérou, Gogonou, Karimama et Materi.

Tableau 4 : Impact humain du terrorisme au nord du Bénin

Année	2019	2020	2021	2022	2023
Personnes tuées	1	1	8	32	16
Enlèvements	1	1	4	-	-
VBG	-	-	-	-	-
Période (mois)	12	12	12	12	3

Source : UNDSS/Bénin, Base des données sécuritaires, trimestre 1, 2023

La vulnérabilité économique des populations a été aggravée par la guerre en Ukraine du fait de l'inflation des prix du riz, du blé, de l'huile végétale, du gazole et du ciment⁴². L'appel à l'aide de l'association des consommateurs au gouvernement et les manifestations syndicales ont matérialisé la détresse socioéconomique (voir note de bas de page précédente). L'effort de réponse du projet SSRAJ n'est pas perceptible. Des synergies d'action formelles et à la hauteur des problèmes restent à mettre en œuvre entre agences UN, chacune avec son apport spécifique PAM (nutrition), OCHA (sauver les vies, protéger les personnes), UNHCR (accueillir et encadrer juridiquement les déplacés/réfugiés...) ; pour adresser les différentes détresses en essor dans la zone de projet, en particulier dans l'Alibori et l'Atacora.

Plusieurs dysfonctionnements constatés malgré les efforts pour les surmonter ; pour déficit en actions alternatives de réduction. Ainsi, les difficultés systémiques (GAS, RH, RM, couverture, gouvernance) ont persisté. L'application de la gratuité est restée déficitaire, les produits gratuits (Jadelle, Implanon, Noristerat, Sayana Press, Pilules, DIU, Condom, Femidon) étant rarement disponibles pour les bénéficiaires dans les PPS. La discontinuité du service a subsisté, l'insuffisance de l'exposition au cours et à l'information en quantité et

⁴¹ UNDSS/Bénin, Base des données sécuritaires, trimestre 1, 2023

⁴² [https://www.rfi.fr/fr/afrique/20220324/Guerre en Ukraine: en Afrique, des mesures pour lutter contre les conséquences économiques.](https://www.rfi.fr/fr/afrique/20220324/Guerre%20en%20Ukraine%3A%20en%20Afrique%2C%20des%20mesures%20pour%20lutter%20contre%20les%20cons%C3%A9quences%20%C3%A9conomiques)

qualité a persisté, la participation des leaders religieux s'est limitée aux membres de la plate-forme nationale et du peu d'homologues de l'intérieur du pays qu'ils ont mobilisé.

4.3 Réponse à la question d'évaluation 3 : Pertinence envers la situation initiale et les évolutions subséquentes

La pertinence envers la situation initiale et les évolutions subséquentes est appréciée par la QE suivante :

Question d'évaluation 3 (QE3) : Dans quelle mesure le bureau de pays Bénin s'est-il adapté : i) aux changements en matière de besoins et priorités nationaux, y compris ceux des groupes vulnérables ou marginalisés : ii) aux variations causées par la crise COVID-19 ? iii) aux chocs exogènes ?

4.3.1 Adaptation par le BP des interventions du projet à la situation initiale pour les résultats dus

4.3.1.1 H₇ : Le BP s'est quasi-suffisamment adapté aux changements en matière de besoins et priorités nationaux, y compris ceux des groupes vulnérables ou marginalisés

(I12-I13) La proportion des changements en matière de besoins et priorités nationaux, concernant les adolescents de la population générale et des groupes vulnérables ou marginalisés ayant été adressés par des interventions adéquates est de 7/10^{ème}.

Le BP a travaillé à ajuster la programmation initiale pour intégrer les changements des besoins des populations et les priorités nationales. Globalement, les PTA 2019-2022 ont été une opportunité pour ajuster les circonstances et activités pour une mise en œuvre sensible aux variations. Le BP a ajusté son appui à l'agenda d'accélération de l'émergence du Bénin en vue de l'échéance 2026. Ainsi, à la demande des PE gouvernementaux, il soutient l'intégration des actions interconnectées à haut impact pour une efficacité prompte (SM, PTME, PF, SR, Paludisme, ...) et contribue à la cohérence avec les autres acteurs dans le cadre des concertations autour des instances de coordination centrale et périphériques de la SR et de la SSRAJ. Des interventions complémentaires ont été notées dans les écoles (enseignements et services appuyés par l'UNFPA et l'information par un autre projet/acteur dont le cas de PSI au CEG1 Abomey. Le CEG de Kouandé expérimente une situation similaire.)

En **milieu scolaire**, le déficit en information scientifique adaptée pour l'ESS selon l'âge des élèves contribuait à la recrudescence des grossesses précoces. Les enseignants ont été outillés grâce à un guide leur permettant de répondre aux besoins des enfants. Concernant les écoles pour enfants avec handicap sensoriel, l'INIFRCF envisage la traduction du matériel didactique en braille et de passer aux langages adaptés pour d'autres catégories de déficiences dont le langage des signes pour sourds-muets.

En **milieu extra-scolaire**, (1) l'ajournement de la mise en œuvre des activités SSRAJ en cas de **survenue des crues**, événement cyclique, dans le département de l'Atlantique à So-Ava est une option gérée d'intelligence avec le MASM. (2) Sur la sollicitation du MASM, le **dialogue parents-enfants** a été introduit, y compris la formation des parents par l'INIFRCF avec le guide du dialogue intergénérationnel fournissant les informations scientifiques et pratiques leur manquant, y compris sur les VBG. Cela visait à contribuer à améliorer l'acceptation et la pratique de l'ESS. Une initiative spécifique y a été affectée avec des intrants traçables. L'atteinte des effets passe par les efforts à déployer pour que tous les parents maîtrisent le dialogue. Selon un EIC de groupe : « On note une évolution des demandes de services au niveau des CPS en cas de besoin/problème... Dans le discours des acteurs on sent que quelque chose a bougé... Par exemple, on constate qu'un jeune va au CPS demander la PF »⁴³. De même, le BP a évolué dans l'intégration de la question de la vulnérabilité, dont l'acuité s'est accentuée au cours de la mise en œuvre, à la faveur de l'insistance du MASM. Une initiative est en cours depuis 2022 pour le déploiement d'une offre d'ESS adaptée aux personnes avec handicap.

⁴³ EIC de groupe ; MASM.

En matière d'**offre de services sanitaires et sociojuridiques**, généralement, les retards affectant les PTA n'étant pas évidents à rattraper, le contenu a été ajusté selon les besoins contextuels pour aller de l'avant (DSME). Dans l'offre de la PF, la gratuité couvre entièrement les méthodes de longue durée. L'utilisation des méthodes de courte durée (d'un instant à 3 mois) est payante à la reprise après. L'UNFPA et l'ANSSP font la promotion de l'orientation des femmes vers les méthodes de longue durée. Plusieurs mécanismes de distribution sont promus pour rattraper le niveau de couverture des filles/femmes éligibles (poste fixe, stratégie avancée, diverses campagnes). Les formations sanitaires ont appliqué les mesures usuelles de programmation des activités en saison de crue des plans d'eau, sans impact négatifs sur les résultats du projet (DDS Abomey Calavi).

Évidences défavorables : Transversalement, le BP a appuyé la création de la demande en phase pilote sur 24 communes et n'a pas garanti la prise en compte de ce niveau d'attente dans la phase d'extension qui se borne à 11 communes actuellement. La perspective gouvernementale consiste à éviter la verticalité à travers l'approche projet et obtenir une approche selon le plan stratégique avec des appuis aux volets dudit plan non pris en charge. L'approche de UNFPA à travers le projet SSRAJ ne s'est pas adaptée à cette option gouvernementale. Un plan d'assistance exhaustive au développement est souhaité, y compris une planification stratégique plus structurée en vue de cette approche.

En **milieu scolaire**, les supports didactiques en langages adaptés ne sont pas encore produits pour les autres formes de handicap, tandis que les versions en braille restent à officialiser et distribuer. L'apport de l'UNFPA dans ce processus n'est pas évident. Dans certaines écoles, les enseignants et l'administration relèvent que l'amélioration des connaissances et des pratiques ESS résultant dans la diminution des grossesses précoces par exemple, ne s'associe pas automatiquement à une meilleure performance scolaire. Il n'y a pas eu d'appui du BP pour investiguer et adresser ce paradoxe. Un rapport de l'INIFRCF a documenté les sites et heures de passage à l'acte sexuel entre élèves, ainsi que la contribution du manque de clôture, portes et fenêtres au niveau des classes dans divers établissements. Le BP n'a pas encore offert un appui préventif par rapport à ces facteurs.

En **milieu extrascolaire**, le dialogue parent-enfant ne bénéficie pas d'un système de suivi, d'où la difficulté de vérifier les acquis psycho-comportementaux. L'initiative d'inclusion des personnes vulnérables focalise sur les handicaps physique ou sensoriel aux détriments des autres formes de vulnérabilité (filles-mères, ado-jeunes indigents ou de la rue, groupes sexo-spécifiques, nomades, ...) et son apport est affecté par la prise en compte tardive. La rotation des personnels centraux, la défectuosité (pannes, vieillissement) du parc logistique (auto, équipements informatiques : ordinateurs, photocopieurs, et autres équipements) affectent la continuité, la gestion et la supervision des activités. Les sollicitations des parties prenantes à cet effet ne trouvent pas assez d'issue du côté de l'UNFPA. Le dysfonctionnement de la généralisation de l'implication des religieux à partir de l'appui à leur plateforme nationale n'a pas été adressé par une action à la hauteur de surmonter le défi. La répression exercée contre les enseignants mettant les élèves enceintes fait en sorte qu'ils tendent à se rabattre sur les filles apprenties, moins protégées.

En matière de **dispensation des services sanitaires et sociojuridiques**, l'on relève que la réponse au surstockage antérieur des préservatifs gratuits n'a pas intégré des mesures conservatoires conséquentes. Les bénéficiaires sont désormais à l'accès payant : prix d'officines privées, coût promotionnel ABMS, coût de cession en formation sanitaire (FOSA). Les barrières à la gratuité des méthodes de PF incluent le paiement des intrants d'examen d'identification de la méthode adaptée. En matière de prestation des services, le personnel sanitaire déjà insuffisant rotent beaucoup, tandis que l'offre de recyclage n'est pas disponible à la dimension. La couverture des populations clés IST/VIH est suffisante, la synergie d'action avec l'ONUSIDA et la capitalisation des résultats ne sont pas évidents. L'effet barrière de l'insuffisance de la RH dans les FOSA et l'offre de santé communautaire n'a pas bénéficié d'une action palliative à la hauteur. Les résistances à déclarer les forfaits/VBG commis par des membres de la famille/village persistent, malgré les dispositifs de dénonciation. La référence des cas dysfonctionne en général, mais davantage entre communauté et FOSA et entre écoles et FOSA. L'apport du BP reste attendu à cet effet.

4.3.2 Adaptation du BP aux variations créées par les crises (COVID-19 et chocs exogènes) pour les résultats dus

4.3.2.1 H8-H9 : Le bureau de pays Bénin s'est suffisamment adapté aux variations causées par la crise COVID 19 et les chocs exogènes

(I14-I15) *La proportion des variations causées par la crise COVID-19 et les chocs exogènes ayant été adressées par des interventions adaptées est de 7/10^{ème}.*

Diverses **évidences favorables** ont été observées à travers les sources primaires et secondaires dont les principales sont évoquées ci-après par milieu ou composante d'intervention du projet SSRAJ. Le BP a manifesté de la réactivité et une faculté d'apprentissage à l'épreuve surprenante de la COVID-19 à travers des mesures conservatoires, des appuis aux plans de contingence, des stratégies alternatives, des efforts maximaux aux niveaux inter/national, l'appui à la coordination mensuelle et hebdomadaire aux niveaux central et périphérique. Spécifiquement, douze principales variations ont fait surface à la suite des crises sanitaire et sécuritaire qui ont affecté la mise en œuvre du projet entre 2019 et 2023. La pandémie de COVID-19 a été associée à huit de ces variations et les attaques terroristes à cinq d'entre elles.

L'**adaptation à la crise à COVID-19** a consisté pour le BP à : 1- participer à la réponse du Bénin (mise en place du Comité National de Crise Sanitaire ou CNCS du Bénin avec cinq commissions techniques, positionnement du BP dans la commission de Coordination⁴⁴ qui manage/commande la réponse et mobilise le SNU (coordinateur résident, chef d'agences OMS, UNICEF, UNFPA, PAM) ; action dans les commissions techniques du CNLS) ; 2- participer à la Taskforce COVID-19 du SNU avec appui aux dispositifs de réponse de l'État en matière de santé de la reproduction (coordination sanitaire) et de continuité des services (Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique du Ministère de la Santé) ; 3- tester/mettre à niveau le dispositif de crise au niveau de l'agence et de l'habitat des personnels ; 4- organiser le travail et la réponse à la crise selon les restrictions sociales et les mesures de sécurité de l'UNDSS (flotage, travail en mode digital, système de communication, surveillance, dispositif d'évacuation...).

Par rapport au projet SSRAJ, les variations observées incluent : 1- l'augmentation des besoins financiers pour la continuité du projet SSRAJ ; 2- le conditionnement de l'action au respect des mesures barrières ; 3- la méfiance vis-à-vis des FOSA (DSME, DDS Abomey-Calavi) ; 4- la baisse de la fréquentation des PPS (DDS Abomey) ; (5-7-) le confinement suspendant la fréquentation des écoles et PPS et induisant l'exode d'élèves vers le Nigéria pour rejoindre leurs parents ; 6- L'augmentation des risques et cas de VBG et 8- la restriction de l'accessibilité des services.

En réponse adaptative par rapport à ces variations affectant le projet, le BP a pris les douze différentes actions indiquées ci-dessous. Un prélèvement dans le budget du projet pour la réponse à la crise COVID-19 (1) qui a été d'adéquation quasi-suffisante (le reliquat de ressources étant insuffisants pour le projet) nécessitant le recours à des financements alternatifs et des partenariats selon les parties prenantes et rapports d'activités ; un (2) appui à la distribution des intrants de protection (masques, blouses, surblouses, lave-mains, composés hydroalcooliques) et (3) le renforcement des capacités des start-ups et artisans pour la production desdits intrants ont été déployés. Ces activités ont été respectivement d'adéquation quasi-suffisante du fait de leur pertinence, de leur importance, malgré la quantité insuffisante pour les acteurs et bénéficiaires et suffisante du fait de la disponibilité ou accessibilité accrue des intrants.

Il y a eu des (4) appuis aux PPS évoluant avec le nombre de centres spécialisés mis en place par l'État pour la réponse COVID-19. Cela a inclus les 115 centres de vaccination dédiés (78 initialement) pour la réponse COVID-19 avec une adéquation quasi-suffisante influencée par une couverture non exhaustive en centres spécialisés, et le fait que les grands centres urbains étant plus favorisés. Le soutien (5) aux acteurs communautaires pour la continuité des interventions, selon mesures préventives, a été apporté avec une adéquation quasi-suffisante. Cela est dû à un engagement des acteurs communautaires ; à l'effet limitant du manque de masques pour bénéficiaires et aux réticences communautaires envers l'ESS selon les Reco (ex.

⁴⁴ Le Trait d'union, bulletin mensuel d'informations n° spécial covid 19: avril 2020

Abomey-Calavi). La digitalisation (6) des cours et l'enseignement à distance ont été appuyés avec une adéquation passable, déterminée par la couverture limitée en téléphones androïdes, la faible proportion d'enseignants impliqués (environ 40 ; rapport 2020). L'éducation à distance sur les compétences de vie concernant les risques SSRAJ et VBG (7) a été déployée assortie de mécanismes de surveillance/alerte et circuits de référence pour mitiger le risque. L'adéquation de ces efforts a été passable du fait d'une couverture limitée et la persistance significative des cas.

L'évaluation n'a pas observé de réponse à l'exode d'élèves vers le Nigéria pour rejoindre leurs parents (8) autant au niveau de l'anticipation que de la mitigation, soit une adéquation nulle. Pendant ce temps, l'on note la fourniture de matériel de protection (surblouses, blouses, lave-mains, gel/solution hydroalcoolique, masques) et la révision des horaires de service, certaines FOSA passant à 24/24h y compris dans le DDS Abomey Calavi (9). L'adéquation ici a été passable la disponibilité des kits de protection chez les prestataires et acteurs communautaires ayant été relative.

L'adaptation à la crise terroriste (sécuritaire) dans le Nord du pays a consisté pour le BP à renforcer le dispositif et les pratiques sécuritaires. Ainsi, le personnel et les équipes de mission ont été mis(e)s à jour sur la situation de sécurité et les pratiques à adopter, suivants les directives UNDSS, les itinéraires de mission sont ajustés selon la carte sécuritaire, la surveillance sécuritaire des équipes en mission est renforcée (10), les consignes de sécurité sont actualisées par la collaboration avec l'État et l'UNDSS. L'appui au plan de contingence a été effectif, mais l'accompagnement des préparatifs en situation initiale de choc reste à optimiser y compris la mise en place d'un ordinogramme. L'État n'a pas encore déclaré de crise. Le BP n'a pas encore déclenché l'alerte de sécurité, d'où l'absence de dispositif minimum de crise. Or, il y a recrudescence des attaques, VBG et autres et la prescription de mesure d'urgence par les préfetures. Par suite le train de mesures du BP oscille entre avancées timides et fortuites et non complétude ; d'où une adéquation quasi-suffisante.

La mobilisation des acteurs et ressources, la protection des femmes et cibles (12), les services pour déplacés internes selon évolution de carte d'insécurité (Kits de : formation à la base ; hygiène menstruelle ado-jeunes ; C4D par les PE) sont déployés pour un apport quasi-suffisant. Les services SSRAJ ont été maintenus et la coordination renforcée. Cependant, le retard dans la mise en place du dispositif d'urgence freine la réponse sous plusieurs dimensions comme évoqué plus haut, d'où une adéquation passable.

Malgré la dégradation sensible de la situation sur le terrain, avec une insécurité interne et transfrontalière grandissante au Nord du pays, le gouvernement du Bénin n'a pas encore déclaré un état de crise. Il s'ensuit une réactivité limitée de l'UNFPA qui ne peut pas déclencher le dispositif minimum d'urgence. Ainsi les activités proposées pour la réponse à la crise dans les projets de PTA par la partie nationale (dont le MASM) durant la dernière revue n'ont pas été prise en compte. Or, les attaques djihadistes dans les régions frontalières (Alibori et Atacora) ont pris une ampleur imposant le couvre-feu, renvoyant à leur base des missions d'encadrement venues appuyer la mise en œuvre sur le terrain et favorisant la recrudescence des VBG et autres abus.

4.4 Réponse à la question d'évaluation 4 : Efficacité

L'efficacité des interventions du projet est appréciée par la question suivante :

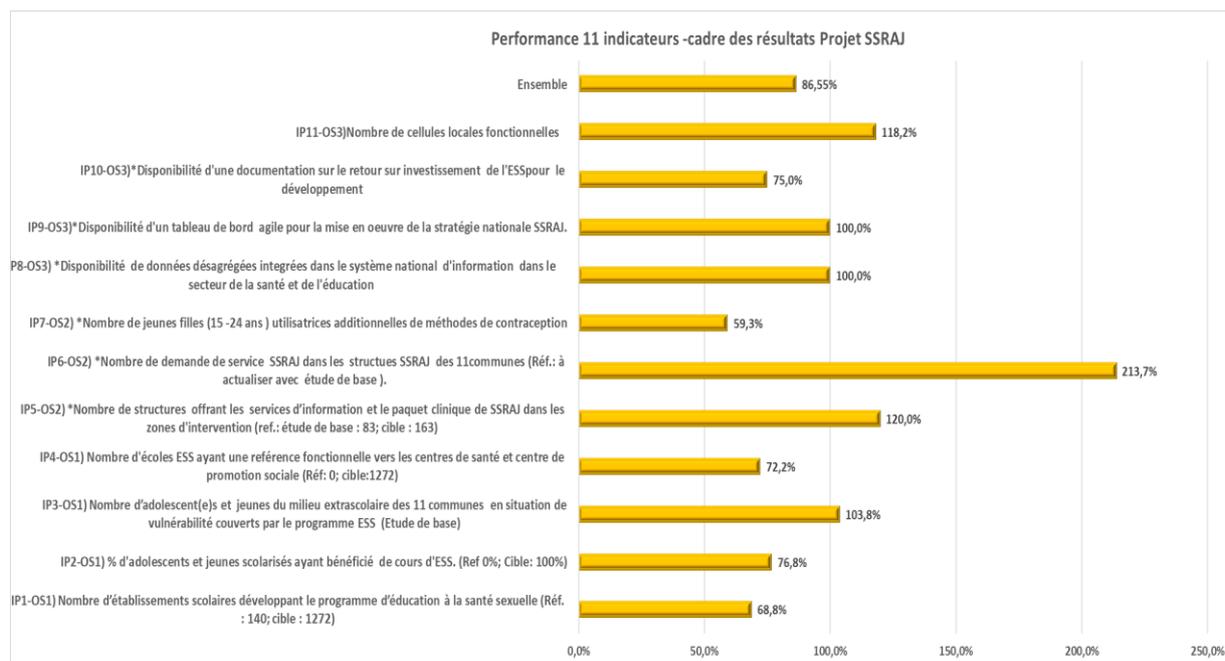
Question d'évaluation 4 (QE4) : Dans quelle mesure les résultats prévus ont-ils été ou sont-ils en passe d'être atteints ? i) Quels sont les résultats concrets du projet sur la population générale directement ou indirectement ciblées ? Et sur les groupes cibles ? Quels correctifs à proposer ? ii) Dans quelle mesure les interventions du projet soutenues par l'UNFPA ont contribué à ces résultats et contribué à la réalisation des effets du programme de pays ? iii) Quels facteurs expliquent les résultats non atteints.

4.4.1 Résultats du projet sur la population générale

4.4.1.1 H10 : Les produits prévus ont été quasi-suffisamment atteints au niveau de la population en général, directement ou indirectement

(116 & 117) Le taux d'efficacité du projet SSRAJ sur l'ensemble des indicateurs suivis et par produit est quasi-suffisant (86,55%), selon le cadre des résultats, indicateurs et cibles annuelles (cf. figure ci-dessous)

Figure 11 : Taux d'efficacité du projet SSRAJ sur l'ensemble des indicateurs



Source : élaboration de l'équipe d'évaluation

L'efficacité par indicateur de produit varie de 59,3% à 213,7% respectivement pour les indicateurs *IP7-OS2) Nombre de jeunes filles (15-24 ans) utilisatrices additionnelles de méthodes de contraception* et *IP6-OS2) Nombre de demande de service SSRAJ dans les structures SSRAJ des 11 communes* (Réf. : à actualiser avec étude de base). Le nombre d'indicateurs performants ($P \geq 80\%$) est de 6. Le nombre d'indicateurs non performants ($P < 80\%$) est de 5. La proportion d'indicateurs performants (nombre d'Indicateurs performants/nombre d'indicateurs) est de 55%.

(118) La fréquence de la déclaration d'une contribution directe ou indirecte, des interventions du projet aux produits parmi les informateurs est de 84% dans le cas d'une contribution directe et de 80% pour la contribution indirecte. Dans l'un et l'autre cas, cette atteinte est déclarée mitigée dans 5% des cas. Les déterminants évoqués comprennent, selon le milieu d'origine des répondants, les aspects suivants.

En milieu scolaire, selon l'administration, les enseignants et élèves, la contribution indirecte/directe n'a pas été significative du fait des déficits en RH, en dispensation des cours (dont une faible fréquence), en sensibilisation et en mobilisation des jeunes garçons. L'accent est davantage mis sur les filles à cause des risques spécifiques. Les barrières sociales contribuant à la non-scolarisation de la jeune fille ont été évoquées tout comme l'impact négatif des crises/chocs (COVID-19 et sécuritaire). Les répondants ont focalisé la contribution aux résultats sur l'effectivité et la complétude de la mise en œuvre.

Concernant le milieu sanitaire, des parties prenantes (DDS Alibori, Atacora, Abomey-Calavi, DSME, ONG) et les prestataires relèvent les facteurs de la contribution directe des interventions dont l'appui de l'État, l'engagement de tous les acteurs, l'animation des centres ado-jeunes, la qualité de la coordination dont la flexibilité financière et l'ouverture aux actions alternatives proposées par les niveaux stratégique et opérationnel, le ciblage des tabous et des inégalités. Du point de vue négatif, les déficits logistiques (produits de SR, moyens de transport y compris pour handicapés, le déficit du dialogue parents-enfants, etc.).

En communauté, selon les prestataires locaux (clubs/associations d'élèves, ASC/Reco, animateurs, Ado-jeunes) la mise en œuvre d'actions innovantes ou à forte valeur ajoutée (dialogue parents, digitalisation, récompense aux bons pratiquants, sensibilisation des maris, intervention porte-à-porte en communauté) a été évoquée en faveur de la contribution directe et indirecte du processus aux produits du projet. Des obstacles ont limité cette contribution dont les pratiques et prescriptions traditionnelles et religieuses. Les bénéficiaires ont insisté sur la contribution mitigée des interventions à l'atteinte directe ou indirecte des produits du fait des déficits de la mise en œuvre et des obstacles à l'accès aux services.

4.4.1.2 H11 : Les produits prévus ont été suffisamment atteints par groupe cible, directement ou indirectement

(I19) Taux d'efficacité du projet SSRAJ chez les adolescent(e)s et jeunes scolaires et par sexe.

Les indicateurs pertinents sur les 11 du cadre des résultats du projet SSRAJ déterminant ce taux d'efficacité sont ceux indiqués dans le tableau ci-dessous. Les sources ne sont pas disponibles pour renseigner la performance par sexe.

Tableau 5: Efficacité du projet SSRAJ chez les adolescent(e)s et jeunes scolaires et par sexe

Indicateurs de produit (IP) et Objectifs stratégiques associés (OS)	Filles	Garçons	Résultat 2022
IP2-OS1) Pourcentage d'adolescent(e)s et jeunes scolarisés ayant bénéficié de cours d'ESS. (Réf 0% ; Cible : 100%)	NA	NA	76,78%
IP6-OS2) Nombre de demande de services SSRAJ dans les structures SSRAJ des 11 communes (Réf. : à actualiser avec étude de base).	NA	NA	119,05%
IP7-OS2) Nombre de jeunes filles (15-24 ans) utilisatrices additionnelles de méthodes de contraception	NA	NAP	79,06%

Sources : UNFPA Rapport 2019, 2020, 2021 ; Cadre des résultats 2022.

(I20) Taux d'efficacité du projet SSRAJ chez les adolescent(e)s et jeunes non scolaires et par sexe

Le suivi de l'indicateur « (IP3-OS1) Nombre d'adolescent(e)s et jeunes du milieu extrascolaire des 11 communes en situation de vulnérabilité couverts par le programme ESS (Étude de base) » révèle une efficacité de 103,8% (287 582/277 000) selon le cadre des résultats du projet SSRAJ. Cependant, cette donnée est problématique. Selon les projections démographiques de l'INSAE servant de base au projet, la population des jeunes extrascolaires est de 214 916. La cible de 277 000 à couvrir par le projet se situe (129%) en dépassement de la population existante. Les limites du système des données en rajoutent au problème de lisibilité, du fait de l'absence d'une base de données nominales et de la vérification sur site des données. Ces gaps ne facilitent pas l'épuration des doublons, compromettent la traçabilité des activités, surtout celles de communication.

L'analyse des facteurs contributeurs de la performance excédentaire apparente, basée sur les rapports annuels et les interviews institutionnelles et communautaires, relève : 1- la démultiplication des agents communautaires et institutionnels (prestataires CS et CPS) pour compenser la sous-planification initiale de la RH nécessaire ; 2- le renforcement de la capacité de service institutionnelle et communautaire (formation des acteurs, création des espaces SSRAJ dans les arrondissements pour faciliter l'accès aux informations et aux services en matière de SSRAJ dans le milieu extrascolaire, distribution de matériels de communication, prise en charge du transport des agents communautaires) ; 3- des stratégies percutantes et innovantes (proximité des activités communautaires dont le porte-à-porte en ménages et ateliers d'artisans, effectivité de la référence vers les PPS, communication via web, synergie avec d'autres projets) ; 4- le dénominateur bas, incertain, par rapport à la cible de couverture.

(I21) Le taux d'efficacité du projet SSRAJ chez les adolescent(e)s et jeunes vulnérables/marginalisé(e)s et par sexe ne peut être déterminé avec certitude et complétude.

Le système statistique du projet n'a pas procédé à un ciblage structuré des adolescent(e)s et jeunes. Les données spécifiques ne sont presque pas disponibles. Des données sporadiques sont relayées par les rapports 2019, 2020 et 2021. Le BP UNFPA et les parties prenantes ne disposent pas de base de données permettant la désagrégation des données selon les différents profils de vulnérabilité. Le MASM fait exception mais n'a pas travaillé dans le sens d'une exploitation spécifique et structurée (dénominateur, numérateur, catégorie, renseignement systématique, suivi, exploitation) de telles données pour le projet SSRAJ. L'évaluation révèle simplement que 6 177 filles marginalisées ont été sensibilisées par des interventions de compétence de vie des localités/sites du projet selon le rapport 2020.

Selon la DSME-MIO et l'UNFPA, les groupes ou minorités sexo-spécifiques sont prises en compte par le programme VIH avec l'appui de l'ONUSIDA. Or, cette prise en compte n'est pas nécessairement exhaustive ; elle nécessite l'apport thématique spécifique de la perspective SSRAJ. L'on a noté la présence d'animateurs handicapés physiques à So-Ava, de bénéficiaires handicapés sensoriels et des illettrés/analphabètes à Kouandé par exemple. Le MASM mobilise le réseau d'associations de personnes handicapées en vue d'une offre spécifique et met à disposition des moyens de locomotion dont des tricycles. Ce ministère collabore avec l'INIFRCF à la production de matériels didactiques et communicationnels pour la couverture des différents profils de handicap. Des supports en langue nationale et langage imagé sont disponibles. Les versions en braille et langage des signes sont en cours de développement, mais le budget n'en permet pas la finalisation et/ou la distribution. Le MASM a formé 131 personnes handicapées (dont 85 femmes et filles et 46 hommes) pour améliorer leur capacité en SR, PF, VBG, vie associative et autonomisation⁴⁵. L'inclusion des artisans généralement entravés par l'illettrisme/analphabétisme a été renforcée par la traduction desdits modules d'ESS en images⁴⁶. Des actions spécifiques pour femmes et enfants avec handicap, externes au projet, sont conduites par la direction en charge des handicapés. Elles incluent la sensibilisation et la prise en charge sanitaire des victimes de VBG handicapées, couvrant ordonnance et frais de procédure contre les abus.

4.4.1.3 H12 : Les interventions du projet soutenues par l'UNFPA ont significativement contribué aux produits et à la réalisation des effets du programme de pays

(I23) Niveau d'alignement thématique entre les progrès des produits du projet et les progrès des effets du PP 2019-2023 de l'UNFPA est quasi-suffisant selon l'analyse de la TdC et l'évolution des résultats.

La reconstruction de la TdC sur la base des analyses faites durant la phase de conception de l'évaluation montre que le projet SSRAJ comporte 8 interventions principales. Le domaine ESS regroupe 3 interventions dont : (1) l'Extension de l'ESS scolaire (P1) ; (2) la mise en œuvre de l'ESS extra-scolaire (P2) puis (3) l'harmonisation-renforcement de la Communication pour le développement en faveur de l'ESS (C4D/ESS) (P3). Ces interventions alimentant les Produits 1, 2 et 3. Le domaine SSR regroupe deux interventions dont (4) le renforcement de l'information et du paquet clinique intégré de SSRAJ dans les 11 communes (P5) et (5) le développement des services communautaires (P4) contribuant à deux produits, respectivement le P5 et P4. Enfin, le domaine Plan-coordination-S&E regroupe 3 interventions, respectivement (6) le renforcement de la planification et de la coordination SSRAJ (P-coordi) ; (7) le renforcement du processus des données SSRAJ des 5 systèmes sectoriels (P-coordi) ; (8) le renforcement de la facilitation de l'ESS par le milieu (P-coordi) contribuant au R3 du projet SSRAJ, dont la formulation initiale sous la forme d'un produit a été révisée.

L'articulation entre les interventions et chacun des produits a été mise en évidence montrant un lien clair de contribution. Par contre, le potentiel de réduction des obstacles au développement chez ces interventions n'est pas acquis dans certains cas. La spécificité de leur apport en solutions aux barrières humaines, systémiques et du milieu (économiques, financières, naturelles) n'est pas mise en évidence dans le montage de la TdC. Cette limite s'est confirmée dans la faible capacité du projet à réduire les obstacles concernés. Enfin, la TdC ne portait pas initialement d'intervention sur le renforcement de la dispensation des cours d'ESS, nécessaire à la réalisation du Produit 3.

L'analyse des liens entre les produits du projet SSRAJ et les effets recherchés montre un lien clair de contribution thématique aux effets du programme de pays (PP)2019-2023. Sur la base du PS 2018-2021, le CPD vise « Zéro décès maternels évitables » ; « Zéro besoin PF non satisfait » ; « Zéro VBG-pratique sexuelle néfaste ».

Les trois produits (P1. ESS Scolaire normalisée, à l'échelle ; P2. ESS Extra-scolaire normalisée, à l'échelle ; P3. Enseignants ESS capacités pour les compétences de vie chez ado-jeunes) de l'ESS portent effectivement sur des transformations concernant la couverture des ado-jeunes en information et services ESS, en ligne avec le résultat 1 du projet (« R1. D'ici 2023, au moins 877 000 ado-jeunes dans 1 272 écoles ordinaires, dans les 2

⁴⁵ Rapport 2019, p. 11.

⁴⁶ Ibid.

écoles de formation initiale des sage-femmes et infirmières, dans les 11 communes d'intervention du projet, sont couverts par l'ESS ». Ce résultat R1 est clairement en lien avec l'effet CPD/PS ci-dessus. De même, le résultat 2 du projet (« R2. D'ici 2023, 877 000 ado-jeunes ont accès à la SSRAJ de qualité en zone cible ») est thématiquement alimenté par le produit 4 (« P4-revu : SSRAJ/VIH adaptée dispensée dans tous les sites scolaires par les infirmeries universitaires et scolaires ») et le produit 5 (« P5-nouveau : SSRAJ/VIH adaptée dispensée dans toutes les 11 communes par les prestataires de santé et communautaires ») qui portent sur le renforcement de l'offre et de l'accès à la SSRAJ/VIH.

(I22) Les niveaux d'alignement dimensionnel et (I24) directionnel entre les progrès des produits du projet et les progrès des effets du PP 2019-2023 de l'UNFPA sont respectivement quasi-suffisant et suffisant.

Aucun écart directionnel entre les produits et effets n'a été observé. **Les indicateurs d'effet du résultat 1** sont dimensionnés pour une performance de 100% pour 2 d'entre eux, tandis que la dimension est indéterminée pour le 3^{ème}. Les indicateurs d'effet concernés sont : (R1) *Pourcentage des adolescent(e)s et jeunes scolarisés ayant bénéficié des cours d'ESS (nombre/nombre total d'inscrit) (cible : 100%+)* ; (R1) *Nombre d'adolescents et jeunes du milieu extrascolaire en situation de vulnérabilité couverts par l'ESS (cible : 100%+)* ; et (R1) *Pourcentage des mineures retournées à l'école après l'accouchement (cible : inconnue)*. Ils sont alimentés par 6 indicateurs de produit dont 2 sont dimensionnés pour une performance de 100%, 3 pour une performance de moins de 100% (57% ; 73% ; 73%) et 1 pour une performance non déterminée⁴⁷. D'autant plus qu'il s'agit d'interventions communautaires à traçabilité limitée, cet alignement dimensionnel mitigé affaiblit la lisibilité et/ou l'effectivité du potentiel de contribution dans la chaîne des résultats.

Quant aux 2 indicateurs d'effets du résultat 2, ils sont dimensionnés pour une performance inconnue par rapport à l'accès universel. Les 5 indicateurs de produit qui doivent y contribuer sont tout également sans chiffrage évident par rapport à l'offre universelle. Lesdits indicateurs d'effet incluent : (R2) *Nombre de demandes de services SSRAJ dans les structures SSRAJ des 11 communes (Réf : à actualiser avec étude de base ; cible en augmentation (cible : 424 437) et (R2) Utilisatrices additionnelles adolescentes/jeunes filles de méthodes de contraception (Cible : 219 252)*. **Concernant les indicateurs de produit contribuant concurremment aux résultats R1 et R2**, ils sont les suivants : «Proportion de grossesses répertoriées en milieu scolaire par année [Réf : étude de base ; Cible : Réduction de 10 % /an (50%)] » et «proportion de grossesses de mineures enregistrées à la formation sanitaire (Réf : étude de base ; Cible : en réduction par an) ». Ces indicateurs prévoient des performances inférieures en dimension pour contribuer suffisamment aux effets et sont dimensionnellement inférieur à la performance attendue au niveau des résultats du projet et des plans stratégiques de l'UNFPA. Les indicateurs de performance des produits qui les alimentent sont à 4, 1/10^{ème} (7/17) dimensionnés à 100%, à 2,4/10^{ème} (4/17) dimensionné à moins de 100% puis à 3,5/10^{ème} (6/17) de dimensionnement indéterminé.

Les 4 indicateurs de produit contribuant aux résultats R3 sont tous dimensionnés à 100% de performance. Cela les aligne sans gap dimensionnel avec les 4 indicateurs d'effet correspondants. Les indicateurs d'effet concernés sont : Disponibilité de données désagrégées en SRAJ dans le Système National d'Information dans les secteurs de la santé et de l'éducation (cible : 1/1 ; 100%) ; Disponibilité d'un tableau de bord agile pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale multisectorielle en SRAJ (1/1 ; 100%) ; Disponibilité d'une documentation sur le retour sur investissement de l'ESS pour le développement national (Cible : 1/1 ; 100%) ; et Nombre de cellules de dialogue locales fonctionnelles (Référence : 0 ; Cible : 11 fonctionnelles : 1 = 2 réunions par an et mise en œuvre des recommandations et 0= non fonctionnel) (cible : 11/11 ; 100%).

4.4.1.4 H13 : Les résultats non atteints sont dus à des déterminants identifiables et réductibles

(I25) La liste des déterminants des écarts de réalisation des produits est identifiée et (I26) Le potentiel de réductibilité des déterminants des écarts de réalisation des produits est réel mais très exigeant à concrétiser.

⁴⁷ Cadre des résultats 2022

L'on propose la catégorisation suivante des obstacles au développement en matière d'ESS, PF, PEC IST/VIH, VBG/MGF et Disponibilité/usage des données : 1- Obstacles socioculturels et économiques (taux de pauvreté estimé à 38,5%, normes restrictives (tendance à la fécondité), tabous sexuels à l'encontre des ado-jeunes, déviances (VBG, stigmatisation, drogue, sexualité précoce...) ; conflits humains) ; 2- Obstacles systémiques (faiblesses de : système des données, recherche, disponibilité des services, services spécifiques ado-jeunes, couverture/qualité/complétude des services en éducation, santé...) ; 3- Obstacles politico-juridiques (faiblesses de : dépenses santé publique, gouvernance de la santé) ; 4- Obstacles naturels (COVID-19 ; inondations...).

L'analyse et la typologie issue des données d'entretiens (PP et prestataires), des FGD (bénéficiaires), des OD des PPS, des documents et le regard de l'équipe d'évaluation montrent que les **déterminants/obstacles programmatiques et environnementaux** sont les facteurs essentiels des écarts de la réalisation des produits.

(1) Les obstacles programmatiques au projet sont qualitatifs et quantitatifs. La **dimension quantitative** inclut l'insuffisance des ressources dont le **temps** (retard des PTA et décaissement, absorption par les crises), le **staff** (du niveau central au niveau communautaire), les **fonds** (ampleur des besoins, inflation, absorption par les écarts initiaux de planification, faible capacité de mobilisation), l'**information/données/connaissances** (insuffisance de : données, exposition au savoir ; couverture communicationnelle), les **intrants matériels** (acquisition partielle, déficits de : maintenance et amortissement) et la **non complétude de l'exécution** (formation, suivi, approvisionnement, cours, communication et prise en charge clinique et sociojuridique). La **dimension qualitative** comprend l'insuffisance des connaissances, des savoir-être (éthiques et déontologiques) et des bonnes pratiques, de la motivation/engagement des acteurs, de la supervision formative. Tout cela affecte la qualité des cours, des séances d'éducation, l'intégrité et l'utilisation des ressources mise à disposition et l'offre des services de SSRAJ et sociojuridiques.

La réductibilité interpelle les initiatives suivantes : fusionner les étapes de préparation, validation et décaissement pour les PTA en un mois concentrant tous les acteurs et étapes sur un mode ateliers-restitution-validation-signature-décaissement ; démultiplier les sources de financements en renforçant la compétence des PE en la matière ; mettre à l'échelle la digitalisation et l'accès en temps réel à l'information stratégique ; normaliser la gestion des achats et stocks y compris la digitalisation universelle, la surveillance des stocks, la maintenance et l'amortissement ; renforcer l'accompagnement pour l'intégrité de la mise en œuvre ; focaliser sur les intérêts stratégiques et les besoins immédiats des jeunes ; contribuer au maintien des filles dans les écoles et ateliers d'apprentissages de métiers ; accroître la main d'œuvre en santé et action sociale et continuer à améliorer l'offre de service. Il faudra aussi passer à l'échelle la formation et l'accompagnement aux savoir-être et les mécanismes motivationnels.

(2) Les obstacles environnementaux comprennent (a) les résistances socioculturelles, (a) les différentes faiblesses concernant : le potentiel et de l'autonomie psychique des bénéficiaires (en particulier les filles et les personnes vulnérables et marginalisées), le pouvoir d'achat des bénéficiaires, l'économie et la participation du secteur privé. La faiblesse de la préparation et de la réponse aux crises en fait aussi partie.

La réductibilité des obstacles environnementaux passe par le développement de stratégies et interventions adaptées et de haut impact sur le processus de changement. La prise en compte spontanée des thématiques d'actualité (paix, sécurité, autonomisation individuelle, sociale et économique) et une implication gagnant-gagnant du secteur privé dans la mise en œuvre des interventions sont nécessaires.

(3) Les obstacles stratégiques affectant la régulation de la mise en œuvre pour la redevabilité et l'observance des normes et valeurs : (a) déficits de la planification, de la gestion, difficultés de régulation des écarts/risques programmatiques de la mise en œuvre (décaissement tardifs, crise de motivation/engagement, retard, (b) déficits de cohérence-contribution dans la chaîne de la TdC) et (c) déficit en transformation favorable du milieu (résistances socioculturelle et psychologiques, contraintes économiques, environnementales et physiques).

La réductibilité des obstacles stratégiques tient dans la possibilité de renforcer la composante de coordination du projet et la chaîne du suivi-évaluation. Cela porterait sur la mise en place et le coaching d'une stratégie pérenne d'amélioration de la gouvernance basée sur le renforcement des capacités, l'accompagnement de la prise de décision, l'intégration des décisions dans la mise en œuvre et le suivi. La stratégie comprendra un volet motivation du processus de décisions et d'exécution pour adresser les tentations et pressions contraires dans le milieu. Un staff suffisant, une digitalisation et une mise en réseau universelle, un accès en temps réel à

l'information et une alimentation de la prise de décision sont à réaliser dans la chaîne du S&E. Les pesanteurs du milieu suggèrent une stratégie robuste de plaidoyer-lobbying capable d'apporter les transformations utiles.

4.5 Réponse à la question d'évaluation 5 : Efficience des ressources humaines, matérielles et financières

L'efficience des interventions du projet est appréciée par la question suivante :

Question d'évaluation 5 (QE5) : Dans quelle mesure les ressources humaines, matérielles, financières mobilisées dans le cadre du projet ont-elles été converties en résultats ? i) analyser le cas des ressources de l'UNFPA ; ii) analyser le cas des ressources des différentes parties prenantes.

4.5.1 Conversion des ressources concrètes (humaines, matérielles, financières) en résultats

4.5.1.1 H14-H15 Les ressources humaines, matérielles, financières mobilisées par l'UNFPA et les parties prenantes dans le cadre du projet ont-été quasi-suffisamment converties en résultats

(I27&I30) Le niveau de conversion des ressources humaines (RH) mobilisées par l'UNFPA et les différentes parties prenantes dans le cadre du projet en résultats (y compris rapport investissements RH/efficacité) est quasi-suffisant selon la triangulation des constats primaires et secondaires.

Des **évidences favorables** issues de données concordantes documentaires (rapports d'activités et autres), d'entretiens (institutionnels, prestataires et communautaires) et d'observations de PPS, relèvent des efforts significatifs appuyés par l'UNFPA en matière de RH. Lesdits efforts ont soutenu la contribution de la ressource humaine aux progrès en matière de capacités à mettre à l'échelle la demande, l'offre et la coordination de l'ESS/SSRAJ à la hauteur des effets recherchés. Cela a inclus la détermination des besoins (Proposal, PTA, supervision, inspections, revues), la mobilisation du staff y compris l'ajout d'agents de santé externes au système, leur assignation aux tâches liées à leur profil, la prise en charge de frais de terrain et l'encadrement/renforcement (formation, supervision, suivi, inspection). Des missions de suivi en cours de projet ont permis de mettre à jour les besoins en RH et d'effectuer des ajustements.

Cela a eu cours, pour la composante information-compétences de vie dans le milieu scolaire, avec l'implication d'effectifs important d'administrateurs scolaires (directeurs, censeurs, surveillants) dans 919/1272 établissements, d'enseignants (8123/7540), de PT/PE scolaires (3031/2500) et d'animateurs d'OSC partenaires (PIB, OSV-Jordan, Apressa). En milieu extra-scolaire, pour la même composante, il y a eu l'implication du personnel des ONG (Guerra, Plan, FAWE-Benin, ...), des ASC/Reco et des PE. Mais aussi en milieu institutionnel pour la composante services de santé et de genre et égalité de sexe, avec l'implication des cadres centraux et départementaux pour la coordination (revue, supervision, suivi, inspection), les prestataires des services (723/200 Agents de santé et Techniciens de l'Action sociale (TAS). L'évolution globalement positive des indicateurs ESS (ex : augmentation de la demande des services SSRAJ et de l'utilisation de la PF, réduction des grossesses à l'école ; augmentation de la déclaration des VBG, voir rapports d'activités) illustre la conversion des RH en résultats.

Des évidences défavorables se structurent autour du fait que les résultats d'effet n'ont pas été optimaux. Cela a été alimenté par le déficit de l'atteinte de plusieurs résultats de produits en relation avec les dysfonctionnements du flux des RH en quantité et qualité. Les entretiens des partenaires stratégiques (UNFPA, INIFRCF, MASM, DSME, ONG), des cadres départementaux, des prestataires et des communautaires et les FGD des bénéficiaires révèlent ces dysfonctionnements de la conversion du flux RH en résultats. Les ratios d'encadrement des bénéficiaires par les prestataires scolaires, sanitaires, communautaires ont été plus bas en début de projet, compromettant les performances au départ. La rotation des effectifs à tous les niveaux a ralenti la dynamique de l'offre et de l'encadrement.

L'**insuffisance de la RH** s'exprime en qualité et quantité du niveau national au niveau communautaire. Ainsi le BP a un déficit en personnel à l'Unité M&E (1/2 ou 3 disponible). Une prise en compte inclusive du temps de travail du personnel du BP dans le projet n'a pas été effective depuis le départ, alors que le niveau d'effort varie de 100% à 25%. Dans les points de prestation des services, le gap en RH déclaré a varié de 2/5^{ème} à 3/5^{ème}

par rapport à la norme nationale pour l'efficacité de l'offre. La disponibilité du personnel qualifié pour l'ESS/SSRAJ est faible (Sage-femmes, infirmières, TAS, psychologues) ; cela affecte la qualité du service. On constate aussi l'obsolescence des connaissances qui s'associe à la fréquence insuffisante de la formation continue. En milieu scolaire le ratio enseignant/enseigné pour l'ESS est inférieur à la moyenne (1/42) en Afrique subsaharienne⁴⁸ et le ratio PT-PE/élève est en dessous de la norme de santé communautaire nationale (0,05/1200). La compétence des animateurs/éducateurs est relative, l'information scientifique et les compétences/pratiques persuasives faisant largement défaut. Le déficit de la motivation engendre des mauvaises pratiques entravant l'efficacité, y inclus les pénuries artificielles des produits, le déficit de l'accueil et des pratiques cliniques. La forte rotation des effectifs constitue un autre frein à l'efficacité de la RH.

(I28&I31) Le niveau de conversion des ressources matérielles (RM) mobilisées par l'UNFPA et les différentes parties prenantes dans le cadre du projet en résultats (y compris rapport investissements RM/efficacité) est passable selon la triangulation des données primaires (DSME, INIFRCF, UNFPA, ONG, DDS Abomey-Calavi/Alibori) et les sources documentaires).

Les **évidences favorables** comportent l'adéquation qualitative des ressources matérielles disponibles, leurs ajustements selon les missions de suivi des stocks et parc d'équipement faites par les DDS. D'importants investissements en produits et consommables ESS/SSRAJ pour les FOSA, les écoles (kits de matériel imagés, équipements audiovisuels, kit didactiques), en réhabilitation/renforcement/équipement de 11 centres conviviaux et 14 infirmeries (2 scolaires ; 12 universitaires). L'appui à la maintenance des équipements (formation) a été observé en milieu scolaire.

Des **évidences défavorables** ont été relevées par des missions de revue des besoins des FOSA, d'inspection scolaire et l'observation des PPS durant la présente évaluation. Il a été noté des **déficits de la disponibilité**, et **de la fonctionnalité des RM** (médicaments, consommables, équipements) dont les kits de dépistage des hépatites, les préservatifs (ruptures et péremption), les kits pour POS (CS Kouandé) et, les contraceptifs, outils de retraits et consommables (rupture fréquente CS Abomey-Calavi ; So-Ava), le matériel audio-visuels de certaines FOSA (ex : CS Kouandé, état défectueux par abandon aux jeunes, le centre convivial n'ayant pas de personnel d'encadrement), la chaîne de froid peu fonctionnelle (capacité, état des appareils et alimentation électrique défaillants : Infirmerie Universitaire de Calavi, CS Kouandé...), le mobilier de consultation (gap aux CS So-Ava, Abomey-Calavi...), l'infrastructure peu adaptée (vétusté, espace insuffisant, absence de climatisation/ventilation des espaces, construction peu adaptée pour handicapés, défaut d'isoler et circuit adapté aux ado-jeunes, toilettes non fonctionnelles). La barrière économique (coût des examens de PF et d'IST, du traitement des IST et des méthodes courtes durée au moment du renouvellement) ; le déficit en logistique de transport pour service et supervision y compris tricycles pour agents communautaires handicapés, la fonctionnalité insuffisante (4/11 centres conviviaux renforcés) confortent les obstacles précédents à la conversion des RM en résultats. L'appui à la maintenance des équipements (formation des utilisateurs) n'a pas été observé dans les FOSA. L'acceptabilité et l'accessibilité des services ont soufferts du déficit de confidentialité, de la continuité, des barrières économiques et physiques et l'insuffisance des espaces, équipements et matériels de communication.

(I29&I32) Le niveau de conversion des ressources financières (RF) mobilisées par l'UNFPA et les différentes parties prenantes dans le cadre du projet en résultats (y compris rapport coût-efficacité) est suffisant, selon les données des sources documentaires et les entretiens des parties prenantes nationales et départementales.

Le ratio d'efficacité financière est de 0,88 centime de dépense par centime de progrès sur l'efficacité (77/86,55%) selon le rapport du (a) taux d'exécution financière (77%) sur le (b) taux d'efficacité du projet (86,55%). L'on note que (a) est déterminé par la proportion du montant décaissé et consommé par rapport au montant décaissé reçu du bailleur (cf. tableau ci-dessous) ; (b) est la valeur moyenne des performances des 11 indicateurs suivis dans le cadre des résultats du projet. Toute performance de 100% et plus sur un indicateur garde la valeur conventionnelle de 100%.

⁴⁸ Banque Mondiale 2013 ; Graphique: Combien d'étudiants par enseignant dans le monde ? (worldbank.org)

Tableau 6: Budget, décaissement, exécution des fonds du projet

Année	Montant prévisionnel	Montant décaissé et consommé	Montant décaissé reçu du bailleur	Taux de décaissement de l'allocation disponible
2019	1 935 678,93	1 860 777,22	3 519 590,05	53%
2020	2 317 820,64	1 909 791,67	2 133 330,00	90%
2021	2 377 506,91	2 126 615,15	2 696 783,26	79%
2022	2 506 799,98	1 843 769,81	1 700 000,00	108%
Total	9 137 806,46	7 740 953,85	10 049 703,31	77%

Sources : élaboration de l'équipe d'évaluation – cf. Annexes 3 liste des interventions du projet SSRAJ et 3b Données Financières

Une flexibilité budgétaire (attribuée à l'ambassade des Pays-Bas et à l'UNFPA), une qualité de la dépense soutenue par des procédures conventionnelles de gestion vérifiées par voie de contrôle et d'audit, une coordination fonctionnelle sont à la base de cette performance. Cependant des déficits comme l'omission initiale du temps de travail de plusieurs staffs de l'UNFPA, les retards de décaissement, un surinvestissement sur certains produits/résultats (ex : création de la demande IP6-OS2) au détriment d'autres (ex : accessibilité des services, déficit en intrants clés : kits de dépistage IST & hépatites, préservatifs...) limitent l'efficacité.

4.6 Réponse à la question d'évaluation 6 : Efficience des ressources administratives

L'efficacité des ressources administratives/managériales, techniques, informationnelles, stratégiques-normatives mobilisées dans le cadre du projet est appréciée par la question suivante :

Question d'évaluation QE6 : Dans quelle mesure les ressources administratives/managériales (procédures de gestion ; réglementation administrative etc.), techniques (outils appropriés), informationnelles, stratégiques-normatives mobilisées dans le cadre du projet ont-elles été converties en résultats ? i) La gestion des contraintes et facilitateurs concernant ces ressources a-t-elle pu limiter les conséquences négatives sur la vie et les résultats du projet.

4.6.1 Efficience des ressources administratives/managériales, techniques, informationnelles, stratégiques et normatives mobilisées dans le cadre du projet SSRAJ

4.6.1.1 H16 : Les ressources administratives/managériales, techniques, informationnelles, stratégiques et normatives mobilisées dans le cadre du projet SSRAJ ont quasi suffisamment contribué à l'atteinte des résultats.

(I33) La contribution des ressources administratives/managériales (procédures de gestion, réglementation administrative) mobilisées dans le cadre du projet à l'atteinte des résultats a été d'un niveau quasi suffisant.

La phase d'élaboration du projet d'Éducation à la Santé Sexuelle (ESS) a été coordonnée par l'ONG APESSA (avec l'appui d'autres parties prenantes dont l'UNFPA), avec un comité technique multisectoriel composé de cadres des trois ordres d'enseignement. Ce comité a été mis en place sur la base de deux arrêtés ministériels (N° 2015/499 et 2015/500 du MESFTPRIJ/ DC/SGM/DPS/SA). Cette phase a été suivie de celle de mise à l'échelle de l'ESS et la formation des enseignants et coordonnée par l'UNFPA et ses partenaires.

Le Bureau Pays (BP) a appuyé les acteurs et structures de mise en œuvre de la SSRAJ pour la planification ascendante des PTA. Les plans élaborés par les partenaires de mise en œuvre font l'objet d'une assurance qualité par une équipe mise en place par le BP à cet effet. Ce processus a permis de disposer des PTA qui ont fait l'objet de financement et de suivi des interventions à travers les rapports de progrès, produits régulièrement par les partenaires d'exécution et validés aussi par l'équipe d'assurance qualité.

La mise en œuvre de l'ESS est coordonnée par deux comités : un **comité de pilotage (Copil)**, présidé par le Directeur de cabinet du Ministère des Enseignements Secondaires, Techniques et de la Formation

Professionnelle (MESTFP), et un **comité technique**, présidé par le Directeur de l'INIFRCF. Le comité de pilotage stratégique du projet est composé du MESTFP, du Ministère du Développement (MD), du Ministère de la Santé (MS), de l'Ambassade des Pays-Bas, de l'UNFPA et des représentants des OSC. La coordination nationale du projet est placée sous la tutelle du MESTFP. La réunion de coordination locale et sectorielle du projet se tient deux fois l'an. En matière de coordination, au niveau central, l'atelier annuel qui se tient habituellement entre les acteurs membres du comité de pilotage du projet, n'avait pas encore eu lieu pour l'année 2022 à la date de la présente évaluation, ainsi que la revue des PTA.

(I34-I35) La contribution des ressources techniques (outils appropriés), informationnelles, stratégiques et normatives mobilisées dans le cadre du projet à l'atteinte des résultats a été d'un niveau quasi suffisant.

Sur la composante information du projet, l'enseignement de l'ESS en situation de classe dans le système éducatif béninois se fait sur la base de guides pédagogiques de la maternelle, du primaire et du secondaire, infusés des concepts de l'ESS (référentiel des comportements attendus, guides ESS, maternelle et primaire, et secondaire). L'infusion en tant que stratégie a permis de renforcer certains programmes dispensés par les enseignants, à la maternelle, au primaire (en Français et en Éducation Sociale), au secondaire (en Français, en SVT, en Économie familiale et sociale) et à l'enseignement technique et la formation professionnelle (en Français, en Hygiène, en Droit et en Économie Sociale et Familiale). Cela améliore les compétences de vie courante des apprenants. Le dispositif mis en place part de la maternelle jusqu'à la classe de terminale. La formation des enseignants de la maternelle, du primaire, du secondaire et de la formation technique et professionnelle constitue une stratégie essentielle aux cours d'ESS. Au niveau de certains établissements, une démultiplication de la formation reçue, en direction des collègues non encore formés, a été observée.

En matière d'accompagnement des enseignants, des inspecteurs et des conseillers pédagogiques (CP) ont été également formés sur l'ESS. L'INIFRCF procède chaque année, à travers des visites pédagogiques qu'effectuent les inspecteurs et CP, au suivi de l'ESS (Suivi du respect de la stratégie de l'infusion) dans les établissements maternels, primaires et secondaires. Ce suivi permet, à chaque session, d'apprécier les conditions de transfert des acquis des formations reçues par les enseignants, de prendre connaissance des conditions de mise en œuvre des activités pédagogiques d'enseignement de l'ESS dans les établissements du projet et de faire des recommandations nécessaires. Cependant, des données collectées sur le terrain révèlent un besoin d'harmonisation de la démarche de déroulement de l'ESS dans les classes ; démarche qui varie d'un enseignant à l'autre, notamment dans les classes où l'écart d'âge entre les moins âgés et les plus âgés va jusqu'à six, voire sept ans. Ces cas ont été plus observés dans l'Alibori et moins dans l'Atacora. Dans ces cas, l'information dispensée semble adaptée seulement à une minorité des apprenants (davantage les plus âgés). Par ailleurs, bien que tenant les mêmes classes, le nombre d'outils pédagogiques dont disposent les enseignants formés varie d'un à trois, suivant les enseignants. La mutation des enseignants formés est également une des difficultés énumérées, par ces derniers, à la couverture des contenus de l'ESS. Une intégration de l'ESS dans les curricula de formation des enseignants dans les Écoles Normales Supérieures est une des solutions envisagées, dont le processus est assez avancé.

Dans les départements de l'Atlantique et de l'Alibori, couverts par l'ONG OSV Jordan, le projet a formé les maîtres artisans qui ont reçu des outils de sensibilisation pour conduire des activités d'IEC/CCC en direction de leurs apprentis et de leurs pairs maîtres artisans non formés. Des jeunes leaders transformationnels ont aussi été formés et, dotés d'outils d'IEC/CCC pour la sensibilisation de leurs pairs en communautés. Dans le département de l'Atacora, couvert par l'ONG Plan International Bénin (PIB), les maîtres artisans formés ont reçu des outils d'IEC/CCC au terme de leur formation, avec pour seul but de sensibiliser leurs apprentis. Il n'y a pas eu non plus de formation de jeunes leaders. De plus, le projet a formé plus d'un millier de relais communautaires (1871) dans les 11 communes cibles, sur l'animation de l'ESS extrascolaire ; dont l'influence reste peu visible dans les communautés.

Dans les trois départements du projet, l'engagement communautaire en faveur de l'ESS est déficitaire. La plupart des enseignants rencontrés ont déploré le faible accompagnement apporté par les parents à l'ESS à l'école. L'implication des têtes couronnées et leaders religieux peinent à descendre dans les communautés en raison des pesanteurs culturelles et religieuses. Toutefois, il est observé chez une minorité d'acteurs

communautaires une prise de conscience des méfaits d'une sexualité précoce des adolescent(e)s en général et des mariages et grossesses précoces, en particulier.

La quasi-totalité des prestataires de soins rencontrés ont déclaré avoir bénéficié d'au moins une session de formation sur la SSRAJ depuis 2019. En matière de prestation de services SSR adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes, la plupart des établissements scolaires visités ne disposent toujours pas de mécanisme de référence fonctionnel vers les CS et/ou CPS. Dans les cas où ce mécanisme a existé, sa fonctionnalité a duré le temps d'un trimestre. La plupart des centres de santé visités ne disposent pas de procédures opérationnelles standard (POS) régissant l'offre de services SSRAJ et le contenu du paquet de services SSRAJ à offrir reste très variable en raison des ruptures d'intrants évoqués par les prestataires.

Les centres conviviaux soutenus par le projet ne sont pas encore fonctionnels. Les centres actuellement fréquentés par les adolescents et jeunes sont pour la plupart inadaptés. Quelques centres ont effectué des réaménagements horaires afin de faciliter la fréquentation par les jeunes. Mais ces réaménagements restent informels et précaires. Le personnel de ces centres de santé étant pour la plupart en nombre limité par rapport aux normes pour des prestations de soins de santé de qualité, n'offrent pas souvent aux jeunes des soins conviviaux. À cela s'ajoute la discontinuité des services pour des raisons de rupture d'intrants en matière de contraceptifs. Le retard dans la signature des PTA a été inclus dans les facteurs de la discontinuité des services.

Au niveau des communes, le projet a mis en place des cellules multisectorielles communales de coordination et de dialogue local sur l'ESS impliquant les jeunes et présidées par les maires. Mais ces cellules sont très peu connues des acteurs sur le terrain au niveau des centres de santé, des patrons d'ateliers d'apprentissage formés, des leaders traditionnels formés, des jeunes leaders transformationnels.

4.6.2 Efficience de la gestion par le Bureau Pays des contraintes et des facilitateurs

4.6.2.1 H17 : La gestion par le Bureau Pays des contraintes et des facilitateurs par rapport aux ressources a quasi suffisamment limité les conséquences négatives sur la vie et les résultats du projet

(I36) La proportion des risques et menaces identifiés suffisamment mitigés par la gestion du BP est de 8,3/10^{ème}.

Une douzaine de risques et menaces respectivement liés au contexte du projet, à sa gestion financière, aux normes socio-culturelles, à la communication, à l'environnement juridique et politique ont été identifiés. Il s'agit entre autres des risques et menaces ci-après :

- 1) Non adhésion de certains enseignants pour les cours d'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire ;
- 2) Insuffisance de personnels qualifiés et mobilité des agents de santé dont les compétences ont été récemment améliorées en SSRAJ ;
- 3) Non appropriation des interventions de SSRAJ par le système de santé ;
- 4) Non-respect des engagements en matière d'approvisionnement et gestion des médicaments/produits contraceptifs ;
- 5) Faibles qualité et disponibilité des données ;
- 6) Détournement des ressources du projet vers d'autres activités non convenues et non éligibles ;
- 7) Utilisation des ressources du projet dans les zones non prévues par ce dernier en l'absence de l'accord du bailleur ;
- 8) Détournement de ressources au profit de tiers ;
- 9) Les parents retirent leur fille des établissements qui dispensent l'ESS ;
- 10) Non-respect des textes législatifs et réglementaires en faveur de la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et jeunes ;
- 11) Absence de prise de décrets d'application de textes de lois (gratuité de la PF aux adolescent(e)s et jeunes, loi SR de mars 2003, loi 2006 sur le VIH) ;
- 12) Pandémie de COVID-19.

La crise sanitaire du COVID-19 a amené le BP, en 2020, à faire du plaidoyer pour une bonne connaissance de l'environnement et de la thématique de l'ESS, à fédérer les soutiens et les alliances et coordonner les énergies. Dans ce cadre, une réunion de coordination et de cadrage des actions des ONG sur la thématique ESS en milieu scolaire et extrascolaire a été tenue en mars 2020. Cette réunion a rassemblé diverses structures intervenant dans l'ESS. Elle a permis l'actualisation et la finalisation de l'outil pour la cartographie des interventions des OSC et ONG mettant en œuvre l'ESS et la mise en place du cadre multisectoriel entre les OSC intervenant dans l'ESS et l'INIFRCF.

En dépit des restrictions liées à la gestion de la pandémie à COVID-19, la formation des enseignants expérimentateurs de l'ESS s'est poursuivie durant l'année 2020 dans le strict respect des gestes barrières. Ces formations ont couvert les six communes du département de l'Alibori, les trois de l'Atacora et les deux du département de l'Atlantique.

En matière de prestations de services SSR adaptés aux besoins des ado-jeunes, en dépit des mesures de restrictions budgétaires nécessitées par la riposte contre la COVID-19, l'UNFPA et ses partenaires ont travaillé, durant l'année 2020, à améliorer la disponibilité des intrants et la qualité des services dans les CS du projet.

(I37-I38) La proportion des facilitateurs identifiés suffisamment optimisée par la gestion du BP est de 1/3 et le taux d'omission des risques, menaces et facilitateurs par le BP par rapport à ceux identifiés est nul.

Le comité de pilotage stratégique et le comité technique du projet sont respectivement présidés par le Directeur de cabinet du MESTFP et le Directeur de l'INIFRCF. Il s'agit d'un choix qui a certainement facilité l'engagement des autorités de l'éducation pour la SSRAJ et le suivi de la mise en œuvre de l'ESS dans les établissements scolaires. Cependant, la bonne relation avec les acteurs du Ministère de la Santé est un facilitateur dont le niveau reste insuffisamment optimisé. De plus, il est important de souligner que l'accompagnement des parents et des leaders religieux et traditionnels aux actions du projet demeure insuffisant au vu des objectifs du projet.

4.7 Réponse à la question d'évaluation 7 : Durabilité, capacités et mécanismes de chez PE et bénéficiaires

La durabilité des effets, des capacités et mécanismes mis en œuvre chez les PE et les bénéficiaires est appréciée par la question suivante :

Question d'évaluation QE7 : Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il soutenu ses partenaires de mise-en-œuvre ainsi que les bénéficiaires (femmes, adolescent(e)s et jeunes) dans le développement de leurs capacités et l'établissement des mécanismes permettant de garantir la durabilité des effets ?

4.7.1 Développement des capacités chez les PE et bénéficiaires garantissant la durabilité des effets

4.7.1.1 H18 : Le bureau pays a quasi suffisamment soutenu ses partenaires de mise en œuvre et les bénéficiaires dans le développement de leurs capacités afin de garantir durabilité des effets du projet

(I39) Le soutien des partenaires de mise en œuvre du projet dans le développement de leurs capacités en vue de la durabilité des effets du projet a été d'un niveau quasi suffisant.

Le renforcement des capacités des partenaires et bénéficiaires a été une stratégies clé du projet. Concernant les partenaires de mise en œuvre (PE), sur la composante ESS, les entretiens de l'INIFRCF, des enseignants et du personnel administratif scolaire révèlent que le projet a doté les inspecteurs, conseillers pédagogiques et enseignants de connaissances et d'outils permettant aux situations d'apprentissage en classes de couvrir les thématiques relatives à la sexualité des adolescents et jeunes, à la prévention des risques (risques d'infections sexuellement transmissibles ou IST), à la contraception, à la prévention et gestion des VBG.

La formation des enseignants se fait progressivement sur la période de projet dans les communes d'intervention sous le leadership de l'Institut National pour le Formation et la Recherche en Éducation (INFRE) pour l'enseignement maternelle et primaire et de l'Institut National d'ingénierie, de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs (INIFRCF) au niveau de l'enseignement secondaire, technique et de la formation

professionnelle. Certains établissements des communes du projet (Kandi, Kouandé...) ont bénéficié d'une digitalisation, notamment avec l'application numérique « Ma vie, mon choix », et d'un hébergement d'outils pédagogiques pour la formation à distance des enseignants. Des ordinateurs (nombre : 240) ont été mis à la disposition des enseignants et apprenants pour faciliter les cours d'ESS à l'école. Pour une meilleure exploitation du matériel informatique, un à deux enseignants par établissement bénéficiaire ont été formés sur l'utilisation et la maintenance. Globalement, le personnel administratif des établissements, les enseignants et les apprenants adhèrent à la dispensation de l'ESS.

Des difficultés sont à relever. Selon la majorité des enseignants rencontrés, le temps de dispensation des enseignements ne permet pas souvent d'approfondir conformément aux attentes des apprenants les connaissances sur l'ESS, notamment dans les classes d'examen. Certains établissements ont reçu du matériel informatique pour soutenir la dispensation de l'ESS, mais par manque de salles informatiques pour certains (CEG Kandi) et l'exiguïté des salles pour d'autres (CEG Kouandé), le matériel est rarement ou peu utilisé. La non-familiarisation des apprenants avec l'outil informatique et l'absence d'un encadreur ou d'un informaticien pour accompagner les enfants lors de l'utilisation de ces ordinateurs ont été également évoqués par les enseignants pour justifier cette situation ; ceux formés sur la maintenance du matériel informatique n'ayant pas le temps pour jouer ce rôle.

L'outil numérique « Ma vie, Mon choix », malgré son importance et son utilité dans le processus d'enseignements/apprentissage/évaluation de l'ESS, reste peu utilisé par les enseignants et par la majorité des collégien(ne)s rencontrés, notamment dans les communes du Nord. Selon les élèves, la méconnaissance et la faible utilisation de cette application s'expliquent par le fait que les apprenants, pour la plupart, ne disposent pas de téléphone Android ou smartphone. À cela s'ajoutent, la non- et la faible utilisation des ordinateurs mis à la disposition de certains établissements, par le projet. La plupart des enseignants ayant bénéficié d'une seule session de formation de 5 jours, n'arrivent toujours pas à apporter des réponses satisfaisantes aux interrogations des apprenants ; un besoin de recyclage paraît nécessaire.

En milieu extra-scolaire, les formations organisées en direction des relais communautaires et des jeunes leaders (jeunes leaders transformationnels) et les activités de sensibilisations respectivement conduites par ces acteurs dans les communautés et au profit des adolescent(e)s et des jeunes ont progressivement commencé à lever le voile sur le tabou qui entourait les sujets sur la sexualité et éveiller la conscience des bénéficiaires de ces actions sur les méfaits de certaines pratiques culturelles comme le mariage d'enfants. Dans certaines communes comme Kandi, Kérou, Kouandé, les efforts effectués par les relais communautaires en faveur de la promotion du dialogue parents-enfants ont timidement commencé à donner des résultats.

Quant aux maîtres artisans, les formations reçues ont amélioré leurs connaissances, les outillant ainsi pour la sensibilisation de leurs apprenti(e)s sur les comportements à risque, les comportements d'autoprotection pour contre les VBG. Cependant, la stratégie de l'ESS dans le milieu extra-scolaire reste à mieux structurer selon les acteurs du fait : du gap en recyclage, de l'insuffisance des supports de communication, d'un déploiement insuffisant d'activités ; d'une sensibilisation de contenu et qualité très variables suivant les communautés, au gré des outils d'IEC/CCC disponibles.

La capacité des acteurs scolaires et communautaires à actualiser/renouveler les supports pédagogiques, les outils d'IEC/CCC et autres matériels didactiques ou informatiques utilisés dans le cadre du projet est très faible. Le projet n'a pas renforcé les capacités des acteurs en mobilisation des ressources en vue de capter les ressources domestiques pour la disponibilité permanente, le renouvellement ou l'actualisation des supports, outils et tous autres matériels utilisés dans les activités d'ESS.

En matière de prestation de service SSR, le projet a réhabilité des centres de santé avec dotation en équipements et matériels pour la communication stratégique (droits et SSR) et le ludique en vue de la convivialité pour jeunes. Des services d'information et d'offre gratuite des paquets cliniques intégrés de SSRAJ ont été également organisés au niveau de nombreux CS et des 5 hôpitaux de zone. Parmi les 338 centres de santé des 5 zones sanitaires du projet, un peu plus de la moitié (179 centres) offre les services d'information et le paquet clinique de SSRAJ dont la complétude reste à améliorer en raison des ruptures d'intrants contraceptifs.

Les prestataires de services SSRAJ ont par ailleurs bénéficié de renforcement de capacités. Il s'agit d'un total de 723 agents (infirmières/infirmiers, sage-femmes, techniciens de l'action sociale en SSRAJ) qui ont bénéficié en moyenne d'une session de formation depuis le démarrage du projet. Un recyclage paraît toutefois nécessaire pour actualiser les procédures de prise en charge, s'assurer de la complétude du paquet de services SSR offerts et de sa conformité aux normes requises. La disponibilité permanente et l'accessibilité financière des intrants contraceptifs pour les jeunes demeurent des défis pour améliorer la fréquentation des centres.

(140) Le soutien au développement des capacités des bénéficiaires (femmes, adolescents et jeunes) du projet pour la durabilité des effets du projet a été d'un niveau quasi suffisant

Par l'enseignement de l'ESS à l'école, les adolescent(e)s et jeunes ont vu leur connaissance renforcée, sur les thématiques telles que l'hygiène corporelle, menstruelle et vestimentaire, les IST, les VBG, les méthodes contraceptives, les conséquences d'une sexualité précoce, l'influence des TIC sur l'éducation des apprenants etc. Les informations et messages apporté(e)s/élaborés lors des situations d'apprentissage ont permis de déconstruire les fausses connaissances chez bon nombre de bénéficiaires sur la sexualité et de libérer la parole des jeunes sur des sujets autrefois tabous. En milieu scolaire et extrascolaire, les bénéficiaires reconnaissent l'utilité de l'ESS et en garde une très bonne perception.

Au niveau des apprenti(e)s, les adolescentes et jeunes femmes ont été les plus touchées par les activités du projet. Il s'agit notamment des apprenties couturières et coiffeuses. Des milliers (3009) de maîtres artisans, d'animateurs des centres conviviaux et des jeunes ont été formés sur le module et les outils de l'ESS extrascolaire par des ONGs spécialisées. Cependant, l'approche de mise en œuvre de l'ESS au profit des apprenti(e)s restent à définir et à harmoniser avec les autres acteurs développant des interventions d'ESS au profit de cette couche. Un effectif de 1871 relais communautaires (Reco) a été formé pour la fourniture d'informations et l'offre de services SSRAJ. En lieu et place d'un projet d'ESS, ces relais se contentent pour le moment d'organiser périodiquement des activités de sensibilisation dans les communautés sur les questions qui minent la sexualité des adolescent(e)s et des jeunes. Ces activités sont parfois suivies de référence vers les centres de santé ou centres de promotion sociale, selon les besoins des bénéficiaires.

(141) Proportion de bénéficiaires dont les capacités ont été renforcées pour garantir la durabilité des effets du projet

En milieu scolaire, les écoliers/écolières et les élèves sont les bénéficiaires de l'ESS. Environ 460 653 d'adolescent(e)s et jeunes scolarisés ont bénéficié de cours d'ESS, à l'école, sur une cible de 600 000 en 2023 soit un niveau de performance de 76,8%. Dans les établissements scolaires qui ont mis en place des cellules/clubs de jeunes leaders SSRAJ, la durabilité des effets du projet est plus garantie, ces mécanismes jouent le rôle de relais des informations et messages d'ESS en direction de leurs pairs. Contrairement au milieu scolaire, il n'a pas été mis en place un dispositif fiable permettant de renseigner la proportion de bénéficiaires de l'ESS.

4.7.2 Établissement des mécanismes garantissant la durabilité des effets chez les PE et bénéficiaires

4.7.2.1 H19 : Le bureau pays a quasi suffisamment soutenu ses partenaires de mise en œuvre et les bénéficiaires du projet dans l'établissement des mécanismes permettant de garantir la durabilité des effets du projet

(142) Le soutien du bureau pays à ses partenaires de mise en œuvre dans l'établissement des mécanismes permettant de garantir la durabilité des effets du projet a été d'un niveau quasi suffisant.

Dans le milieu scolaire, le projet a retenu la stratégie de l'infusion pour la dispensation de l'ESS. Cette approche se caractérise par la recherche des points d'ancrage de l'ESS dans les enseignements disciplinaires avec lesquels elle entre en interaction. L'infusion en tant que stratégie d'éducation des apprenants à la santé sexuelle est une approche qui permet à ces derniers de bénéficier à l'école lors des situations d'apprentissage de connaissances et des compétences leur permettant de prendre des décisions éclairées sur leur sexualité, leur bien-être, leur santé, et de défendre leurs droits dans ces domaines. En tant que telle l'ESS s'intègre dans les

situations d'apprentissage, gage d'une continuité de ce service au terme du projet, malgré les difficultés observées en matière d'harmonisation de la démarche.

Il existe actuellement un mécanisme de coordination de l'ESS au niveau central à travers deux comités que sont le comité de pilotage stratégique et le comité technique. Une collaboration entre les différents sous-secteurs de l'éducation d'une part et le secteur de la santé, d'autre part, est observé. Toutefois, cette intersectorialité mérite d'être renforcée. Le projet a relevé le défi d'intégrer l'ESS dans le curricula de formation des enseignants dans les écoles normales supérieures, ce qui est également un gage de durabilité de l'ESS dans les établissements scolaires. Pour asseoir une meilleure durabilité des effets, la question de l'harmonisation de la démarche de mise en œuvre de l'ESS dans les établissements scolaires devra être réglée afin de mettre un terme à la conformité relative de l'ESS actuellement développée.

De plus, il est important de souligner que les données collectées auprès des enseignants révèlent que la durée de formation des enseignants à l'ESS (5 jours) n'a pas permis de couvrir convenablement les huit concepts clés des Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité (Relations interpersonnelles ; Valeurs, droits, culture et sexualité ; Comprendre la notion de genre ; Violence et sécurité ; Compétences pour la santé et le bien-être ; Corps et développement humains ; Sexualité et comportement sexuel ; Santé sexuelle et reproductive).

Au niveau extrascolaire, le projet a contribué à une réduction de la distance sociale entre les maitres/maitresses artisans formés et leurs apprentis qui reçoivent désormais de leurs patrons et patronnes des informations, messages et conseils leur permettant de faire des choix éclairés en matière de sexualité responsable et de protection contre les VBG. Cependant bon nombre d'apprenti(e)s demeurent réticents dans l'abord de ces questions avec leurs patrons/patronnes, de peur d'être traité(e)s de dépravés. Pour le moment, l'ESS en milieu extrascolaire se déroule en fonction du vécu et des réalités du terrain, sans une démarche formellement établie. Cette situation s'explique en partie, car le milieu extrascolaire n'était pas une priorité du projet au départ.

Il importe de noter la synergie entre le projet SSRAJ financé par les Pays-Bas et le projet VBG financé par le Canada à travers la mise en place d'un réseau de volontaires champion-ne-s engagés dans la lutte contre les VBG dans les départements d'intervention (Alibori, Atacora, Atlantique et Borgou) dont trois sont communes aux zones d'interventions du projet SSRAJ pour assurer le rôle de relais et de mobilisateurs entre UNFPA et les associations de jeunes et activistes.

Dans les communautés, le projet a formé des leaders traditionnels pour accompagner l'ESS dans leurs communautés respectives. Mais ces acteurs peinent à obtenir l'adhésion et la participation de la majorité de pairs aux actions du projet, en raison de la persistance des pesanteurs socio-culturelles qui font du sexe un tabou et de certaines considérations religieuses favorables aux mariages d'enfants. En ce qui concerne les organisations religieuses, des leaders et plateformes de leaders religieux ont été formés dans les départements de l'Atlantique et de l'Atacora. Pour le moment, l'effet de la formation de ces acteurs religieux peinent à s'observer dans les communautés. Que ce soit en milieu scolaire ou extra-scolaire, un faible intérêt des parents et des leaders religieux et traditionnel est observé, ce qui justifie, cette relative appropriation des actions du projet par ces acteurs.

En matière de prestation de service SSR, il a été mis en place un système de services d'information et d'offre gratuite de paquets cliniques intégrés de SSRAJ pour améliorer la qualité des services adaptés dans les centres de santé du projet. Le projet a institué, en partenariat avec les directions départementales de la santé des trois départements d'intervention, le monitoring semestriel des activités SSRAJ dans les formations sanitaires pour renforcer la participation communautaire dans l'identification des problèmes et la meilleure gestion des services de santé en général et de la santé sexuelle et reproductive, en particulier. Pour rendre disponibles les produits au dernier kilomètre et éviter de ce fait les ruptures, le projet a mis en œuvre l'approche Informed Push Model (IPM) dans les zones d'intervention. Il s'agit d'une stratégie de mise à disposition de produits de la SR. Elle est essentiellement basée sur l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des produits contraceptifs. Malgré cette disposition, des ruptures d'intrants contraceptifs ont été rapportées par les bénéficiaires et les prestataires. En matière de référence, le système de référence entre les établissements scolaires et les formations sanitaires d'une part, entre les acteurs communautaires (maitres artisans formés, leaders transformationnels formés,

relais communautaire) et les formations sanitaires, d'autre part, a très peu fonctionné en raison de son caractère informel.

En matière de coordination, au niveau local, le projet a mis en place des cellules multisectorielles communales de coordination et de dialogue local sur l'ESS, présidées par les maires. Au total 13 cellules ont été mises en place. Mais, les actions de ces cellules manquent pour le moment de visibilité.

Au niveau départemental, il existe désormais au niveau des directions départementales, une division SSRAJ et les statistiques désagrégées sur la SSRAJ sont disponibles aux niveaux centre de santé et zone sanitaire.

(I43) Le soutien du bureau pays aux bénéficiaires (femmes, adolescents et jeunes) du projet dans l'établissement des mécanismes permettant de garantir la durabilité des effets du projet est d'un niveau passable.

Les interventions du projet ont contribué à la mise en la place de deux mécanismes d'appropriation et d'exécution autonomes au profit des bénéficiaires. Certains établissements scolaires ont mis en place des cellules/clubs SSRAJ animés par des jeunes leaders SSR qui développent des activités de sensibilisation en direction de leurs pairs. Composées des apprenants des deux sexes, ces cellules sont dans leur totalité présidées par des apprenants de sexe féminin. En milieu extrascolaire et communautaire, interviennent les Jeunes Leaders Transformationnels (JLT) pour les séances de sensibilisations porte-à-porte en direction de leurs pairs. Les JLT disposent d'outils pour les activités de sensibilisation ; ce qui n'est pas souvent le cas des cellules/clubs SSRAJ animés par les scolaires. Ces derniers recourent pour la plupart aux outils des JLT ou à ceux de l'OSV Jordan pour leurs activités. L'absence d'outils et de supports de sensibilisation (y compris de matériels de projection) sont les principaux besoins qui limitent les actions de ces jeunes, malgré leur bonne volonté.

4.8 Réponse à la question d'évaluation 8 : Durabilité des activités du projet

Le potentiel des parties prenantes de soutenir, d'effectuer ou de répliquer les activités du projet en tenant compte des problèmes interconnectés a été apprécié à partir de la question suivante :

Question d'évaluation QE8 : En vue de maintenir les effets, est-ce que les parties prenantes (Gouvernement, ONG locales, cliniques, écoles, groupes de jeunes impliqués et autres acteurs) ont le potentiel (institutionnel, infrastructurel, compétence, mécanismes, appropriation) de soutenir ou effectuer les activités du projet ? de répliquer les activités ? d'adapter les résultats du projet à d'autres contextes ? de maintenir les acquis des activités humanitaires en tenant compte des problèmes interconnectés ?

4.8.1 Potentiel des parties prenantes de soutenir ou d'effectuer, de répliquer les activités du projet, en tenant compte des problèmes interconnectés

4.8.1.1 H20 : Les parties prenantes du projet ont moyennement le potentiel de soutenir ou de réaliser et de répliquer les activités du projet

(I44-I45) Toutes les parties prenantes (Gouv., ONG locales, cliniques, écoles, groupes de jeunes) et autres acteurs impliqués ont un potentiel moyen pour soutenir, réaliser ou répliquer les activités du projet.

Les parties prenantes du projet se constituent principalement des trois ministères en charge de l'éducation, du ministère de la santé, des structures de santé prestataires de services SSRAJ appuyés ou renforcés dans le cadre du projet, des établissements scolaires du projet et des différents groupes de jeunes et d'acteurs (maîtres artisans, leaders traditionnels et religieux, relais communautaires...) formés au niveau des communautés.

Sur un nombre total de 1757⁴⁹ établissements secondaires et 11154⁵⁰ écoles primaires (publiques et privées) que compte le pays, 919 développent le projet d'éducation à la santé sexuelle, soit 7,1% des établissements (primaires et secondaires). Cependant, 8123 enseignants ont été formés pour l'ESS, sur un total de 45 735 enseignants⁵¹, soit 17,76% du personnel en cours d'exercice. Bien que cette information ne soit pas exclusivement disponible pour les 11 communes du projet, la tendance reste globalement similaire. Ce niveau d'encadrement reste mitigé au regard de l'ambition de couverture universelle du projet. Dans la zone du projet, 460 653 adolescents et jeunes scolarisés sur 600 000 prévus (soit 76,77%) ont bénéficié de cours d'ESS. Pour ces bénéficiaires, l'ESS reçue leur donne accès à des informations, connaissances et compétences qu'ils jugent nouvelles mais utiles et pratiques pour la gestion de leur sexualité. La stratégie de l'infusion permet aux enseignants formés de poursuivre les cours d'ESS à l'école. Le comité de pilotage stratégique du projet étant présidé par la direction de cabinet du MESTFP, le ministère pourra trouver des mécanismes appropriés qui permettent avec la stratégie de l'infusion de poursuivre avec la formation des enseignants, au terme du projet. Les journées d'animation et/ou de formation pédagogique des enseignants sont des opportunités qui pourraient être saisies pour la poursuite des formations sur l'ESS. Par ailleurs, le faible taux de couverture des enseignants pourrait s'améliorer plus tard avec la stratégie d'introduction de l'ESS dans les curricula de formation des enseignants dans les écoles normales supérieures. Selon certains enseignants, les conditions de formation à l'ESS ont parfois limité l'appropriation des contenus ; du fait que les 5 jours de séance ne permettaient pas une couverture efficace des modules, ni une assimilation durablement les contenus.

Au niveau communautaire, en ce qui concerne les jeunes leaders transformationnels et les maîtres artisans notamment ceux formés dans l'Alibori et dans l'Atacora, ils entrevoient l'éventualité d'un relâchement ultérieur de leur engagement bénévole. Pour nombre de ces acteurs, l'explication se trouve dans la faiblesse de l'appui matériel (outils et supports pour les activités d'IEC/CCC). D'autres facteurs de démotivation incluent : (1) la crise de légitimité chez certains des jeunes leaders transformationnels et maîtres artisans liée à leur non-reconnaissance par certaines autorités administratives et coutumières de leur site d'exercice : « *On ne nous connaît pas, On ne connaît pas notre rôle... certaines autorités disent ne pas percevoir l'intérêt de notre travail* ». ; (2) la dévalorisation liée à l'absence de reconnaissance suscite chez les jeunes et maîtres artisans le sentiment de « travailler pour rien » ; (3) la pression pour le gain liée à la tendance du milieu social à assujettir tout engagement à un gain personnel (« Je gagne quoi ? ») et à la pauvreté ambiante. Pour certains acteurs communautaires formés, les 3 jours de séance ont induit les mêmes problèmes d'efficacité et d'appropriation relevés plus haut chez les enseignants.

En matière de prestation de service SSR, parmi les 338 centres de santé des 5 zones sanitaires du projet, 52,07% (179 centres) offrent l'information et le paquet clinique de SSRAJ. Les données collectées sur le terrain auprès des prestataires de services de santé révèlent que la quasi-totalité des enquêtés estiment que les formations reçues dans le cadre de ce projet leur ont été utiles. Cependant, près de 50% de ceux-ci ont affirmé avoir été formés sur la SSRAJ, avant ce projet. L'offre de SSRAJ disponible avant le projet est renforcée par les actions du projet et se poursuivra au-delà du projet.

4.8.2 Potentiel des parties prenantes à adapter les résultats du projet à d'autres contextes

4.8.2.1 H21 : Les parties prenantes du projet ont un potentiel moyen pour adapter les résultats du projet à d'autres contextes

(146) Toutes les parties prenantes du projet (Gouv., ONG locales, cliniques, écoles, groupes de jeunes) ont un potentiel (institutionnel, infrastructurel, compétence, mécanismes, appropriation) moyen pour adapter les résultats du projet à d'autres contextes.

⁴⁹ Annuaire Statistique scolaire 2019-2020 du Ministère des Enseignements Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle

⁵⁰ Annuaire statistique scolaire 2019, Ministère des Enseignements maternel et primaire

⁵¹ Idem

Le projet s'est appuyé sur l'existant et a travaillé avec des partenaires relevant de l'État et des OSC. En milieu scolaire, le projet a opté pour la stratégie de l'infusion pour la dispensation de l'ESS et des enseignants formés pour saisir les opportunités offertes par les programmes d'étude afin d'améliorer les connaissances et compétences des apprenants sur leur santé sexuelle. Une telle approche a l'avantage de permettre aux apprenants qui ne sont pas dans les établissements du projet de bénéficier également de l'ESS. En effet les mutations nationales positionnent des enseignants formés en ESS dans des établissements non couverts par le projet et ils y dispensent l'ESS.

En milieu extrascolaire, le renforcement des capacités des maîtres artisans offre une opportunité à leurs apprenti(e)s actuels et futurs de bénéficier de l'ESS dans les ateliers d'apprentissage. Cependant, la question de l'harmonisation de l'ESS tant en milieu scolaire qu'extrascolaire reste un impératif pour une meilleure adaptation des résultats du projet à d'autres contextes. La qualité et la complétude du processus d'ESS restent également à maîtriser.

En matière milieu sanitaire, les prestataires ont un potentiel préalable en matière d'offre de services SSR qui a été renforcé par le projet. Des mécanismes de référence ont été mis en place, mais restent globalement peu fonctionnels. Des synergies ont été observées entre les différents acteurs du projet aux niveaux national, départemental et périphérique ; celles-ci pourront faciliter l'adaptation du projet à d'autres contextes.

4.8.3 Potentiel des parties prenantes du projet de maintenir les acquis des activités humanitaires en tenant compte des problèmes interconnectés

4.8.3.1 H22 : Les parties prenantes du projet ont un potentiel quasi suffisant pour maintenir les acquis des activités humanitaires en tenant compte des problèmes interconnectés

(147) Toutes les parties prenantes du projet ont un potentiel quasi suffisant (institutionnel, infrastructurel, compétence, mécanismes, appropriation) pour maintenir les acquis des activités humanitaires en tenant compte de l'interconnexion des problèmes.

L'UNFPA et ses PE ont été éprouvés par la crise à COVID-19, en 2020. Dans le cadre de la réponse à cette crise, des ressources ont été dégagées pour contribuer à la mise à disposition des enseignants et des élèves, du matériel de protection à travers la Direction de la Programmation et de la Prospective (DPP) du MS. Cette activité, d'acquisition de matériel de protection (masques locaux, dispositifs de lavage des mains (DLM), Gel Hydroalcoolique) accompagne le Gouvernement, contribuant au respect des mesures de prévention à l'école. Grâce à la reprogrammation des activités du PTA 2020, 103 600 masques locaux lavables, 2 709 Gels hydroalcooliques 500 ML et 1153 DLM ont été fournis aux établissements publics et privés du projet. Le Bénin, a mis en place son plan de riposte contre cette pandémie avec promptitude et coordination ; d'où le contrôle de la propagation de la COVID-19, une prise en charge correcte des cas et la limitation des décès.

Le volet communication et mobilisation sociale en faveur des gestes barrières pour éviter la propagation de la maladie a été le socle de la lutte. Une partie des ressources a été affectée aux activités à base communautaire en direction de toute la population y compris les adolescent(e)s et les femmes des marchés sur la COVID-19. Les crieurs publics ont été le principal canal. Lesdits crieurs ont visé les populations, dans les lieux de rassemblement (Églises, Mosquées) juste après les cultes, les abords des marchés dans 512 villages des départements du projet afin de renforcer la prise de conscience et le respect des gestes barrières. Ainsi, 2048 crieurs publics ont été mobilisés ciblant plus de 528 896 personnes, dont des adolescent(e)s et femmes dans 512 villages des 11 communes du projet. Par ailleurs, une séance virtuelle de formation des enseignants du Littoral en ESS et sensibilisation sur la COVID-19 a eu lieu le 24 avril 2020, animée par ARAYAA et le MESTFP à travers l'INIFRCF, avec l'appui technique de l'UNFPA. Elle visait à : informer les enseignants sur la COVID-19 afin qu'ils puissent former et informer les élèves et la communauté environnante ; continuer à renforcer les capacités des enseignants en SSR. Y ont participé : 49 personnes (40 enseignants des lycées, CEG et collèges ; 9 encadreurs (l'INIFRCF 5 ; ARAYAA 3 ; UNFPA1).

La réaction de l'UNFPA et de ses PE dans la gestion de la pandémie à COVID-19 témoigne d'une maîtrise de la gestion des crises. La convergence des actions des partenaires du projet dans la gestion de cette pandémie a été utile dans la continuité des actions du projet, en période de crise.

4.9 Réponse à la question d'évaluation 9 : Durabilité du projet à travers les synergies et partenariats

La contribution de la coordination du projet à créer des synergies et partenariats avec ses acteurs internationaux et nationaux et d'autres acteurs du domaine de la SSRAJ a été appréciée à partir de la question suivante :

Question d'évaluation QE9 : En vue de maintenir les effets, dans quelle mesure la coordination avec des partenaires internationaux et nationaux et d'autres acteurs dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes a contribué à créer des synergies et des partenariats ?

4.9.1 Contribution de la coordination à la création de synergies et partenariats avec des partenaires internationaux et nationaux et d'autres acteurs dans le domaine de la SSRAJ

4.9.1.1 H23 : La coordination avec des partenaires internationaux et nationaux et d'autres acteurs dans le domaine de l'ESS/ SSRAJ a quasi suffisamment contribué à créer des synergies et partenariats pour le maintien des effets du projet

(148-149) La coordination avec des partenaires internationaux et nationaux et d'autres acteurs dans le domaine de l'ESS/ SSRAJ a quasi suffisamment contribué à créer des synergies pour le maintien des effets du projet.

Dans la mise en œuvre du projet, des cadres communs de partage, de planification, de réflexion et de suivi des actions du projet ont été mis en place. Des mécanismes de référence et de collaboration entre secteur ont été observés, notamment entre les administrations scolaires, les prestataires communautaires, les CS et CPS. Les établissements scolaires du projet disposaient d'un mécanisme de référence fonctionnel vers les centres de santé et/ou centres de promotion sociale. Ce dispositif connaît actuellement quelques dysfonctionnements pour déficit de formalisation et ruptures d'intrants de contraception dans les PPS. Des collaborations entre acteurs et échanges d'expertise ont été observés aux niveaux national, départemental et local.

L'on note, une synergie d'action entre le projet SSRAJ et d'autres projets de l'UNFPA dont le projet VBG financé par le Canada. La synergie a permis de renforcer les capacités des jeunes déjà impliqués au sein de leur communauté sur les thématiques d'égalité des genres, de SSRAJ et de VBG ; puis de soutenir la mobilisation des filles, des garçons et de la communauté d'une part et les actions de plaidoyer d'autre part. Il en est de même avec l'initiative « Centre communautaire écoresponsable "Tinima" pour les jeunes scolarisés ». Ainsi, la mutualisation des ressources a permis d'intégrer d'autres activités thématiques dans le centre, notamment des activités de production audio-visuelle, d'arts culinaires, de jardinage, de couture dans une perspective de protection de l'environnement et de lutte contre les VBG au profit d'apprenants élèves. Par ailleurs, la formation à l'ESS via e-learning des enseignants et pairs éducateurs a été organisée en synergie avec le projet « Learning About Living » financé par l'Ambassade du Royaume de Belgique par le mécanisme de la coopération déléguée.

(150- 151) La coordination avec des partenaires internationaux et nationaux et d'autres acteurs dans le domaine de l'ESS/ SSRAJ a modérément contribué à créer des partenariats pour le maintien des effets du projet.

Le partenariat fait partie des principales stratégies de mise en œuvre du projet. Deux instances sont chargées de la coordination stratégique et opérationnelle du projet. Il s'agit du comité de pilotage stratégique (Copil) et du comité technique (Cotech). L'UNFPA est membre actif de chacune de ces instances.

Composé des cadres des Ministères sectoriels impliqués dans le projet, de l'INIFRCF, des Partenaires Techniques et Financiers ou PTF (UNFPA, Ambassade des Pays Bas) et des organisations de la société civile (représentants leaders religieux, Associations des Parents d'élèves et d'étudiants, ONG et personnes ressources), le Copil oriente le processus de mise en œuvre du projet, approuve la démarche méthodologique ainsi que les outils élaborés, et toute autre action pouvant concourir à améliorer l'efficacité de l'exécution du projet et valide les rapports. Les réunions (ex : novembre 2022), revoient les recommandations et priorités des assises précédentes (ex : Cotech nov.2022 et Copil sept.2021), reçoivent la présentation de l'état de la mise en œuvre de l'ESS au Bénin, en débattent et font des recommandations. Le Cotech est composé des cadres des ministères impliqués dans le projet, de l'INIFRCF, des PTF et des OSC partenaires du projet (ABPF, ABMS, OSV JORDAN, Plan International Bénin, APESSA...). Il veille aux aspects techniques de la mise en œuvre du projet, contrôle la conformité du contenu des documents aux normes techniques du système éducatif du Bénin.

Sur arrêté préfectoral, des cadres départementaux de concertation pour la SSRAJ ont été mis en place. Le projet a mis en place 13 cellules multisectorielles communales de coordination et de dialogue local sur l'ESS/SSRAJ, impliquant les jeunes et présidées par les maires. Ce sont des cadres de dialogue politique sur la SSRAJ. Ce dialogue permettra aux communautés et acteurs des secteurs éducation, santé et affaires sociales d'échanger sur la SSR, de comprendre les avantages de l'ESS dans la réduction des grossesses non désirées. Il servira aussi à contextualiser et à adapter les messages pour les rendre plus acceptables localement. Pour le moment, la portée des actions de ces cellules reste limitée.

Le projet a, en 2020, contribué au renforcement des capacités de coordination stratégique et opérationnelles du Ministère de la Santé pour la gestion du COVID-19 en faveur des professionnels de l'enseignement et de la santé ainsi que les jeunes scolaires secondaires. Afin de répondre efficacement à l'épidémie, le Gouvernement béninois avait pris des mesures urgentes dont la mise en place par arrêté n°039/MS/DC/SGM/DAF/DNSP/CJ/SA/033SGG20 du 29 avril 2020, d'un comité national de crises et urgences sanitaires. Des ressources ont été dégagées sur le projet pour contribuer, aux côtés du Gouvernement, à renforcer le potentiel national et infra pour améliorer la réponse à COVID-19 dans les douze départements.

Le projet a ainsi impliqué tous les acteurs clés et respecté les prérogatives habituelles de chacun d'eux, gage d'un bon ancrage des acquis aux niveaux communautaire, communal, départemental et central. Cependant pour un meilleur maintien des effets, il importe d'améliorer la participation de la DSME à la coordination.

4.10 Réponse à la question d'évaluation 10 : Coordination

Question d'évaluation QE10 : Dans quelle mesure l'UNFPA a été un membre et un contributeur actif aux mécanismes existants de coordination du projet. Le cas échéant, cela comprend également la participation et les contributions aux mécanismes de coordination

4.10.1 Niveau de participation de l'UNFPA aux mécanismes existants de coordination

4.10.1.1H24 : L'UNFPA a été un membre suffisamment actif des mécanismes existants de coordination du projet, y compris par l'affiliation et la participation aux mécanismes de coordination.

(I52-I53) Le taux d'affiliation de l'UNFPA aux mécanismes de coordination du projet est de 100%. Le taux de participation aux assises desdits mécanismes a été de 90% (9/10^{ème}).

L'UNFPA a suffisamment contribué aux mécanismes de coordination du projet aux trois niveaux de la pyramide (central, départemental et local). L'agence a fait partie de tous les mécanismes de coordination politique (Comité de Pilotage) et technique (Comité Technique national de coordination du projet SSRAJ ou Cotech) du projet au niveau national et départemental. Ses bureaux infranationaux ont appuyé la mise en place des cellules communales de coordination dans les 11 mairies cibles. Les entretiens des parties prenantes soutiennent que l'UNFPA a assisté à pratiquement toutes les réunions des instances de coordination nationales et départementales (9/10^e au plus). Cela a inclus les assises nationales sur la mise en œuvre du projet ESS au Bénin, y compris celle du 09 au 10 mars 2022 dans à l'hôtel Princesse de Bohicon («Assise Nationale et partage d'expériences sur la mise en œuvre de l'ESS au Bénin»). Cela s'étend aux coordinations sectorielles et intersectorielles existantes dont le comité de suivi du projet désigné par le Ministre de la Santé, regroupant les acteurs de la société civile et ceux des Ministères clés et à l'échange d'expériences avec les acteurs SRAJ chaque année⁵². L'appréciation objective et inclusive de l'affiliation et de la participation de l'UNFPA concernant les mécanismes de coordination du projet est entravée par l'insuffisance des documents fournis à l'équipe d'évaluation (2 rapports de réunion des comités fournis ; 1 citant les structures présentes, pas de listes de présence ;).

⁵² Proposal NLA_71.

4.10.1.2H25 : L'UNFPA a été un membre suffisamment contributeur des mécanismes existants de coordination du projet, y compris par la contribution technique et financière aux mécanismes de coordination.

(154-155) Les proportions des mécanismes de coordination dont l'UNFPA assure le leadership et des parties prenantes démontrant l'apport de l'UNFPA dans le fonctionnement et l'efficacité des mécanismes de coordination du projet sont de 10/10^{ème} respectivement.

L'UNFPA assure le leadership technique de tous les mécanismes de coordination du projet. Les 10/10^{ème} des parties prenantes nationale et infra lui reconnaissent des apports significatifs. L'UNFPA a été un membre actif et contributeur des mécanismes de coordination du projet selon l'INIFRCF, le MASM, les DDS de l'Atacora, de l'Alibori et de l'Atlantique et les ONG (Apressa, OSV Jordan, PIB, Guerra, ...). L'apport de l'UNFPA dans le fonctionnement et l'efficacité de la coordination comprend le soutien financier aux assises (logistique de séance, transport des participant-e-s). Techniquement, l'agence appuie la qualité de la revue des réalisations, la régulation de l'action et des requêtes/projets de PTA des PE en vue d'éviter les doublons, d'assurer l'alignement des PTA aux budget, résultats et stratégies du projet, de faciliter la formulation des problèmes et recommandations. Elle soutient/porte le plaidoyer auprès des partenaires financiers pour la mobilisation de ressources complémentaire (ex. : 1 véhicule de coordination obtenu auprès des Pays-Bas pour l'INIFRCF). Elle a appuyé le développement et ou l'intégration des stratégies (dialogue parents enfants, digitalisation de l'ESS...) et outils normatifs, didactiques et techniques. Elle appuie la réflexion et l'action en renforcement des systèmes sectoriels et des dispositifs intersectoriels dont l'interopérabilité des données au niveau multisectoriel.

L'appui de l'UNFPA à la coordination a omis l'implication des ministères du plan et de la jeunesse. Or, ils portent les politiques nationales pour la jeunesse, la production des données et la mobilisation de ce groupe, y compris pour la santé et la capture du dividende démographique. La mise en place des cellules communales a été exhaustive mais l'accompagnement à la fonctionnalité n'a pas été complet. Ces instances sont mal connues de la plupart des acteurs qu'elles devraient coordonner. Elles butent sur la non-exécution des budgets dégagées par les communes en faveur de la SSRAJ, des problèmes de mise à disposition des fonds et de continuité du leadership (arrivée d'un nouveau Maire) limitent la fonctionnalité comme à So-ava.

(156) La liste des apports significatifs (1- stratégiques (planification ; solutions stratégiques ; suivi stratégique ; informations stratégiques ; ajustements-réajustements) ; 2- financiers ; 3- informationnels) reconnus à l'UNFPA par les membres des mécanismes de coordination du projet est remarquable.

La planification initiale (CPD, proposal_NLA71) et ses réajustements (PTA, revues) ont été basés sur l'analyse situationnelle, des études spécifiques et la participation multisectorielle des ministères concernés et de leur périphérie, des ONG intervenant dans la SSRAJ/ESS et des communes de la zone de projet. Dans le cadre du Cotech, l'UNFPA a notamment apporté un appui technique à l'INIFRCF à travers des propositions de recommandations, de suivi stratégique dans le cadre de la mise en œuvre de la SSRAJ. L'agence en collaboration avec l'ONG APESSA sous la supervision de l'INIFRCF avait élaboré des curricula et documents homologués ; dont un plan de communication sur l'ESS et le développement du dialogue parents/enfants. Tous ces outils ont été améliorés au cours des ateliers d'échange et de partage. Les outils élaborés (curricula, matériel d'illustration, etc.) tiennent compte des besoins des ado-jeunes et sont adaptés en milieu scolaire et extrascolaire. Les rapports d'activité montrent que suite aux constats du monitoring, l'UNFPA a renforcé l'offre de services informationnels et cliniques, l'accessibilité/couverture grâce à des appuis à la mobilisation de personnels externes au système, l'intégration dans les stratégies avancées et le recours au porte-à-porte en plus de l'augmentation du nombre des FOSA impliquées. L'agence a intégré des coupons en vue de l'accès à des services gratuits pour les ado-jeunes. La gratuité de l'offre de paquets cliniques intégrés assortie de la formation des acteurs communautaires à la dispensation ; ont constitué d'autres appuis clés pour l'efficacité.

La concertation et le monitoring ont été constants (régularité des ateliers de revue des PTA des niveaux central et périphérique). Toutes les catégories de parties prenantes, selon le niveau y sont associées (Ministères, ONG, préfectures, DDS, mairies, CPS). Ces exercices ont facilité le bilan, la collecte d'information, le partage d'expériences et le recadrage/amélioration de la mise en œuvre. L'implication de ces acteurs a renouvelé leur engagement et contribué à leur accompagnement dans l'action. L'UNFPA facilité l'acceptabilité socioculturelle de l'ESS en mettant à contribution : (a) un réseau national de leader religieux qui est orienté et encadré dans

la prise de conscience sur l'ESS et sa promotion dans les lieux de culte et la communauté pour lever les valeurs, normes et représentations défavorables à l'ESS ; (b) la mobilisation des pair-e-s leaders, tutrices et animateurs ; et (c) l'introduction de la stratégie dialogue parents-enfant en cours de projet permettent d'améliorer l'acceptabilité de l'ESS. L'appui de l'UNFPA a permis le renforcement des systèmes d'information sectoriels (éducation, santé) à travers l'inclusion des données sur l'ESS. Ainsi, la disponibilité de données désagrégées intégrées dans le système national d'information des secteurs de la santé et de l'éducation est effective. Un mécanisme d'opérabilité intersectoriel des données a été mis en place.

Concernant les milieux sociojuridique et politique, des dispositifs de dénonciation en milieu scolaire et extrascolaire ont été mis en place. Cela participe de l'augmentation des statistiques de déclaration des cas relevé par le MASM. Cependant, les verrous sociaux de la protection des auteurs par leur familles et communauté interpellent des ajustements stratégiques. L'appui de l'UNFPA au plaidoyer pour obtenir le décret d'application des lois protégeant les filles contre les VBG et engager le milieu scolaire dans la lutte contre le phénomène et la dénonciation des auteurs apporte un recul des VBG. Les sanctions juridiques et scolaires contre les contrevenants s'associent cependant à une migration des VBG de l'école vers les milieux d'apprentissage. Ces derniers étant moins préparés.

Dans le cadre de l'unité de projet au sein du BP/Bénin qui appuie les comités techniques nationaux et départementaux, l'UNFPA collabore avec quatre ONGs locales (ONG APESSA, OSV Jordan, ONG GUERRA et ETRI BENIN) et des ONG internationales (PIB, OSV Jordan) pour assurer l'opérationnalité du projet de l'ESS dans les onze communes d'intervention. Ces ONGs ont signé des PTA pour la mise en œuvre d'activités et stratégies du projet en vue des résultats. Elles demandent des fonds de façon trimestrielle et sollicitent des ajustements en fonction des réalités du terrain et des problèmes rencontrés. Les ONG interviennent dans des communes et ou thématiques différentes en milieu scolaire et extra-scolaire. Elles sont mandatées pour réaliser les activités au niveau de la communauté et appuyer les centres de santé de leur zone d'intervention à travers la formation du personnel de santé, les co-sensibilisations, la réalisation des stratégies avancées. Les ONGs sont appuyées pour financer les cadres de concertation du niveau communal qui mobilise la mairie, le personnel de santé, les leaders religieux et les autres acteurs intervenant dans le domaine de l'ESS dans la commune. L'interaction du projet avec la DDS passe par le point focal désigné pour coordonner les activités de l'ESS. Les trois DDS de la zone d'intervention du projet sont associé comme PE avec PTA à l'exception de la DDS de l'Atlantique. Toutefois, elle est fortement appuyée par l'ONG OSV JORDAN qui intervient dans la zone.

Concernant les aspects à améliorer, le projet n'avait pas défini des actions spécifiques à l'endroit des groupes vulnérables et marginalisés (handicapés dont mal voyants, non-voyants et sourds-muets ; nomades ; groupes sexo-spécifiques ; analphabètes...). Toutefois, des dispositions sont en train d'être prises pour y remédier. Notamment, avec le MASM qui travaille à l'adaptation des outils d'ESS pour les personnes vulnérables au niveau des CPS. Dans la commune de So-Ava, pour défaut de financement et changement de maire, le cadre de concertation n'est pas encore en place. Les déficits dans la contribution de l'UNFPA à une coordination efficace comprennent : a) la persistance sans médiation adéquate de la discorde sur le leadership du projet ESS entre la DSME et l'INIFCRF qui a limité la participation du leadership de la DSME et la synergie entre les structures ; b) l'insuffisance de la préparation des PE aux crises ; c) l'insuffisance du plaidoyer pour un milieu facilitateur concernant les politiques, les lois, les stratégies SSRAJ, le Genre et l'approche (LNOB ou «Leave No One Behind») pour l'ensemble des groupes vulnérables/marginaux ; d) la persistance des dysfonctionnements des systèmes sectoriels affectant le projet (ruptures de stock, longs délais de décaissements et de contractualisation...).

4.11 Réponse à la question d'évaluation 11 : Connectivité

Question d'évaluation QE11 : Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il contribué : i) au développement des capacités des acteurs nationaux (ministères compétents, organisations de jeunes et de femmes, établissements de santé, communautés, etc.) pour mieux se préparer à réagir à, et se rétablir suite à une crise humanitaire ? ii) à assurer que les activités à court terme de nature humanitaire sont conduites dans un contexte qui tient compte des problèmes interconnectés et de long terme.

4.11.1 Niveau de contribution de l'UNFPA au développement des capacités nationales face aux crises

4.11.1.1H26 : L'UNFPA a suffisamment contribué au développement des capacités des acteurs nationaux (ministères compétents, organisations de jeunes et de femmes, établissements de santé, communautés, etc.) pour mieux se préparer à réagir et se rétablir suite à une crise humanitaire

(I57-I58) Proportion des institutions nationales de mise en œuvre dont les capacités (Compétences, ressources matérielles, offre des services, mobilisation des fonds, gouvernance, système d'information) ont été renforcées selon les besoins en matière d'ESS/SSRAJ pour une meilleure préparation de la réponse à une crise humanitaire et du rétablissement à la suite.

Toutes les institutions partenaires du projet (MASM, MEMP, MESTP, MS, préfectures, DDS, Communes, CPS, ONG, réseaux d'associations de leaders et de jeunes, établissements scolaires, ateliers d'artisans) ont été associées aux comités de réponse à COVID-19. Face au terrorisme, cela s'est répété dans l'Atacora et l'Alibori.

Les compétences (communication préventive, soins sécurisés en situation de crise, délégation des services comme la PF) ont été renforcées dans les formations sanitaires et chez les acteurs communautaires. La gouvernance (planification, animation des comités de crise, surveillance, suivi et réponse SSRAJ et VBG) et le déploiement des exercices de simulation ont été renforcés chez les officiels sectoriels du niveau central au niveau départemental. En 2021, grâce à l'évaluation des besoins et prestations de SSRAJ après les restrictions COVID-19 de 2020, le renforcement des capacités des secteurs concernés (dont ONG, réseaux/associations de jeunes) en management des programmes et leadership a repris. L'agence participe aux séances de formation, aux visites extrascolaires, aux coûts des rencontres et a formé les PE sur les procédures. Cet appui en gouvernance est essentiel à la résilience face à la crise et au rétablissement au-delà.

Des plans de contingence ont été mis en place ou renforcés au niveau de tous les ministères partenaires et des DDS. Les approches d'approvisionnement et de dispensation de produits de santé adaptés au contexte pour FOSA ont été ajustées (Informed Push Model et distribution rationalisée des produits). Il y a eu apport en, et appui à la mobilisation des ressources matérielles. Des kits de protection personnelle et de service/sécurisé ont été fournis par l'UNFPA pour ASC/Reco et animateurs et professionnels de santé et TAS. L'UNFPA a renforcé le parc informatique et audio-visuel des établissements scolaires pour les cours et a appuyé la formation des maintenanciers. La réorganisation des horaires de service dont l'offre 24h/24h et l'intensification du service de proximité par les FOSA, les CPS et les acteurs communautaires ont été appuyés. Le système d'information a renforcé le lien entre le niveau communautaire et le circuit national pour l'efficacité de la surveillance des cas de COVID-19 et de VBG. Le soutien apporté par l'UNFPA au Bénin dans lutte contre la COVID-19, inclut la mise en place d'une Task Force d'innovation avec l'Agence de Développement de Sèmè City. Celle-ci mobilise plus de 15 organisations nationales et internationales (UNICEF, Fondation MTN, Epitech, BeniBiz un projet de l'ONG Technoserve ; un réseau de plus de 44 startups des domaines de la santé, de la communication... Cette taskforce a contribué à la fabrication locale à moindre coût des intrants pour les mesures barrières.

Cependant, la mobilisation des fonds a été la capacité la moins renforcée/déployée. Plusieurs acteurs (ONG ; autres acteurs départementaux et communaux) n'en n'ont pas bénéficié. Les apprentissages se sont généralement faits dans le feu de l'action, d'où un certain niveau de navigation, en l'absence d'outils adaptés dont l'ordinogramme. La réponse de l'UNFPA au besoin de renforcement de la préparation a trainé dans le cas du terrorisme. L'appui insuffisant en logistique de transport pour les acteurs stratégiques entrave la couverture des activités, davantage quand elles sont concomitantes.

Les sources primaires et secondaires ne mettent pas en évidence l'appui de l'UNFPA à un plan de reprises post-crise. Les étapes à suivre après la crise (communication avec les parties prenantes, expertise adéquate pour évaluer, réparer les dégâts et appliquer les leçons apprises) n'ont pas été abordées. Cependant, des mécanismes de continuité ont été mis en place qui ont maintenu un niveau de fonctionnalité important chez les ONG, prévenant un éventuel effondrement institutionnel. Il s'est agi du recours aux travail en ligne, du service minimal conforme aux restrictions sociales et aux mesures barrières, du financement des déplacements des animateurs et superviseurs encadrant les activités communautaires. Des capacités et dispositifs mis en place ou suscités par le projet ont renforcé le potentiel des institutions à se remettre après la crise. Cela inclut le renforcement des capacités de gestion des programmes, les synergies entre acteurs de tous les secteurs, le

renforcement de la participation communautaire, des partenariats entre ONG et avec des entreprises locales, la mise en place de réseaux d'association de jeunes, de chefs religieux et traditionnels et du leadership parmi les ado-jeunes pour porter le destin des 15-24 ans en matière d'ESS/SSRAJ.

(159) La répartition par catégorie des institutions dont les capacités systémiques ont été suffisamment renforcées selon les besoins en ESS/SSRAJ ; pour une meilleure préparation de la réponse et du rétablissement suite à une crise humanitaire est inclusive.

Cette répartition inclut tous les Ministères partenaires, les 3 préfectures (Atlantique, Alibori, Atacora), les services déconcentrés desdits ministères (DDS, les CPS), les formations sanitaires privées et publiques impliquées ; les établissements scolaires, ateliers d'artisans, la société civile (communes, ONG inter/nationales partenaires, les OSC de femmes et jeunes, les réseaux de leaders et d'association de jeunes.

Le MASM n'a pas été renforcé sur cet aspect. Ses capacités systémiques n'ont pas connu de renforcement tandis que ses équipements sont obsolètes et déficitaires. L'UNFPA est resté en position d'observation jusqu'à la dernière revue des PTA, déclassant des propositions d'activités du MASM sur la réponse à la crise sécuritaire au Nord du Bénin, malgré le couvre-feu, la montée des VBG et le renvoi des équipes de mission à leur base pour niveau d'insécurité élevé. Selon la DSME, des efforts ont été fait par le projet, malgré les moyens limités, pour soutenir la résilience des acteurs. Cependant, il serait plus utile d'éviter l'approche verticale de projet. Les aides devraient appuyer des volets du Plan Stratégique (PS) SSRAJ non pris en charge. Pour cela, il reste à développer un PS assez exhaustif.

4.11.1.2H27 : L'UNFPA a suffisamment contribué à assurer que les activités à court terme de nature humanitaire sont conduites dans un contexte qui tient compte de l'interconnexion des problèmes et du long terme.

Selon les ONG, l'UNFPA a mis à leur disposition des informations sur l'exploitation et les abus sexuels et a intégré aux formations sur l'ESS les aspects VBG. Selon OSV-Jordan la formation des prestataires et des ado-jeunes appuyée par l'UNFPA en réponse au COVID-19 sur les PSEA a inclus les aspects sur l'interconnexion des problèmes et le long terme. Le renforcement des capacités des ado-jeunes sur les compétences de vie courante et l'hygiène menstruelles réalisé par certaines ONG a été intégré avec le paquet didactique du projet sur l'ESS. Au trimestre 4 de 2022, des associations engagées dans la faisabilité de couches réutilisables et biodégradables ont été associées à la formation sur l'ESS. La gestion des menstrues des ado-jeunes handicapés a été intégrée au contenu initial de formation du projet. Selon les DDS, les interventions humanitaires à court terme ont inclus des problèmes interconnectés autour des VBG selon l'éclairage des crises antérieures et/ou l'appui de l'UNFPA. Les actions du projet sont intégrées dans la stratégie générale SR et les abus en situation de crise. L'intégration des services se ramifie à toutes les actions de la santé de la mère et de l'enfant. Pour tout service SR demandé, tout autre associé est exploré, davantage les interventions à haut impact (PF, PTME, IST/VIH, CPN, vaccination 0-11 mois...).

En milieu scolaire, l'UNFPA accompagne les structures publiques pour l'adoption de la parenté responsables par les parents (nombre d'enfants et ressources disponibles). Une démarche vise à inclure l'ESS dans la formation initiale des enseignants ; laquelle devra passer par la soumission au conseil de l'éducation, puis l'aval du Ministre. Il y a des progrès sur le décryptage des cours par les enseignants pour capitaliser les compétences de vie. La réponse VBG est associée à l'ESS pour une efficacité inclusive. L'analyse des auteurs des grossesses en milieu scolaire est associée aux compétences de vie et au ciblage des ateliers d'artisans.

Cependant, tous les acteurs n'ont pas le même éclairage et la même expérience de la problématique de l'interconnectivité des problèmes dans la réponse humanitaire et du long terme dans l'action humanitaire à court terme. L'ONG Guerra, une DDS ont semblé plus en retrait que les autres. Certains acteurs ont déploré l'ajournement de la mise en place du dispositif minimum de crise par l'UNFPA dans les localités du projet touchées par le terrorisme. Cela compromet l'ESS à travers la recrudescence des VBG (surtout sexuelles).

Chapitre 5 : Conclusions

Le chapitre 5 propose en passage liminaire, les leçons apprises dans le cadre du projet SSRAJ et les conclusions résultant des constats sur les différentes hypothèses d'évaluation. Lesdites conclusions comprennent deux catégories : la première, stratégique, regroupe les conclusions sur les questions d'évaluation portant sur la coordination et la connectivité, la deuxième, opérationnelle, rassemble les conclusions relatives à la pertinence, l'efficience, l'efficacité et la durabilité du projet SSRAJ.

5.1 Leçons apprises

La mise en œuvre du projet SSRAJ (NLA71) a permis de tirer les leçons apprises suivantes :

1. Le déficit en matière d'action en profondeur sur les déterminants des résistances socioculturelles (intérêts sous-jacents des pratiques, maintien de certaines valeurs limitantes, influences des vulnérabilités...) compromet l'efficacité de l'information et de la promotion de comportements favorables à une bonne santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes aussi bien en milieu scolaire qu'extra-scolaire. D'où le déficit en changement radical ou stable...
2. L'apport en ressources externes (ex : personnels sanitaires externes aux effectifs du ministère de la santé, mobilisés par le projet, pour renforcer l'offre SSRAJ) peut permettre une efficacité ponctuelle aux systèmes sectoriels. Le vrai défi est de trouver des mécanismes stables, endogènes à une telle mobilisation de ressources en vue de résultats durables.
3. L'implication des entreprises locales à travers des niches économiques/commerciales existantes dans le domaine de l'action humanitaire et de développement, renforce l'accès pérenne aux produits nécessaires comme dans le cas des intrants de protection contre la COVID-19, aux interventions qui seraient autrement difficiles ou coûteux à mobiliser.
4. La flexibilité vis-à-vis des propositions alternatives durant la mise en œuvre venant des parties prenantes nationales améliore la prise en compte des changements situationnels et de dimensions pertinentes omises durant la conception initiale du projet.
5. Le déficit de la généralisation limite la protection de certaines catégories de filles. Ainsi, les abus sexuels contre les filles par les encadreurs ou le risque de tels abus tendent à migrer du milieu scolaire où la protection se systématisait vers le milieu extra-scolaire (cadre d'apprentissage ...) où elle est déficitaire.
6. Une expertise multisectorielle et basée sur l'inclusion sociale (vulnérabilité, marginalité) est nécessaire lors de la conception des interventions de l'ESS afin d'éviter l'omission de certains groupes sociaux, des outils, services et approches/stratégies spécifiques.
7. Compte tenu des lourdeurs des procédures et des limites de la réactivité administrative, le déficit de l'incitation/accompagnement/suivi de la part des partenaires au développement augmente le risque que des ressources endogènes mobilisées (lignes budgétaires consenties par l'État et les communes) ne soient pas mises à contribution dans l'action de développement.
8. Le leadership des personnes issues des groupes vulnérables/marginaux est possible tant que les mécanismes et moyens pour leur donner la capacité psychique (confiance en soi, autonomie, connaissances, savoir-être, compétences mentales (analyse, démonstration, counseling...) et opérationnelle (moyen de locomotion pour handicapé-e-s, outils adaptés...) sont déployés et assortis du suivi.
9. Le niveau perfectible d'intégration des approches genre et « Leave No One Behind », c'est-à-dire de ne laisser personne de côté, dans le projet, et les déficits en bonnes pratiques (faible disponibilité ou consultations limitée des supports de procédures opérationnelles standards, déficit de l'information de l'utilisateur pour le choix de contraception) et éthique/déontologie (déficit de l'application de la gratuité et autres approches adaptées la vulnérabilité dont le handicap) dans les sites de prestation ont défavorisé la couverture, la prise de décision et l'efficacité.
10. Quand le dispositif et le processus de gestion des crises sont en difficulté (faiblesse du niveau de préparation aux crises, les capacités de déployer la réponse de crise et d'organiser le rétablissement post-crise limités), les efforts et acquis de développement du projet sont loin d'être sécurisés.

5.2 Conclusions de niveau stratégique

Deux conclusions se dégagent au niveau stratégique, respectivement sur la coordination, et la connectivité. Elles portent sur les questions d'évaluation 10 et 11.

Conclusion 1 - QE10 (Coordination) : L'UNFPA a contribué aux mécanismes de coordination du projet au niveau national et départemental de manière traçable et satisfaisante avec participation et appui actifs en tant que membre contributeur aux dits mécanismes (Copil et Cotech). Cependant, quelques limites observées incluent le défaut d'une influence perceptible/efficace pour la résolution de la réticence à participer du leadership de la DSME par objection du leadership de la coordination, des dysfonctionnements de la régulation des difficultés du projet, dont les faiblesses de la maîtrise des contenus ESS par les apprenants, de la régularité des cours, de l'application de la gratuité, de l'optimisation de l'inclusion des vulnérables/défavorisés, etc.

Conclusion 2 - QE11 (Connectivité) : Les interventions du projet SSRAJ en synergie avec UNFPA Bénin et le 9^{ème} programme de pays ont eu un apport spécifique suffisant par rapport au développement des capacités nationales (Ministères d'exécution, ONG, OSC de jeunes et femmes, PPS, acteurs communautaires) de réponse et de rétablissement à la suite des crises. Cela a été facilité par les plans de contingence, les fonds pour la réponse, les kits de protection, la formation des acteurs et la mobilisation d'experts, d'équipements pour cours et communication virtuelle concernant l'ESS, la promotion de la production locale des matériels de protection COVID-19 et des serviettes hygiéniques, l'encadrement et le suivi-ajustement de la réponse aux crises et autres. Cependant, des améliorations sont nécessaires en termes de logistique (transport) de supervision pour la partie nationale (MASM, INIFRCF, DSME...), de réactivité avant déclaration officielle de crise. Par ailleurs, l'UNFPA a contribué à l'inclusion de la connectivité et du long terme concernant les activités humanitaires à court terme. Ainsi, Il y a eu l'appui à la promotion de la « parenté responsable », de l'ESS dans les programmes des écoles normales et à l'appropriation par les jeunes à travers leur responsabilisation dans l'exécution et leur renforcement en compétences de vie et hygiène menstruelle. L'appui a aussi porté sur le soutien pour la réponse multithématique et multisectorielle aux directions départementales du septentrion concernant la protection des filles contre les abus liés au terrorisme et le renforcement de l'offre intégrée à toute consultation SR. Il manque la capitalisation des cours en matière de compétences de vie et de vulnérabilité, puis l'introduction d'une intervention systémique pour le changement social, censé réduire la résistance culturelle persistante à l'information et aux services SSRAJ.

5.3 Conclusions de niveau opérationnel

Au niveau opérationnel, cinq conclusions découlent de la synthèse réalisée sur les questions d'évaluation 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9. Lesdites conclusions sont appariées ci-dessous aux questions d'évaluation concernées.

Conclusion 3 - QE1 (Pertinence envers les besoins des cibles) : La planification et la mise en œuvre des actions soutenues par le projet est quasi-suffisamment adaptée aux besoins des bénéficiaires jeunes de 10-24 ans et leur communauté, aux agendas de développement de l'UNFPA et du gouvernement. Les populations générales scolaire et extra-, ainsi que l'ensemble de la zone de projet, sont pris en compte dans la planification avec un paquet intégré d'interventions en matière d'information et services de SR. La prise en compte des populations vulnérables et marginalisées dont les personnes handicapées, démunies, nomades, déplacées, populations clés IST/VIH, présente un déficit en analyse et interventions spécifiques. L'accès universel des ado-jeunes aux services SSRAJ est envisagé, mais, sa planification et son organisation ne sont pas assez concluants. Le chiffrage (effectif cible 877000 dépasse la projection de l'INSAE). La rigueur et l'effectivité pour garantir le niveau de performance envisagé ont été partielles concernant les paramètres suivants avec des variations entre communes et PPS : (a) la détermination des cibles des produits du projet ; (b) la quantification des intrants, (c) la valeur inclusive du paquet d'activités (focalisation sur les déterminants profonds des résistances socioculturelles et la marginalité-vulnérabilité) et le chiffrage de leurs outputs ; (d) la mobilisation des différentes ressources nécessaires (produits IST/PF, ratios enseignants/élèves, personnel de santé/population, couverture en infrastructures dont les centres conviviaux et CPS, logistiques de transport aquatique et terrestre pour services, supervision, inclusion des handicapés) ; (e) la gestion des normes (référentiels de qualité) et le suivi.

Conclusion 4 - QE2 (Pertinence envers résultats attendus) et QE3 (Pertinence envers la situation initiale et les évolutions subséquentes) : Les interventions initiales prévues et l'action ont été relativement en adéquation par rapport aux changements liés aux besoins/priorités nationaux et communautaires et aux crises (COVID-19, terrorisme) et aux résultats attendus du projet. Les facteurs de succès incluent une analyse du processus de changement, et la clarté des liens de contribution thématiques et directionnels entre les paliers de la théorie de changement du projet (obstacles, interventions, produits, effets), des activités alternatives (communication et fourniture d'intrants pour la réponse au crise, dont les besoins SR émergents, éducation et services virtuels), l'arrimage à l'accélération béninoise de l'émergence, des actions interconnectées et cohérentes, et une offre ajustée (offre communautaire, cliniques mobiles). L'on note par ailleurs que les revues, les PTA et la prise en compte des chocs (crises Covid-19 ; russo-ukrainienne, terrorisme djihadiste) et sollicitations émergentes des PE ont facilité l'adaptation aux évolutions.

En milieu extra-scolaire et scolaire et dans les PPS, il y a des limites dans le potentiel de réduction et la résilience envers les obstacles à l'information et à l'offre de services. Il s'agit d'une part des déterminants socioculturels favorables aux pratiques néfastes et aux inégalités de genre (échelle des valeurs patriarcales, image sociale de soi, intérêts économiques, pressions sociales, vulnérabilité/pauvreté) qui mitigent l'engagement des enseignants, des leaders communautaires et des acteurs institutionnels (administrations, communes, ONG, parties prenantes). D'autre part, les limites systémiques en : disponibilité et gestion des différentes ressources ; capacités techniques, données et régulation de la mise en œuvre) et les contraintes du milieu (faible application des lois et règlements favorables à l'ESS), mitigent ledit potentiel. L'effet de ces limites a empiré avec les chocs COVID-19, terrorisme, guerre Russie-Ukraine. Le défi de la planification est de mieux calibrer les cours, la communication, le plaidoyer, les services SR et produits visés à la hauteur des cibles universelles d'effet-impact, à la préparation-exécution-promptitude de la réponse à la vulnérabilité et aux crises (dont l'appui aux micro-entreprises/débutantes et pratiques artisanales pour la production locale des intrants et la résilience).

Conclusion 5 - QE4 (Efficacité) : Les résultats prévus ont été suffisamment atteints. Le taux d'efficacité du projet SSRAJ sur l'ensemble des indicateurs suivis et par produit est quasi-suffisant (86,55%). Il y a 5 indicateurs non performants ($P \leq 80\%$). Le potentiel d'efficacité en fin de projet est élevé pour la majorité des indicateurs. Les cibles des six indicateurs de produit (IP) suivants par objectif spécifique (OS) du projet (cf. dictionnaire des codes, figure 11) paraissent sous-estimées : 1. (IP3-OS1 : 103%) ; 2. (IP6-OS2 : 213,7%) ; 3. (IP5-OS2 : 120%) ; 4 (IP11-OS3 : 118,2%) ; 5. (IP9-OS3 : 100%) et 6. (IP8-OS3 : 100%). Il y a là une forte probabilité de résultats excédentaires, absorbant des ressources qui font défaut à la performance d'autres indicateurs. Les interventions prévues n'ont pas toujours été suffisamment déployées afin d'atteindre le niveau de couverture attendu. Sur la composante des services du projet, le déploiement n'a pas été continu sur toute la période de mise en œuvre des activités, du fait de rupture de stocks, y compris artificielles, des coûts peu abordables (contraceptifs, condoms), de la COVID19 etc. La plupart des communes ont bénéficié en moyenne d'une année d'interventions dont Kouandé, Kandi, Gogounou, Abomey-Calavi, So-Ava... Globalement, les dysfonctionnements de la planification, de la mise en œuvre et de la régulation d'une part, ceux des flux de ressources dont les longs délais de décaissement et de contractualisation, le déficit de l'accompagnement des cellules communales pour une fonctionnalité complète, la non-exécution des provisions budgétaires communales pour la SSRAJ, la discontinuité du leadership (arrivée de nouveaux maires). Les obstacles à la réceptivité socioculturelle et l'impact des crises (Covid19, terrorisme...) ont affecté l'efficacité du projet.

Conclusion 6 - QE5 (Efficience des ressources humaines, matérielle et financières et QE6 (Efficience des ressources administratives) : Les ressources humaines, matérielles et financières ainsi que celles administratives/managériales, techniques, informationnelles, stratégiques et normatives mobilisées dans le cadre du projet ont quasi suffisamment contribué à l'atteinte des résultats. La mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières, des acteurs et dispositifs de coordination, des procédures et outils de gestion des pratiques et de la qualité a été substantielle et sensible jusqu'en périphérie. Les capacités nationales en ont été accrues. Cependant il y a eu des déficits/gaps en : ressources humaines et matérielles (variation du gap en RH de 2/5^{ème} à 3/5^{ème} par rapport à la norme nationale ; ratio enseignant/enseigné pour

l'ESS inférieur à la moyenne (1/42) en Afrique subsaharienne⁵³), engagement communautaire, utilisation des procédures opérationnelles standards, ratios d'encadrement des acteurs communautaires et bénéficiaires (ratio PT-PE/élèves est en dessous de la norme de santé communautaire nationale : 0,05/1200), complétude et harmonisation de la dispensation de l'ESS, ainsi que le flux des données. La non promptitude/régularité a affecté les décaissements, les supervisions et ajustements de l'action. La continuité des services et l'articulation entre les composantes information et services du projet ont été affecté.

Conclusion 7 - QE7 (Durabilité, capacités et mécanismes chez PE et bénéficiaires, QE8 (Durabilité des activités du projet) et QE9 (Durabilité du projet à travers les synergies et partenariats). L'UNFPA a quasi-suffisamment soutenu ses partenaires de mise en œuvre (Ministères, ONG, structures sanitaires, scolaires, sociales, groupes de jeunes) et les ado-jeunes 10-24 ans dans le développement de leurs capacités et l'établissement des mécanismes de durabilité, l'adaptation et l'extension des effets du projet. Le potentiel de continuité du projet en tenant compte des problèmes interconnectés est moyen. La coordination avec les partenaires internationaux et nationaux et d'autres acteurs de la SSRAJ a quasi suffisamment contribué à créer des synergies et des partenariats. Parmi les **facteurs de succès** l'on note que les capacités nationales (professionnelles, matérielles dont les TIC, managériales, didactiques et communicationnelles) ont été renforcées ; la conscientisation et les pratiques saines ont été promues chez les bénéficiaires. L'engagement des parties prenantes, les synergies, partenariats et dispositifs de coordination sont notables. Des cadres de concertation créés fonctionnent aux différents niveaux. La collaboration, des mécanismes de référence et d'encadrement intra et inter-secteurs impliquent les différents acteurs et PPS. Le projet est en synergie avec d'autres projets du 9^e programme et en dehors (Cordaid Jeune S3, SWEDD, Consortium SRAJ...)

Les **facteurs d'échec** résident dans les points ci-après (i) faible appropriation de l'ESS par les prestataires institutionnels, parents et communautaires (ii) absence de recyclage et de restitution des formations aux collègues non formés (iii) absence d'activités de renforcement des capacités des acteurs communautaires en mobilisation de ressources ; (iv) déficit en financements en institutions et communauté ; (v) faible acceptation de l'encrege institutionnel de l'ESS par le leadership de la DSME), (vi) faible fonctionnalité de la collaboration et des mécanismes de référence (certains centres de santé ne recevant pas d'élèves envoyés par ou tel écoles) ; (vii) relative efficacité de la coordination quant à réguler le projet par la supervision et la flexibilité du financement (indicateurs saturés Vs ceux à la traîne, etc.) et (viii) faible articulation de l'interaction entre le niveau central et la périphérie (cas des réseaux religieux).

⁵³ Banque Mondiale 2013 ; Graphique: Combien d'étudiants par enseignant dans le monde ? (worldbank.org)

Chapitre 6 : Recommandations

Les conclusions dérivées du renseignement des questions d'évaluation ont abouti à sept recommandations.

6.1 Recommandations de niveau stratégique

Recommandation 1 sur la Conclusion 1 relative à la QE10 (Coordination) : L'UNFPA, en collaboration avec le Copil et le Cotech, les comités de coordination pour administratifs et communaux devra déployer une assistance technique visant à optimiser les capacités desdits mécanismes de coordination à réguler le projet SSRAJ et à rendre le milieu plus facilitant à travers :

(a) La mise en place d'un agenda d'optimisation des capacités et de l'efficacité des mécanismes de coordination. Il faudra entre autres : • Renforcer la supervision formative de la périphérie par les cadres des institutions de la coordination nationale en termes de fréquence et d'outils facilitant une exploration des constats et des suggestions inclusives de correction destinées aux prestataires sectoriels et à leurs hiérarchies ; • Renforcer le contrôle de l'effectivité/régularité et l'assurance de la qualité des composantes informations et services, dont les cours d'ESS et acquisitions des apprenants compris ; • Appuyer l'analyse des causes et la mise en place d'actions permettant de surmonter les obstacles à l'application des dispositions administratives et juridiques favorables au projet (mesures de gratuité et d'inclusion des groupes marginaux et vulnérables, ...) ; • Renforcer la préparation des assises des mécanismes de coordination au moyen d'un outil d'agrégation permettant l'inclusion systématique des problèmes et analyses documentés par les missions de supervision en vue de la prise de décision.

(b) La mise en place d'un agenda institutionnel de plaidoyer, de lobbying et de médiation pour faciliter le déblocage des dysfonctionnements du projet par les mécanismes de coordination. Cela inclura : • l'intégration les ministères en charge du plan et de la jeunesse dans le projet pour renforcer la mobilisation des jeunes et le passage à l'échelle des stratégies de promotion et de protection de la jeunesse, de production et de gestion des données en matière d'ESS ; • le suivi/incitation auprès du ministère (Santé) et des communes de la mise à disposition des provisions budgétaires dédiées à la SSRAJ ; • La concertation avec les Ministères en vue d'identifier des palliatifs durables aux gaps systémiques en ressources humaines, matérielles et couvertures géographique et démographique des PPS ; • une concertation pour garantir la participation du leadership de la DSME aux assises de la coordination du projet, au-delà de celle de ses cadres.

Recommandation 2 sur la Conclusion 2 relative à la QE11 (Connectivité) : Optimiser la valeur ajoutée de l'UNFPA et de ses interventions en matière de développement des capacités de préparation en vue des crises et de rétablissement ultérieur en mettant en place les mesures suivantes (y compris les dispositions 5 et 6 de la Recommandation 4 ci-après) :

(a) Renforcer les capacités de bénéficiaires en matière de compétences de vie et de réponse aux défis de la vulnérabilité, aux abus et aux déviances. Il s'agira d'augmenter la fréquence de la dispensation et de la supervision/inspection des contenus de cours d'ESS portant sur ces aspects ; d'ajuster la palette des compétences selon la diversité des menaces et défis et d'impliquer les prestataires de santé à travers des visites de partage en milieu scolaire pour plus d'efficacité ;

(b) Introduire une intervention systémique pour le changement social/réduction des résistances culturelles persistantes impliquant les Ministères sectoriels clés, les leaders coutumiers, jeunes, religieux, des villages et quartiers, basées sur l'analyse causale, les intérêts sous-jacents, les voies de sorties, un plan communautaire, l'accompagnement et le suivi in-situ.

6.2 Recommandations de niveau programmatique

Recommandation 3 sur la Conclusion 3 relative à la QE1 (Pertinence envers les besoins des cibles) : L'UNFPA, en collaboration avec ONUSIDA, UNICEF, le MASM et le MS, devrait renforcer les capacités de planification basée sur le LNOB et la Théorie du Changement par deux initiatives :

- a) Conduire, à travers des services de consultant(s), une analyse situationnelle spécifique portant sur l'ensemble des groupes vulnérables et marginalisés, dont les handicap-é-s, les communautés marginales, les populations clés IST/VIH, les personnes déplacées, les filles mères, les analphabètes... Des services de consultants sont envisageables. L'analyse conduira à la planification d'actions pour réduire les barrières spécifiques et augmenter la participation desdits groupes. Il s'agira d'optimiser le développement et la vulgarisation d'outils de communication spécifique, l'intervention en milieu marginalisé, l'appui en technologie et logistique compensant les handicaps et couvrant les besoins spécifiques, la protection de la dignité de la personne et le développement de l'estime de soi. Des indicateurs spécifiques faciliteront le suivi ;
- b) Renforcer le réalisme et la rationalisation de la détermination des cibles de performance et de leur faisabilité en introduisant en phase de conception un quizz de revue de l'adéquation et l'approche de rétro-planification des interventions et investissements nécessaires à l'atteinte des cibles de performance fixées.

Recommandation 4 sur la Conclusion 4 relative à la QE2 (Pertinence envers les résultats attendus) et sur la QE3 (Pertinence envers la situation initiale et les évolutions subséquentes) : L'UNFPA devra baser la planification sur une analyse alignant, en qualité et quantité, le potentiel de transformation des actions avec la nature, l'ampleur et la profondeur des obstacles, humains, systémiques et environnementaux. Le suivi de la complétude et de la qualité de l'exécution doit être renforcé. L'effort sera focalisé sur la réduction des obstacles sociaux, systémiques et du milieu.

Les actions suivantes concourront à optimiser le potentiel de réduction des obstacles socioculturels, systémiques et du milieu dans la planification et la mise en œuvre :

1. Mettre en place un processus intégré de changement social visant les résistances socioculturelles.
2. Renforcement de la GAR à tous les niveaux de la pyramide du projet et de sa régulation.
3. Mettre en place des innovations digitales, des POS et du suivi corrigeant les dysfonctionnements de la planification transversalement, au niveau de la théorie du changement du projet, de l'approvisionnement et de la gestion des données.
4. Formaliser et sécuriser le processus de gestion des ressources matérielles. En plus de l'applicabilité à tous les volets du projet, l'emphase sera mise sur la gestion des équipements d'ESS fournis aux établissements scolaires (déficit en : locaux d'installation et espace pour utilisation) et les équipements pour espaces conviviaux pour ado-jeunes dans les formations sanitaires (déficit en encadreur ; usage abimant précocement les équipements et matériels de communication).
5. Renforcer les capacités et élargir les sources de financement (renforcement des capacités et accompagnement).
6. Renforcer/systématiser le processus de réponse à la vulnérabilité/marginalité et aux défis du contexte sécuritaire dans les communes du projet du septentrion du Bénin, en synergie avec le programme de pays, sous la responsabilité et le leadership du Bureau pays. Cela passera par une planification, une surveillance et à une réponse spontanée favorables à la préservation des acquis et perspectives du projet. Une réunion sur la gestion de cette contingence et le suivi de ses dispositions est une approche à envisager. L'UNDSS et toute autre agence UN pertinente devrait être associée.

Recommandation 5 sur la Conclusion 5 relative à la QE4 (Efficacité) : L'UNFPA et les partenaires de mise en œuvre devraient suffisamment ajuster l'adéquation de la planification, la promptitude des procédures, les stratégies de réduction des résistances socioculturelles prendre en compte les contraintes liées aux obstacles programmatiques, systémiques et culturels. En vue de la qualité, de la complétude de la mise en œuvre et de l'efficacité, les mesures pertinentes incluront :

- (a) L'intensification des interventions en continu sur toute la période de mise en œuvre du projet pour plus d'efficacité ; (b) Une veille renforcée du projet par les instances de coordination assortie de décisions spontanées de réallocation des ressources en cas de performance excédentaire ou atteinte précoce pour tirer les autres indicateurs moins performants vers le haut ; (c) l'application de diverses dispositions prévues dans nombre d'autres recommandations dont : R4 sur la planification et la réduction des obstacles socioculturels ;

R7-efficience ; R1 en a) régulation... Davantage de précisions sur la dimension opérationnelle figurent en Annexe.

Recommandation 6 sur la Conclusion 6 relative à la QE5 (Efficience des ressources humaines, matérielle et financières) et la QE6 - Efficience des ressources administratives) : L'UNFPA et l'INIFRCF

devraient réaliser les 4 actions correctrices suivantes pour une efficience satisfaisante du projet SSRAJ :

(a) Élaborer de manière participative (PTFs, Public, Privé, communautaires) et promouvoir par voie de plaidoyer auprès des décideurs un plan gagnant-gagnant d'optimisation des ressources humaines dans la zone de projet. Le plan comprendra des mécanismes de compensation des déficits en ressources humaines

(b) Mettre en place un mécanisme fixe à période bloquée (1 mois chrono d'activité intense en ateliers de conception-validation-signature-décaissement) de processus de PTA-Décaissement, applicable à la procédure générale de planification de l'UNFPA Bénin pour surmonter les lenteurs et retards contraignant la mise en œuvre, toutes initiatives comprises, dont le projet SSRAJ.

(c) Renforcer les dispositifs de passerelles entre les systèmes éducatif, social et sanitaire (référence, formation commune sur les interfaces de collaboration, communication et rencontres régulières entre acteurs à tous les niveaux)

(d) Actualiser les outils de mise en œuvre de l'ESS et formaliser les procédures y relatives de manière participative avec les communautés.

Recommandation 7 sur la Conclusion 7 relative à la QE7 (Durabilité via capacités et mécanismes chez PE et bénéficiaires) ; sur la QE8 (Durabilité des activités du projet) et sur la QE9 - Durabilité des effets : L'UNFPA devrait :

(1) Renforcer :

(a) *La participation communautaire*, y compris les parents, pour avancer le dialogue des générations à travers un suivi de la circulation de l'information du sommet des réseaux religieux vers la communauté, des causeries avec les parents tenus par des équipes PPS + animateurs d'ONG/associations + Réseaux religieux/traditionnels et les visites communautaires des officiels en supervision.

(b) *La formation continue des acteurs* : en assurant une couverture plus exhaustive (tous les enseignants), une régularité conventionnelle pour les prestataires, une phase systématique de restitution par les formés auprès des collègues non formés, l'inclusion des compétences de mobilisation des ressources (ONG, démembrements de l'État) avec focus sur l'équipement entre autres, puis des messages sur la procédure de référence vers les différents types de points de prestations de services (surtout acteurs communautaires et leurs activités d'information des populations).

(c) *L'entretien/maintenance et le renouvellement des matériels et outils de sensibilisation* à travers la mise en place des plans de maintenance et d'amortissement soutenus par des lignes budgétaires intégré à la planification des projets, programmes et plans stratégiques.

(d) *La collaboration et la synergie entre les acteurs*, en particulier les ONG/associations à travers une meilleure rationalisation de la répartition des activités entre acteurs de domaines de services communs, en tablant sur l'expertise et les avantages comparatifs.

(2) Appuyer des stratégies alternatives de communication, développement des capacités à travers :

(a) *La mise en place d'une stratégie d'appui aux structures sanitaires dans le coaching des acteurs communautaires vers l'intégration du corps des ASC* pour leur fidélisation.

(b) *La mise à contribution intensive des réseaux sociaux au niveau des groupes de jeunes* pour la communication pour le changement comportemental et social et l'inclusion de messages et scénarios sur le partage des connaissances et informations reçues avec les pairs absents et le dialogue intergénérationnel.

(c) *La mise en place d'une approche de renforcement de la coordination du projet* incluant : se référer aux dispositions (a) et (b) de la R1 ci-dessus.