

EVALUATION DU PROJET DE PROMOTION DE LA SANTE ET DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS (PSDSR) AU BÉNIN

RAPPORT FINAL

20 décembre 2021



Équipe :

David Winters (chef d'équipe)

Astrid Flénon

Frédéric Kintin

Winy Koster

Conseillère:

Wendy Janssens

Contenu

Remerciements	1
Résumé exécutif.....	2
Acronymes	5
1. INTRODUCTION.....	6
1.1 L'évaluation.....	6
1.2 Analyse de la problématique et des parties prenantes.....	6
1.3 Contenu des chapitres	8
2. METHODOLOGIE	9
2.1 Approche.....	9
2.2 Théorie de changement et le cadre logique d'évaluation.....	10
2.3 Les questions d'évaluation et les questions d'étude.....	10
2.4 Les sources d'informations	11
2.5 Les populations étudiées et outils de collecte de données primaires	12
2.6 Procédures d'échantillonnage et taille de l'échantillon	14
2.7 Collecte de données.....	16
2.8 Traitement et analyse des données.....	17
2.9 Questions d'éthique.....	19
2.10 Limites de l'étude.....	19
3. REPONSES AUX QUESTIONS D'ÉVALUATION	21
3.1 Question d'évaluation 1 : Alignement	21
3.2 Question d'évaluation 2 : L'éducation à la santé sexuelle et les services de santé	24
3.3 Question d'Évaluation 3 : Choix et comportements.....	30
3.4 Question d'évaluation 4 : Genre.....	38
3.5 Question d'évaluation 5 : Participation communautaire	43
3.6 Question d'Évaluation 6 : Gestion et efficience	47
3.7 Question d'Évaluation 7 : Synergie	52
3.8 Question d'Évaluation 8 : COVID-19	54
4. ANALYSE DE LA THEORIE DU CHANGEMENT SELON LE CADRE LOGIQUE DE LA PSDSR	56
5. CONCLUSIONS GLOBALES	64
5.1 Conclusions programmatiques globales sur des sujets spécifiques.....	64
5.2 Conclusions globales sur les critères CAD de l'OCDE.....	68
6. RECOMMANDATIONS	71
6.1 Recommandations pour la conception et la gestion du programme.....	71
6.2 Recommandations pour les activités et approches du programme	72
REFERENCES.....	74

Annexe 1 : Questions d'étude par question d'évaluation, et résultats (intermédiaires)	75
Annexe 2 : Enquête avec les jeunes (<i>en papier</i>)	78
Annexe 3 : Questions pour les entretiens approfondis, par question d'évaluation, avec catégorie de répondants	82
Annexe 4 : Noms des répondants dans les entretiens approfondis.....	86
Annexe 5 : Tableaux enquête KOBO parmi les jeunes.....	89

Remerciements

Cette étude évaluative de fin du projet PSDSR a été réalisée grâce aux efforts consentis par diverses personnes physiques et morales à l'endroit de qui l'équipe des consultants adresse son mot de gratitude. Elle remercie particulièrement :

- Les participant/es aux entretiens exploratoires qui ont fourni des informations pertinentes qui ont conduit à l'amélioration des outils de collecte et à l'identification du profil des participant/es aux entretiens approfondis ;
- Les participant/es aux entretiens approfondis qui n'ont ménagé aucun effort à livrer les informations qui ont permis de déterminer les trouvailles et les faits ;
- Les adolescent/es et jeunes qui ont volontairement et librement accepté de participer aux sessions participatives et qui ont partagé avec enthousiasme leurs expériences faites ces 3 dernières années avec les différents groupes constitués de la PSDSR ;
- Les membres des ONG locales et les représentantes locales des membres de consortium, en particulier Géraud Sourou Houndjo de SIA N'SON, René Akpo de AERAMS, Alimatou Chabi Yerima de CARE, et Diane Dossa d'ABPF, qui ont facilité les rendez-vous des entretiens approfondis, mobilisé les jeunes et organisé les sessions participatives ;
- Les assistants de recherche qui par une bonne appropriation de la méthodologie de collecte ont mis à la disposition de l'équipe, une bonne base de données qualitatives et quantitatives auprès des adolescents et jeunes : Audrey Sèmèvo Eunice Amoussou, Rosine Bodjrènou, Mireille Flénon, Odile Sacla, Brigitte Sènouvou, Babatundé Trésor Batcho, Olatoundji Eusèbe Challa, Gbètoho Fortuné Gankpé, Jean Hounsa, Koffi N'tcha ;
- Les autorités politico-administratives pour avoir donné les avis nécessaires au bon déroulement de la mission sur le terrain ;
- L'ambassade néerlandaise qui a financé les opérations d'évaluation de ce programme et accompagné les consultants dans sa réalisation ;
- Le comité de suivi d'évaluation qui a donné leurs commentaires constructifs pendant la présentation des résultats préliminaires à Cotonou, juste après le travail sur le terrain, et sur l'ébauche de ce rapport.

L'équipe d'évaluation

Résumé exécutif

Ce rapport présente une revue sommative de la mise en œuvre des activités du programme « Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs (PSDSR) » entre 2018 et 2021. La PSDSR est mis en œuvre dans 12 Zones Sanitaires par un consortium de trois ONG qui sont : l'Association Béninoise pour la Planification Familiale (ABPF), l'Association Béninoise pour le Marketing social et la Communication pour la Santé (ABMS) et CARE International Bénin/Togo. Le programme a eu pour objectif principal que les jeunes femmes et hommes du Bénin (âge 10-24) exercent leurs droits à la santé sexuelle et reproductive (SDSR) dans un environnement favorable.

Méthodologie

L'évaluation s'est articulée autour de huit questions d'évaluation qui ont guidé la collecte et l'analyse des données ainsi que la rédaction du rapport. Les huit questions ont compris également les critères d'évaluation du Comité d'Aide au Développement (CAD). Les questions d'évaluation (QE) visaient à déterminer si et comment le programme : (1) était aligné sur les programmes et la politique nationale du Bénin (QE1) ; (2) offrait une éducation sur la santé sexuelle (ESS) et soutenait des services de la santé sexuelle et reproductive (SSR) adaptés aux jeunes (QE2) ; (3) a pu modifier le comportement sexuel des jeunes pour avancer leur SSR (QE3); (4) était sensible au genre, droits, et aux violences basées sur le genre (VBG) (QE4); (5) faisait en sorte que l'environnement soutienne les SDSR des jeunes (QE5) ; (6) était efficace (QE6) ; (7) créait une synergie (QE7); et, (8) s'est adapté à la pandémie de Covid-19 (QE8).

L'évaluation a utilisé une approche théorique et a combiné des méthodes qualitatives et quantitatives pour la collecte et l'analyse des données, avec l'accent mis sur les méthodes qualitatives. Les données primaires ont été collectées au niveau central et dans trois communes (Copargo, Toviklin et Dassa) dans trois Zones Sanitaires (ZS) du 10 au 22 octobre 2021. Les méthodes de collecte de données étaient : i) Sessions participatives (25) auprès des de différents groupes de 10-12 jeunes qui ont participé à la PSDSR afin d'établir l'état de leur connaissance, attitudes, comportements, pouvoir décisionnel, et environnement avant et après la mise en œuvre de la PSDSR ; ii) enquête quantitative avec les 278 jeunes des sessions participatives et 70 jeunes femmes et hommes qui n'étaient pas impliqués ; iii) entretiens approfondis (64) avec 9 groupes de parties prenantes.

Trouvailles

QE1 : Le programme PSDSR est bien aligné sur la stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin (SSRAJ) 2018-2022.

QE2 : La PSDSR a augmenté la disponibilité de l'ESS pour les adolescents et jeunes (A&J) dans les écoles, dans les ateliers d'apprentissage et dans les communautés, utilisant des manuels développés, avec l'approche de dialogue. L'ESS fourni par PSDSR est de bonne qualité, mais la couverture, en termes de géographie et de nombre d'adolescents et jeunes impliqués, est faible. La PSDSR a renforcé les structures sanitaires publiques et les centres d'accueil pour les jeunes existants, en termes des prestations et la qualité des informations et des services adaptés aux jeunes. En dépit du fait que la PSDSR a étendu les services de santé aux villages isolés grâce à la clinique mobile, la couverture, en termes de géographie et fréquence, reste faible.

QE3 : Le programme a créé l'environnement favorable à l'accès à l'information, à l'offre de soins et aux services de SSR dans l'optique d'amener les A&J à faire volontairement et librement les choix sexuels et reproductifs qu'ils désirent. Les comportements des A&J impliqués dans la PSDSR ont changé : plus de jeunes se rendent au centre de santé pour bénéficier des services SSR, faire un test de dépistage du VIH, utiliser des méthodes de prévention du VIH, IST et des grossesses non désirées.

QE4 : La thématique de genre occupe une place centrale dans le programme et ses activités. Les communautés sont mieux outillées grâce aux sensibilisations et activités sur la nécessité de changement de comportement dans les rôles de genre, l'autonomisation de la femme, l'égalité et le respect des droits des filles/femmes et les violences basées sur le genre (VBG). Globalement, la PSDSR a permis d'améliorer les statistiques relatives aux VBG dans les zones d'intervention, les possibilités de prise en charge qui existent en cas de VBG et le

développement des activités génératrices de revenus efficaces pour autonomiser les femmes. En général, les filles ont en plus confiance en elles à la suite du passage de la PSDSR, notamment lorsqu'il s'agit de se défendre contre les VBG.

QE5 : La PSDSR a créé un environnement favorable dans les communautés pour soutenir la SDR des A&J par sensibilisation et la formation de différents individus et groupes de la communauté sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des A&J. Les activités ont comme résultats que les leaders et membres de la communauté comprennent mieux les perspectives et les soucis des jeunes et comment les soutenir au sujet de la SDR. Dans quelques ZS la PSDSR a impliqué les dirigeants locaux, les autorités et les prestataires de services pour créer des environnements favorables aux jeunes marginalisés, comme les LGBT+ ; les handicapés, et travailleurs de sexe.

QE6 : Le démarrage du programme a posé plusieurs défis. Au fur et mesure les ONG se sont habituées à travailler ensemble et connaître les exigences du manuel de procédure, elles ont pu rattraper le faible taux d'exécution connu au début de 2019. La compétence générale et la maturité institutionnelle de ces 3 ONG ont fait en sorte qu'elles pouvaient rattraper le temps perdu. En général, le programme a achevé ses produits attendus dans les limites du budget fourni et avec efficacité. Cependant, l'intelligence collective du comité de pilotage (c'est-à-dire que le comité comprend un énorme rassemblement d'expertise et connaissance nationales) n'a pas été suffisamment exploitée par la gestion.

QE7 : La synergie souhaitée au début du programme par les 3 ONG et les bailleurs de fonds n'était pas atteinte selon les répondants de cette évaluation. Cependant, au niveau de la ZS, il y avait parfois une forte participation d'un grand éventail d'organisations et individus dans la mise en œuvre des stratégies prévues, surtout celles qui ont visé le dialogue et l'implication de la communauté.

QE8 : La mise en place de stratégies d'adaptation efficaces aussi bien dans l'exécution budgétaire que dans la planification et la mise en œuvre des activités sur le terrain a permis à la PSDSR d'adresser l'impact de la pandémie. Le morcellement des groupes combiné au respect strict des gestes barrières a pu assurer une certaine continuité des activités. L'introduction des activités de SDR en ligne est une approche prometteuse qui a des chances de pérennisation.

Conclusions

Le programme PSDSR a atteint un grand nombre de ses objectifs en termes de nombre de jeunes ayant bénéficié de l'ESS. Il y a eu un très bon engagement multipartite qui, en soi, a bien communiqué les principes fondamentaux de la SSR. Cette évaluation a trouvé des tendances positives dans l'atteinte des résultats intermédiaires, de résultats et d'impact dans les trois communes et zones sanitaires couvertes par l'évaluation. Cependant, l'évaluation ne peut pas conclure si ces tendances positives comptent pour toutes les communes où la PSDSR opère. La PSDSR travaille dans 12 des 34 Zones Sanitaires. Dans une ZS PSDSR ne couvre pas toutes les communes et dans une commune pas tous arrondissements. Bien que le programme ait été fructueux dans les communautés où la PSDSR est opérationnel, la couverture géographique du programme est faible, vis-à-vis de la demande des A&J et leurs communautés pour ses prestations.

Les critères CAD

Pertinence : Les interventions mises en œuvre dans la PSDSR étaient pertinentes car elles répondaient parfaitement aux besoins prioritaires des A&J et étaient alignées sur la politique de SRAJ 2018-2022. L'éducation et les sensibilisations sur la SDR sont pertinentes car les jeunes et les communautés ont très peu de connaissances sur la SDR.

Cohérence : L'ensemble des activités étaient bien planifiées aux niveaux du siège ainsi que départemental/ et zone sanitaire. La PSDSR a une grande cohérence en termes de travail avec toutes les parties prenantes impliquées et travaillant sur la SDR des A&J dans une commune.

Durabilité : Les lois et programmes nationaux (contre la VBG et le mariage des enfants, sur la gratuité des services de SSR pour les jeunes, sur l'intégration de l'égalité des sexes dans les programmes scolaires) facilitent la durabilité des résultats de la PSDSR et sa poursuite.

Efficience : En générale, le programme était bien organisé du siège jusqu'aux ZS ; Les systèmes de finance électronique offline et online étaient assez robustes et adéquats pour la gestion des finances. Les lignes de communications entre siège et les coordinateurs/trices étaient assez réguliers et forts pour repérer et éviter le gaspillage de ressources pour raisons de mauvais planning ou de redondances d'activités. Cependant, les lourdes procédures administratives ont créé un programme moins efficient.

Efficacité : La PSDSR a largement atteint ses objectifs intermédiaires et objectifs généraux. L'environnement dans les zones d'intervention avait changé grâce aux activités du programme PSDSR, en termes de changement d'attitude et de comportement de la communauté à laquelle appartient les A&J, d'amélioration des services, et d'existence et d'application des lois.

Recommandations

Au niveau de la conception et la gestion du programme Il serait important de prendre en compte les facteurs de durabilité dans l'élaboration de la prochaine phase du programme ; Identifier d'abord et puis exploiter après les synergies entre trois ONG très indépendantes ; Travailler avec un seul système de données et d'évaluation ; Viser une planification plutôt « Bottom-up » au lieu de « Top-Down » afin de mieux impliquer les jeunes dans le développement du projet; Être plus flexible dans les décaissements au niveau des ZS pour les participants des activités/formations.

Vis-à-vis des activités et des approches du programme, la recommandation générale est de garder ces mêmes approches et d'étendre la portée des activités car elles étaient efficaces dans les zones où la PSDSR a opéré au cours des 3 dernières années : Étendre la couverture de l'ESS pour les jeunes et s'aligner sur le programme ESS du gouvernement dans les écoles ; Intensifier les efforts pour que les services SSR soient adaptés aux jeunes dans un plus grand nombre de centres de santé publics ; Étendre la sensibilisation des communautés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des jeunes ; Continuer à mettre l'accent sur le genre et de combattre les VBG ; Faire davantage d'efforts pour atteindre les populations clés. Pour être en mesure d'atteindre une plus grande couverture, il devrait y avoir plus d'intégration et de collaboration avec les programmes gouvernementaux.

Acronymes

ABMS	Association Béninoise pour le Marketing social et la Communication pour la Santé
ABPF	Association Béninoise pour la Planification Familiale
AGR	Activité Génératrice de Revenu
A&J	Adolescents et Jeunes
CAD	Comité d'Aide au Développement
CARE	Cooperative for assistance and relief everywhere
CIPeC VBG	Centres Intégrés de Prise en Charge des violences basées sur le genre
CJAV	Centre de Jeunes Amour et Vie
CSE	Comité de Suivi d'Evaluation
CPS	Centre de Promotion Sociale
DSSR	Droits à la Santé Sexuelle et Reproductive
EA	Entretien Approfondi avec : J=Jeunes ; COM=leaders communautaires ; ENC=encadreurs ESS ; S=Personnel de Santé ; M=Ministères ; C=membres de consortium ; ONG=ONG partenaire locale ; Aut=Autorités locales ; AMB=Ambassade Pays Bas
EDS	Enquête Démographique et de la Santé
ESS	Education sur la Santé Sexuelle
GDPR	General Data Protection Regulation [Règlement général sur la protection des données]
INFRE	Institut National pour la Formation et la Recherche en Education
INIFRCF	Institut National d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
LGBTQ+	Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Queers (ou parfois « questioning ») et autres (+).
MAJ	Mouvement Actions des Jeunes (« un MAJ » c'est un jeune qui fait partie de ce mouvement)
MdJ	Ministère de Jeunesse
OC	Outcome [indicator]
OCI	Outcome Intermediaire [indicator]
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ONG	Organisations Non-Gouvernementales
OSC	Organisations de la Société Civile
PF	Planning Familial
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PSDSR	[Programme] Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs [au Bénin]
PTF	Partenaires techniques et financiers
QdE	Question d'Etude
QE	Question d'Evaluation
SDSR	Santé et Droits Sexuels et Reproductifs
SNSRAJ	Stratégie National sur la Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes
SP	Sessions Participative
SSRAJ	Santé Sexuel et Reproductif des Adolescents et Jeunes
TdC	Théorie de Changement
TdR	Termes de Référence
TS	Travailleuses de sexe
VBG	Violences basées sur le Genre
ZS	Zones Sanitaires

1. INTRODUCTION

1.1 L'évaluation

Le programme Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs (PSDSR) au Bénin est mis en œuvre par un consortium de trois ONG qui sont : l'Association Béninoise pour la Planification Familiale (ABPF), l'Association Béninoise pour le Marketing social et la Communication pour la Santé (ABMS) et CARE International Bénin/Togo. Il a pour objectif principal que les jeunes femmes et hommes du Bénin exercent leurs droits à la santé sexuelle et reproductive dans un environnement favorable. Les principaux groupes cibles sont les jeunes de la tranche d'âge de 15-24 ans, avec comme sous-groupes spécifiques : les travailleurs/travailleuses du sexe, les lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenre, Queers (ou « questioning ») et autres identités sexuelles (LGBTQ+) et les jeunes handicapés. Après trois ans de mise en œuvre (2018-2021), une évaluation a été commanditée afin de déterminer dans quelle mesure les objectifs et les résultats attendus ont été atteints, d'analyser les facteurs de facilitation et d'inhibition et de tirer des leçons pour un éventuel suivi du programme PSDSR et des programmes similaires.

L'évaluation s'est déroulée en cinq phases. La phase de conception s'est déroulée d'avril à juin 2021. Un rapport de démarrage (phase 2) a été soumis au Comité de Suivi d'Évaluation (CSE) le 25 juin et approuvé une semaine plus tard. Une proposition de projet plus détaillée a été soumise pour approbation éthique au comité d'Éthique de l'Université de Parakou le 7 juillet. Nous avons reçu l'approbation le 16 septembre (phase 3). La collecte des données primaires, l'analyse des données préliminaires et la présentation au Comité de Suivi d'Évaluation (CSE) ont eu lieu du 10 au 22 octobre au Bénin (Phase 4). La phase 5 a consisté en l'analyse des données et la rédaction du rapport.

Dans le paragraphe suivant, nous analysons les problèmes liés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des jeunes et décrivons comment les stratégies du programme PSDSR visent à résoudre ces problèmes.

1.2 Analyse de la problématique et des parties prenantes

Le Bénin, à l'instar des pays d'Afrique subsaharienne, connaît une forte croissance démographique avec un taux d'accroissement moyen annuel de 3,5%.¹ Cette croissance est caractérisée par une fécondité élevée avec en moyenne 5,7 enfants/femme.² Plusieurs facteurs expliquent cette forte fécondité. Il s'agit entre autres des us et coutumes, des besoins non satisfaits de contraception, des comportements sexuels à risques notamment chez les adolescents (10 à 19 ans) et jeunes (15 à 24 ans) (A&J).^{3,4,5} La population béninoise se caractérise aussi par une jeune population avec 65,5 % de moins de 25 ans. Les défis en matière de Santé et Droits Sexuels et Reproductifs (SDSR) au Bénin sont donc d'autant plus grands en raison de la jeunesse de la population. En effet, cette couche est marquée par des problèmes d'ordre social tels que : les rapports sexuels à risque et non sécurisés, la mortalité maternelle encore élevée, les avortements à risque et les IST/VIH.^{6,7} Le taux de mariage d'enfants (mariage avant l'âge de 18 ans) est de 31% parmi les filles, avec l'incidence la plus haute dans le Nord (Alibori : 54%). Les adolescents et jeunes de 15-24 ans sont particulièrement exposés aux violences sexuelles aussi bien en milieu communautaire, scolaire que professionnel. Le règlement des cas de violences basées sur le genre et la prise en charge des victimes sont souvent assurés par les services sociaux ou les centres de promotion sociale. Toutefois, il existe quelques centres dénommés Centres Intégrés de Prise en Charge des violences basées sur le genre (CIPeC VBG) qui assurent une prise en charge intégrée de ces victimes.⁸

Le Bénin a adhéré aux objectifs du développement durable, et notamment, les objectifs 4 à 7. Au regard de la situation que traverse le Bénin par rapport à la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive de ses jeunes, et malgré l'existence de documents d'engagement public vers une meilleure SDRS (Politique nationale en

matière de la SR ; Stratégie Nationale Multisectorielle de Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et Jeunes⁹ ; Politique nationale de riposte au VIH/sida chez les jeunes au Bénin), il ressort qu'il existe un besoin en assistance dans le domaine de la SDR à cause des problèmes financiers et de pénurie de matériel du gouvernement béninois. Une telle assistance a été fournie par le projet PSDSR qui achève trois années de mise en œuvre dans 12 zones sanitaires du Bénin. En effet, les besoins en SDR continuent de s'accroître avec la croissance démographique des adolescents et jeunes de 10 à 24 ans (soit 3.593.446 ou 32,1 % de la population du Bénin¹⁰) et la demande en termes de produits et services reste encore faible malgré les efforts par diverses organisations publiques et privées au Bénin. Aussi, le Bénin est un pays à revenu faible avec des défis en matière d'emploi des jeunes, la consommation de stupéfiants, la délinquance des jeunes, etc. qui sont des conséquences entre autres du manque de ressources ou de leur accès difficile pour faciliter la productivité chez les jeunes (terres agricoles fertiles, crédits etc.) et une difficulté à bénéficier pleinement du dividende démographique.

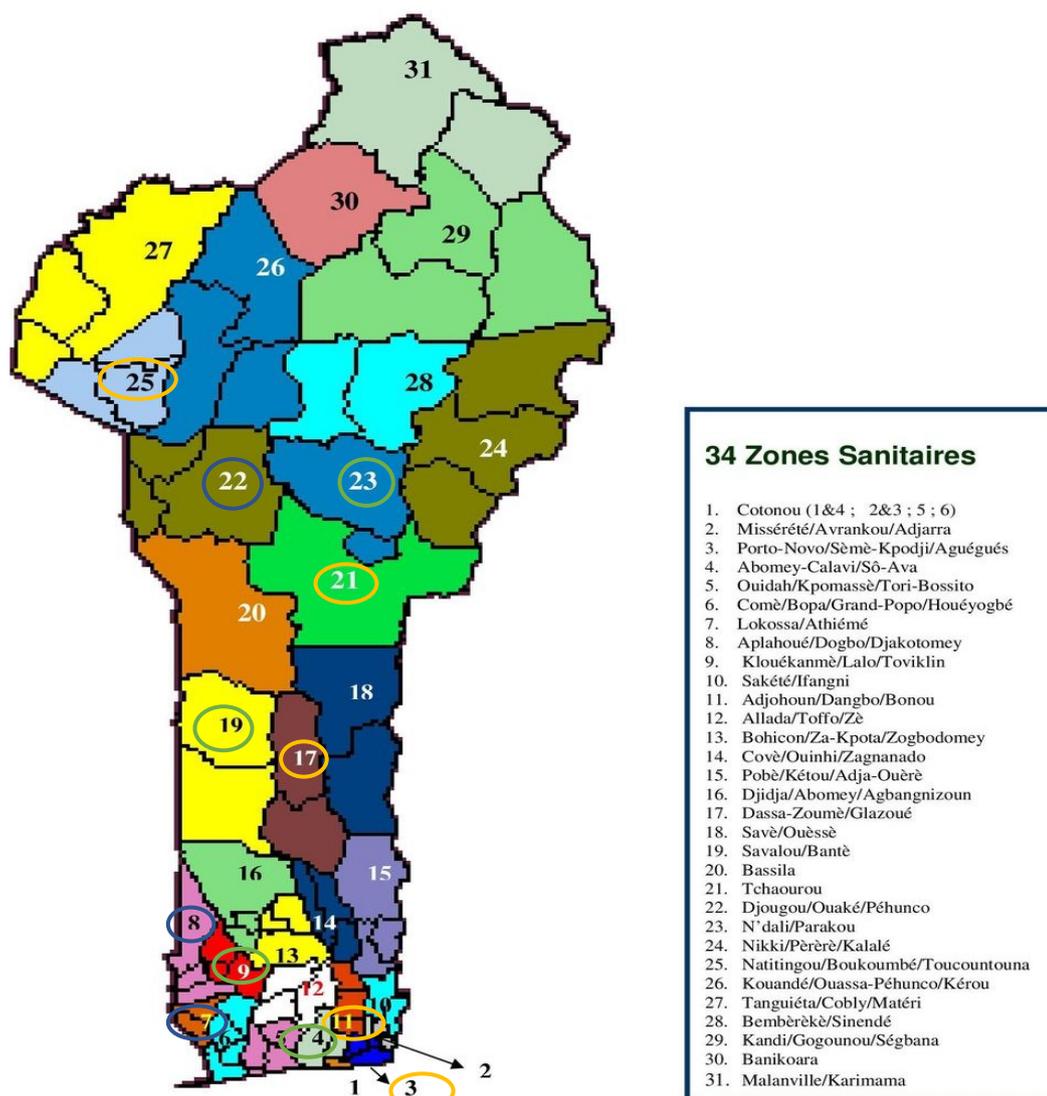
Dans les 12 zones d'intervention du projet, 40,8 % des jeunes sont des élèves /étudiants, 26,7% sont des artisans/apprentis et 32,5% ont d'autres occupations ou en chômage. Parmi les jeunes scolarisés, beaucoup font face à des défis en lien avec la poursuite effective de leur scolarité pour plusieurs raisons. Les grossesses non désirées, la déscolarisation due au mariage précoce et forcé et/ou la pauvreté sont également des facteurs qui empêchent les jeunes et les jeunes filles d'atteindre leurs rêves. Le taux net de scolarisation des filles de 12–19 ans varie de 11,6% dans la commune de Copargo à 44,9% dans celle de Covè et le rapport de dépendance économique des femmes varie de 1,6 à Ouinhi à 4,5 à Ouaké. L'accès aux informations et aux services de prévention et de la prise en charge en matière de SDR est déjà faible pour les jeunes en général, mais d'autant plus pour les jeunes défavorisés économiquement dans les milieux rural et extrascolaire.¹¹

L'analyse des causes profondes des défis pour les A&J révèle que les normes sociales et culturelles et les pratiques traditionnelles en matière de santé, de mariage et de santé sexuelle et de la reproduction constituent une pesanteur qui empêche que les jeunes jouissent de leurs droits à une bonne santé sexuelle et reproductive. Pour adresser ces défis, la PSDSR utilise plusieurs initiatives pour faciliter l'offre, le qualité et l'utilisation des services SDR à travers des activités d'éducation sur la santé sexuelle (ESS) auprès des jeunes scolaires et extrascolaires, des discussions entre les jeunes et les générations ascendantes (discussions intergénérationnelles) ; les séances pour lever les barrières sur les normes sociales qui entravent la pratique et l'utilisation des services et produits de la SDR. Plusieurs acteurs ont été associés à la résolution du problème à savoir les acteurs institutionnels tel que les responsables au niveau des ministères, les organisations non-gouvernementales partenaires de membres du consortium, et aussi les acteurs du terrain tels que les agents des services sociaux et de santé, les enseignants, les leaders traditionnels et religieux, les parents et les jeunes eux-mêmes (pairs).

Dans le cadre du consortium ABMS, ABPF et CARE Bénin/Togo, chacun des membres assume le lead dans des zones sanitaires définies.

ABMS couvre cinq ZS à savoir Porto-Novo-Aguégoués-Sémè-Kpodji (3) ; Adjohoun-Bonou-Dangbo (11) ; Tchaourou (21) ; Natitingou-Boucoumbé-Toucountouna (25) ; Dassa-Zounmè-Glazoué (17). Les quatre ZS qui reviennent à ABPF sont Klouékanmè-Toviklin-Lalo (9) ; Savalou-Bantè (19) ; Parakou-Ndali (23) et Abomey-Calavi-So Ava (4). L'organisation CARE Bénin/Togo couvre trois ZS à savoir Aplahoué-Dogbo-Djakotomey (8) ; Lokossa-Athiéme (7) et Djougou-Ouaké-Copargo (22).¹² Les numéros derrière les zones sanitaires correspondent aux numéros de la carte 1.

Carte 1 : Bénin avec zones sanitaires et couverture de PSDSR



Légende : Encerclé en bleu : lead CARE Bénin/Togo ; encerclé en vert : lead ABPF ; encerclé en jaune : lead ABMS

1.3 Contenu des chapitres

Le rapport se compose de 6 chapitres. Dans le chapitre 2, Méthodologie, nous expliquons notre approche d'évaluation, les questions d'évaluation, les populations étudiées, la collecte et l'analyse des données. Le chapitre 3 présente les résultats qui répondent aux 8 questions d'évaluation et aux questions d'étude qui les accompagnent. Dans le chapitre 4, nous examinons les résultats de la PSDSR à travers sa théorie du changement et son cadre logique révisés. Le chapitre 5 présente des conclusions générales sur le programme et des conclusions générales sur les critères du Comité d'Aide au Développement (CAD). Finalement, le chapitre 6 présente nos recommandations pour une deuxième phase du programme et/ou d'autres programmes similaires.

2. METHODOLOGIE

2.1 Approche

L'évaluation a utilisé une approche théorique et a combiné des méthodes qualitatives et quantitatives pour la collecte et l'analyse des données, avec l'accent mis sur les méthodes qualitatives principalement parce que l'évaluation est développée *ex-post*, et donc, il est difficile de construire un modèle d'évaluation d'impact rigoureux sans un contrefactuel adéquat.

Une analyse de contribution a été utilisée pour évaluer les liens de causalité entre les réalisations et les résultats du programme. Une triangulation des données a été appliquée pour garantir la fiabilité et la robustesse des résultats. L'évaluation a suivi une approche transparente et participative, impliquant diverses parties prenantes tout au long du processus d'évaluation. Cette approche a facilité une consultation active et approfondie et des contributions à la conception de l'exercice de la part des principales parties prenantes, un meilleur accès aux données et aux informations et une meilleure compréhension de celles-ci, ainsi que le développement de recommandations utiles et appropriées. L'évaluation a intégré le principe d'égalité des sexes et a garanti des principes clés tels que la participation, l'inclusion et l'autonomisation. La composition de l'équipe, les groupes de parties prenantes, les méthodes de collecte de données et l'approche analytique étaient tous conformes aux principes de l'égalité des sexes. Les données ont été ventilées, autant que possible, selon des critères pertinents : âge, sexe, vulnérabilité, etc. L'évaluation a veillé à ce que les perspectives, les points de vue et les voix des bénéficiaires du programme, c'est-à-dire les adolescents et les jeunes eux-mêmes, soient saisis. Au total, 357 jeunes ont été impliqués dans le processus d'évaluation.

L'évaluation s'est articulée autour de huit questions d'évaluation, qui ont guidé la collecte et l'analyse des données ainsi que la rédaction du rapport, et couvert les critères d'évaluations du CAD. Les questions étaient fondées sur une théorie-du-changement reconstruite émanant du document de projet PSDSR pour la période évaluée. Chaque question d'évaluation développait plusieurs questions d'étude et contenait plusieurs hypothèses et indicateurs spécifiques pour encadrer les questions et l'analyse.

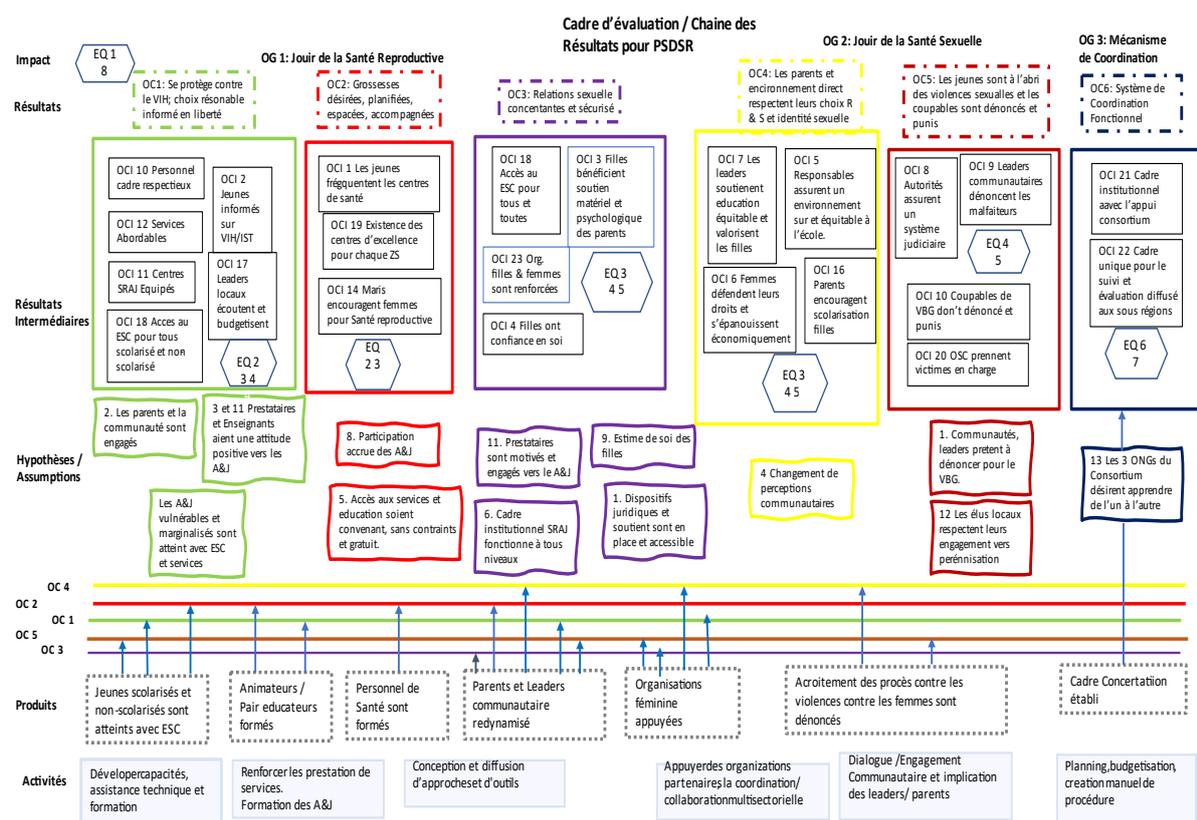
Les méthodes quantitatives comprenaient la compilation et l'analyse de données secondaires trouvées dans des rapports pertinents (par exemple, DHIS-2 et IATI), des données financières, des données d'indicateurs, et l'utilisation de statistiques descriptives pour quantifier et évaluer les résultats de l'enquête quantitative KOBO (voir 2.5). Les données quantitatives ont été utilisées pour évaluer les tendances des résultats du programme. Les méthodes qualitatives ont consisté en un examen des documents, des entretiens approfondis, des sessions participatives avec les jeunes bénéficiaires du programme et des observations d'équipe dans trois zones sanitaires. Ces méthodes qualitatives nous ont permis d'évaluer l'évolution de changement d'attitudes, de valeurs et de comportement que les A&J ont vécu à la suite de leur participation à la PSDSR ainsi que leurs points de vue sur les facteurs et les caractéristiques du programme qui leur ont accordé ou entravé ces changements. Les méthodes qualitatives d'analyse des données comprenaient l'analyse du contenu, les techniques de validation et la vérification des hypothèses par rapport à la théorie du changement. L'analyse de contribution a été utilisée pour évaluer les liens de causalité, et a impliqué le croisement de différentes sources de données et méthodes de collecte de données.

2.2 Théorie de changement et le cadre logique d'évaluation

La théorie du changement (TdC), tel qu'elle était exprimée dans le document de projet, désigne une liste de facteurs sociaux, économiques, culturels et politiques qui doivent être pris en compte avant que les jeunes filles et garçons réalisent leur plein potentiel en matière de droits sexuels et reproductifs.¹²

Pour les besoins de cette évaluation, la TdC a été adaptée et intégrée dans un cadre logique (aussi légèrement révisé) avec un nombre d'hypothèses plus restreint. Le nouveau diagramme retrace la chaîne des résultats depuis les activités et leurs produits jusqu'aux résultats intermédiaires et globaux (voir Figure 1). Le recadrage du cadre logique nous a aidé à montrer des « chemin de changement » plus évidents, c.-à-d., la chaîne d'interaction entre les produits, les hypothèses et les résultats. Il faut noter que cette évaluation a sélectionné un sous-ensemble des résultats intermédiaires (OCI) et des hypothèses pour deux raisons : (1) il y avait un nombre d'incohérences, de redondances et de chevauchements entre les OCI dans le document de projet que nous avons essayé d'atténuer ; et, (2) les entretiens exploratoires qui ont informé le rapport de démarrage de cette évaluation ont suggéré qu'il y avait une hiérarchie entre les résultats intermédiaires dont quelques-uns n'étaient pas considérés comme très importants ou étaient moins pertinents.

Figure 1 : Cadre logique d'évaluation, avec chaînes de résultats et hypothèses



2.3 Les questions d'évaluation et les questions d'étude

Dans une tentative vers la simplicité et la clarté, comme expliqué dans le rapport de démarrage¹⁴ pour l'évaluation nous avons redéfini les 21 questions d'évaluation dans le TdR¹³ en huit auxquelles ont été ajoutés les critères d'évaluation internationaux du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation de

Coopération et de Développement Economiques (OCDE).^{14,15} Le tableau 1 montre les 8 questions d'évaluation et leurs critères CAD.

Tableau 1. Les Huit Questions d'Évaluation

Questions d'évaluation PSDSR	Critères CAD
QE1. Dans quelle mesure et comment le programme de PSDSR est-il aligné et intégré sur les politiques, stratégies, approches et programmes nationaux du Bénin, / Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et les trois ONGs travaillant au Bénin, pour le développement de la SDRS des adolescents et jeunes (A&J) ?	Pertinence Durabilité Cohérence
QE2. Dans quelle mesure et comment est-ce que la PSDSR a contribué à renforcer la disponibilité de l'éducation à la santé sexuelle (ESS) et des services en SDRS intégrés pour les A&J ?	Pertinence, Durabilité
QE3. Dans quelles mesures est-ce que les participants A&J de la PSDSR ont-ils adopté les choix sexuels et reproductifs informés, libres, consentants et sécurisés ? (OC1, 2, 3) ?	Efficacité
QE4. Comment le concept de genre a été intégré et respecté dans la programmation et dans quelles mesures les approches de genre étaient-elles efficaces pour améliorer la SDRS des A&J ?	Efficacité, Durabilité
QE5. Dans quelle mesure est-ce que la PSDSR a impliqué la communauté et a contribué à renforcer la participation communautaire pour soutenir la SDRS et l'autonomisation des A&J, et en particulier les marginalisés et vulnérables (c.-à-d. les jeunes filles en dessous de 15 ans ; les LGBT+ ; les handicapés, etc.) ?	Efficacité, Durabilité Cohérence
QE6. Dans quelle mesure est-ce que le Consortium a-t-il utilisé les ressources du programme (humaines, financières, administratives) dans une manière efficiente afin d'atteindre les produits attendus ?	Efficacité
QE7. Dans quelle mesure est-ce que le travail en consortium a apporté une synergie et des innovations pour faire avancer les SDRS des A&J ?	Efficacité, Cohérence
QE8. Dans quelle mesure est-ce que la PSDSR a pu adresser l'impact de la pandémie Covid-19 et assurer une durabilité programmatique et financière ?	Efficacité Durabilité

Pour chaque question d'évaluation, nous avons formulé des questions d'étude qui avaient comme but de répondre aux questions d'évaluation d'une manière compréhensive. (Voir Annexe 1 pour les questions d'étude pour chaque question d'évaluation). Les questions d'étude cherchaient à trouver des informations en provenance de différentes populations étudiées et/ou de différentes sources d'information comme les documents de projet, les données quantitatives ou qualitatives. Par exemple : pour la question d'étude 2.4: *Quelle est la disponibilité des services SDRS amis d'A&J*, les données ont été collectées auprès des jeunes dans les sessions participatives et les entretiens approfondis avec les prestataires de santé.

2.4 Les sources d'informations

Les sources d'information pour répondre aux questions d'étude étaient des sources primaire et secondaire. Les sources d'information documentaires qui faisaient partie de l'analyse sont, parmi d'autres : la plateforme DHIS2 ; la plateforme IATI ; FNUAP ; les politiques et stratégies nationales sur les SDRS (des jeunes et adolescents) ; les documents et rapports de la PSDSR.

Les sources primaires ont été collectées au niveau central et dans trois communes de trois Zones sanitaires entre le 10 au 22 octobre 2021. Le comité de suivi de l'évaluation et les membres du consortium ont sélectionné ces trois zones sanitaires parmi les 12 zones sanitaires (ZS) couvertes par le programme comme représentatif des différentes zones économiques, socioculturelles et géographiques. Dans chaque ZS sélectionnée, une commune représentative a été choisie par le comité de suivi de l'évaluation en consultation avec les membres du consortium, selon, entre autres, des critères socioéconomiques, culturelles et de présence des 3 membres du consortium. (voir Tableau 2)

Tableau 2 : Zones Sanitaires et communes du programme PSDSR inclus dans l'évaluation

<i>Zone Sanitaire</i>	<i>Commune</i>	<i>Département</i>	<i>Zone Géographique</i>	<i>Organisation Lead</i>
Djougou-Ouaké-Copargo	Copargo	Donga	Nord	CARE
Klouékanmè-Toviklin-Lalo	Toviklin	Couffo	Sud	ABPF
Dassa-Glazoué	Dassa	Collines	Centre	ABMS

2.5 Les populations étudiées et outils de collecte de données primaires

1. Les populations étudiées étaient toutes les parties prenantes dans la PSDSR, dans les groupes suivants :
2. Les jeunes et adolescents – dans des groupes différents selon âge, genre, statut matrimonial, groupes clés, comme handicapés, travailleuses du sexe, LGBT+, jeunes d'âge 10-14 ;
3. Les leaders des jeunes des trois structures membres : Centre Amour & Vie (ABMS), Mouvement d'Action des Jeunes (ABPF), Clubs Scolaire et Extra-Scolaire (CARE) ;
4. Les chefs et personnels de centres de santé ;
5. Les encadreurs de l'éducation à la santé sexuelle (ESS) (dans l'école et en dehors de l'école) ;
6. Les leaders locaux, religieux et dignitaires traditionnels ;
7. L'ambassade des Pays-Bas – coordonnateur du programme et point focal SDSR ;
8. Les ministères au niveau national, départemental, et zone sanitaire : De la Santé ; Des Affaires Sociales et de la Microfinance ; Des Enseignements Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle (en particulier l'INIFRCF : Institut National d'Ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs) ;
9. Les membres de consortium ;
10. Les ONG partenaires dans les ZS qui mettent en œuvre le projet ;
11. Les autorités pertinentes dans les départements et zones sanitaires (préfecture ; mairie).

Sessions participatives auprès des jeunes

Nous avons utilisé une méthode engageante et participative auprès de différents groupes de jeunes afin d'établir l'état de leur connaissance, attitudes, comportements, pouvoir décisionnel, et environnement avant et après la mise en œuvre de la PSDSR. On a travaillé avec des animateurs qui ont facilité des groupes de 10 à 12 jeunes en choisissant un sujet (connaissances, comportement, etc.) et ils ont invité les A&J à se réfléchir sur les activités dont ils ont participé, et comment leur participation a changé leurs vies (y inclus leurs connaissances, comportements, etc.). Les facilitateurs inscrivent les réponses sur un tableau de papier (par sujet) pour que tout le monde puisse les voir. (voir, photos). Les produits (pour l'analyse) de ces sessions sont les lignes de temps, les tableaux de la situation avant-après et ce qui a conduit aux changements des attitudes, comportements, pratiques (et autres), et l'enregistrement audio des discussions. Pour ces sessions de groupe (avec 6-13 personnes), les jeunes âgés de 15 à 24 ans ont été sélectionnés sur la base de caractéristiques connues qui exercent une influence sur les connaissances et les pratiques SDSR, à savoir : le sexe, l'âge, l'état civil, la scolarité, l'appartenance à une population clé. Le total des participants dans les 25 sessions était 278, dont 153 femmes et 125 hommes. (Voir tableau 3). Les sessions ont duré environ 3 heures.

Tableau 3 : Nombres et types de groupe de jeunes (nombre total de participants)

<i>Groupes</i>	<i>Femme</i>	<i>Homme</i>	<i>Total</i>
Célibataires, scolarisés 15-17	1 (n=12)	1 (n=10)	2 (n=22)
Célibataires, scolarisés 18-24	1 (n=14)	1 (n=11)	2 (n=25)
Célibataires, scolarisés 15-24	2 (n=23)	2 (n=24)	4 (n=47)
Marié(e)s 15-24	3 (n=37)	3 (n=33)	6 (n=70)
Célibataire, non scolarisé 15-24	3 (n=36)	3 (n=32)	6 (n=68)
Populations clés			
Travailleuses du sexe	1 (n=13)	-	1 (n=13)
âge 10-14	1 (n=12)	1 (n=9)	2 (n=21)
handicap(e)s	1 (4 femmes et 2 hommes)		1 (n=6)
LGBT+	1 (2 femmes et 4 hommes)		1 (n=6)
TOTAL	153	125	25 (n=278)

Photos : Sessions participatives



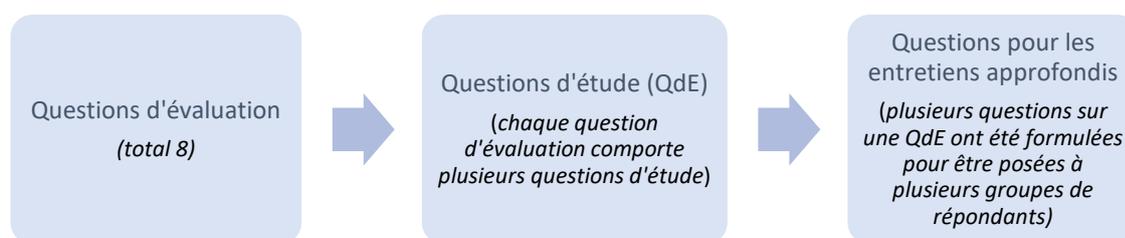
Enquête (KOBO) auprès des jeunes

Nous avons collecté quelques données quantitatives par le biais d'une courte enquête (max 5 minutes) auprès des jeunes lors de leur départ de la session participative. L'enquête a pu enregistrer les informations de base des participants (y compris les indicateurs démographiques et socio-économiques ; la participation au programme ; la grossesse et la procréation, l'utilisation de contraceptifs ; la prise de décision). Les assistants de recherche ont mené ces entretiens et ils ont enregistré les données à l'aide de l'outil « KOBO COLLECT » sur un téléphone portable. En plus des participants aux sessions, le questionnaire a également été administré à 70 jeunes (37 femmes, 33 hommes) qui n'avaient jamais participé dans les activités du programme PSDSR. (Voir enquête dans Annexe 2).

Entretiens approfondis

Pour les entretiens approfondis, nous avons développé des guides de questions ouvertes pour neuf groupes de répondants. Les entretiens étaient audio-enregistrés avec l'approbation des répondants. Les questions pour les entretiens approfondis ont été systématiquement formulées en fonction des questions d'évaluation et des questions de l'étude (voir figure 2). Le tableau de l'annexe 3 montre les questions qui ont été posées et, dans les colonnes 2-10, à quels groupes de répondants.

Figure 2. Élaboration de questions d'entretiens approfondis

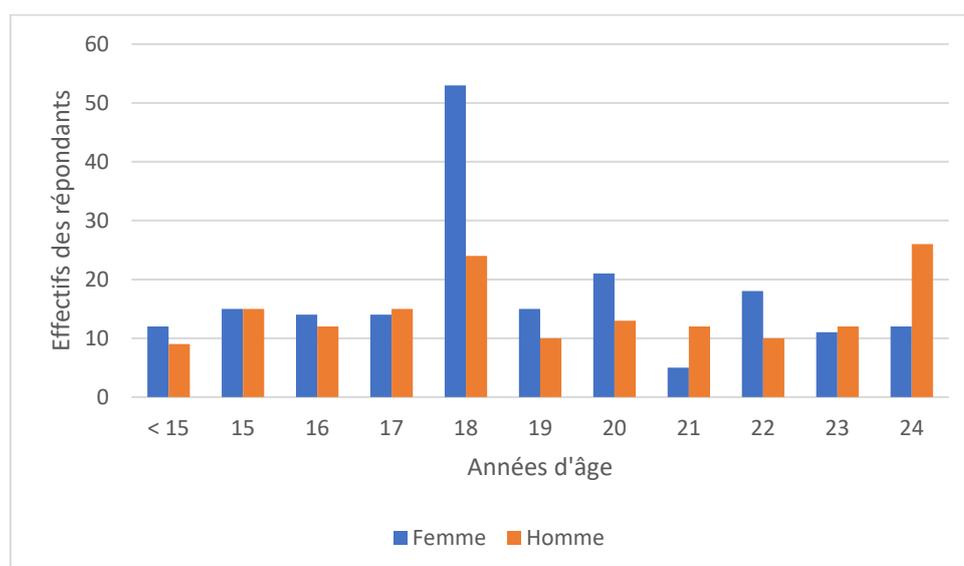


2.6 Procédures d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Les participants à l'étude étaient sélectionnés par un échantillonnage intentionnel à plusieurs degrés garantissant un échantillon représentatif. Pour les sessions de groupe, 10-12 jeunes / adolescents âgés de 15 à 24 ans (et deux groupes âgés de 10-14 ans) ont été repérés sur la base du sexe, de l'âge, de l'état civil, de la scolarité et de l'appartenance à une population clé. Les jeunes ont été contactés principalement à travers les ONG locales, les Centres Jeunes Amour & Vie (d'ABMS) et Mouvement d'Action des jeunes (d'ABPF). Les catalyseurs dans les collèges ont identifié les jeunes scolarisés ; et les présidents des artisans ont pu identifier les jeunes non-scolarisés. Comme mentionné auparavant, tous les participants aux sessions participatives ont répondu au questionnaire KOBO. D'autres répondants ont été sélectionnés en allant dans la rue, dans les marchés, écoles et ateliers d'apprentissage en leur demandant s'ils voulaient répondre à un court questionnaire. L'enquêteur vérifiait d'abord si la personne se situait dans la tranche d'âge des 15-24 ans et n'avait pas participé aux activités de la PSDSR. Ensuite, il expliquait l'objectif du questionnaire et demandait le consentement de la personne. Les personnes interrogées ont signé un formulaire de consentement.

La figure 3 montre la distribution des 348 participants à l'enquête quantitative selon l'âge et le sexe. Le pic d'âge des filles se situe autour de 18 ans tandis que les garçons présentent un pic à 18 ans et le second à 24 ans.

Figure 3 : Distribution des répondants au questionnaire, selon l'âge et le sexe (N=348)



Les tableaux 5.1 et 5.2 de l'annexe 5 et le tableau 4 ci-dessous montrent les caractéristiques générales des répondants à l'enquête, par répondant(e)s impliqué(e)s et non-impliqué(e)s dans le programme PSDSR.

Tableau 4 : Caractéristiques générales des répondants au questionnaire KOBO

	<i>PSDSR impliqué(e)s</i>		<i>PSDSR non-impliqué(e)s</i>	
	# obs	Moyenne / %	# obs	Moyenne / %
Panel A. Caractéristiques démographiques				
Age	278	19,0 ans	70	18,6 ans
Sexe (% Femme)	153	55,0	37	52,9
<i>Statut matrimonial :</i>				
- marié(e)	55	19,8	3	4,3
- concubinage	17	6,1	4	5,7
- célibataire	206	74,1	63	90,0
Panel B. Caractéristiques socio-économiques				
Actuellement scolarisé(e)	141	50,7	41	58,6
<i>Niveau de scolarisation le plus élevé :</i>				
- Pas d'école	28	10,1	7	10,0
- Primaire	45	16,2	12	17,1
- Secondaire 1er cycle	104	37,4	20	28,6
- Secondaire 2nd cycle	87	31,3	29	41,4
- Université	14	5,0	2	2,9
<i>Accès à suffisamment d'argent pour ses besoins fondamentaux :</i>				
- Oui, toujours	38	13,7	9	12,9
- Pas toujours	226	81,3	58	82,9
- Jamais	14	5,0	3	4,3

Les caractéristiques des deux groupes sont comparables, sauf en ce qui concerne l'état civil, où les répondants non impliqués sont relativement moins nombreux à être mariés ou en concubinage (10 %) que les impliqués (25.9 %). On compte 55,0 % de femmes pour le groupe des impliqués et 52,9 % pour les non-impliqué. L'âge au mariage était de 19,6 et 19,4 ans. L'âge moyen des participants est de 19,0 ans pour les A&J exposés aux interventions de PSDSR et de 18,6 ans pour les non exposés. Le niveau de scolarisation du primaire au supérieur était similaire dans les deux groupes et la grande majorité (81.3% et 82.9%) n'avait pas accès à suffisamment d'argent pour les besoins fondamentaux.

Les membres de consortium et les ONGs locales nous ont donné une liste des noms et des contacts des personnes à interviewer dans le cadre des entretiens approfondis au niveau national, départemental, zone sanitaire et commune. Le nombre de personnes par ZS variaient de 18 à 60 sur cette liste. En arrivant dans une zone sanitaire, l'équipe de consultants s'est assise avec l'ONG locale chargée de la mise en œuvre ou la représentation locale d'un membre du consortium afin de discuter de la sélection des personnes à interviewer en profondeur et s'assurer que tous les groupes de parties prenantes soient représentés. Cela signifie que dans certains cas, lorsqu'il y avait trop de noms dans une certaine catégorie de parties prenantes, nous avons dû sélectionner aléatoirement, dans d'autres cas, lorsqu'une catégorie n'était pas représentée, nous avons dû demander un nom à l'ONG locale. Nous avons ensuite planifié les entretiens pour les deux jours à venir, avec deux journées complètes par zone sanitaire. Au total on a eu 64 entretiens approfondis – environ 15-23 par ZS et 10 au niveau central (Voir tableau 5 ; les noms des répondants sont dans Annexe 4).

Tableau 5 : Nombre de répondants des entretiens approfondis, par catégorie, et par ZS

<i>Catégorie de répondants</i>	<i>Toviklin</i>	<i>Dassa</i>	<i>Copargo</i>	<i>Central</i>	<i>Total</i>
Leaders des jeunes	1	2	2		5
Personnel centre sante	1	1	2		4
Encadreurs ESS	2	2	2		6
Leaders locaux	1	2	2		5
Ambassade de Pays Bas				1	1
Ministères	7	4	11	2	22
Membres consortium	1		1	7	9
ONG partenaire	1	3	2		6
Autorités (maire, préfet)	2	1	1		4
TOTAL	16	15	23	10	64

2.7 Collecte de données

La collecte des données, du 10 au 22 octobre, a été assurée par les consultants d'une part et dix (10) assistant(e)s de recherche d'autre part. Les assistants de recherche ont collecté les données auprès des A&J dans les sessions participatives (en binômes) et dans l'enquête tandis que trois consultants ont collecté des données dans trois zones sanitaires et un consultant au niveau central. Dans 10 sessions participatives (sur 25), les interprètes ont dû aider aux traductions car les assistants de recherche ne maîtrisaient pas la langue locale (suffisamment).

Les assistants de recherche (5 hommes, 5 femmes), ont reçu, dans le respect des gestes barrières contre la Covid-19, une formation de cinq jour (4 au 8 octobre) sur : le programme PSDSR ; la technique et les aspects éthiques de la collecte de données auprès des adolescents/es et jeunes ; le contenu des outils ; la technique de la facilitation de sessions participatives ; l'utilisation de tablette pour la collecte des données par l'application « KOBOLLECT » ; la technique de transcription d'enregistrements audio ; contrôle de la qualité dans le terrain. Après trois jours de formation, nous avons prétesté les outils de collecte dans une localité qui n'appartenait à aucune commune des 3 zones sanitaires sélectionnées par l'évaluation proprement dite. Les assistants avaient

tous une expérience de la collecte de données qualitatives et quantitatives sur la SDSR, et étaient de niveau licence ou master.

Pour chaque ZS, l'équipe avait deux jours pour collecter les données, un demi-jour avant pour l'organisation et un demi-jour après pour la restitution des sessions participatives. Pendant que les sessions et les enquêtes avec les jeunes étaient en train d'être réalisées par les assistants de recherche, les consultants ont collecté d'autres données auprès des autres cibles présentes dans la localité. En outre, les consultants ont collecté des informations à partir des extraits de registres et outils d'ESS. Chaque jour, les assistants de recherche ont rédigé un rapport sur les principaux résultats de leur session, en suivant un canevas électronique dans lequel ils devaient copier les informations des tableaux manuscrits affichés élaborés pendant la session, faire un résumé des discussions et de leurs impressions – ceux-ci ont été utilisés dans les sessions de restitution. En général, la quasi-totalité des jeunes participant aux sessions de groupe étaient enthousiastes et prêts à partager leurs expériences, tout comme les personnes interrogées lors des entretiens approfondis.

La qualité des données était assurée par une chaîne de vérification incluant les assistants de recherche, et les consultants. Ces niveaux de contrôle ont pu permettre la qualité des données recueillies en assurant les ajustements nécessaires sur le terrain. L'application KOBACOLLECT nous a permis d'assurer en amont une partie de la qualité des données grâce aux techniques de contrôle de saisie intégré au questionnaire.

2.8 Traitement et analyse des données

A la fin de la période de collecte des données, et pendant que les deux consultants du Pays-Bas et de la Suisse étaient sur le terrain au Bénin, l'équipe d'évaluation a organisé une session de débriefing et de validation avec toutes les parties intéressées de la PSDSR au niveau national. La session a couvert une vue d'ensemble des leçons apprises pendant la collecte de données et a cherché à obtenir la validation du groupe que ces leçons étaient effectivement pertinentes et appropriées pour le programme. Cette session était également une occasion importante pour l'équipe d'évaluation de recueillir les commentaires supplémentaires des principales parties prenantes concernant les leçons apprises.

Afin d'assembler toutes les données en provenance de multiples sources (documentaires et primaire), nous avons créé une matrice de données dans un fichier d'Excel, organisé par question d'évaluation (sur l'axe Y), et sur l'axe X on a créé des colonnes pour chaque source de donnée. Nous avons gardé le fichier sur une plateforme virtuelle (Outlook Teams) pour que nous puissions travailler dessus simultanément entre Afrique et Europe. Avec cette matrice on a pu trianguler les données plus facilement à travers des différentes sources de données et des populations étudiées.

Concernant les sessions participatives avec les groupes de jeunes, les rapports et les enregistrements audio (transcrits par les assistants) ont été analysés par les consultants, et un rapport a été fait par thème. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de Stata : (i) en comparant les résultats des participants à la PSDSR avec ceux des non-participants et (ii) en recalibrant les observations sur la base de caractéristiques démographiques clés (âge, sexe, éducation, statut marital, statu de revenu).

Pour valider la situation « avant » telle que rapportée ex-post par les participants, nous avons utilisé les stratégies suivantes de :

- Inclure un groupe de jeunes comme répondants d'enquête KOBO qui n'ont pas participé aux activités du programme ;
- Comparer avec les résultats de l'étude de base du programme PSDSR ¹⁶;
- Analyser la situation en provenance du document de projet.¹²

Afin de pouvoir répondre aux questions d'évaluation et déterminer dans quelle mesure la PSDSR a atteint ses objectifs intermédiaires et généraux, les données triangulées (quelle que soit la source, quantitatives ou qualitatives) ont servi comme une fondation de "preuves" ou "trouvailles". Pour qu'une trouvaille soit forte, solide et objective, elle doit être composée d'un minimum de trois sources de données de qualité. Afin de contrôler la pertinence et véracité des trouvailles, nous avons adopté une échelle en quatre points pour déterminer la puissance des preuves au niveau des résultats clés. Veuillez voir le tableau 6 ci-dessous à des fins d'illustration uniquement.

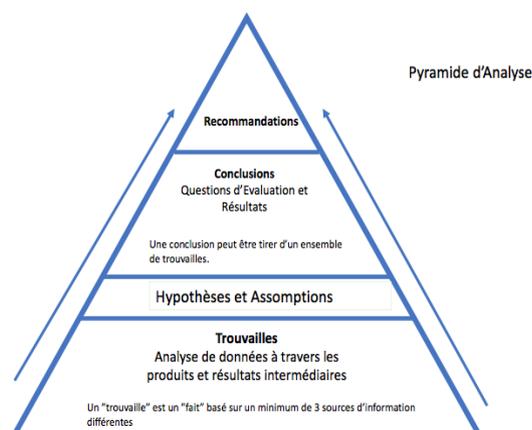
Tableau 6 : Puissance des preuves

Fait	Puissance Forte:	Le résultat est étayé par la majorité des données disponibles : la documentation est classée comme étant de haute qualité et les informateurs clés ont une base de consultation pertinente pour des questions spécifiques.
	Puissance Bonne:	Le résultat est étayé par certaines des données : une documentation classée comme étant de bonne qualité et par la majorité des informateurs clés.
Anecdote	Puissance Limitée:	Le résultat est étayé par certaines des données : une documentation classée comme étant de moyenne qualité et que par certains informateurs clés.
	Puissance Faible:	Le résultat est appuyé par quelques rapports / consultations seulement ; ou il existe des données contradictoires et/ou de mauvaise qualité.

Après que les données ont été triangulées, nous les avons comblées en « trouvailles ». De cette façon, nous avons obtenu la fondation sur laquelle l'évaluation peut analyser les « chemin de changement » dans la théorie de changement. L'évaluation en est ainsi arrivée aux conclusions et recommandations fondées sur l'évidence. Ces conclusions répondent aux questions d'évaluation ainsi que les résultats du programme. Cette méthodologie nous a permis d'arriver aux conclusions basées sur l'évidence qui prennent en compte les assumptions prévues au début du projet. (Voir figure 4)

Le but de l'utilisation des questions d'évaluation, des critères du CAD et d'un cadre logique construit sur une théorie du changement est de pouvoir raconter une histoire plus détaillée et intégrée sur les façons dont les différentes composantes du projet ont travaillé ensemble pour créer un effet au-delà de la valeur individuelle d'un produit et d'un résultat. Notre pyramide d'analyse nous a permis de repérer les leçons apprises qui se sont produites entre les différents volets du programme et de la manière dont cette interconnexion peut être améliorée dans le futur.

Figure 4 : Pyramide d'Analyse



2.9 Questions d'éthique

Le protocole de l'évaluation du projet PSDSR a été approuvé par le comité d'éthique CLERB-UP de l'Université de Parakou (REF : 04/CLERB-UP/P/SP/R/SA). Concernant les participants, seules les personnes qui ont donné leur accord, ont participé aux enquêtes, entretiens et sessions participatives sur le terrain. Elles ont eu la possibilité de renoncer ou d'interrompre à tout moment leur participation. La participation à cette évaluation était donc libre et volontaire.

À priori, les risques associés à cette évaluation étaient minimes. Les enquêteurs avertis des risques sociaux et psychologiques (gêne, embarras ou inconfort, impacts sur les relations sociales et familiales) ont abordé les questions sensibles avec tact, assurance et respect du droit des participants de se retirer de l'interview en tout temps ou de ne pas répondre aux questions qui les rendaient mal à l'aise. Les acteurs et parties prenantes auprès de qui la collecte de données était faite, ont été informés d'avance pour qu'il n'y ait pas d'obstacles à la réalisation. Avant de participer aux entretiens et sessions, tous les participants (enquêté(e)s, encadreurs et patron d'ateliers des jeunes de moins de 18 ans) ont premièrement reçu une explication sur l'évaluation à travers la note d'information développée pour chaque groupe de répondants ; et deuxièmement signé un formulaire de consentement ou d'assentiment. Les notes d'information ont été traduites et audio-enregistrées en langues locales. Les formulaires de consentement ont été archivés au bureau de CARE pour les besoins de contrôle du comité d'éthique.

La collecte, la gestion et le stockage des données quantitatives ont été conformes aux exigences du GDPR (General Data Protection Regulation - Règlement général sur la protection des données).¹⁷

2.10 Limites de l'étude

- Trois zones sanitaires sont-elles représentatives ? La réalisation de la mission dans 3 des 12 ZS couvertes par PSDSR pourrait être prise comme une limite importante à la généralisation des trouvailles, toutefois ceci devrait être relativisé puisque chacune des trois communes est représentative des réalités socioculturelles, économiques et sanitaires des régions nord, centre et sud du Bénin d'une part, et que chacune d'elles est sous le lead de chacune des 3 organisations membres du consortium. Par ailleurs, les entretiens approfondis que nous avons eus avec les acteurs du niveau central et la revue documentaire, ont permis de faire une photographie de la mise en œuvre de la PSDSR dans l'ensemble des 12 zones sanitaires.
- Problème de langue : On a dû faire appel parfois à un interprète lorsque les assistants de recherche animant les sessions participatives ne parlaient pas suffisamment bien la langue locale. La plupart des assistants de recherche parlaient plusieurs langues locales, mais pas toutes celles qui étaient nécessaires dans la ZS. Il est possible que la présence de tiers ait une certaine teinte sur la sincérité des réponses faites aux questions posées (mauvaise traduction, sensibilité à certaines questions), toutefois les interviewers ont pris le soin de faire de confirmer chaque fois que nécessaire, les traductions faites, conséquemment la durée d'organisation des sessions participatives a pris le double du temps prévu initialement.
- Absence de données de base solides : La base de référence existante (c.à.d. l'« étude de base » qui a été fait en 2019) n'est pas en fait comparable à 100 % en termes de géographie et d'autres caractéristiques. Deux systèmes (IATI et DHIS2) ont été utilisés mais aucun d'eux ne permet de calculer les indicateurs pertinents pour l'évaluation. Les statistiques et les rapports du consortium n'y étaient pas tous disponibles : leur exploitation ne fournissait donc pas une image exhaustive de ce qui a été fait.

- L'absence d'un groupe de comparaison pour évaluer quantitativement les effets du programme. Bien que les analyses bivariées et multivariées suggèrent fortement des effets positifs du programme, nous ne pouvons exclure que ceux-ci soient en partie dus à des différences inhérentes entre les participants et les non-participants à la PSDSR, comme leur volonté d'en savoir plus sur l'éducation sexuelle parce qu'ils sont plus intéressés ou engagés dans des activités sexuelles. Autrement dit, les résultats quantitatifs pourraient refléter en partie un effet de sélection.
- Non-disponibilité de certaines personnes pour des entretiens approfondis.
- Dans la ZS sélectionnée, un seul membre du consortium était actif pour la PSDSR - et non trois comme le prévoyaient les critères de sélection. On n'a pas pu observer la synergie.

3. REPONSES AUX QUESTIONS D'ÉVALUATION

Dans ce chapitre, nous présentons les réponses aux 8 questions d'évaluation (QE) et aux questions d'étude (QdE) qui les accompagnent, ainsi que les constats sur les indicateurs de résultats intermédiaires liés à chaque question d'étude.

Comme expliqué dans le chapitre sur la méthodologie, nous ne présentons que les résultats qui ont été confirmés par 3 sources de données (ou plus) : « les trouvailles ». Une trouvaille peut être constatée par une combinaison de ces trois constructions de données : i) la même réponse par 3 ou plusieurs catégories différentes de répondants dans les entretiens approfondis ; ii) un mélange de données provenant des entretiens approfondis, des sessions participatives et du questionnaire KOBO (au moins trois sources) ; ou bien, iii) tous les groupes ou la plupart des groupes dans les sessions participatives ont rapporté la même chose. Parfois, nous présentons ce que nous appelons des « anecdotes », lorsque nous n'avons pas pu combler un minimum de trois sources de données, mais c'est un indice ou une information que nous avons jugé intéressant pour le programme.

Les sources de données sont indiquées derrière chaque trouvaille comme tel : **EA** signifie entretiens approfondis, **J**=Jeunes ; **COM**=leaders communautaires ; **ENC**=encadreurs ESS ; **S**=Personnel de Santé ; **M**=Ministères ; **C**=membres de consortium ; **ONG**=ONG partenaire locale ; **Aut**=Autorités locales ; **AMB**=Ambassade Pays Bas. Les sessions participatives sont indiquées par **SP**. On a aussi exploité les rapports d'activités produits par les ONGs. Les données venant de la plateforme IATI comparent les statistiques entre 2018 et 2021. ¹⁸

Chaque section ci-dessous commence avec un résumé de la réponse sur les questions d'évaluation. Cela étant, il y a une présentation des trouvailles sur les questions d'étude.

3.1 Question d'évaluation 1 : Alignement

QE1 : Dans quelle mesure et comment le programme de PSDSR est-il aligné et intégré aux politiques, stratégies, approches et programmes nationaux du Bénin / Partenaires Techniques et Financiers travaillant au Bénin et les trois ONG du Consortium, pour le développement de la SDSR des adolescents et jeunes ?

Résumé de réponse : Le programme PSDSR, développé pour l'amélioration de l'état des droits et santé sexuels et reproductifs des A&J au Bénin, est aligné sur la stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin (SSRAJ) 2018-2022. Plusieurs stratégies et initiatives (écoles des maris modèles, dialogue en famille, lutte contre les IST/VIH, approche de changement de comportement, fourniture des méthodes contraceptives, clubs amour et vie, éducation par les pairs, implication des jeunes et des communautés, autonomisation des filles-mères, etc.) développées sont axées sur les besoins des A&J. Ces stratégies visent à faciliter aux bénéficiaires l'accès libre et volontaire à l'information et aux services en rapport avec l'éducation sur la santé sexuelle (ESS). La promotion de l'utilisation du planning familial (PF), la lutte contre les IST/VIH, les grossesses non désirées et les mariages forcés ainsi que l'accent porté sur l'éducation des filles et l'autonomisation financière en général des femmes sont la preuve de la prise en compte du dividende démographique dans le programme.

Trouvailles et anecdotes par question d'étude

Question d'étude 1.1: Quels sont les politiques, stratégies, plans et programmes nationaux du Bénin concernant SDR des A&J ?

1. Le programme PSDSR est aligné avec la stratégie nationale multisectorielle de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes (SNSRAJ) 2018-2022. Les stratégies du programme accompagnent les différentes initiatives nationales et des autres PTF en vue de la réduction des risques liés à la sexualité, la reproduction, au VIH ainsi que les violences basées sur le genre par l'accès aux services de santé adaptés aux adolescents et jeunes et la promotion de leur santé et de leur bien-être sexuel (document SSRAJ).
2. La SDR est un pilier important de la politique gouvernementale traduite à travers le document de SSRAJ et suivie à tous échelons de la pyramide sanitaire par les partenaires techniques et intéressés par la problématique de la santé et des droits sexuels des A&J (EA-M x 2).
3. Les approches visent à permettre aux jeunes de jouir de leurs droits sexuels et reproductifs à travers le renforcement de leur capacité et compétence, les actions de sensibilisation des parents et la promotion de l'apprentissage formel ou informel chez les A&J (EA-M x 2).
4. Au plan stratégique et programmatique, les défis de SDR sont : l'implication des A&J et des ressources clés de la communauté dans les activités, la bonne écoute, la fourniture de l'information et des services de l'ESS, la lutte contre VBG, la scolarisation et le maintien des filles à l'école ou dans les ateliers de formation, l'autonomisation des filles pour lutter contre la pauvreté et la dépendance financière et l'engagement de la société civile pour la levée des barrières culturelles qui sont à la base de l'iniquité du genre (EA -M x2, Amb)

Question d'étude 1.2: Quelles sont les priorités des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) travaillant au Bénin sur SDR des A&J ?

1. Les priorités des PTFs transparaissent clairement dans la Stratégie National sur la Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes (SNSRAJ) 2018-2022. Les approches développées visent à permettre aux A&J du Bénin de jouir de leurs droits sexuels et reproductifs dans un environnement facilitant (EA-M x2 : MdJ, INIFRCF).
2. Il s'agit de la fourniture de l'information sur l'ESS, la bonne écoute, l'implication des A&J dans les activités, la lutte contre les VBG, la scolarisation et le maintien à l'école ou dans les ateliers de formation des filles et l'autonomisation des filles pour lutter contre leur dépendance financière aux hommes. (EA Mx3 (Mdj, INIFRCF, DDASMF), -AMB)
3. Mise en place d'un cadre de concertation regroupant tous les acteurs qui interviennent pour le respect des droits et la santé sexuelle des A & J (EA-C, EA-Aut, M)
4. Les personnes enquêtées n'ont pas relevé de différence de priorités entre l'Etat béninois et les PTF parce que n'étant pas en mesure d'attribuer la distribution des priorités exclusivement à aucune des deux parties.

Question d'étude 1.3: Quels sont les principaux besoins SDR des A&J, selon les Ministères, et PTFs?

1. Accès à l'information et à la sensibilisation relativement à la sexualité, à la prévention des grossesses, à la prévention et la prise en charge des IST/VIH et à la connaissance des lois qui encadrent les droits sexuels et reproductifs. Les A&J ont besoin d'avoir de bonnes connaissances et compétences en matière des droits sexuels et reproductifs et du renforcement de leur pouvoir de décision (EA-J, ONG, EA-COM, EA-M,);
2. Accès facile (géographique, financier) aux services de PF/ IST/VIH et aux méthodes contraceptives pour éviter les IST et VIH/sida, les grossesses précoces, les avortements clandestins, les mariages précoces et la déscolarisation des filles pour fait de grossesse (EA – J, ENC)
3. Un cadre/ environnement convivial ou centre d'écoute des A&J dans lequel ils peuvent aller se faire prendre en charge en toute quiétude et avec la qualité requise. (EA-M x 2, ONG)

4. Protection des jeunes surtout les filles contre les violences basées sur le genre et les grossesses en milieu scolaire par la promotion de la scolarisation des filles, et l'autonomisation pour lutter contre la dépendance financière et /ou la satisfaction de leurs besoins à travers un engagement responsable des parents (EA – M, ENC).
5. Tous les jeunes y compris les populations clés doivent être rejoints où qu'ils se trouvent. Cependant, il y a un manque d'accord sur la prise en compte des besoins des LGBT à l'endroit de qui se note une résistance culturelle car beaucoup peinent à croire à leur existence réelle au Bénin. En dépit du consensus sur la libre expression des droits de ce groupe, deux des ONGs (ABMS, ABPF) du consortium ont su conduire des activités à leur profit (EA-Com, EA-C).

Question d'étude 1.4: Comment est-ce que le programme PSDSR a pris en compte le dividende démographique ?

1. La promotion de la PF est proposée au travers de plusieurs approches et stratégies aux couples jeunes afin de les amener volontairement à planifier le nombre d'enfants voulus et à assurer à chacun d'eux une bonne éducation (EA – Mx3) ;
2. Les interventions visant la lutte contre les VBG, les IST/VIH auront permis d'agir sur les causes de morbidité et de décès (EA – Mx3) ;
3. Par ces stratégies, PSDSR s'est attaqué aux problèmes qui se posent aux A&J et également aux grossesses non désirées avec leur cortège de conséquences : mariage précoce, déscolarisation, violence à l'égard de la femme (EA - M) ;
4. PSDSR renseigne aussi l'importance des fléaux sociaux (mariages et grossesses précoces, grossesses non désirées avec son cortège d'avortement) dont sont victimes les adolescents et jeunes et l'accès aux services de PF en même temps qu'il a agi sur les causes qui les engendrent afin de protéger les adolescents et jeunes (EA-M x2).

Question d'étude 1.5: Est-ce qu'il y a un outil ou dispositif étatique pour le monitoring et le reportage sur ce dividende démographique ?

1. Les services fournis aux A&J de 10-24 ans sont notés dans les registres primaires habituels des consultations (CPN, accouchement, PF, IST/ VIH, counseling, etc.) puis compilés par sexe et groupe d'âge, rapportés mensuellement sur la C15 et introduits par le CRAMS de la Zone sanitaire dans le système DHIS2 pour le monitoring (EA - M) ;
2. Deux systèmes IATI et DHIS2 renseignent les indicateurs des droits et de santé sexuels et reproductifs des A&J. Les données destinées au bailleur de fonds (système IATI) sont produites à partir de la fiche PSDSR tandis que pour alimenter le DHIS2 les mêmes formations sanitaires remplissent la fiche C15. Ainsi, deux supports sensés documenter les mêmes indicateurs SSR des A&J sont produits, ce qui apparaît comme une surcharge de travail aux yeux des agents de terrain, aussi l'utilisation du IATI paraît plus difficile que le DHIS2 (EA-ZS, EA-C) ;

Conclusions CAD QE1

Pertinence :

1. Les interventions mises en œuvre dans PSDSR répondent aux besoins prioritaires des A&J et sont alignées sur la politique de SRAJ 2018-2022. Les approches innovantes développées dans les communautés, les établissements d'enseignement et les ateliers d'apprentissage et les formations sanitaires à travers des clubs, des maris modèles, des dialogues Parent-Enfant ont permis de toucher un plus grand nombre des A&J des localités couvertes. Les formations données aux différents acteurs sont en adéquation avec la satisfaction des besoins des A&J.

2. Les A&J de 10-24 ans en milieux scolaire et extrascolaire, les populations clés notamment les TS, LGBT+ et handicapés constituent les bénéficiaires des interventions. Les droits et l'égalité du genre des ado et jeunes sont clairement pris en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la PSDSR.

Cohérence :

1. Il est cependant observé que la couverture de la zone sanitaire d'intervention n'est pas totale. En effet, si des changements ont été signalés dans les localités exposées aux interventions, il n'en demeure pas moins que les cas de VBG et de mariages précoces chez les A&J proviennent plus des localités éloignées du niveau central, donc non touchées par les interventions du projet.

Durabilité :

2. L'engagement politique affiché à travers les textes législatifs pris, le renforcement des capacités des acteurs à divers niveaux, l'approche participative de la communauté, des leaders religieux et la paire-éducation impliquant les A&J dans les activités auraient permis l'adoption des changements positifs au niveau des normes et construits sociaux relatifs à la promotion des droits et Santé sexuels des A&J.
3. L'emphase a été mise sur l'apprentissage des filles mères du milieu extrascolaire, cependant il a été souhaité un accompagnement à l'installation de celles-ci après l'apprentissage pour leur permettre de se construire financièrement.
4. La création et l'animation des structures d'accueil des ado et jeunes (SRAJ, Centre amour & vie, mouvement d'action des jeunes, etc.), la disponibilité et la gratuité des services SSR sont des facteurs pouvant garantir la pérennité pour peu que les mécanismes de suivi évaluation soient mis en place et rendus fonctionnels. Ces conditions étant remplies il restera aux A&J de relever le défi de l'utilisation dans le temps de ces structures.

Conclusions Programmatiques QE 1

1. L'alignement de la PSDSR avec les politiques et stratégies nationales en matière de SDR des ados & jeunes a bénéficié de l'implication plus large des acteurs à divers niveaux.
2. La promotion de la PF pour une vie sexuelle responsable et des stratégies de lutte contre les fléaux sociaux tels que les grossesses et mariages précoces, les VBG et la dépendance financière des femmes est la preuve de la prise en compte du dividende démographique dans le programme.
3. La PSDSR a contribué à créer un environnement favorable à l'accès équitable des jeunes à l'information sur l'ESS, aux soins de santé et aux méthodes contraceptives. Cependant le libre choix de l'orientation sexuelle n'est pas encore accepté dans les coutumes.

3.2 Question d'évaluation 2 : L'éducation à la santé sexuelle et les services de santé

QE2 : Dans quelle mesure et comment est-ce que la PSDSR a contribué à renforcer la disponibilité de l'éducation à la santé sexuelle (ESS) et des services SDR intégrés pour les A&J ?

Résumé de réponse : L'évaluation a trouvé que la PSDSR a augmenté la disponibilité de l'ESS pour les A&J dans les écoles, dans les ateliers d'apprentissage et dans les communautés. Selon les membres du consortium (dans leur ZS), la PSDSR a initié l'ESS pour les A&J en développant des modules, en renforçant l'ESS existante pour les A&J et en adaptant les modules existants. Le programme ESS gouvernemental dans les écoles n'avait pas encore commencé pendant la collecte de données, à l'exception d'une école où les encadreurs ont été formés pendant les vacances. Néanmoins, quelques sujets d'ESS étaient abordés à travers d'autres cours comme ceux de Sciences de la Vie et de la Terre et langues. L'ESS est de bonne qualité, mais la couverture, en termes de géographie et de nombre d'A&J, est faible. La PSDSR a renforcé les structures sanitaires publiques et les centres

d'accueil pour les jeunes existants (CIAV) en termes des prestations et la qualité des informations et des services adaptés aux jeunes. En dépit du fait que la PSDSR a étendu les services de santé aux villages isolés grâce à la clinique mobile, la couverture, en termes de géographie et fréquence, reste faible.

Trouvailles et anecdotes par question d'étude et évidence sur les résultats

Question d'étude 2.1 : Quel est la disponibilité de l'éducation sur la santé sexuelle (ESS) pour les différents groupes d'A&J, dispensé par la PSDSR ?

1. La PSDSR dispense l'ESS auprès des A&J dans tous les ZS. Les groupes cibles sont : des A&J marié(e)s et célibataires, hommes et femmes, dans différents groupes notamment : 1) les élèves de l'enseignement secondaire ; 2) les apprentis dans les ateliers d'apprentissage ; 3) les jeunes dans les communautés ; 4) les populations clés : personnes handicapées, LGBT+, pré-adolescents d'âge 10-14 ans, travailleurs du sexe. Les jeunes reçoivent l'ESS dans des groupes mixtes de filles et de garçons. (EA - J, ESC, C, M).
2. Les membres du consortium ont organisé l'enseignement de l'ESS parfois de différentes manières selon les éducateurs, le groupe cible, les modules et la fréquence. (EA - J, ESC, C, M, ONG ; SP). L'ESS est dispensé par les personnes suivantes :
 - Les pairs éducateurs (appelés « catalyseurs ») des clubs scolaires (mis en place par CARE) et dans les ateliers d'apprentissage. Les pairs éducateurs ont été formés et soutenus par des enseignants et des patrons d'ateliers formés par un ONG locale (CARE) ;
 - Les MAJ (mouvement action des jeunes) dans les écoles secondaires et les ateliers d'apprentissage dans la communauté sont soutenus par un jeune coach (ABPF) ; « *Les MAJ coordonnent avec le directeur et le surveillant de l'école le jour et l'heure où ils peuvent venir donner l'ESS. Depuis le niveau ministériel central, ils ont l'autorisation de travailler dans les écoles secondaires* ». (EA – ONG)
 - Les relais formés dans la communauté ; les coaches d'ABMS de Cotonou aux élèves de Clubs Amour et Vie existants dans des écoles sélectionnées ; les animateurs d'ONG locales aux jeunes dans les ateliers d'apprentissage et dans les populations clés comme : travailleurs de sexe, personnes avec handicap et LGBT+.
 - Les émissions de radio interactive étaient animées par des facilitateurs formés par PSDSR. (PSDSR a formé 10 points focaux radios partenaires sur ESS ; ils ont réalisé 120 émissions thématiques)
3. Dans les sessions ESS, des personnes ressources locales des centres de santé (CS), des services sociaux (Centre de Promotion Sociale - CPS) et de la police ont été invitées et formées par PSDSR. (EA - J, ESC, C, M, ONG ; SP)
4. Méthode d'enseignement. Le dialogue réflexif utilise une « boîte à images » (chaque thème a une image, une histoire, des questions et points pour discussions) ; CARE a développé cette « boîte à images » pour l'ESS (2019). ABMS et ABPF ont adapté leurs outils existants. Pour les adolescents 10-14 ans il y a un manuel ESS adapté à leur âge appelé : « *Comme Sarah, Miriam et Joe* ». (EA - J, ESC, C, M, ONG)
5. L'évaluation a trouvé que la PSDSR n'utilise pas le manuel ESS développé par l'INIFRCF (Institut National d'ingénierie de Formation et de Renforcement des Capacités des Formateurs) ; cependant, 24 écoles pilotes à travers le Bénin, ont commencé l'année scolaire 2021-2022 avec ce manuel. Les enseignants de ces écoles pilotes, où l'ESS devient un cours du programme scolaire, ont été formés sur le nouveau manuel pendant les vacances scolaires. Un enseignant formé sur le ce manuel d'ESS disait : « *Le manuel ESS du ministère est une bonne chose car il est officiel et il convainc les enseignants qui hésitaient à utiliser l'ESS pour les enfants, que les sujets relatifs aux [à la] SDRS sont importants. La « boîte à images » suscite des discussions plus animées - le manuel ESS du ministère donne plus de détails - ils sont donc complémentaires* ». Avant, c.-à-d. depuis 2018, le ministère de l'Éducation utilisait une approche « horizontale » ou « intégrée » dont le manuel d'ESS (développé par le ministère de l'Éducation) est

intégré à travers d'autres cours comme les langues et les Sciences de la Vie et de la Terre, sans formation spécifique pour les enseignants. (EA-ESC, ONG).

6. La couverture d'ESS dans les ZS est faible car, en raison de contraintes financières et de priorités programmatiques, (EA - J, S, M, C, ONG) :
 - Le nombre de participants aux clubs est limité (25 dans les clubs CARE) et seules quelques écoles et ateliers sont impliqués. Néanmoins, Les participants aux activités de PSDSR partagent les connaissances acquises avec leurs pairs, ce qui élargit la couverture (EA-J, S, SP).
 - Pas toutes les communes des ZS et tous les arrondissements sont couverts ;
 - Le nombre d'animateurs des ONG et des MAJ est trop faible pour atteindre tous les villages dans un arrondissement ; la portée du MAJ est limitée par le manque de transport ;
 - Pas tous les membres du consortium travaillent avec les populations clés dans la ZS.

OCI 18. Les A&J scolarisés et non-scolarisés bénéficient d'ESS curriculaire et extra curriculaire

1. L'ESS a considérablement amélioré les connaissances sur tous les aspects de la SDSR de tous les groupes d'A&J qui ont participé aux activités du programme PSDSR. Avant leur participation, les connaissances en matière de SDSR étaient très limitées, car la SDSR était un sujet tabou dont il ne fallait pas discuter avec les parents et d'autres adultes. Avant le programme, les A&J ne connaissaient pas leurs droits et ils n'avaient personne à qui poser des questions ou discuter de leurs problèmes, car ils considéraient que les services SDSR du CS étaient destinés aux personnes mariées. La plupart des jeunes impliqués ont maintenant des connaissances concernant : (prévention) de la grossesse et du VIH/sida, les VBG, le cycle menstruel et hygiène, les relations et les droits entre les sexes et les effets néfastes des avortements. (SP – voir Encadré 1).
2. Les leaders communautaires perçoivent un changement dans les connaissances et, par conséquent, le comportement des jeunes impliqués : les A&J « savent comment prévenir les grossesses non désirées, ne pas se marier à un jeune âge, ils savent que s'ils ont un problème, ils peuvent aller au CS » (EA-COM).
3. Un effet catalytique. Plus de A&J sont atteints par les programmes de PSDSR car les pairs éducateurs et les A&J qui participent aux sessions de l'ESS partagent leurs connaissances avec d'autres jeunes. (EA - J, ESC, ONG, S).
4. Le programme a formé de nombreux jeunes, plus que prévus :
 - Garçons scolarisés : 82 930 (131% de la cible) ; Garçons non-scolarisés : 329 040 (640% de la cible prévue) ; Filles scolarisées : 84 677 (133% de la cible prévue) ; Filles non-scolarisées : 425 194 (825% de la cible prévue). (IATI)

Question d'étude 2.2 : Comment la PSDSR a-t-il utilisé et intégré l'ESS auprès des A&J dans les structures existantes (écoles, associations de jeunes, associations d'artisans, associations de populations clés etc.) et a assuré ainsi la continuité ?

1. La PSDSR a intégré l'ESS dans des structures existantes : i) les écoles secondaires en tant qu'activité extra-scolaire ; ii) les ateliers d'apprentissage ; iii) les groupes communautaires existants (qui incluent également les personnes âgées). iv) les associations de LGTB+ et de travailleuses du sexe – ces derniers groupes ne sont pas présents dans toutes les ZS. La PSDSR a formé des enseignants, des pairs éducateurs et des relais communautaires au sein de ces structures sur les manuels développés pour donner l'ESS aux groupes cibles respectifs. (EA - J, ESC, C, ONG ; SP).
2. Certaines ONG locales avaient déjà créé des clubs dans les écoles, des ateliers d'apprentissage et des cellules dans les communautés où l'ESS était dispensé par des pairs éducateurs (déjà formés par ces ONGs). Avec la PSDSR, ces ONG locales ont renforcé ces clubs et cellules existantes et en ont créé d'autres. CARE a créé ces clubs scolaires et d'ateliers pour la PSDSR (EA - J, ESC, ONG).

Encadré 1 : Connaissances acquises, selon les jeunes dans les sessions participatives

Pendant les sessions participatives les jeunes ont discuté de quelles connaissances ils et elles ont acquis par le biais des sessions ESS. Les sujets les plus souvent mentionnés concernaient (la prévention) de la grossesse et du VIH/sida, VBG, le cycle menstruel et l'hygiène, les relations et les droits entre les sexes, et l'avortement ; ces sujets ont été détaillés ci-dessous. Il est intéressant de noter que les jeunes reçoivent l'ESS dans des groupes mixtes de filles et de garçons, mais qu'ils se souviennent de choses légèrement différentes sur certains sujets :

La prévention de la grossesse et du VIH :

Ils ont appris comment le VIH se transmet. Les participants ont appris qu'ils ne peuvent pas contracter le VIH en étant proches d'une personne séropositive et comment se protéger par l'abstinence ou l'utilisation de différents types de contraceptifs et de préservatifs. Les garçons et les filles ont mentionné différents facteurs de risques de grossesse et de VIH : Risque d'avoir des partenaires multiples (garçons) et conditions (et les éviter) qui peuvent apporter les grossesses : pauvreté, et prendre l'argent des garçons (on doit travailler) ; mauvaise compagnie. Les garçons savent maintenant comment correctement porter un préservatif. Mariées : importance du dépistage du VIH

Cycle menstruel et l'hygiène

Les garçons et les filles ont appris à connaître le cycle menstruel et l'hygiène. Les garçons sont impliqués dans l'hygiène pendant les menstruations : les garçons ne doivent pas avoir de relations sexuelles pendant la période menstruelle (risque d'infection), mais il y a aussi la nécessité de soutenir les femmes pendant les menstruations, ne pas se moquer d'elles. Les filles avaient appris : comment calculer la période fertile, les signes de menstruation et comment prendre soin d'elles par l'hygiène menstruelle : se laver 3 fois par jour, nettoyer et changer régulièrement les serviettes hygiéniques pour éviter des infections ; comment faire les toilettes intimes (ne met plus les ongles, savon à l'intérieur du vagin) ; changer de slips 3 fois par jour/ les laver et sécher au soleil. Elles savent qu'on n'utilise pas l'alun pour faire la toilette intime.

Droits et genre

Tous avaient appris que les filles ont les mêmes droits que les garçons, mais, fait intéressant, les garçons ont mentionné des connaissances plus acquises que les filles en matière de relations entre les sexes. Ils ont dit qu'ils savaient maintenant que : les filles ont le droit d'aller à l'école (les 10-14 ans le disent aussi) ; que les femmes ont des désirs sexuels, comme les hommes ; les filles ont le droit de dire non au mariage ; que les hommes doivent être impliqués dans la prévention de la grossesse de leur petite amie. Les hommes mariés ont déclaré avoir appris que les hommes n'ont pas le droit de battre leur femme si elle ne veut pas faire l'amour quand il le veut (avant, ils pensaient avoir ce droit).

Violence basée sur le genre (VBG)

Les jeunes ont appris les types de VBG : insulter un individu est une forme de violence ; il y a des violences morales, verbales, physiques, psychologiques et sexuelles ; mariage forcé, exploitations des enfants ; les femmes mariées avaient appris qu'il y a des femmes qui peuvent maltraiter leur mari psychologiquement ! Les garçons disaient qu'ils ont appris que la violence liée au sexe n'est pas une bonne chose - avant, ils considéraient tous les rapports sexuels, même contre la volonté de la fille, ou forcés, comme un acte qui leur procurait du plaisir ; avant, le sexe était une sorte d'excitation ; aussi ils mentionnent que le fait de payer pour avoir des rapports sexuels est également une violence liée au sexe, car le sexe n'est pas vraiment le choix libre de la fille, mais le résultat de son besoin d'argent (pauvreté). Les jeunes savent maintenant qu'il existe une loi contre la violence basée sur le genre/ sexe – et qu'il y a des sanctions. Les filles disent qu'elles savent où dénoncer les cas de violences (au CPS, chef MAJ, police etc.). Les femmes mariées réalisent qu'elles peuvent se plaindre de la violence liée au sexe faite par leur mari. Les LGBT savent que les droits de l'homme les concernent aussi, qu'ils peuvent avoir une protection contre la violence liée au sexe et qu'ils peuvent la dénoncer. Les handicapés : ils ont appris qu'ils ne doivent pas s'exclure, qu'ils ont aussi des droits (ils ont subi beaucoup d'abus).

Avortements

Les jeunes ont appris au sujet des avortements : les lois nationales sur l'avortement et la punition et les cas de grossesse qu'on peut avorter légalement (grossesse qui porte atteinte à la santé de la mère). Ils ont aussi appris sur les effets néfastes d'avortements clandestins comme la stérilité, la mort, la fistule obstétricale et l'hémorragie.

Question d'étude 2.3 : Est-ce que les A&J savent où ils peuvent trouver les informations et services SSR ?

1. Les participants de l'ESS des différents groupes cibles savent où ils peuvent accéder aux informations et aux services SDSR parce que :
 - Les lieux pour accéder des préservatives et des contraceptives, d'information, du dépistage pour le VIH et pour dénoncer le GBV etc., sont indiqués sur des affiches et dans des manuels et ils sont informés par les pairs éducateurs, les relais et par les émissions de radio (EA-ESC, M, ONG ; revue documentaire ; SP)
 - Les prestataires de la santé et de la sécurité sociale (CPS) sont des personnes ressources dans les sessions ESS ; par conséquent, les jeunes savent quels services sont disponibles (également pour les jeunes célibataires) et ils connaissent le personnel spécifique qui fournit ces services. (EA - J, ESC, M, S)
2. À la suite de l'ESS, les jeunes maintenant savent qu'il existe une loi contre la violence basée sur le genre et qu'il y a des sanctions ; parce que dans les sessions d'ESS, parfois des personnes ressources de la police et des CPS participent, les jeunes savent où et à qui dénoncer les cas de violences (au CPS, coach MAJ, police etc.). Les femmes mariées réalisent qu'elles peuvent se plaindre de la violence liée au sexe faite par leur mari. Les LGBT savent que les droits de l'homme les concernent aussi, qu'ils peuvent avoir une protection contre la violence liée au genre et qu'ils peuvent la dénoncer. (SP)
3. Les participants aux activités de PSDSR partagent ces informations sur les services disponibles aux A&J avec leurs pairs (EA-J, S).
4. Dans les lieux disposant d'un centre de jeunesse spécifique – CJAV (ABMS), ENABEL (pas de la PSDSR, à Toviklin) – les jeunes savent qu'ils peuvent obtenir des informations et des services SDSR. A l'extérieur de ces centres, il y a des panneaux d'affichage qui attirent les jeunes (EA-M, S, ONG) (voir la photo de la couverture de ce rapport).

OCI.10. Le personnel des services de SR accueille les jeunes filles et garçons dans un cadre de respect et de confiance.

1. L'attitude du personnel de santé s'est améliorée – les prestataires ont reçu une formation sur la manière d'approcher et de communiquer avec les jeunes, de respecter la confidentialité, et d'être conscient des besoins des jeunes en matière d'information et de services (EA - J, M, S)
2. 894 prestataires étaient formés sur les services de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes (SSRAJ) (101% de la cible) ; --933 structures qui offrent les services adaptés aux jeunes (521% de la cible) (IATI).
3. Pourtant, certains jeunes, en particulier les filles (célibataires), hésitent à se rendre dans les centres de santé, par peur d'être vus par les voisins, les parents, les autres adultes ; ils peuvent aller dans un centre de santé plus éloigné (EA-S, M), ou venir après 19 heures [au CS], avec moins de risque de rencontrer un adulte connu. (EA-S, M)
4. Anecdote qui montre que l'attitude du personnel au CJAV est meilleure qu'au CS : « *Si seulement dans les centres de santé il y avait d'agents, infirmiers abordables, accueillants, attentifs et ouverts avec les jeunes comme dans les CJAV ! On a besoin de ces genres de services dans les centres de santé. On sait que les agents sont compétents, mais ils ne sont pas suffisamment ouverts avec les jeunes pour les accueillir et les satisfaire convenablement. Sinon le reste c'est bon.* » (EA-J, Dassa)

OCI.11. Les centres de santé sont suffisamment équipés en matériel, produits, contraceptifs et personnel qualifié.

1. Les contraceptives, les préservatifs, et les tests de dépistage du VIH sont disponibles dans les centres de santé et pour les jeunes (EA-J, S).

2. Les méthodes de PF sont régulièrement en rupture de stock dans les centres de santé publics. Parfois un membre de consortium ou ONG locale est obligé de fournir les préservatifs ou contraceptifs au centre (EA-S 2X).
3. « Je considère que c'est un problème : Ils ont sensibilisé les jeunes sur la prévention de la grossesse et des IST et leur demandent de venir, et ensuite il n'y a pas de matériel. » (EA-S)

OCI.12. Preuve que les services et produits sont abordables et disponibles

1. Officiellement, les services SDSR destinés aux jeunes sont gratuits et sont mis à disposition par le comité de gestion qui en assure le renouvellement" (EA-M, S) ;
2. Anecdote : Un jeune pair éducateur avait une autre expérience : Elle a payé 1000CFA (1.50 Euro) par mois pour les pilules (c'est abordable, elle disait) et dit que les injectables sont gratuits dans le CS (EA-J).

Question d'étude 2.4 : Quelle est la disponibilité des services SSR amis des A&J (par exemple : informations, contraceptifs, prise en charge IST, dépistage de VIH, soins après VBG) ?

1. Dans les centres de santé (CS) et les centres de jeunes amour et vie (CJAV), les informations sont faciles à obtenir et sont données de manière compréhensible et adaptées aux jeunes ; tous les jeunes peuvent obtenir des contraceptifs et des préservatifs, des tests VIH et des traitements IST. Les services pour les A&J sont gratuits. (EA-J, S, ONG ; SP).
2. Dans les CJAV, CPS et commissariats de police les jeunes peuvent bénéficier d'un soutien et de services après une VBG - une orientation vers le CS est parfois nécessaire (EA-J, S, ONG).
3. Les services sont plus disponibles dans les communes centrales d'une zone sanitaire qu'en périphérie. Par conséquent, une stratégie avancée est appliquée : des cliniques mobiles pour apporter des services aux (jeunes) personnes dans les zones rurales. (EA - ONG, COM ; observations par l'équipe de l'évaluation)
4. « Il faut noter que le jeune qui a un besoin SSR selon qu'il vit au centre ou en périphérie bénéficie de façon différente des SSR, l'accès est plus difficile en périphérie ». (EA-ONG)
5. Le fait que plus de jeunes utilisent désormais le CS montre que les services sont disponibles. Tous les groupes de jeunes dans les sessions participatives, y compris les populations clés, se rendent désormais dans les centres de santé publics ou les centres pour jeunes (CJAV, ENABEL) pour obtenir des informations et des conseils en matière de SDSR, des préservatifs et des contraceptifs, des tests (réguliers) de dépistage du VIH, la connaissance de son groupe sanguin (avant de s'engager dans une relation sérieuse ou de se marier) et le traitement des IST ou des problèmes menstruels. Avant, les jeunes célibataires n'y allaient pas par peur d'être mal vus par le personnel de santé, ou par timidité à l'idée que les autres les voient et craignent ce qu'ils diraient ; ils pensaient que les services SDSR étaient réservés aux couples mariés. Les LGBT se confient maintenant à des spécialistes comme des psychologues, des juristes, des agents de santé, des personnes morales - avant ils ne pouvaient pas le faire. (SP)
6. Quelques anecdotes :
 - Quelques jeunes (qui ont l'expérience avec les deux) pensent que dans les CJAV et CPS le personnel est plus disponible que dans les CS publics où le personnel de santé a beaucoup d'autres clients/patients (EA-J). Un membre du personnel de santé très impliqué dans l'ESS de PSDSR mentionnait qu'en raison de la charge de travail importante des patients, il n'a parfois pas le temps de s'occuper des jeunes et dans ce cas leur demande de revenir à une autre heure. (EA-S)
 - Les services SDSR pour les jeunes ont augmenté pendant la période de la PSDSR : il est important d'avoir ces services dans les centres de santé et les CJAV, car de nombreux jeunes n'ont pas le soutien de leur famille (EA-M, ONG).

Conclusions programmatiques QE2

1. Les connaissances et la sensibilisation aux questions de SDR ont considérablement augmenté parmi les A&J qui sont atteints par des activités de l'ESS de la PSDSR. Ces A&J se sentent responsabilisés et diffusent leurs connaissances auprès d'autres jeunes non impliqués dans la PSDSR. L'enseignement par des pairs formés et la méthode du dialogue réflexif sont efficaces pour transmettre des connaissances et par conséquent changer les comportements des jeunes, toutes choses qui peuvent contribuer à améliorer leur SSR (voir question d'évaluation 3). Les stratégies d'enseignement de l'ESS de la PSDSR et du Ministère (qui va être mis en place comme cours dans les écoles secondaires) sont différentes mais complémentaires. Elles peuvent exister dans la même école.
2. L'accès des A&J aux informations et aux services SDR a augmenté grâce à la formation du personnel de santé aux services adaptés aux jeunes, à la sensibilisation des jeunes aux services qui leur sont proposés et à l'implication du personnel de santé dans les sessions ESS.
3. La couverture du programme PSDSR est faible, en termes de i) communes et arrondissements d'une ZS, ii) nombre d'écoles et de villages dans les arrondissements sélectionnés, et iii) nombre de jeunes.

Conclusions CAD QE2

Pertinence

1. L'éducation SDR des jeunes est pertinente car les jeunes et les communautés ont très peu de connaissances sur la SDR, qui était un sujet tabou, en particulier pour les femmes célibataires, ce qui entraîne de nombreux problèmes, notamment les grossesses précoces, les mariages précoces, les IST, l'abandon de l'école par les filles, la VBG.

3.3 Question d'Évaluation 3 : Choix et comportements

QE3 : Dans quelles mesures est-ce que les participants A&J de la PSDSR ont-ils adopté les choix sexuels et reproductifs informés, libres, consentants et sécurisés ?

Résumé de réponse : Le programme a créé l'environnement favorable à l'accès à l'information, à l'offre de soins et services de SSR dans l'optique d'amener les A&J à faire volontairement et librement les choix sexuels et reproductifs qu'ils désirent. Un partenariat d'intervention a été noué avec les ONG de proximité et les structures prestataires des soins en matière de SSR, et il a été fait le plaidoyer auprès des leaders religieux et dignitaires des religions endogènes. Des intrants (produits contraceptifs, équipes techniques) ont été fournis aux prestataires des soins. Le personnel formé à divers niveaux (prestataires de soins, PE, Encadreurs, Relais, Enseignants) a accueilli, écouté et conseillé des A&J dans un cadre plus ou moins convivial et rassurant. Ces conditions réunies ont été déterminantes pour l'expression de la demande et l'offre des services et des soins aux A&J dans les domaines de la prévention des IST/VIH et la prévention des grossesses non désirées par les méthodes modernes de contraception.

Trouvailles et anecdotes relatives aux questions d'étude

Question d'étude 3.1 : Est-ce que les jeunes filles et garçons se protègent contre les IST/VIH et font des choix sexuels en toute liberté ?

La prévention des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/sida est l'un des volets des interventions auprès des A&J de 10-24 ans dans l'ESS pour éviter les conséquences à court, moyen et long-termes. Les avis recueillis sur le terrain évoquent la prise de conscience des risques et le changement de comportement des A&J.

1. La demande accrue de préservatifs témoigne de ce que les jeunes bénéficiaires du projet à priori se protègent des IST/VIH. L'accès à l'information et la participation aux séances éducatives à divers niveaux a élevé chez les ados et jeunes leur niveau de perception du risque de contamination et renforcé leur pouvoir de décision de se protéger des IST / VIH lors des actes sexuels. (EA-J, EA-S, EA -C TOV ABPF, COP Animateur, DAS Radio).
2. Les A&J n'ont plus honte d'aller volontairement et librement dans les environnements ou cadres d'accueil rassurants et sécurisés pour y recevoir les condoms, se faire dépister du VIH et /ou demander des soins IST (EA-S x2).
3. En raison de l'ESS, les A&J utilisent désormais une méthode de protection lors de leurs rapports sexuels, afin d'éviter les IST et le VIH parce qu'ils n'en utilisaient pas, appréciant maintenant l'utilisation des préservatifs à leur juste valeur (sessions participatives) ;
4. Par ailleurs, les garçons célibataires, les hommes mariés et certaines filles célibataires déclarent avoir réduit le nombre de leurs partenaires sexuels, car ils reconnaissent maintenant les risques de contracter les IST/VIH liés à la multiplicité des partenaires, alors qu'auparavant les hommes pensaient que cela montrait leur virilité et les femmes que c'était la mode (sessions participatives) ;
5. La distribution des préservatifs aux A&J est renseignée et le renouvellement du stock est pris en charge par le comité de gestion des formations sanitaires (EA-CS) ;
6. Cependant pour des raisons de fausses croyances ou rumeurs, d'ignorance des droits à la santé sexuelle et reproductive, d'opposition des parents à ce que leurs enfants participent librement aux activités d'ESS, certains ado et jeunes ne se protégeraient pas (AE-ESC, EA-J).

OC1 : L'évidence de ce que les A&J se protègent contre les IST/VIH

1. 21,385 jeunes de 10-24 ans soit 263% de la cible visée ont été dépistés et pris en charge dont 19% des ado de 10-14 ans. (IATI)
2. La demande de préservatifs a augmenté surtout chez les garçons (EA - ENC, EA-S, EA-ONG).
3. En raison de l'ESS, les A&J utilisent désormais une protection lors de leurs rapports sexuels, afin d'éviter les IST et le VIH et/ou une grossesse non désirée (SP).
4. Le résultat d'une sexualité plus protégée est une diminution des avortements provoqués et des cas d'IST. Les filles ont déclaré qu'elles avaient déjà fait des avortements auparavant (avortements clandestins), mais qu'elles n'en avaient plus besoin avec l'utilisation de la contraception. (DAS, TOV, EA-CS, SP)

Question d'étude 3.2 : Les jeunes filles et femmes ont des grossesses désirées, planifiées, espacées et bien accompagnées (OC2) ?

La survenue des grossesses non désirées constitue un événement inattendu qui affecte l'avenir des A&J dans l'ensemble des localités amenant le programme à y travailler pour en réduire l'incidence. Les trouvailles en lien avec cette problématique sont :

1. Evidence de l'enquête KOBO : L'enquête auprès des jeunes révèle que les jeunes étaient sexuellement actifs dans une proportion de 63% chez les jeunes impliqués dans le programme et 50% des jeunes non impliqués ($p=0.048$). La différence s'explique principalement par le fait que les jeunes impliqués sont beaucoup plus nombreux à être mariés que les jeunes non impliqués (voir tableau 4). Parmi les jeunes célibataires qui ont participé au programme, 50% ont déclaré être sexuellement actifs, ce qui est à peu près la même chose que les jeunes non impliqués. Dans les deux groupes, l'âge est positivement et significativement associé à l'activité sexuelle (respectivement $p=0,000$; $p=0,000$). Notons que parmi les jeunes impliqués dans le programme, 60,1% des filles et 66,4% des garçons étaient sexuellement actifs au moment de l'enquête.

Parmi les jeunes qui étaient sexuellement actifs, 129 jeunes du groupe impliqué dans la PSDSR soit 73,7% (contre 17 soit 48,6% dans le groupe non impliqué) ont utilisé une méthode de prévention des IST/VIH lors du dernier rapport sexuel. Ces deux groupes de jeunes se différencient statistiquement quant à l'utilisation d'une méthode de prévention des IST/VIH ($p=0,003$) à la faveur des jeunes impliqués dans la PSDSR (Voir Annexe 5, tableau 5.4). Ces résultats sont renforcés dans les analyses de régression où nous contrôlons l'âge, le sexe, l'état civil, la scolarité et le revenu. ^a

Comparaison avec étude de base : Parmi les participants célibataires à la PSDSR qui avaient été sexuellement actifs, 84,5% avaient utilisé un préservatif pour prévenir le VIH lors de leur dernier rapport sexuel, ce qui est beaucoup plus élevé que les 35% du rapport de base.¹⁶

2. Les A&J comprennent davantage l'importance favorable de la lutte contre les grossesses non désirées et précoces dans leur vie en construction, mais beaucoup plus chez ceux du milieu scolaire que chez ceux du milieu extrascolaire. En effet, les cas de grossesses en milieu scolaire ont sensiblement diminué et les filles sont maintenues plus longtemps à l'école (EA-J, EA-S x2) ;
3. L'accès aux services PF, le choix libre et éclairé des méthodes contraceptives modernes, la gratuité des prestations de PF, l'accès et l'utilisation accrue des préservatifs, ont contribué à une diminution des cas de grossesses non désirées et au maintien des filles à l'école et dans les ateliers d'apprentissage (EA-J, EA-S x 2, EA-M DDASMF) ;
4. Les A&J célibataires ont commencé à utiliser des méthodes contraceptives, ou ont appliqué des méthodes naturelles, en calculant leur période de sécurité pour éviter une grossesse avant le mariage, et les mariées pour espacer les naissances et éviter de les avoir rapprochées comme auparavant. Certaines femmes célibataires se sont engagées à ne pas avoir de relations sexuelles (et à ne pas se marier) avant leur 18e anniversaire (SP).
5. Le résultat d'une sexualité plus protégée est la diminution des avortements provoqués. En effet, les filles qui avaient déjà fait des avortements auparavant (avortements clandestins), ont déclaré qu'elles n'ont plus besoin d'y recourir grâce à leur possibilité de choix de méthode contraceptive. (SP).

L'évidence de ce que les jeunes femmes et hommes se protègent contre les grossesses non-désirées (OC2)

1. Evidence de l'enquête KOBO : La proportion de jeunes sexuellement actifs qui, ne voulant pas tomber enceintes, utilisaient une méthode contraceptive est sensiblement plus élevée dans le groupe des jeunes impliqués dans le projet que dans celui des non impliqués (usage habituel de contraception : 85,8% contre 58,6% ; $p=0,000$; usage lors du dernier rapport : 84,0% contre 69,0% ; $p=0,055$). Parmi les jeunes impliqués dans le programme, on ne note pas de différence entre les sexes concernant l'utilisation de contraceptif : au dernier rapport sexuel 82,6% des filles et 85,5% des garçons en ont utilisé. Le programme semble alors avoir favorisé l'égalité des sexes face à la contraception. (Voir Annexe 5, Tableau 5.4). En examinant les résultats de la régression, nous pouvons dire : « Le recours à la contraception est significativement plus fréquent chez les jeunes plus âgés parce que probablement plus sexuellement actifs et les jeunes célibataires. La scolarité ou le revenu n'ont pas d'incidence sur le recours à la contraception. » ^a

Aussi bien chez les jeunes impliqués que non impliqués, le préservatif masculin est la méthode la plus fréquemment utilisée au dernier rapport sexuel (75%, dans chaque groupe). Chez les jeunes impliqués dans le programme cette méthode est suivie de l'implant (14%) et des méthodes naturelles (8,1%). Chez les jeunes non impliqués dans la PSDSR la pilule contraceptive (10%) et les méthodes naturelles (10%) suivent. Parmi les bénéficiaires du programme, il n'y a pas beaucoup de différence entre les sous-groupes. Soulignons cependant qu'au dernier rapport sexuel, les jeunes ayant plus du niveau primaire

^a Tableaux non montrés - analyse de la base de données

utilisent significativement moins l'implant et la pilule du lendemain que ceux qui ont au plus le niveau primaire (9 soit 8,8% contre 10 soit 29,4% et 0 contre 1 soit 2,9%). De même, l'implant est une méthode préférée des non-scolaires en comparaison aux scolaires (17 soit 19,3% contre 2 soit 4,2%).

Comparaison avec l'étude de base : La comparaison des statistiques sur l'utilisation des contraceptifs dans notre étude, pour les jeunes impliqués dans le programme, avec celles de l'étude de base montre que dans cette évaluation, pour tous les sous-groupes (par âge, statut marital, statut scolaire), l'utilisation des contraceptifs est beaucoup plus élevée. Par exemple : dans notre étude, 79,7% des étudiants utilisent la contraception, dans l'étude de base 67,5% ; dans notre étude, 86,0% des jeunes célibataires utilisent la contraception, dans l'étude de base 66,6%. ¹⁶ (Voir Annexe 5)

2. L'utilisation de moyen moderne de contraception pour se protéger des grossesses non désirées : Selon IATI, 151 267 personnes de 15-24 ans (103% de la cible prévue) ont utilisé un moyen moderne de contraception (implants, méthodes injectables).
3. Davantage de filles vont à l'école ou sont en apprentissage et restent à l'école et terminent leur apprentissage et l'état de grossesse n'est plus un motif de déscolarisation ou d'abandon de l'apprentissage (SP).
4. Le résultat d'une sexualité plus protégée est une diminution des avortements provoqués. Les filles ont déclaré qu'elles avaient déjà fait des avortements auparavant (avortements clandestins), mais qu'elles n'en avaient plus besoin avec l'utilisation de la contraception. (SP : DAS, TOV)
5. La déclaration de cas de grossesse dans les écoles qui entraînait l'abandon des classes est en nette régression. Ainsi dans l'un des collèges où travaille un enseignant encadreur, il a été rapporté que le nombre de cas de grossesse chez les filles est passé de 7 en 2018 à 4 puis 2 en 2020 (EA-Com, EA-ENC). La tendance à la baisse a été rapportée par une autorité départementale mentionnant une évolution de 179 cas en 2017 à 117 en 2018 puis à 20 en 2020 (EA-M x 2, EA-Aut).
6. Il est fait le témoignage de ce que depuis le début du projet, aucune fille n'a arrêté ses études à cause d'une grossesse ou parce que les parents n'avaient pas d'argent pour payer sa scolarité. « *L'année dernière, une fille est tombée enceinte, mais elle est restée à l'école, et après l'accouchement, elle a passé son examen et a réussi son Bac* » selon EA -J. Un leader religieux interviewé, a déclaré avoir dans sa propre cour deux filles porteuses de grossesse qui ont poursuivi l'une les classes et l'autre son apprentissage (EA-COM).
7. L'augmentation du taux d'utilisation des méthodes de PF est rapportée par les agents des maternités et les responsables des soins obstétricaux interviewées (EA-CS). La sage-femme d'une maternité a déclaré que le taux d'utilisation de la PF qui était de 13% en 2017 a été portée à 29% en 2021 chez les femmes en âge de procréer parmi lesquelles elle estimait une proportion non négligeable des bénéficiaires ado et jeunes.
8. Le rôle pédagogique et dissuasif joué par la Police et le système judiciaire a contribué à faire baisser considérablement le nombre de VBG et cas de grossesse dans les écoles. Pour un participant à l'entretien approfondi « *c'est la complaisance dans l'application des textes et lois qui font que perdurent les cas de grossesses dans les écoles* ». (EA-M x2, COP DDASMF).

La disponibilité des méthodes contraceptives dans les cliniques SSR et la préférence pour l'utilisation par les A&J sont exprimées par les observations suivantes :

1. Toutes les méthodes de contraception sont disponibles en général dans l'ensemble des formations sanitaires et structures privées partenaires et dispensées gratuitement tant en stratégie fixe que mobile conformément aux directives nationales, cependant la rupture de stock est signalée quelquefois (EA-S x2) ;
2. De source IATI, les méthodes contraceptives les plus utilisées par les filles sont les implants (113 249) suivi par les injectables (56 785) et troisièmement, les contraceptifs oraux (56 257). Cet ordre de

préférence est +/- enregistré lors des entretiens approfondis et des sessions participatives (EA -S x2, EA-J) ;

3. L'utilisation des préservatifs est préférée par les garçons compte tenu de son double rôle de prévention des grossesses et de protection contre les IST. Les filles quant à elles, préfèrent les injectables qui se prennent discrètement et ne leur font pas courir le risque d'oubli. (Cop CS, EA-J, TOV CS).

Question d'étude 3.3 : Quels sont les contextes (services, personnel, situation domicile, économie), qui facilitent ou entravent les choix libres concernant SDR des A&J, selon les A&J ?

1. La disponibilité du personnel est formée et sensible aux besoins des A&J, en matière de ESS (EA-Enc, ABPF, EA-S) ;
2. L'accès à l'information relative à ESS, la bonne écoute, l'offre et fourniture de services de qualité (EA-Enc) ;
3. L'implication de la communauté et spécifiquement les parents des A&J ; en effet, l'éducation et la sensibilisation des parents, l'exhortation au dialogue Parent-Enfant et l'abandon de la culture pro-nataliste ont laissé progressivement place à l'investissement des parents dans l'éducation de leurs enfants afin que ceux-ci réussissent leur vie avant de penser à se marier et faire des enfants par la suite. (ABPF) ;
4. Les chefs religieux et communautaires sensibilisent désormais les membres de la communauté aux questions de SDR des jeunes et aux effets négatifs des grossesses précoces, de la violence liée au sexe, etc. La plupart de ces leaders sont favorables à l'utilisation de contraceptifs et de préservatifs, y compris pour les hommes et les femmes célibataires. Une plateforme d'échanges entre ces leaders a été créée et animée grâce à ABMS.
5. Cependant pour des raisons de fausses croyances ou rumeurs, d'ignorance des droits à la santé sexuelle et reproductive, certains parents s'opposent à ce que leurs enfants participent librement aux activités ESS qui renforceront leur connaissance et capacité au choix libre de SDR (EA-Enc, EA-J) ;
6. Le pouvoir d'achat limité des parents ne permettant pas de donner suite en temps réel aux besoins de leur enfants (filles), l'initiation des A&J aux activités génératrices de revenu est une excellente trouvaille pour lutter contre la dépendance financière des filles.
7. Evidence de l'enquête KOBO : Pour ce qui est de l'autonomie de prise de décision de se rendre au centre de santé, l'enquête menée au cours de cette évaluation révèle une différence significative statistiquement entre les jeunes selon l'implication à la PSDSR. 225 jeunes soit 80,9% des impliqués dans le projet peuvent décider eux-mêmes d'aller au centre de santé pour y obtenir des informations ou des services relatifs à la SDR contre 62,9% dans le groupe qui ne participe pas à la PSDSR ($p=0,001$). Dans les deux groupes, le père ou la mère sont les deux personnes qui doivent donner une permission préalable, lorsque celle-ci est requise.

On observe également une différence entre les sous-groupes de jeunes bénéficiaires de la PSDSR. Le niveau d'instruction/ éducation influence positivement la possibilité des jeunes à prendre eux-mêmes la décision d'aller au soins (84,9% pour le groupe des secondaires ou plus contre 69,9% dans l'autre groupe). Les jeunes se différencient aussi selon le statut scolaire : les scolaires sont significativement plus nombreux à devoir obtenir la permission de leur père (66,7% contre 34,8%) tandis que les non scolaires sont significativement plus nombreux à devoir obtenir la permission de leur conjoint(e) (0% contre 34,8%). Les célibataires ont significativement moins tendance à décider d'aller aux soins par eux-mêmes que les personnes en union (77,7% contre 90,3%). Enfin, les hommes sont statistiquement plus nombreux à rapporter la possibilité de décider par eux-mêmes comparativement aux femmes (89,6% contre 73,9%). Significativement plus de femmes que d'hommes doivent demander la permission à leur mère ou à leur conjoint avant de se rendre au centre de santé. (Voir Annexe 5, tableau 5.4). Enfin, l'analyse de régression a montré que les jeunes qui ont leur propre source d'argent, sont plus

susceptibles que les autres de décider par eux-mêmes d'aller aux soins parce que ne dépendant pas d'autres économiquement.^b

Question d'étude 3.4 : Quels dispositifs et/ou outils ont été mis en place par PSDSR pour impliquer ou accorder aux jeunes l'espace nécessaire à la définition de leurs propres besoins et choix sexuels et reproductifs dans un environnement libre, consentant et sécurisé ?

1. Le rapprochement des activités ESS des jeunes à travers les creusets et stratégies divers à savoir les clubs scolaires, l'adaptation des messages aux groupes d'âge, la clinique mobile, les campagnes de sensibilisation, etc.) (EA-J, C, ONG) ;
2. L'instauration de la fourniture gratuite des services ESS notamment les préservatifs et contraceptifs aux jeunes de 15-24 ans, dans les ateliers et lieux de travail des travailleurs du sexe et la disponibilité de ces produits dans les structures agréées (centres de santé publics, dans les CJAV) (EA-ONG, C) ;
3. La disponibilité de plaquettes dont les contenus sont adaptés au manuel développé en 2019 et l'utilisation judicieuse de ces outils par les acteurs des différentes structures partenaires (animateurs, PE, membre des clubs, agents de santé). (EA-ENC, EA-M) ;
4. L'aménagement de salle disposant des jeux qui occupent les ado et jeunes pendant le temps d'attente (cartes de jeu sipa, domino, jeu de Ludo) dédié aux activités SRAJ pour l'accueil des A&J Cependant, il a été observé que la construction d'une salle adaptée à l'ESS promise par PSDSR n'a pas été suivie d'effet. (EA-CS).

OCI. 1. Evidence que les jeunes filles et garçons fréquentent les centres et bénéficient des services de SR de qualité.

1. 464 916 jeunes 10-24 ans soit 236% de la cible visée ont reçu au moins un service SRAJ en 2020 mais les filles ont été dans une plus grande proportion à être exposées à au moins un service que les garçons (302% versus 90%) ; de même 216 724 jeunes de 10-24 ans soit 122% ont reçu le counseling PF en 2020 ; (IATI)
2. Les informations et services SDSR adaptés aux jeunes sont de plus en plus disponibles et accessibles dans les centres de santé publics, les CJAV et autres centres adaptés aux jeunes (non PSDSR). Les jeunes, y compris toutes les populations clés, remarquent que les prestataires de services les reçoivent mieux qu'avant, prennent du temps pour eux et que leur vie privée est plus respectée. Ils se rendent dans les centres de santé publics ou les centres pour jeunes (CJAV, ENABEL) pour obtenir des informations et des conseils en matière de SDSR, des préservatifs et des contraceptifs, des tests (réguliers) de dépistage du VIH, la connaissance de son groupe sanguin (avant de s'engager dans une relation sérieuse ou de se marier) et le traitement des IST ou des problèmes menstruels (SP, EA-S, M) ;
3. Les A&J touchés par les diverses structures mises en place connaissent les services SRAJ, savent que ceux-ci sont disponibles pour eux et s'y rendent pour y recevoir des services de SR, en effet les tabous autour de la sexualité tombent peu à peu et se discutent au cours des rencontres intergénérationnelles (EA-J, S, M) ;
4. Certaines filles dont le pouvoir de décision demeure faible ne fréquentaient pas les centres de santé par peur de ce que les gens pourraient penser d'elles en les apercevant dans un centre de santé (EA COP CS).

^b Tableau non montré - analyse de la base de données

Conclusions programmatiques QE3

1. La fréquentation des services de santé adaptés aux besoins des A&J, l'utilisation des méthodes contraceptives comme méthodes de planification, d'espacement des naissances, de prévention des grossesses non désirées et l'utilisation des préservatifs comme moyens de protection contre les IST/VIH, ont enregistré des niveaux encourageants qui attestent les changements qui sont en train d'être impulsés grâce à PSDSR.
2. Des résistances liées à la mauvaise interprétation de certains passages des écritures saintes et les préjugés de certains parents à propos des messages véhiculés à l'occasion des séances ESS, pourraient entraver encore négativement le choix libre des ados et jeunes concernant les SDSR.

Conclusion du critère CAD QE3 :

Efficacité

1. L'environnement a changé grâce aux activités du programme PSDSR, en termes de conscientisation, de changement d'attitude, dans la communauté à laquelle appartient les A&J, d'amélioration des services, et d'existence et d'application des lois.
2. Les évidences en matière de la fréquentation des centres de santé et CIAV, etc. de l'offre des services SSR de qualité, de l'utilisation des moyens de prévention des IST/VIH (préservatifs) et la protection contre les grossesses non désirées par l'adoption volontaire de méthodes contraceptives, témoignent de ce que les interventions PSDSR ont contribué à satisfaire les besoins des ado et jeunes des localités touchées.
3. Le personnel formé est disponible, fournit les services de conseils, d'information et d'éducation, ainsi que des soins aux A&J référés par les PE, relais et encadreurs.

Encadrement 2 : Des environnements devenus plus favorables aux SDSR des jeunes – selon les A&J dans les sessions participatives

Dans toutes les sessions participatives, les jeunes ont reconnu que l'environnement avait changé grâce aux activités du programme PSDSR, en termes de changement d'attitude et de comportement des personnes qui les entourent, d'amélioration des services, et d'existence et d'application des lois. Ces éléments ont formé un environnement favorable dans lequel les jeunes peuvent jouir d'une meilleure santé et de meilleurs droits sexuels et reproductifs et peuvent maintenant parler librement de la SSR ; avant, « *la parole sur la sexualité n'était pas libérée* » (groupe de garçons célibataires). Ces environnements favorables leur ont permis d'améliorer leurs pratiques et leurs comportements. En fait, lorsqu'on leur a posé la question de l'environnement de soutien, le programme de la PSDSR a été mentionné en premier dans la plupart des groupes, ce qui est compréhensible car les jeunes ont vu que les activités de la PSDSR impliquent également des adultes, des enseignants, des éducateurs, des chefs communautaires et religieux, etc. Les autres environnements de soutien reconnus par les jeunes sont détaillés ci-dessous :

Protection des lois et application des lois

Les lois mentionnées pour soutenir leurs droits sexuels et reproductifs sont les lois sur les droits de l'enfant, les droits de l'homme, les droits à la santé sexuelle et reproductive, les droits des enfants, les droits des enfants dans les écoles, le mariage des enfants, l'éducation des filles. Les jeunes et les personnes de leur environnement qui ont pris part aux activités de PSDSR ont été informés de ces lois et de leurs droits, y compris des sanctions en cas de violation des lois, et des endroits où signaler les violations.

Support des personnes : parents, enseignants, patrons d'ateliers, chefs religieux et anciens, autorités locales

Les parents communiquent désormais sur la santé et les droits sexuels et reproductifs avec leurs enfants et sont prêts à écouter ce que leurs enfants ont appris grâce à l'ESS, et les encouragent à prendre part aux activités de la PSDSR ; auparavant, les parents considéraient que la santé et les droits sexuels et reproductifs n'étaient pas un sujet pour les enfants (dans un groupe de garçons de 10-14 ans, les parents ne discutaient toujours pas), et pensaient que l'ESS allait corrompre leurs enfants et les amener à avoir des relations sexuelles. Les chefs religieux et communautaires sensibilisent désormais les membres de la communauté aux questions de SDSR des jeunes et aux effets négatifs des grossesses précoces, de la violence liée au sexe, etc. La plupart de ces leaders sont favorables à l'utilisation de contraceptifs et de préservatifs, y compris pour les hommes et les femmes célibataires. Les jeunes peuvent s'adresser à leurs enseignants et à leurs patrons pour leur poser des questions et leur poser des problèmes, et ces derniers lancent également des discussions. Le groupe LGBT a apprécié le soutien de certains leaders religieux et des autorités politico-administratives à leur association. Le MAJ reconnaît que le soutien actif de ces autorités et leaders communautaires les autorise à donner des sessions d'éducation dans les communautés et à valider leurs messages.

Support des partenaires

Presque tous les groupes ont mentionné que la communication accrue sur la sexualité avec leurs partenaires sexuels (petit ami, petite amie, mari, femme) et le changement d'attitude de ces derniers ont permis d'améliorer leurs DSSR. Les petits amis et les maris comprennent maintenant que la discussion et le dialogue sont importants dans une relation amoureuse et acceptent l'utilisation de préservatifs ou acceptent que leur petite amie ou leur femme utilise des contraceptifs. Les garçons ont mentionné que maintenant leur petite amie lui permet d'utiliser un préservatif ; avant elles disaient que seuls les travailleurs du sexe utilisaient des préservatifs. Les femmes remarquent que : « *La pratiques de multi-partenariat a diminué chez les garçons, avant : c'est un signe de supériorité, de jeunesse* ».

D'avantage d'informations et services

Les informations et services SDSR adaptés aux jeunes sont de plus en plus disponibles et accessibles dans les centres de santé publics, les CJAV et autres centres adaptés aux jeunes (non PSDSR). Les jeunes, y compris toutes les populations clés, remarquent que les prestataires de services les reçoivent mieux qu'avant, prennent du temps pour eux et que leur vie privée est plus respectée. Un groupe de femmes mariées a déclaré qu'avant elles étaient mal reçues et parfois même insultées par le personnel, ce qui les empêchait de se rendre au centre de santé. Les travailleuses du sexe n'aimaient pas aller au centre de santé avant parce qu'elles n'avaient pas été respectées et que le personnel les critiquait. Les jeunes célibataires apprécient qu'il y ait un espace séparé pour les jeunes, comme dans certains centres, où ils peuvent toujours se rendre, par exemple pour jouer à des jeux ou utiliser des ordinateurs et surfer sur Internet. L'information, les préservatifs, les contraceptifs et le dépistage du VIH sont gratuits pour les jeunes dans ces centres. Des lieux et des personnes facilement accessibles et confidentiels où signaler tout type de VBG facilitent le signalement des victimes ou des personnes qui ont vu ou suspecté des VBG. Les lieux et personnes mentionnés sont le Centre de Promotion Sociale, la police (commissariat), les leaders communautaires, le comité de veille dans les villages, le numéro vert.

3.4 Question d'évaluation 4 : Genre

QE4 : Comment le concept de genre a été intégré et respecté dans la programmation et dans quelles mesures les approches de genre étaient-elles efficaces pour améliorer les SDSR des A&J ?

Résumé de réponse : La PSDSR avait pour objectif d'offrir des services de santé et droits sexuels et reproductifs aux jeunes. La thématique de genre occupe une place de choix dans cette stratégie. Les communautés sont mieux outillées grâce aux sensibilisations et activités sur la nécessité de changement de comportement dans les rôles de genre, l'autonomisation de la femme, l'égalité et le respect des droits des filles/femmes et les VBG. Les entretiens avec les différents acteurs intervenant de près ou de loin dans la PSDSR ont permis d'apprécier que tous les groupes d'acteurs aient été impactés par les éléments de genre diffusés par la PSDSR. Dans la communauté, certaines personnes sont plus favorables aux nouvelles normes de genre. Au niveau des institutions, la dimension du genre est intégrée dans la mise en œuvre des activités (soit dans la mobilisation des bénéficiaires, soit dans l'ensemble du processus du projet). Et globalement, la PSDSR a permis d'améliorer les statistiques relatives aux violences basées sur le genre (VBG), les possibilités de prise en charge qui existent en cas de VBG et le développement des activités génératrices de revenus efficaces pour les autonomiser. En général, les filles ont en plus confiance en elles à la suite du passage de la PSDSR, notamment lorsqu'il s'agit de se défendre contre les VBG. Il y a un fort engagement des autorités pour la dénonciation et la punition des auteurs de VBG. Cet engagement est très bien perçu par les victimes et la communauté qui dénoncent beaucoup plus ces actes. Toutefois, la crainte du conflit social amène les victimes à abandonner les poursuites. Par ailleurs, il y a un silence sur la question des victimes hommes de VBG.

Trouvailles par question d'études et résultats intermédiaires

Question d'étude 4.1. Comment la PSDSR a intégré le concept de genre dans l'ensemble de son programme, (c.-à-d. pour tous les bénéficiaires directs et indirects, et parties prenantes qui mettaient en œuvre le programme) ?

1. Dans les activités dans les communautés, le genre est un sujet abordé et discuté lors des différentes sessions : sensibilisation des leaders religieux (mari-modèle) sur la nécessité des activités génératrices de revenus pour les femmes, le traitement avec respect et la création d'une entente entre les sexes (3 EA Com).
2. Documentation des activités liées au genre par le ministère de la santé qui contribue à un environnement favorable à l'exécution de la PSDSR : depuis 2020, il y a eu un aménagement des rapports SNIS prenant en compte les données des activités de genre en matière de SRAJ (registres de PF, CPN, Accouchement, Consultation IST, dépistage VIH, VBG, etc.) utilisée par les centres de santé (2EA-M, 1EA-S).
3. Création de l'outil « marqueur genre » et partage aux autres membres du consortium par Care pour mesurer les gaps qui existent au niveau de la communauté et créer un plan d'action pour adresser ces gaps en termes d'inégalité de genre. Ce marqueur est aussi utilisé pour le monitoring sensible au genre des projets (3EA-C).
4. Le genre est intégré dans tous les modules de boîtes à images (dialogues pour les jeunes, intergénérationnel, en famille): jeu de rôle de genre dans les clubs animés et organisés par l'ONG, les deux sexes sont réunis dans les sessions d'éducation, et sont sensibilisés au fait qu'il n'y a pas de différences entre les filles et les garçons dans ce qu'ils peuvent faire : les garçons dans les tâches ménagères, les filles dans les champs ; qu'un sexe ne peut pas être privilégié par rapport à l'autre (3 EA-J ; 2 EA-ESC Scol ; 2 EA-ESC Extra-Scol ; 1EA-C ; 3EA-ONG). Ils ont été sensibilisés à l'égalité et au respect des droits de chaque sexe (2 EA-J ; 1EA-ONG).

Question d'étude 4.2. Quelles sont les effets du focus sur le genre de PSDSR sur les normes et rôles de genre et l'inégalité et l'iniquité des sexes, et violences basées sur le genre ?

1. Il y a une amorce de changement des rôles de genre qui vise une répartition plus équitable des tâches domestiques (3 EA-J) ;
2. Il y a un changement de l'attitude de la communauté : baisse des VBG, mariages forcés et surtout augmentation de la scolarisation des filles (4EA-J, 3EA-ESC, 2EA-Aut) ;
3. Les filles apprennent les métiers réservés aux hommes et vice-versa, les femmes ont acquis une autonomie financière (exemple d'une femme qui a payé une voiture) (2EA-J, 1EA-ENC, 3AE-Aut, 1EA-ONG) ;
4. Meilleure compréhension de la loi qui protège les femmes victimes de VBG et le fait de savoir qu'elles peuvent porter plainte leur redonne la confiance en soi (3EA-J, 1EA-ENC, EA-Aut, 1EA-M).

Encadré 3 : Les changements dans les relations genre, selon les jeunes dans les sessions participatives

Les sessions participatives avec les bénéficiaires directs de la PSDSR démontrent que les jeunes ont acquis de nouvelles connaissances en matière de genre : Tous avaient appris et compris que les filles ont les mêmes droits que les garçons. Par exemple, les filles ont le droit d'aller à l'école (les 10-14 ans le disent aussi) ; les filles ont le droit de dire non au mariage.

Ces connaissances leur ont permis d'adopter des comportements favorables à une relation d'égalité entre les sexes, le respect des droits entre les hommes et les femmes. Le changement de comportement dans les rôles de genre par exemple est clairement noté chez les hommes célibataires ou mariés. Ceux-ci participent désormais aux travaux domestiques et aident leurs sœurs ou leurs épouses dans les tâches ménagères. Ils autorisent leurs femmes à participer à la prise des décisions pour le ménage ; toute chose qui n'était pas concevable pour eux du fait des moqueries de la communauté à ce sujet. La question de mariage forcé est analysée autrement aujourd'hui par ces hommes. Si autrefois, prendre part et organiser le mariage forcé des jeunes filles semblait flatter l'égo des hommes, une façon de s'affirmer dans la communauté, de plus en plus d'hommes célibataires, mariés ou parents reconnaissent les inconvénients de cette pratique. En effet, les hommes célibataires ne cherchent plus à perpétuer cette coutume du mariage forcé dégradante pour la jeune fille.

Il y a aussi un dialogue qui s'installe dans les couples célibataires ou mariés autour des questions de rapports sexuels notamment le désir de la femme est pris en compte. Les hommes reconnaissent que les femmes aussi ont des désirs sexuels ; elles ont les mêmes droits, notamment celui de refuser un rapport sexuel, et ne devraient pas subir de force un rapport sexuel sur le seul désir de l'homme, voir se faire battre. Les hommes ne forcent pas leur partenaire ou leur femme à avoir des rapports sexuels. Aujourd'hui, les femmes refusent les rapports sexuels si elles n'en ont pas envie ; avant, elles se livraient à l'homme, même si elles n'en avaient pas envie, car c'était considéré comme la chose normale à faire.

Il y avait un tabou sur les menstruations des filles dans le milieu scolaire. Mais il est à noter un changement de comportement de sorte que les garçons à l'école ne se moquent plus des filles pendant les menstruations, mais les aident, par exemple en se rapprochant d'elle et leur dire qu'elle a une tache de sang.

Question d'étude 4.3. Est-ce que le taux de VBG a changé dans les ZS de la mise en œuvre de la PSDSR comparer aux ZS non-engagé ? Pourquoi ?

1. Baisse des VBG à cause des dialogues intergénérationnels, de l'intervention de la police et de la possibilité des femmes victimes de porter plainte (4EA-J; 2EA-Com; 1EA-ENC; 1EA-M; 1EA-ONG; 1EA-Aut)
2. Mais, la baisse du harcèlement sur les femmes est due à la crainte de la police et non pas parce que les gens (hommes) pensent que c'est mauvais. Les dénonciations sont freinées ou n'aboutissent pas en poursuite car les femmes ont aussi peur de perdre leur mari (1EA-J; 1EA-Com; 2EA-ENC; 1EA-ONG).
3. Les cas de VBG sont plus enregistrés dans les villages où la PSDSR n'intervient pas (1EA-Com).

4. Les femmes/filles ont désormais plus de liberté de la part de leur mari/entourage masculin : par exemple, pour aller aux soins, se faire examiner ou mener une AGR/et intervenir en classe (1EA-Com ; 1EA-ENC).

Encadre 4 : Changements dans le VBG, selon les jeunes dans les sessions participatives

Dans l'ensemble, grâce aux activités sur les thématiques de VBG, les hommes célibataires et mariés impactés par le programme ont compris les différents types de VBG, les lois et les lourdes peines prévues pour les auteurs de VBG. Les hommes mariés déclarent de ne plus faire subir des violences physiques et sexuelles à leurs conjointes. Il semble loin l'époque où c'était tout à fait normal et un droit de battre sa femme, lorsque celle-ci ne voulait pas avoir de rapports sexuels ou ne se comportait pas comme le voudrait son mari. Les hommes célibataires avaient l'habitude de violer les filles qui les suivaient dans les champs et considéraient que les filles n'avaient pas le droit de s'opposer. Ils essaient maintenant de résoudre les désaccords par la communication et le dialogue non violent avec leur partenaire. Il convient de noter que ce n'est pas tous les hommes qui avaient l'habitude de violer leur femme ou leur petite amie.

Le dispositif de signalement et de prise en charge des VBG est connu de tous : centre de promotion sociale (CPS), police, délégué de quartier ou chef de village, numéro vert. Et les individus hommes et femmes sont outillés et ont acquis la capacité de signaler désormais les VBG et autres violations des droits (la menace de mariage forcé, mariage d'enfants mineurs). Les hommes signalent lorsqu'ils constatent une violation, les femmes lorsqu'elles sont victimes de VBG (et par exemple lorsque cette VBG a entraîné une grossesse non désirée). Avant, les femmes se taisaient. Les filles célibataires signalent au CPS lorsque leurs parents menacent de les marier.

Question d'étude 4.4. Quels sont des exemples où le programme a fait en sorte qu'un groupe de jeunes a reçu plus de ressources ou attention afin de créer un environnement d'égalité (c.-à-d. entre les sexes ou autre) ?

1. Il y a peu de jeunes impliqués dans les clubs dans les écoles et ateliers ou on donne ESS (25 par club au total) (1EA-J).
2. Les jeunes qui participent dans le programme PSDSR sont connectés au centre de santé (1 EA-J).
3. C'est de façon indirecte que les plus pauvres ont bénéficié de la PSDSR car les jeunes transmettent l'information sur les SDSR de bouche à oreille dans la communauté (1EA-J). Nous impliquons aussi les orphelins, les enfants de rue, les vendeuses ambulantes dans nos sensibilisations mais on ne réunit pas ces cibles à part pour sensibiliser (1EA-J).
4. Il y a les artisans, les non scolarisés qui ont bénéficié plus des activités du programme PSDSR parce que si tu es scolarisé il y a le minimum qu'on apprend à l'école qui aide aussi (1EA-J).

OCI 4. Évidence que les filles ont confiance en elles.

1. Les filles ont acquis la capacité d'informer leur parent qu'elles ont un partenaire (1EA-J)
2. Il y a une influence des filles sur leur parents qui pensent qu'elles ont plus de connaissances car elles vont à l'école (1 EA Com)
3. Les filles ont appris à s'exprimer et savent se défendre face aux VBG (3EA-ENC)
4. 1368 filles (91% du groupe cible prévu) ont suivi un cours d'auto-défense (IATI) – ce qui probablement va augmenter leur confiance.
5. Dans les sessions participatives, on a relevé que les garçons et les filles parlent désormais librement de la santé et des droits sexuels et reproductifs, dans la communauté et parmi leurs pairs, et ne craignent pas d'être considérés comme des jeunes dévergondés. Les filles parlent à leurs camarades de la prévention de la grossesse et de leurs droits. C'est la preuve qu'elles ont acquis une certaine confiance en soi.

OCI 7. Évidence que les leaders d'opinion et les familles, y compris les leaders religieux et traditionnelles soutiennent une éducation équitable en valorisant des filles et garçons.

1. 8,289 leaders (49% de la cible prévue) sont effectivement engagés (IATI)
2. Les leaders communautaires ont admis que c'est une bonne chose d'accompagner les jeunes dans une éducation équitable car cela favorise la satisfaction de leur droit, mais il faut se méfier de la possibilité de déviance de ces jeunes (1 EA-Com)
3. A travers ce projet on est en contact avec les jeunes/ados. La PSDSR nous ouvre les portes aux rencontres directes avec les jeunes, ce qui nous permet d'être à leur écoute. (1 EA-Aut)
4. Défis : beaucoup d'adultes n'acceptent pas encore l'égalité des sexes même s'il y a du mieux (1 EA-ONG ; 1 EA-Aut)

OCI 14. Évidence que les maris encouragent les femmes à fréquenter les services de SR

1. Selon le rapport de ABMS, on note un accroissement des maris modèles passant de 309 pour 30 villages à 720 pour 70 villages (Rapport ABMS) ;
2. Les femmes/filles ont désormais plus de liberté de la part de leur mari : par exemple, pour aller aux soins et se faire examiner (1EA-Com).

OCI 6. Évidence que les jeunes filles, y compris les filles mères, défendent leurs droits et s'épanouissent économiquement

1. Le nombre de groupes de femmes impactés (302) a atteint 210% de la cible prévue (IATI) ;
2. Grâce à la PSDSR, les activités de renforcement de l'estime de soi ont permis aux filles d'avoir confiance en elles et de pouvoir se défendre face aux VBG ; les filles ont acquis la capacité à défendre leurs droits et peuvent réagir promptement si besoin (1 EA-J). Les femmes mènent des activités génératrices de revenus et n'attendent pas leurs maris avant de satisfaire leurs besoins. (1 EA-ENC) ;
3. Toutes ces activités ont permis d'avoir la paix dans les foyers (1 EA-ENC) ;
4. La discussion lors des sessions participatives a révélé que certaines femmes célibataires et mariées ont maintenant une activité génératrice de revenus comme la fabrication d'articles en perles, de gâteaux, de fromage de soja, de savon, de gel antiseptique. De cette façon, elles ne sont plus (complètement) dépendantes de leurs parents, de leurs petits amis ou de leurs maris comme avant et s'épanouissent économiquement.

OCI 16. Évidence que les parents encouragent les filles (mères) à poursuivre leur scolarité et une vie économique active

1. Le projet PSDSR a impacté 355 046 parents qui ont participé aux dialogues intergénérationnels (42% de la cible) (IATI) ;
2. Les parents pratiquant du vodou facilitent désormais l'éducation formelle et l'apprentissage des filles malgré la grossesse (1 EA-Com) ;
3. Selon les autorités, il y a un succès dans l'engagement pour « zéro grossesse en milieu scolaire », les cas passant de 179 en 2017 à 10-20 en 2021 (1EA-Aut) – qui a comme résultat que plus de filles restent à l'école ;
4. Selon la déclaration des participantes aux sessions participatives, davantage de filles vont à l'école ou sont en apprentissage, et restent à l'école ou terminent leur apprentissage, contrairement à ce qui se passait auparavant. Soit les filles, soit les parents ne considéraient pas la scolarité comme importante et la trouvaient même inutile pour les filles, soit les filles devaient arrêter parce qu'elles tombaient enceintes. Les femmes mariées envoient maintenant leurs filles à l'école.

OCI 10. Évidence que les coupables de VBG sont dénoncés et punis

1. Le nombre de cas de VBG dénoncé et pris en charge a augmenté de 579% (IATI). Probablement, cette forte augmentation est due au fait que les VBG, tenues sous silences par le passé, sont désormais dénoncées ;
2. Les cas de dénonciations des coupables s'observent plus facilement dans la communauté (2 EA-J; 5 EA-Aut) ;
3. Le rôle pédagogique que joue la justice en matière de la lutte contre les VBG a contribué à faire baisser considérablement le nombre de cas de violence basée sur le genre (1 EA-M) ;
4. Il existe un comité de veille dans les villages qui travaille à la dénonciation et la prise en charge des cas de VBG (1 EA-Aut ; M).

OP.4 : Évidence que les OSC prennent en charge les cas de victimes de VBG. Est-ce que les OSC ont développé un plan ou stratégie de long-terme pour la prise en charge des victimes ?

1. Le rapport PSDSR 2020 indique que 518 filles ont acquis des capacités d'autodéfense ;
2. Le soutien à la victime et sa famille en faisant des sensibilisations et en lui donnant les informations sur les peines encourues par l'auteur de VBG et les possibilités de prise en charge des victimes est une démarche très persuasive (1 EA-Aut) ;
3. 10 victimes femmes de VBG ont été prises en charge selon le DDASMF, Donga : financement des AGR, l'apprentissage et l'octroi des premiers outils pour l'installation post-apprentissage (1EA-M) ;
4. Il y a manifestement encore des cas de VBG dans les localités, mais la tendance est en baisse grâce à la PSDSR (1EA-Aut).

Conclusions programmatiques QE4

1. Les A&J, les éducateurs, les personnes et les communautés impliqués dans le programme comprennent les effets néfastes des relations inégales entre les sexes ;
2. Les statistiques sur les VBG sont en nette amélioration, c.-à-d. moins de VBG et plus de pris en charge
3. Plus de filles vont et restent à l'école ;
4. L'autonomisation des femmes est une approche transversale qui a permis d'atteindre simultanément plusieurs objectifs du projet : confiance et estime de soi, baisse des VBG, respect des droits des filles/femmes, modification des normes et rôles de genre dans les sphères familiale et économique.

Conclusions CAD QE4 :

Efficacité

1. Manifestement, le projet a permis de réduire les cas de VBG dans la plupart des localités : en témoignent les différents rapports d'activités des ONG et les avis des populations, des leaders communautaires et les autorités ;
2. Il y a un changement de comportement des jeunes en l'occurrence en ce qui concerne les rôles de genre ;
3. Les femmes qui sont les cibles les plus concernées ont été impactées par les activités de sensibilisation sur les VBG ;
4. En revanche, les témoignages font écho de ce que les filles ont été beaucoup concernées par les activités sur les VBG et très peu d'activités étaient menées à l'endroit des principaux auteurs sauf dans le cadre de la répression qui crée la peur. (*inefficacité*)

5. En dehors des mesures correctrices d'inégalité à l'attention du groupe des femmes et des filles, on enregistre moins d'évidence de ces mesures sur les autres groupes minoritaires (par exemple, les hommes victimes de VBG) (*inefficacité*)

Durabilité

1. Certaines femmes craignent encore de porter plainte pour ne pas avoir de problème avec leurs maris (*problème de durabilité*)
2. Ensuite, les changements de comportement sont le fait de la crainte de la répression et non pas forcément du fait de la compréhension des effets négatifs des VBG sur la santé et l'épanouissement des individus qui en sont victimes ; ce qui peut être un frein à la durabilité des acquis du projet (*problème de durabilité*)
3. Implication des autorités locales, des leaders communautaires dans le projet PSDSR.

3.5 Question d'évaluation 5 : Participation communautaire

QE5 : Dans quelle mesure est-ce que la PSDSR a impliqué la communauté et a contribué à renforcer la participation communautaire pour soutenir la SDSR et l'autonomisation des A&J, et en particulier les marginalisés et vulnérables (c.-à-d. les jeunes filles en dessous de 15 ans ; les LGBTQ+ ; les handicapés, etc.) ?

Résumé de réponse : L'évaluation a révélé que la PSDSR a créé un environnement favorable dans les communautés pour soutenir la SDSR des A&J. La PSDSR a réussi à sensibiliser et à former différents individus et groupes de la communauté sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des A&J ; ces individus et groupes comprennent les chefs traditionnels et religieux, les maris, les groupes communautaires existants et les femmes mariées. Les activités ont comme résultats que les leaders et membres de la communauté comprennent mieux les perspectives et les soucis des jeunes et comment les soutenir au sujet de la SDSR. Dans quelques ZS la PSDSR a impliqué les dirigeants locaux, les autorités et les prestataires de services pour créer des environnements favorables aux jeunes marginalisés, comme les LGBTQ+ ; les handicapés, et travailleurs de sexe.

Trouvailles et anecdotes par question d'étude

Question d'étude 5.2 : Quel appui a été donné aux Organisations de la Société Civile (OSC) dans les communes pour promouvoir l'autonomisation des A&J concernant la SDSR et quels sont les facteurs qui continuent d'influencer négativement la SDSR chez les jeunes (hommes, femmes, par âge) malgré les interventions ?

1. Les membres du consortium travaillaient déjà dans la ZS dans les communautés, mais avec la PSDSR il y avait des changements concernant l'organisation, la fréquence et les sujets des sessions (EA - J, COM, M, ONG)
 - Fréquence : Il existe plus d'activités communautaires pour les chefs traditionnels, les religieux et villageois, les groupements communautaires ainsi que les autorités (comme la mairie, la police).
 - Le sujet : L'accent est désormais mis sur la SDSR des A&J (et non sur la santé ou la population en général). Les émissions de radio ciblent également les adultes dans les communautés, en les sensibilisant sur la SDSR des A&J, dans les langues locales.
2. Les approches de formation et sensibilisation ont changé par rapport à celles utilisées auparavant, et sont très efficaces (EA - J, ESC, COM, M, ONG, C) :
 - Les sessions *atchakpodji* ('parler sous l'arbre') dans les communautés sont pour toutes les personnes. Ces sessions sont animées par MAJ, des animateurs d'ONG locales, des journalistes radio et des relais communautaires formés ; Le personnel de CS, CPS, la police, le maire y participent, selon le thème spécifique de la journée.

- Les approches du dialogue intergénérationnel, de l'échange entre parents et enfants, et du dialogue familial (en utilisant la boîte à images) ont amélioré la compréhension et la communication entre les jeunes, leurs parents et les aînés de la communauté. Elles permettent aux parents et aux aînés de comprendre la perspective des jeunes et leurs besoins en matière de PSDSR et elles donnent également aux jeunes la confiance nécessaire pour parler à leurs parents (EA - J, ESC, COM, M).
 - Approche de « l'école des maris », se concentre sur les hommes mariés. Les maris sont formés aux questions de genre, à l'importance de la scolarisation des filles, à l'importance de l'utilisation de la PF, au soutien de leurs femmes et filles, et de se comporter comme des « maris modèles ». Cette approche a créé un environnement plus favorable aux PSDSR des (jeunes) femmes mariées et de leurs filles (EA - C, COM, ONG). Un mari modèle témoigne : « *On appui les familles pour avoir dialogue franc entre parents-enfants pour arriver à connaître les besoins des filles et à les satisfaire afin qu'elles ne soient pas économiquement dépendantes des hommes.* »
3. La PSDSR appuie les OSCs comme les écoles de maris, les plateformes de leaders religieux, les groupements LGBTQ+, par la formation des pairs sur la PSDSR d'A&J.
 4. La PSDSR a impliqué les dirigeants locaux, les autorités, et les prestataires de services pour créer des environnements favorables aux jeunes marginalisés. Pour soutenir les LGBT, le programme travaille avec la police sur les droits des LGBT, avec les travailleurs de la santé sur les services destinés aux LGBT et avec les médias comment utiliser la bonne langue pour parler des homosexuels et des enjeux de la discrimination. (EA – C ; SP - LGBT).
 5. Evidence que le programme a mis en œuvre des dispositifs adaptés aux besoins des jeunes marginalisés et vulnérables :
 - 1 410 personnes du groupe de population clé (141% de la cible prévue) ont fréquenté une clinique qui approvisionnent un paquet minimum de SRAJ ; 1352 personnes populations clés (135% de la cible prévue) ont reçu au moins un service SRAJ (IATI) ;
 - 245 pairs éducateurs formés au niveau des travailleuses de sexe (rapport PSDSR 2020/1).
 6. **Anecdote** : Dans le questionnaire KOBO on demande aux A&J : d'où viennent leurs sources d'information autres que ESS de PSDSR. Il est intéressant de constater que les participants à la PSDSR sont relativement plus nombreux à avoir reçu des informations de leurs parents, de leurs enseignants et leaders locaux que les non participants. Cela soutient la trouvaille que de nombreux acteurs communautaires autour des jeunes sont impliqués dans le programme PSDSR. Les non-impliqués reçoivent relativement plus d'information des amis et de media sociaux – qui sont des sources moins fiables pour trouver des informations correctes. (voir tableau 7)

Tableau 7 : Information PSDSR d'autre sources, par implication de PSDSR

	Impliqué dans PSDSR (N=278)		Pas impliqué dans PSDSR (N=70)	
	n	%	n	%
A reçu d'information PSDSR autre que PSDSR (%)	157	56.5	43	61.4
<i>Si oui, Source d'information PSDSR autre que PSDSR</i> (réponses multiples)				
Enseignant ou autre agent du milieu scolaire/patron d'atelier d'apprentissage	59	37.6	13	30.2
Parents ou autre adulte de la famille	70	44.6	12	27.9
Leader local/religieux	6	3.8	0	0
ONG locale autre que celle intervenant dans la PSDSR.	53	33.8	14	32.6
Ami(e)s/ pairs/	52	33.1	27	62.8
Médias sociaux/internet/magazines)	35	22.3	13	30.2

7. Anecdote : Développement des manuels avec la participation des leaders communautaires : Les leaders traditionnels locaux des trois zones avec lesquelles CARE travaille ont participé à un atelier en 2019 pour élaborer les histoires de la « boîte à images ». Ces histoires parlent des barrières et des difficultés liées à la SDR des jeunes dans leur région. (EA - C).
8. Les défis qui continuent à influencer négativement la SDR des jeunes, malgré les interventions sont (EA-M, ESC, C, ONG) :
 - Il y a encore des chefs religieux et traditionnels, parents et autres adultes qui s'opposent à ce que l'on parle des SDR des jeunes. Ils pensent que parler de sexe incite les jeunes à avoir des relations sexuelles avant le mariage, ce qui est mal vu. « *Souvent les gens pensent que si on parle de la sexualité, la conversation elle-même va créer un désir pour le sexe* » (ONG CARE) ;
 - Il y a des chefs religieux et autres personnes qui pensent que le Coran dit que le planning familial n'est pas autorisé, ou que les filles doivent se marier peu après leurs premières règles. Le chef du CPS commente : « *Les parents marient leur fille quand ils la voient marcher avec un garçon, parce qu'ils craignent une grossesse.* »

Question d'étude 5.3 : Dans quelle mesure les approches du programme concernant l'autonomisation des jeunes sont-elles en adéquation avec les besoins des communautés ?

1. Les communautés (parents, anciens) comprennent et apprécient le fait qu'avec les activités locales de la PSDR et l'autonomisation de jeunes pour l'utilisation de contraceptifs, empêchent que les filles tombent enceintes et doivent arrêter l'école ou l'apprentissage. Ceci montre que les approches du programme sont en adéquation avec les besoins des communautés parce que les parents et anciens ont reconnu les problèmes de la grossesse précoce. (EA-J, COM).
2. L'approche de l'AGR pour les jeunes (filles) et les jeunes femmes mariées couvre un besoin dans les communautés pauvres. La pauvreté est reconnue pour entraîner de nombreux problèmes liés à la SDR, notamment les rapports sexuels non protégés, les grossesses et mariages précoces, avortements, et la VBG. Tous les membres de consortium ont des activités d'AGR pour les jeunes, particulièrement pour les jeunes filles (EA - J, ESC, C, ONG, M)
3. Dans les sessions participatives les groupes de femmes témoignent que plus de femmes célibataires et mariées ont maintenant une activité génératrice de revenus comme la fabrication d'articles en perles, de gâteaux, de fromage de soja, de savon, de gel antiseptique. De cette façon, elles ne sont plus (complètement) dépendantes de leurs parents, de leurs petits amis ou de leurs maris comme avant. (SP).
4. Anecdote : Les histoires de la « boîte à images » pour les dialogues réflexifs sont développées par les chefs traditionnels locaux et reflètent donc les réalités et les besoins de la communauté (EA - C).

OCI.15 Evidence que les parents discutent « effectivement » la sexualité et la santé reproductive avec leurs enfants

1. Les rapports sur une communication et une compréhension accrue entre les parents et leurs enfants peuvent indiquer qu'ils discutent effectivement. (EA - COM, ESC, M, ONG)
2. Incitation des parents à répondre aux besoins des jeunes et des adolescents surtout ceux en apprentissage (extrascolaires) et les scolaires afin qu'ils préparent leur avenir mais parallèlement on apprend aux ados et jeunes à faire de petits jobs pour soulager les parents en cas de difficultés. Il y a eu un changement de comportement chez les parents qui laissent le libre choix aux filles de choisir leur partenaire sexuel. (EA-COM)
3. Dans les différents groupes des A&J, les jeunes indiquent qu'ils discutent désormais de la SDR avec leurs parents à la suite des activités du programme – ils/elles se sentent en confiance pour initier et remarquent que les parents initient également (SP - toutes).

4. 355 046 parents ont participé dans les dialogues intergénérationnels (ou 42% de la cible prévue). (Les raisons pour lesquelles l'objectif n'a pas été atteint sont très probablement dues aux restrictions du COVID : aucune grande réunion n'était autorisée et le coût par dialogue intergénérationnel était plus élevé, avec une augmentation des coûts de transport et de rafraîchissement pour les participants.) (IATI)

OCI 14. Evidence que les maris encouragent les femmes à fréquenter les services de SSR

1. Les jeunes femmes et hommes marié(e)s lors des sessions participatives disent que les maris encouragent leurs épouses à fréquenter les services SSR (SP – marié(e)s) ;
2. En 2019 il y avait 30 écoles de maris dans les communautés avec 309 maris modèles et à la fin de 2021 il y a 70 écoles avec 720 maris modèles formés et actifs. (Rapport ABMS)
3. Il est très probable que le fait qu'il y ait plus de maris modèles, fait en sorte que plus de maris encouragent leurs femmes à se rendre dans les services de santé ;
4. Davantage de maris soutiennent leurs femmes pour qu'elles se rendent au centre de santé pour la CPN ; ils décident ensemble de l'utilisation de la contraception (EA - COM) ;
5. La décision de devenir enceinte et celle de porter la grossesse sont prises de façon volontaire et la femme peut décider ensemble avec son conjoint d'adopter une méthode contraceptive (EA-Com Religion endogène).

OCI17. Evidence que les élus locaux écoutent la voix des jeunes et femmes et les intègrent dans les priorités

1. Les autorités locales intègrent désormais la santé et les droits sexuels et reproductifs des jeunes dans leurs programmes (IATI ; EA - Aut) ;
2. 33 municipalités intégrant la SRAJ et VIH dans leur programme de travail (110% de la cible prévue) ; --87 plaidoyers organisés pour la défense des droits SR (290% du cible prévu) (IATI);
3. Les chefs traditionnels et religieux locaux (sensibilisés par la PSDSR) parlent maintenant de la santé et des droits sexuels et reproductifs des jeunes dans leurs communautés - alors qu'auparavant ces chefs étaient conservateurs (EA - COM, M) ;
4. Les leaders ont formé une plateforme des leaders religieux (des différentes religions) pour promouvoir la SDSR des jeunes de leur communauté. Ils sensibilisent les membres de leurs communautés et accompagnent les jeunes pairs éducateurs dans leurs activités de sensibilisation au sein de la communauté (EA – COM).

OCI16 Evidence que les parents encouragent les filles (mères ou en état de grossesse) à poursuivre leur scolarité et une vie économique active

1. Davantage de parents soutiennent leurs filles pour qu'elles aillent et restent à l'école ou suivent un apprentissage (avant qu'elles ne craignent une grossesse à l'école ou dans les ateliers) (EA - COM)

Conclusions programmatiques QE5

1. La PSDSR a réussi à sensibiliser et à former différents individus et groupes de la communauté sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des A&J ; ces individus et groupes comprennent les chefs traditionnels et religieux, les maris, les groupes communautaires existants et les femmes mariées.
2. La sensibilisation a été un succès parce que : 1) les chefs religieux et communautaires progressistes ont été formés et impliqués pour parler aux autres membres de la communauté ; 2) le programme a utilisé une approche de dialogue réflexif pour sensibilisation ; 3) les autorités et les personnes ressources locales ont été impliquées dans le soutien des réunions communautaires ; 4) il y avait un programme spécial pour les hommes mariés.

3. Tout cela a créé un environnement favorable aux jeunes, où ils ne craignent plus de parler de la SDSR, de poser des questions et d'obtenir un soutien, et où les parents soutiennent les filles pour qu'elles aillent à l'école et que les jeunes épouses puissent utiliser la PF. (Voir encadrement 2 sur les changements dans l'environnement plus favorables, selon les jeunes dans les sessions participatives).
4. Bien que le programme ait été fructueux dans les communautés où la PSDSR est opérationnel, il y a une menace pour la durabilité des parties conservatrices dans des communautés qui sont contre le fait de parler de la SDSR des jeunes, et le programme n'a pas couvert toutes les communes, arrondissements et villages d'une ZS.

Conclusions CAD QE5

Efficacité

1. Le travail avec différents groupes communautaires, par le biais des leaders locaux, avec la méthode du dialogue réflexif a été efficace pour créer un environnement favorable à la SDSR des jeunes.

Durabilité

1. Les autorités, les communautés et les personnes impliquées dans la PSDSR expriment une volonté de maintenir l'élan du programme PSDSR, parce qu'ils remarquent les résultats positifs sur les SSR des A&J.
2. Les lois et programmes nationaux (contre la VBG et le mariage des enfants, sur la gratuité des services de SSR pour les jeunes, sur l'intégration de l'égalité des sexes dans les programmes scolaires) facilitent la durabilité des résultats de la PSDSR et sa poursuite. (Cependant, les ONG locales craignent les parties conservatrices des communautés).
3. Il y a eu un renforcement des capacités et une sensibilisation à tous les niveaux et parmi toutes les parties prenantes du programme. Ces parties prenantes appliqueront les capacités et la sensibilisation acquises dans d'éventuels autres programmes liés à la SDSR des jeunes (selon les témoignages dans EA - J, ESC, M, Aut).

Cohérence :

1. La PSDSR a une grande cohérence en termes de travail avec toutes les parties prenantes impliquées dans la SDSR des A&J : dans la communauté, avec les autorités locales, les services SSR locaux, les ministères.

3.6 Question d'Évaluation 6 : Gestion et efficience

EQ6 : Dans quelle mesure est-ce que le Consortium a-t-il utilisé les ressources du programme (humaines, financières, administratives) dans une manière efficiente afin d'atteindre les produits attendus ?

Résumé de réponse : Le démarrage du programme a posé plusieurs défis. D'abord, c'était un grand « challenge » pour les trois ONG de travailler en Consortium d'autant que la synergie souhaitée n'a pas été clairement définie. Deuxième, le changement de « lead » du Consortium de l'AMBS à CARE ainsi que l'adaptation des 3 ONG aux exigences du manuel de procédure était un défi et troisième, les approbations en provenance du Ministère de l'Éducation ont créé des retards de la mise en œuvre des activités lors des 18 premiers mois. En plus, la PSDSR a sous-estimé les défis et l'importance du planning entre 3 ONG indépendantes et extrêmement occupées. Au fur et à mesure, les ONG se sont habituées à travailler ensemble et connaître les exigences du manuel de procédure ; la compétence générale et la maturité institutionnelle de ces 3 ONG ont fait en sorte qu'elles pouvaient rattraper le temps perdu. En général, le programme a achevé ses produits attendus dans les limites du budget fourni et avec efficacité. Le vrai début du projet en 2019 (et ses taux d'exécution observés : entre 23% et 40% en juillet 2019) montre un début difficile (pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus) mais les ONGS ont pu rattraper ce faible taux d'exécution vers la fin de l'année (ABMS = 63%, ABPF = 85%, et CARE = 73%). L'année 2020 montre les taux d'exécution assez fort (ABMS = 96%, ABPF = 80% et CARE = 76%) et ces taux

d'exécution sont dans les normes d'une bonne mise en œuvre du programme. Cependant, l'intelligence collective du comité de pilotage (c'est-à-dire que le comité comprend un énorme rassemblement d'expertise et connaissances nationales) n'a pas été suffisamment exploitée par la gestion

Trouvailles par Question d'Étude

Question d'étude 6.1: Est-ce que les décaissements se sont déroulés dans les délais et/ou selon les attentes des bénéficiaires pour éviter la discontinuité dans la mise en œuvre des activités ?

1. Il y avait des complications au début du projet qui ont empêché la mise en œuvre du délai initialement prévu. Il y avait (a) le changement du lead de la PSDSR de l'ABMS à CARE et (b) l'introduction et l'adaptation aux exigences d'un nouveau manuel de procédures (développé spécifiquement pour la PSDSR) ; (c) audits institutionnels (6 mois de stop d'activités) et (d) retards à cause des approbations par le Ministère en charge de l'Éducation. L'ensemble de ces retards ont créé un taux d'exécution assez bas dans la première année (dans les 20 à 40 centiles). (EA-Amb, EA-C X 3). (Rapports financiers du programme)
2. Le vrai début du projet en 2019 (et ses taux d'exécution observés : entre 23% et 40% en juillet 2019) montre un démarrage lent (pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus) mais les ONGS ont pu rattraper ce faible taux d'exécution vers la fin de l'année (ABMS = 63%, ABPF = 85%, et CARE = 73%). L'année 2020 montre les taux d'exécution assez forts (ABMS = 96%, ABPF = 80% et CARE = 76%) et ces taux d'exécution sont dans les normes d'une bonne mise en œuvre du programme. (Rapport financiers 2019, 2020 et 2021)
3. En général, la répartition du budget PSDSR reste dans les normes standards. Le budget a été divisé en trois parties quasi-identiques mais CARE a eu un budget plus important pour les coûts « indirects » (17% comparé à 7-8% pour ABMS et ABPF). Cette différence tient en compte du fait que CARE est responsable pour les décaissements pour ABMS et ABPF ainsi que la collecte des données pour le suivi et l'évaluation du programme. A peu près 85% du budget a été alloué aux coûts directs (sauf CARE était à 73%) pendant que les frais de gestion ont resté entre 7-8%. (Original budget (Budget original 2018 ; rapports financiers 2019-2021) (Voir tableau 8)

Tableau 8 : Résumé de la répartition pondérale du budget PSDSR entre 3 ONG 2018-2021

	<i>ABMS</i>	<i>ABPF</i>	<i>CARE</i>
Personnel	15%	18%	22%
Voyage	3%	1%	5%
Coûts Directs	65%	50%	46%
Total Direct	83%	84%	73%
Équipement	1%	3%	4%
Coûts Indirects	8%	6%	17%
Frais de gestion	5%	7%	7%

4. A part un faible taux d'exécution noté par les enjeux ci-dessus, il y avait des retards dans les décaissements et l'achat des matériels et services à cause de : (1) non-conformité avec les règles du MdP ou (2) manque de systèmes financiers adéquats pour répondre aux exigences du MdP, ou (3) problèmes dans la chaîne de communication entre les 2 ONGS, CARE et l'Ambassade. (EA-C: ABMS, EA-ONG, ABPF et CARE)
5. Les 2 ONG ABMS et ABPF étaient obligés de préfinancer des activités à cause des longs délais dans les décaissements. (EA-C X3, EA-Min)

6. Les A&J et les pairs éducateurs ont exprimé une déception ou petite frustration en disant que s'ils avaient eu plus de ressources et un peu plus de flexibilité dans son usage, ils auraient pu atteindre plus de jeunes. (EA-ONG, EA-ESC)

Question d'étude 6.2: Est-ce que la répartition des services au niveau des ZS a suivi une logique selon les expertises de chaque membre de consortium ? Quel était le planning et comment est-ce que les 3 membres ont résolu les trous de services ou les goulots d'étranglement ?

1. Au niveau du planning des activités, le Consortium a eu ses réunions de planning semestrielle et/ou annuelle, où chaque organisation a élaboré et présenté leurs propre PTA. Le planning était guidé par un comité de pilotage comprenant une grande participation multisectorielle. (PTA, rapports annuels, EA-C, EA-Min)
2. Le projet a mis en place un système de répartition de services et approches qui a divisé les 12 ZS d'intervention selon la présence historique de chaque ONG y inclus leurs réseaux d'ONG locales. C'était un système logique et efficient, semble-t-il, pour mieux répartir les expertises et les ressources par ONG, mais c'était un système de planning plutôt « top-down » que de « Bottom-up », dont la dernière aurait pu impliquer des jeunes dans la définition de leurs propres besoins et puis façonner après la meilleure combinaison de stratégie selon les gaps définis par les A&J. (EA-C x3, rapports annuels)
3. Au niveau départemental un comité multisectoriel de concertation a guidé la planification et suivi de la mise en œuvre des activités. (EA-C, EA-Min, EA-Amb)

Question d'étude 6.3: Comment était la communication entre les 3 membres ? Est-ce qu'il y avait un dispositif de communication adéquat et fonctionnel ?

1. Les lignes de communication (c.-à-d. la chaîne d'approbation d'une ébauche ou l'acceptation d'un rapport dans sa forme finale) entre les 3 ONG et l'Ambassade n'étaient pas très claires, évidentes ou bien vues comme étant transparentes. Cette situation a créé des malentendus et ressentiments négatifs, surtout envers CARE (responsable comme "lead" organisation). (EA-C X3, EA-Amb)

Question d'étude 6.4 : Comment le lead membre du consortium dans une ZS a-t-il coordonné les activités des autres membres et leurs partenaires locaux travaillant dans la même ZS ?

1. Les activités étaient bien organisées / planifiées en général au niveau départemental. Le coordinateur/trice était responsable et assez clair sur ce qu'il/elle devrait faire selon un grand canevas de planning fourni par les sièges à Cotonou. (Revue documentaire, EA-C X3, EA-ONG)
2. Il n'y avait pas de grande collaboration entre les 3 ONG au niveau local. Chaque ZS était « alloué » à une ONG et c'est cette ONG qui est le "lead" (responsable) pour l'organisation de toutes les activités du programme. C'était un système assez vertical selon les structures et administration de chaque ONG. (EA-C, ZS Observation)

Question d'étude 6.5 : Quels étaient les succès et faiblesses dans le fonctionnement en consortium – en comparaison aux membres travaillant chacun de son côté, comme auparavant ?

1. Faiblesse. Une administration assez lourde—surtout pour un projet non-gouvernemental—et aggravé par un manuel de procédure (MdP) sur exigeant. (EA-Amb, EA-C, Manuel de Procédure)
2. Succès ou Point Fort. Il y avait une appréciation générale de l'expertise de l'autre qui n'était malheureusement pas exploitée à bon escient. (EA-C, EA-M, EA-Amb)
3. Faiblesse. Une unité de gestion a été créée mais l'unité n'a pas bien marché pour des raisons inter-organisationnelles et/ou personnelles (EA-ABMS, EA-ABPF, EA-Amb, EA-CARE)
4. Faiblesse. Le comité de pilotage était un bon point de rassemblement pour les différentes parties prenantes mais les "agendas" n'étaient pas suffisamment pensés afin de (a) tirer des synergies potentielles ou (b) capitaliser et viser « l'intelligence collective » de ses membres sur l'évolution du

programme et ses résultats. (Agendas du comité de pilotage ; PV des réunions du CdP; EA-C, EA-M, EA-Amb)

Question d'étude 6.6: Est-ce qu'il y avait un système de suivi et monitoring commun pour les 3 ONG ? Comment ont-elles partagé les leçons acquises ou résolu les problèmes dans un délai adéquat ? Est-ce que ce système a fait en sorte que les A&J en fasse partie ?

1. Il y avait au moins un « système commun » en ce sens qu'il y a eu 3 grandes ONG qui ont coopéré sur un plan d'action en commun où chaque organisation a soumis son propre planning annuellement. Ensuite ce planning a été passé en revue à travers un comité de pilotage qui s'est réuni deux fois par an, en général. (PTA, rapports de monitoring, IATI, EA-C)
2. Le « système » de suivi et évaluation n'était pas très évident pour notre équipe. On a lu les rapports annuels qui étaient assez compréhensifs et présentait en détail les produits, mais il manquait une analyse pertinente qui liait les résultats quantitatifs à une meilleure compréhension des défis de la mise en œuvre ou les leçons apprises sur terrain. (IATI, DHIS-2, EA-C)
3. Le nombre et types de données collectées étaient trop nombreux, pas pertinents ou pas utilisés à bon escient. (IATI, DHIS-2, Baseline Survey, document de projet). Il n'y avait pas une liste de variables prioritaires. (Documents de projet--rapports annuels, EA-C). En plus, il n'y avait pas de consistance des variables à travers le temps dans la mise en œuvre du programme. (Document de projet ; Baseline Survey ; IATI ; rapports de programme annuel)
4. Il existe différents systèmes de collecte de données qui ne se parlaient pas très bien (c.-à-d., IATI, DHIS, PSDSR étude de base), et qui se chevauchent ou manque de consistance/cohérence entre eux. (Document de projet, étude de base, IATI et DHIS-2)
5. Il y a des réunions semestrielles avec le comité de pilotage où les résultats ont été présentés et discutés. C'était une bonne opportunité de partager des expériences ; cependant il nous semble que ces réunions n'analysent pas profondément les résultats du programme et qu'elles étaient plutôt des réunions de supervision/gouvernance qu'une discussion d'impact. (Agenda et PV du comité de pilotage ; EA-C (CARE et ABMS))

Question d'étude 6.7: Comment les parties prenantes (acteurs) expliquent les succès et les échecs concernant les résultats ?

1. Succès. Chaque ONG du Consortium est légitimement fière de leur travail, de leur spécialité dans le domaine du SRAJ. Elles ont chacune des réseaux bien développés avec beaucoup de contacts personnels, professionnels et organisationnels. Elles sont confiantes dans leurs expertises. Elles expliquent leur succès en provenance de leurs longues années d'expertises, ce qui est juste. (EA-AMBS, EA-ABPF, EA-CARE, EA-Amb)
2. Échec. Il y avait une perception par deux ONG d'un leadership qui n'a pas pris en compte le concept d'égalité entre les trois ONG. Bien qu'il y eût un désir pour trouver des synergies, la réalité d'une énormité d'activités, un leadership perçu comme étant trop exigeant, et une administration assez lourde ont tiré l'énergie collective vers un focus sur les détails de la mise en œuvre au lieu d'une attention "plus haut" vers les enjeux d'efficacité et d'efficacités. (EA-Amb, EA-C)
3. Succès. L'implication de la communauté à tous les niveaux (ONG, gouvernemental, associations jeunes, écoles, etc.) ainsi que les A&J eux-mêmes expliquent pourquoi le programme a eu un tel succès sur terrain. (EA-Aut, EA-ONG, EA-C)
4. Succès. Les répondants se sentaient frustrés de ne pas pouvoir atteindre davantage de jeunes. Ils étaient très motivés et ils voyaient la valeur du programme. (EA-J, EA-Com, EA-C)

Conclusions Programmatiques QE 6

1. Les retards initiaux au cours des 18 premiers mois de démarrage du programme, dus à des obstacles organisationnels et administratifs inattendus, ont entraîné une lenteur dans le taux d'exécution du projet. En plus, un manuel de procédures trop exigeant a fait en sorte que le programme n'a pas pu impliquer, parfois, celles et ceux qui sont les plus marginalisés de la communauté. Ces problèmes de démarrage ont finalement été résolus et le projet a pu reprendre son élan et compenser la lenteur initiale de la mise en œuvre.
2. Les lignes de communication entre les trois ONG et l'ambassade Néerlandaise n'étaient pas claires au début et à cause de ce manque de clarté, des malentendus et même des rancœurs ont évolué ; cependant, avec le temps, les lignes de communication se sont améliorées.
3. Le comité de pilotage multi-partenariat au niveau du siège des ONG est un point de rassemblement important pour recueillir une « intelligence collective » nationale afin d'examiner et de discuter de l'évolution des besoins des adolescents et des jeunes à la suite de la mise en œuvre de la PSDSR. D'après l'examen des rapports de programme et les entretiens approfondis, il semble que ce comité ne soit pas utilisé à son plein potentiel. Les ordres du jour sont surchargés, l'accent étant mis sur les résultats des projets plutôt que de présenter au comité des résultats évolutifs susceptibles de susciter des discussions sur la stratégie et l'impact global.
4. La répartition générale des approches de la prestation de services éducatifs et de santé aux jeunes était bien alignée et logique par rapport aux expériences et aux réseaux historiques de chaque ONG. C'était une approche astucieuse de répartir la direction de chaque département à au moins une des trois ONG. Cependant, ce n'est pas une stratégie sans risque. Il est peut-être plus pratique pour les trois ONG à diviser la charge de travail ainsi, cependant, il n'est pas évident que cette répartition fait en sorte que l'ensemble de toutes les stratégies disponibles parmi les 3 ONG soient accessibles aux A&J dans chaque ZS.
5. Le système de suivi et d'évaluation, bien que robuste en volume, est trop axé sur les données quantitatives, en particulier les données de produits (outputs). Bien que l'accent sur les données de produits soit important dans les premières étapes de la mise en œuvre du programme, une approche analytique solide reliant les produits aux résultats du programme n'était pas apparente. Cet apport analytique des progrès du programme dans le temps aurait été un ajout bienvenu à la portée du travail du comité de pilotage. Le travail d'analyse a peut-être été compliqué par le fait qu'il y avait de sérieuses incohérences à travers le temps au sein et entre un trop grand nombre de variables non prioritaires, ce qui aurait rendu toute analyse extrêmement difficile.

Conclusions CAD QE6 :

Efficiences

1. Les systèmes de finance électronique offline et online sont assez robustes et adéquats pour la gestion des finances.
2. Les lignes de communications entre siège et les coordinateurs/trices étaient assez régulières et fortes pour repérer et éviter le gaspillage de ressources pour raisons d'un mauvais planning ou de redondances d'activités.
3. En générale, le programme était bien organisé du siège jusqu'au ZS ; il a utilisé un bon nombre d'approches et de stratégies intéressantes et importantes, mais l'élaboration du programme et sa gestion étaient plutôt « top-down » au lieu du « bottom-up » qui a donné l'impression aux A&J qu'ils n'étaient pas suffisamment impliqués dans la phase de « développement » du programme. Au niveau de l'efficacité, une approche plutôt « bottom-up » pourrait identifier mieux les besoins des jeunes sur terrain que d'offrir une palette de stratégies en provenant du siège.
4. Les procédures administratives lourdes ont créé un programme moins efficace.

5. Faible management dans la conception de risque. Il y avait une peur disproportionnée de l'audite et une quasi-obsession de faire en sorte que toute procédure soit parfaitement appliquée au lieu de penser que les systèmes de contrôle financier sont là pour servir les objectifs du programme, pas vice versa.

3.7 Question d'Évaluation 7 : Synergie

QE7 : Dans quelle mesure est-ce que le travail en consortium a apporté une synergie et des innovations pour faire avancer la SDSR des A&J ?

Résumé de réponse : Malgré les problèmes de communication, barrières structurels (manuel de procédure) et parfois de personnalité entre les 3 ONG, les A&J au niveau de ZS ont beaucoup appris et beaucoup apprécié l'ensemble d'activités présentés dans la PSDSR. La synergie souhaitée au début du programme par les 3 ONG et les bailleurs de fonds n'était pas atteint selon les répondants de cette évaluation. Cependant, au niveau de la ZS, il y avait parfois une forte participation par un grand éventail d'organisations et individuels dans la mise en œuvre des stratégies prévues, surtout celles qu'ont visé le dialogue et l'implication de la communauté.

Trouvailles par Question d'Étude

Question d'étude 7.1: Quelles initiatives innovantes ont été développées et adoptées à travers le programme pour maximiser les résultats et qui sont pertinentes pour un futur du programme ?

1. Au niveau de « succès », il s'agit moins d'innovation que d'avoir basé le programme sur les bons principes d'inclusion, un grand éventail de participation et le dialogue qu'impliquait tous les membres de la famille. (EA-Com, EA-ESC, EA-S, EA-M, EA-C et EA-ONG)
2. La participation communautaire était non seulement appréciée par beaucoup de parties prenantes mais il était une stratégie importante pour concrétiser, voir valider/ crédibiliser les messages du SSR dans la communauté. (EA-Com, EA-M, EA-ESC).
3. L'implication multi-partenariat au niveau de la communauté était bien pensé et bien organisé en général. (EA-J, EA-M EA-ONG)
4. En tant qu'il y ait eu suffisamment de ressources pour les activités prévues, parfois les animateurs se sentaient un peu « déçu » car il n'y avait pas de ressources additionnelles pour atteindre davantage de participants. (EA-ESC, EA-ONG, EA-M)
5. Il y a l'existence de cadre de concertation qui permet aux acteurs de planifier et d'évaluer les activités du programme. Ce qui fait que tout le monde est motivé à contribuer à la bonne marche de cette activité. Ensuite, le projet a amené les collectivités locales à prendre conscience et à prévoir dans leur plan de travail annuel et leurs budgets la prise en charge des victimes de VBG. (DDASMF, Donga)

Question d'étude 7.2 : Comment, dans quel but et avec qui la PSDSR a-t-il établi le partenariat au niveau national, départemental et Zone Sanitaire ?

1. Toutes organisations impliquées dans la mise en œuvre étaient bien claires de leurs propres rôles, responsabilités et expertise et personne n'a défié la compétence de l'une ou autre. Tout le monde respectait chaque organisation pour leur propre expertise. (EA-C X3, EA-ONG)
2. Cette compréhension de l'une à l'autre était la fondation sur laquelle une synergie aurait pu être exploitée mais malheureusement, à cause des problèmes de communication, un manque de définition de ce qui comprend la « synergie », ou une faible gestion d'attentes des trois ONG, cette exploitation de synergie n'a pas été réalisée. (EA-C, EA-M)
3. Au niveau départemental, il y avait un grand, impressionnant et fort éventail d'organisations multisectoriel impliquées à tous niveaux. (EA-J, EA-M, EA-ONG, EA-C, EA-S)

4. Quelques instances gouvernementales au niveau départemental se plaignaient qu'elles devraient jouer un plus grand rôle dans la mise en œuvre et la coordination des activités.

Question d'étude 7.3: Est-ce que la PSDSR a pu trouver des synergies entre les trois ONG ?

1. L'espérance pour la synergie entre les 3 ONG n'a pas été réalisée comme souhaité, ni au niveau du siège ni au niveau départemental ou zone sanitaire. Au niveau des ZS, il y avait une bonne implication d'une mixité de partenaires et mêmes de stratégies d'intervention, un bon usage des principes fondamentaux du développement : la communication et la participation de la communauté ont créé un environnement favorable et réceptif pour la SDRS des A&J.
2. Pour plusieurs raisons discutées ailleurs dans ce rapport (voir QE 6), des contraintes institutionnelles, historiques et personnelles, et un manque de définition de ce que le Consortium souhaite atteindre comme « synergie » ont créé une sorte de barrière insurmontable afin d'atteindre ces synergies souhaitées.

Conclusions Programmatiques QE 7

1. Le consortium de trois ONG n'a pas pu trouver des « synergies » entre elles au niveau du siège et non plus au niveau ZS. La synergie souhaitée dès le début n'a pas été atteinte.
2. L'équipe de l'évaluation n'a pas observé des "innovations" programmatiques comme telles—toutes les stratégies mise en œuvre étaient bien connues avant le début du projet ; cependant, le programme a bien utilisé les bons principes de développement à bon escient comme l'engagement de la communauté et de toutes ses parties prenantes, une participation active, et les stratégies base sur la bonne communication.
3. En général, le programme était bien organisé du siège jusqu'au ZS ; il a utilisé un bon nombre d'approches et de stratégies intéressantes et importantes, mais l'élaboration du programme et sa gestion étaient plutôt « top-down » au lieu du « bottom-up » ce qui a donné l'impression aux A&J qu'ils n'étaient pas suffisamment impliqués dans la phase de "développement" du programme.

Conclusions CAD QE7 :

Cohérence

1. L'ensemble des activités (voir, les "intrants") étaient bien planifiés aux niveaux du siège (PTAB) ainsi que départementaux/ et zone sanitaire. Au niveau du département, il y avait le comité de concertation qui a inclus un grand éventail de partenaires et qui était bien structuré et utilisé à bon escient pour les A&J et leurs communautés. Pas de chevauchement apparent.
2. Le focus sur l'engagement de la communauté (surtout le dialogue familiale / communautaire, et l'implication du gouvernement dans la veille du VBG) était bien pensé et soutenu par une bonne mixité de stratégies programmatiques.

Efficacité

1. Un manque de communication entre les 3 ONG principales a fait en sorte que les programmes sur le terrain n'ont pas pu maximiser une optimale combinaison de stratégies.
2. La PSDSR a poursuivi un service qui s'adaptait bien à la culture et aux valeurs des A&J (et à leurs communautés) en incluant une implication multisectorielle et la bonne communication. (et **Cohérence**)
3. En dépit du manque de la synergie entre les ONG sièges à Cotonou, il y avait une énorme participation multisectorielle entre le gouvernement, les ONG locales et les groupes de jeunes.
4. Selon l'analyse des données quantitatives et qualitatives, la PSDSR a largement atteint ses objectifs intermédiaires et objectifs généraux.

5. Le contrat local de courte durée ne permettait pas d'assurer une continuité ininterrompue des activités de sensibilisation visant le changement de comportement chez les A&J.

3.8 Question d'Évaluation 8 : COVID-19

QE8 : Dans quelle mesure est-ce que la PSDSR a pu adresser l'impact de la pandémie Covid-19 et assurer une durabilité programmatique et financière ?

Résumé de réponse : La mise en place de stratégies d'adaptation efficaces aussi bien dans l'exécution budgétaire que dans la planification et la mise en œuvre des activités sur le terrain a permis à la PSDSR d'adresser l'impact de la pandémie. Le morcellement des groupes combiné au respect strict des gestes barrières a pu assurer une certaine continuité des activités. L'introduction des activités de SDR en ligne est une approche prometteuse qui a des chances de pérennisation.

Trouvailles par Question d'Étude

Question d'étude 8.1 : Quels étaient les effets de la pandémie Covid-19 sur les bénéficiaires directs et indirects du programme ?

1. A cause de la Covid-19, l'accès à l'information en SDR a baissé dû à un recul de la participation des jeunes aux formations et sensibilisations. « *Quand la pandémie a diminué un peu, on réunissait à peine cinq à dix personnes pour la sensibilisation. Cela a démobilisé les jeunes. Le manque d'information au temps de Covid a fait que les jeunes se sont retournés vers certaines pratiques sexuelles sans prendre des précautions* ». (EA-J ; EA-ONG)
2. Le respect des gestes barrières est une contrainte, même si la plupart les respectent. Quant à la vaccination, ils sont plutôt réticents, à cause des [fausses] informations qui circulent et des contradictions sur les réseaux sociaux. (EA-ESC)
3. La pandémie a eu un impact économique sur les bénéficiaires. Par exemple, ceux qui ont un business dans le domaine des fêtes et événementiels ont vu leur revenu diminuer, de même que les femmes qui ont un petit commerce (car il n'y a plus de clients). La Covid-19 a bloqué la population dans plusieurs activités. Les gens criaient qu'il n'y a plus d'argent. Les élèves qui ont suspendus les cours à cause de la fermeture des écoles n'y sont pas tous retournés - ils sont allés au Nigeria, en Libye ou au Niger pour "l'aventure". La vie est devenue chère. (EA-C ; EA-J; EA-ONG)
4. Succès. Il y a eu le développement de l'accès et de l'utilisation du numérique y compris pour l'information concernant la SDR. (EA-C ; EA-Amb). *Nous avons recommandé que chaque jeune crée des groupes pour faire des sensibilisations en ligne avec des jeunes selon les tranches d'âge* (EA-J).

Question d'étude 8.2: Quels étaient les effets de la pandémie Covid-19 sur la mise en œuvre des activités planifiées du programme PSDSR ?

1. Difficulté d'organiser les réunions. Arrêt des activités dans les zones allant jusqu'à deux mois. Report de plusieurs activités (EA-ONG).
2. Il y a une baisse de la fréquentation du centre par les ados et jeunes qui ont peur de se contaminer dans les centres de santé par des malades. Refus de l'injection des produits médicamenteux par crainte d'inoculation du coronavirus (EA-S).
3. Une résilience a été développée par les acteurs pour protéger le projet et protéger les communautés. Il faut passer des stratégies de travail en grands groupes à celles en petits groupes. Nous avons commencé « Télé Médecine », un service en ligne qui était un grand succès et on espère de le continuer même après que les restrictions sont levées. (EA-C)
4. La consolidation des budgets et la flexibilité de l'ambassade pour des changements dans le budget a facilité le développement des activités en ligne. (EA-C, EA-Amb)

Question d'étude 8.3 : Comment la PSDSR a essayé de mitiger l'impact négatif de la Covid-19 sur les bénéficiaires et les activités prévues dans le programme ?

1. Mise à disposition de matériel de protection, gel, masques etc. pour aller sur le terrain (EA-C) ;
2. Créer des plateformes virtuelles pour que les A&J puissent continuer à se rencontrer et échanger. (EA-J) ;
3. Formations des femmes et des jeunes à la fabrication de gel hydroalcoolique (comme AGR et protection contre Covid19) (EA-C) ;
4. Sensibilisations sur la pandémie de Covid 19 et l'adoption des gestes barrières (EA-M).

Conclusions CAD QE8 :

Efficiencie

1. Il y a eu un ralentissement des activités, la participation des jeunes aux activités, ce qui aurait pu entraîner une répercussion temporaire sur l'efficiencie du projet n'eût été les stratégies d'adaptation mises en place par les différents acteurs (ONG locales, membres du consortium ambassade).
2. Mais la forte résilience face au Covid-19 et le développement du digital et du recours aux réseaux sociaux pour les activités de sensibilisations et de services SDSR ont permis de rester efficiencie et d'assurer une durabilité au projet.
3. Mise à disposition de matériel de protection, gel, masques etc. par le projet pour aller sur le terrain et l'acception du respect des gestes barrières au sein de la communauté ont mitigé l'impact de la pandémie.

Conclusions Programmatiques QE 8

1. Poursuivre les sensibilisations sur le respect des gestes barrières et la vaccination. (et trouver des analogies de « protection » avec la SDSR ?) ;
2. Poursuivre les activités en ligne (formation, sensibilisation, communication et même digitalisation des processus administratifs).

4. ANALYSE DE LA THEORIE DU CHANGEMENT SELON LE CADRE LOGIQUE DE LA PSDSR

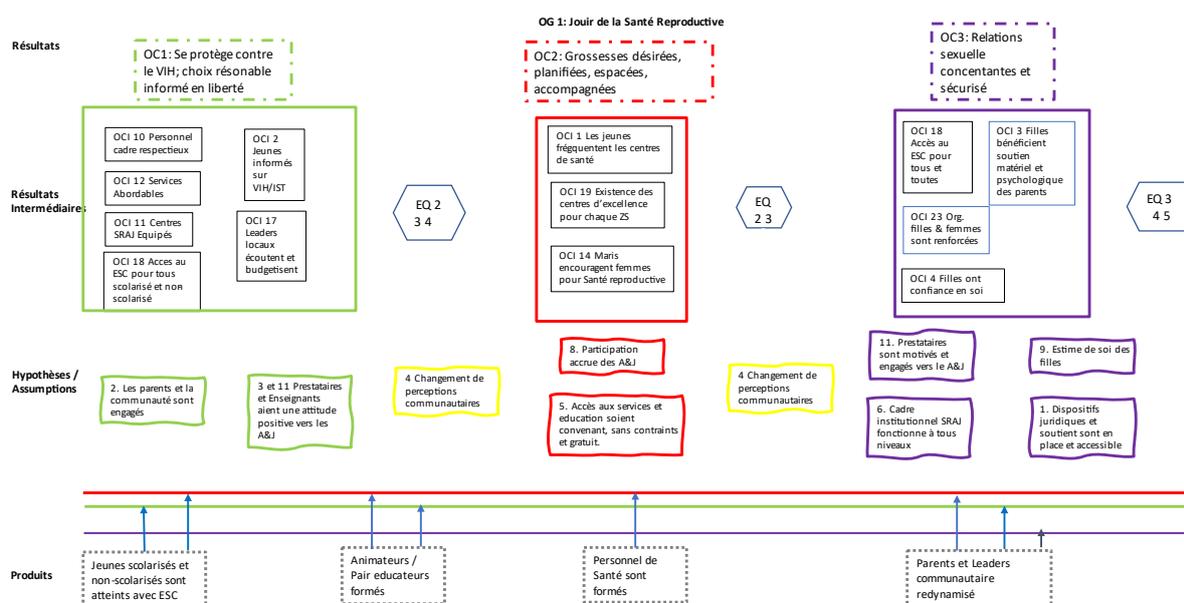
Comme indiqué dans la section sur la méthodologie et l'approche, l'équipe d'évaluation a restructuré le cadre logique du document de projet initial de la PSDSR et a intégré un ensemble révisé d'hypothèses et de suppositions pour créer six voies de changement. Cette théorie du changement révisée examine la relation entre les activités, les produits, les résultats intermédiaires et les résultats du programme (résultats) sous l'angle des soutiens et/ou des obstacles sociaux, politiques, économiques et culturels primordiaux, ou ce que l'on appelle souvent des hypothèses et/ou des suppositions.

Les six voies de changement sont présentées dans Figure 1 (Méthodologie, section 2.2). Nous les avons subdivisées en figure 5 (pour les voies 1-3), figure 6 (pour les voies 4-5), et figure 7 (pour la voie 6).

Pour les raisons évoquées dans la section sur la méthodologie et l'approche, nous utilisons cette analyse fondée sur la théorie comme une alternative à un protocole d'évaluation pré/post plus fortement structuré et axé sur la quantité, qui compare les sites d'intervention aux sites naïfs d'intervention. Nous examinons chaque voie de changement indépendamment et nous identifions également les chevauchements et les intersections significatifs ou évidents entre les voies qui pourraient être utiles à prendre en compte dans un prochain projet de PSDSR.

Nous faisons l'analyse de la chaîne de résultats : activités → produits hypothèses → résultats intermédiaires (OCI) → résultats sommaires (OC). Nous ne présentons ici que les observations générales, telles qu'analysées, sans citer d'explication détaillée de la base de données associée à notre analyse. La base de données détaillée soutenant les faits à l'origine de cette analyse se trouve au chapitre 3, dans lequel sont données les réponses aux questions d'évaluation et les conclusions sur les résultats intermédiaires.

Figure 5 : Voies de changements 1-3



Voie de changement 1 : Les jeunes se protègent contre le VIH en faisant des choix libres, raisonnables et informés (OC 1)

Dans le cadre de ce parcours, nous avons examiné les données et les conclusions de l'analyse des questions d'évaluation 2, 3 et 4 (ESS, services SSR, choix et comportement des jeunes, et genre) afin d'interpréter dans quelle mesure la PSDSR a atteint ses résultats intermédiaires. Sur la base de ces données et conclusions, nous avons ensuite examiné comment les produits de l'ESS, la formation des éducateurs et des pairs éducateurs, l'engagement des parents et des leaders communautaires et le soutien des organisations locales ont contribué à la réalisation des résultats intermédiaires en tenant compte les hypothèses sous-jacentes que (1) les parents et les structures communautaires sont pleinement engagés, (2) les prestataires de services et les enseignants ont une attitude positive envers les jeunes, et (3) les jeunes vulnérables et marginalisés peuvent accéder à la fois à l'ESS et aux services de SSR.

Dans l'ensemble, le programme a obtenu de bons résultats en termes d'atteinte des résultats intermédiaires. Les changements positifs suivants ont été notés : Les jeunes sont généralement traités de manière respectueuse par le personnel du programme (OCI10). Les services sont abordables, bien que dans certains cas, des frais minimes soient facturés alors que les services devraient être gratuits, selon la politique nationale (OCI12). Les données ont montré que la plupart des centres SRAJ étaient au moins minimalement équipés, bien que certaines ruptures de stock aient été observées (OCI11). Les jeunes scolaires et extrascolaires avaient pleinement accès à une éducation sexuelle complète. Des efforts notables ont été déployés pour atteindre les jeunes vulnérables (p. ex., les jeunes malentendants) ; quant aux jeunes LGBTQ, des progrès considérables restent à faire, mais la PSDSR a fait des efforts louables en matière de sensibilisation et d'inclusion et a jeté les bases d'un changement positif des attitudes sociales à l'égard du choix sexuel, de l'autonomie et de l'homosexualité (OCI2). Les leaders locaux sont impliqués et ils ont à cœur la SDSR des jeunes (OCI17).

Les hypothèses sous-jacentes 1 et 2 étaient vraies, tandis que l'hypothèse 3 l'était partiellement.

En conclusion, l'évidence nous suggère que les jeunes bénéficiaires du programme PSDSR expriment la volonté de vouloir et prennent les bonnes actions afin de se protéger contre le VIH/IST en faisant des choix libres, raisonnables et informés.

Voie de changement 2 : Les grossesses sont désirées, planifiées, espacées et menées à terme par un professionnel (OC2).

Dans cette voie particulière, trois résultats intermédiaires sont à noter : la fréquentation des jeunes dans les cliniques de SSR (OCI1) ; l'existence de « centres d'excellence » pour chaque ZS (OCI19) et les maris encouragent leurs femmes à utiliser des services de santé reproductive (OCI14). Conformément à notre approche, l'équipe d'évaluation a examiné cette voie en utilisant les données et les conclusions des questions d'évaluation 2 et 3 qui portaient sur les services ESS et SSR, le choix et le comportement des jeunes.

Il y a un certain nombre de complications dans l'évaluation de la réalisation du OC et des OCI dans la voie 2, principalement autour de la nomenclature des indicateurs proposés, utilisés et modifiés au fil du temps. Le OC spécifie les grossesses « désirées et/ou planifiées » mais aucune donnée de l'IATI ou du DHIS-2 ne correspond adéquatement à ces deux concepts. On peut indirectement supposer que toute grossesse chez les filles d'âge scolaire n'est pas « désirée » mais dans un environnement rural et dans une culture avec des fortes valeurs pronataliste, ce serait une hypothèse risquée. Certaines données qualitatives issues des sessions participatives et des entretiens approfondis suggèrent que les jeunes mariés essaient activement d'espacer les grossesses. Bien qu'il existe des données concernant le nombre et la disponibilité du personnel de santé formé pour assister les accouchements, les données réelles sur les accouchements assistés n'ont pas été recueillies (à notre connaissance). Il existe cependant des données bonnes et encourageantes sur une forte augmentation de la

disponibilité et de l'utilisation des contraceptifs chez les A&J (voir question d'évaluation 2, services de santé sexuelle et reproductive, et 3, comportement des jeunes) par suite des activités de PSDSR.

En ce qui concerne la prise en compte des OCI spécifiques, les jeunes ont augmenté leur fréquentation des centres de santé et ils ont définitivement augmenté leur accès aux dispositifs de contraception modernes et aux services liés au VIH/IST (OCI1). Il existait des centres d'excellence pour les jeunes dans les ZS où l'évaluation a eu lieu, mais ils n'ont pas été mis en place par la PSDSR. Dans un centre de santé public au niveau d'une commune, on a commencé à avoir un tel centre en allouant un espace privé pour les jeunes. Malheureusement, les données ne nous ne permettaient pas de conclure si OCI19 a été atteint. Enfin, pour le OCI 14, il y a eu une augmentation du nombre de maris qui ont encouragé leurs épouses à fréquenter les centres de santé pour leurs besoins en santé reproductive et sexuelle, surtout dans une ZS où les hommes mariés étaient engagés dans l'approche de « l'Ecole des Maris ».

Deux hypothèses ont été examinées pour évaluer le lien de causalité entre les résultats et les OCI : (1) une forte augmentation de la participation et de l'utilisation des centres de soins de santé adaptés aux besoins des A&J et (2) un accès facile, sans contrainte et gratuit aux services et à l'éducation en matière de SSR. Et bien qu'il soit logique que ces deux hypothèses soient des prérequis pour la réalisation des OCIs, elles sont faibles par nature et ne renseignent pas sur le degré auquel les facteurs socioculturels, économiques ou autres inhibent ou facilitent l'objectif global d'avoir des naissances désirées, planifiées, espacées ou délivrées par des professionnels. Ainsi, dans une phase II de la PSDSR, les hypothèses liées aux grossesses « désirées » et/ou « planifiées » devraient être reconsidérées et révisées pour se concentrer sur les hypothèses sociales qui vérifieraient, par exemple, si les valeurs sociales pro-natalistes pour les jeunes femmes de moins de 18 ans ont diminué au fil du temps et ont donc influencé les changements d'attitudes et de comportements autour de la planification et de l'espacement.

En conclusion, vu les problèmes notés dans l'ambiguïté des indicateurs—tels qu'ils étaient utilisés dans la PSDSR—qui mesurent les concepts de « désir » et même de grossesses « planifiées et espacées », il n'est pas possible de répondre si l'objectif a été atteint. Cependant, nous pouvons constater une réduction dans le taux de grossesse chez les jeunes filles en dessous de 18 ans, comme résultat de la PSDSR, combiné avec une augmentation dans l'approvisionnement des contraceptifs modernes et leur usage.

Voie de changement 3 : Les relations sexuelles sont consensuelles et sûres (OC3)

La voie 3 s'est intéressé à quatre OCI : (1) l'accès à l'ESS pour tous les jeunes (OCI18) ; (2) les jeunes filles bénéficient d'un soutien matériel et psychologique de la part de leurs parents et d'autres personnes importantes (OCI3) ; (3) les organisations locales de femmes et de filles sont renforcées (OCI23) ; et (4) les filles ont confiance en elles (OCI4).

Pour analyser cette voie de changement, les données et les conclusions des questions d'évaluation 2, 3, 4 et 5 (services ESS et SSR, comportement, genre, et participation communautaire respectivement) ont été évaluées par rapport aux quatre OCIs mentionnés ci-dessus. La majorité des conclusions pour répondre aux questions sur le consentement et les relations sexuelles sûres sont tirées des données qualitatives de l'évaluation recueillies lors d'entretiens et de sessions participatives avec les jeunes, ainsi que des données quantitatives supplémentaires de l'enquête KOBO. Le principal résultat pertinent pour cette voie de changement a été la « dynamisation » des parents et des acteurs communautaires pour lesquels les approches du programme utilisant le dialogue intergénérationnel, familial et communautaire ont été très pertinentes et efficaces pour changer les attitudes à l'égard des jeunes et de leurs droits au choix et à la santé sexuelle.

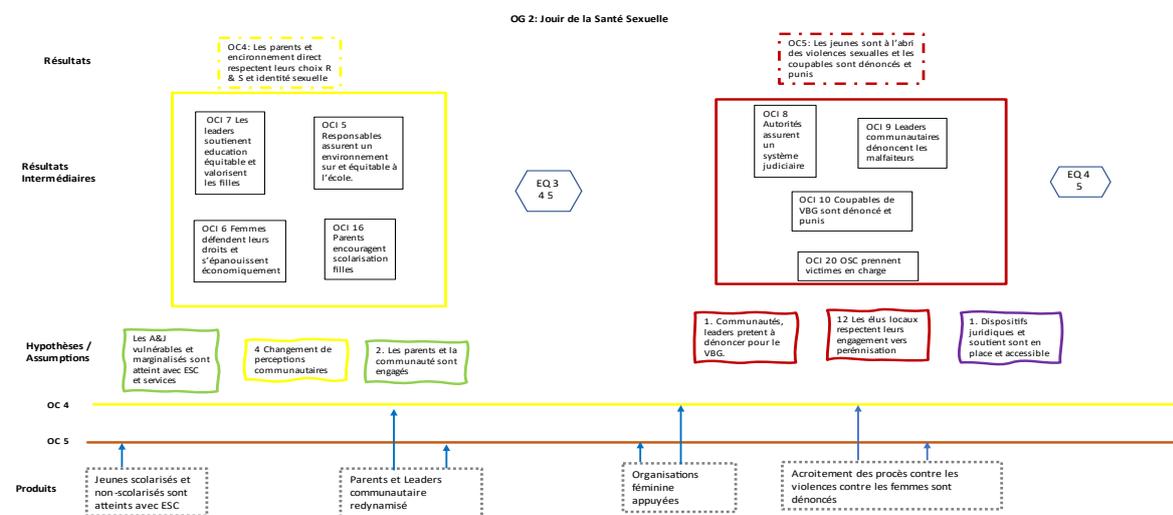
En ce qui concerne l'accès à l'ESS, le même OCI18 a été évalué dans le cadre de la voie de changement 1, ce qui a permis de conclure que les jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non, ont un accès sans contrainte à l'ESS dans les lieux de mise en œuvre du programme de PSDSR. Les données à la disposition de notre équipe d'évaluation n'ont pas pu nous permettre de déterminer si le soutien de la PSDSR a visé le renforcement des organisations de femmes ou de filles, comme le prévoyait le OCI23 original. Cependant, comme les filles et les femmes sont membres des organisations communautaires locales, nous supposons que le soutien de la PSDSR à un large éventail d'ONG locales a eu pour effet net de renforcer les besoins axés sur les filles et les femmes. Les données montrent que le soutien de la PSDSR s'est efforcé de fournir aux jeunes filles (et aux garçons) un accès à un soutien matériel (principalement par le biais de projets générateurs de revenus) et psychologique de la part de leurs parents et d'un plus large éventail d'acteurs communautaires. Finalement, les entretiens et l'enquête KOBO montrent que les jeunes femmes et les filles prennent confiance en elles-mêmes et en leur santé sexuelle et reproductive grâce aux activités du programme PSDSR.

Cinq hypothèses de la théorie du changement originale ont été utilisées pour évaluer cette voie du changement : (1) les prestataires de services sont motivés et engagés envers les besoins des A&J ; (2) les filles se respectent et les garçons respectent les choix de leurs partenaires ; (3) les institutions au service des adolescents et des jeunes fonctionnent à tous les niveaux ; (4) des systèmes de soutien juridique et communautaire sont en place et accessibles aux jeunes ; et (5) les attitudes communautaires sont ouvertes au changement.

Ces cinq hypothèses sont à la fois indépendamment et collectivement pertinentes pour l'objectif global de parvenir à des décisions sexuelles consensuelles et sûres. Par exemple : dans les sessions participatives, les jeunes femmes célibataires témoignent qu'elles se sentent maintenant en confiance pour prendre la décision d'aller au centre de santé pour obtenir des contraceptifs. Elles croient que l'accueil du personnel est bon, qu'elles sont soutenues par leur partenaire et que les attitudes de la communauté ont changé ; les femmes mariées savent maintenant qu'elles n'ont plus à subir la violence de leur mari, (comme c'était la norme auparavant) et qu'elles peuvent se présenter au comité de veille du village, aux services de protection sociale et/ou à la police où elles seront prises en charge.

En conclusion, c'est un travail en progrès. Grâce aux interventions de sensibilisation, d'éducation, d'approvisionnement de services adaptés et de l'implication d'un grand éventail de partenaires, les A&J expriment leur désir d'avoir les relations sexuelles (actuelles ou potentielles) plus consensuelles et sûres.

Figure 6 : Voies de changements 4 et 5



Voie de changement 4 : Les parents et l'environnement des jeunes respectent leurs choix en matière de santé sexuelle et reproductive et leur identité sexuelle (OC4).

Dans cette quatrième voie, il y a quatre résultats intermédiaires pertinents (OCI) : (1) les leaders - gouvernementaux, religieux et/ou locaux - soutiennent l'égalité d'accès à l'éducation pour les filles et les garçons et les filles sont valorisées dans la communauté (OCI7) ; (2) les leaders assurent un environnement sûr et l'égalité d'accès à l'éducation (OCI5) ; (3) les femmes défendent leurs droits et sont en mesure de se développer économiquement (OCI 6) ; et (4) les parents encouragent leurs filles à aller à l'école (OCI16).

Les données et les conclusions des questions d'évaluation 3, 4 et 5 (choix et comportement des jeunes, genre et participation communautaire respectivement) ont été utilisées pour évaluer les quatre OCI susmentionnés. Entre parenthèse, nous notons de légères redondances entre les OCI5 et OCI7 concernant l'égalité d'accès à l'éducation.

L'évaluation a révélé que les leaders locaux, à la suite des activités de la PSDSR, non seulement soutiennent l'égalité d'accès à l'éducation mais ils sont de plus en plus motivés pour étendre et garantir que les jeunes femmes et les filles ont un accès égal à l'éducation et à leurs droits à la santé reproductive et sexuelle. Dans cette optique, les jeunes filles sont de plus en plus valorisées dans leurs propres droits en tant que personnes libres et autonomes (OCI7 et 5). Les sessions participatives et les entretiens approfondis notent que les femmes et les filles « défendent » leurs droits à la santé sexuelle et reproductive dans le sens où celles qui ont été exposées aux activités de PSDSR sont conscientes de ce qui constitue leur SSR et leurs droits et expriment leur désir en tant que titulaires de droits de jouir de ces droits et d'attendre des services de SSR appropriés et abordables. En outre, l'évaluation a montré que la PSDSR a contribué à aider les femmes et les filles à accéder à des activités génératrices de revenus qui, selon les femmes elles-mêmes, offrent un niveau minimum mais important d'autonomie économique dans une société dominée par les hommes (OCI6). Finalement, nos données et nos conclusions démontrent que, grâce à l'engagement actif des parents et des leaders communautaires dans diverses approches de dialogue intergénérationnel, familial et communautaire, les parents ont davantage encouragé leurs filles à rester à l'école et à terminer leurs études (OCI16).

Si l'évaluation a pu observer que certains groupes vulnérables et marginalisés avaient accès aux services ESS et SSR, il est important de distinguer les différents types de vulnérabilité et de marginalisation qui peuvent survenir dans la société béninoise. Par exemple, nous avons observé un groupe de jeunes malentendants discutant de leurs expériences d'interaction avec la PSDSR qui étaient, dans l'ensemble, appréciées et favorables ; cependant, en ce qui concerne les personnes LGBT vulnérables et marginalisées, nous n'avons pas observé d'engagement actif dans les trois ZS que nous avons visitées. Les discussions lors d'une session participative avec des jeunes LGBT à Abomey-Calavi et les entretiens avec les responsables de programmes à l'ABMS et à l'ABPF démontrent que la PSDSR tente activement de répondre aux besoins spécifiques de la communauté LGBT. Le résultat net est que les progrès réalisés pour répondre aux besoins de SSR de la communauté LGBT sont lents mais montrent un arc vers plus de tolérance. Alors qu'auparavant, les gens pensaient que l'homosexualité était une « maladie » importée de l'Occident, les données suggèrent que les gens apprennent que les homosexuels sont effectivement indigènes et que le choix sexuel est un droit.

L'évaluation a testé trois hypothèses relatives à la voie du changement pour le OC 4 : (1) les jeunes marginalisés et vulnérables bénéficient de services ESS et SSR ; (2) les attitudes de la communauté sont ouvertes au changement ; et (3) les parents et la communauté au sens large sont activement engagés. Les hypothèses de ce parcours sont assez pertinentes mais faibles ; les parents et la communauté sont activement engagés mais les futures théories du changement devraient tester des hypothèses qui se concentrent sur les intersections des attitudes de la communauté sur le genre et la sexualité en ce qui concerne les jeunes LGBT.

En conclusion, nous avons observé que les parents et l'environnement des jeunes ont fait un grand pas en avant afin de changer leurs attitudes et comportement pour respecter leurs choix en matière de santé sexuelle et reproductive. Par rapport l'identité sexuelle, c'est aussi « un travail en progrès ». On n'a pas pu observer un changement d'attitude par rapport à l'identité sexuelle, cependant on a observé un fort soutien pour que les jeunes aient le droit à choisir.

Voie de changement 5 : Les jeunes sont protégés contre la violence sexuelle et les auteurs de ces actes sont dénoncés et traduits en justice (OC5).

Dans la voie 5, il y a quatre résultats intermédiaires pertinents (OCI) : (1) Les autorités gouvernementales s'assurent que les systèmes judiciaires sont en place pour soutenir la SSR des A&J (OCI 8) ; 2) Les leaders dénoncent les auteurs (OCI 9) ; 3) Les auteurs condamnés sont dénoncés et punis (OCI 10) ; et 4) Les organisations locales prennent en charge les victimes de VBG (OCI 20).

Comme dans les analyses des voies précédentes, les données et les conclusions des questions d'évaluation 4 et 5 (respectivement sur le genre et la participation communautaire) ont été utilisées pour évaluer les OCIs mentionnés ci-dessus. Encore, entre parenthèse, nous notons de légères redondances entre les OCI 9 et 10 concernant la dénonciation des auteurs de VBG.

Les données de l'IATI montrent clairement qu'il y a eu une augmentation significative du nombre de cas de VBG signalés. Cette augmentation ne permet pas de savoir si elle est due à une nouvelle sensibilité de la communauté à l'égard de ce problème et si les A&J et les communautés environnantes sont plus disposés à signaler les abus ou si l'augmentation du nombre de cas signalés reflète une augmentation réelle de la violence—ou une combinaison des deux. Nous savons qu'il n'y avait pas d'événements sociaux, politiques ou économiques apparents (par exemple, une guerre, des troubles sociaux, un effondrement économique, etc.), et même si l'on tient compte du confinement à la résidence temporaire imposée par Covid 19, aucun de ces facteurs ne peut expliquer de manière adéquate une augmentation précipitée de 10 fois le nombre de cas de violence au cours de la période du programme. Notre conclusion est que cette augmentation reflète les changements d'attitudes sociales à l'égard de la VBG, connaissance de ce qui constitue un VBG (différents types), connaissance de la loi, et la volonté des communautés de la signaler.

Des entretiens approfondis avec diverses parties prenantes, dont les autorités locales, ainsi que des sessions participatives avec des jeunes, suggèrent que les autorités locales prennent la VBG au sérieux et veillent à ce que les structures juridiques actuelles traitent les cas de suspicion de VBG (OCI 8 et 10). Notre analyse n'a pas examiné la qualité ou l'exhaustivité des structures juridiques elles-mêmes et ne peut donc pas se prononcer sur leur adaptation (ou non) à l'évolution des besoins des jeunes. Notre évaluation note un changement d'attitudes sociales en faveur de l'acceptation des droits sexuels et reproductifs des jeunes (et surtout des filles) et du droit à l'autonomie et à l'absence de violence, ainsi qu'un soutien fort, à l'échelle de la communauté, pour poursuivre les auteurs de VBG. Combinés, ces changements d'attitudes sociales et les structures juridiques en place pour poursuivre les auteurs de VBG ont contribué à une plus grande dénonciation, c'est-à-dire que les gens croient maintenant qu'il y aura des véritables conséquences et que des structures juridiques sont en place pour protéger les victimes de violence et poursuivre les auteurs (OCI 9 et 10).

Les données étaient moins claires sur la manière dont les victimes de VBG sont prises en charge et soutenues. Cependant, les participants à la PSDSR ont parlé de la valeur des projets générateurs de revenus pour les victimes et de la façon dont ces programmes aident les femmes à atteindre un certain degré d'autonomie et, par conséquent, la possibilité de se distancer économiquement de l'auteur de la violence (domestique) (OCI 20).

Les efforts actuels de la PSDSR étaient principalement axés sur la sensibilisation des communautés à la violence liée au sexe et sur l'orientation des communautés vers le signalement à la police et l'utilisation des structures juridiques existantes (par exemple, les tribunaux). Les programmes futurs voudront peut-être examiner la qualité des interactions avec la police et les structures juridiques elles-mêmes pour se demander comment elles peuvent être renforcées, révisées et mieux adaptées aux besoins des jeunes.

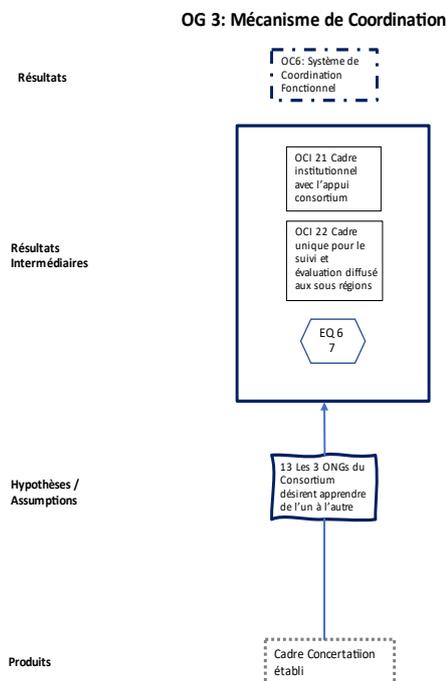
L'évaluation a testé trois hypothèses relatives à la voie du changement pour le OC 5 : (1) les leaders communautaires sont prêts et disposés à dénoncer la violence liée au sexe ; (2) les leaders locaux respectent leurs engagements en matière de durabilité à long terme concernant la violence liée au sexe ; et (3) les structures juridiques sont à la fois en place et accessibles.

Ces trois hypothèses sont à la fois indépendamment et collectivement pertinentes pour l'objectif global de protection des jeunes contre la violence sexuelle et pour contribuer à ce que les auteurs soient dénoncés et traités par le système juridique (OC 5). Bien que l'hypothèse relative au respect de l'engagement des leaders locaux en faveur de la viabilité à long terme soit importante, elle a été quelque peu difficile à évaluer : les leaders communautaires ont exprimé le désir de rester vigilants face à la violence liée au sexe, mais ont craint que les restrictions budgétaires ne limitent leur capacité à le faire à l'avenir.

En conclusion, avec l'appui de la PSDSR, les A&J sont de mieux en mieux protégés contre la violence sexuelle et les auteurs de ces actes sont dénoncés et traduits en justice.

Voie du changement 6 : Un mécanisme de coordination fonctionnel existe pour la PSDSR (OC6).

Figure 7 : Voie de changement 6



Les données et les conclusions de la voie 6 ont été tirées des questions d'évaluation 6 et 7, soit les degrés auxquels les activités du programme de PSDSR ont été mises en œuvre de manière efficace (QE 6) et efficace

(QE7). Dans la voie 6, il y a deux résultats intermédiaires : Cadre institutionnel avec l'appui du consortium (OCI21) et Cadre unique pour le suivi et évaluation diffusé aux sous régions (OCI22).

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 3, dans les réponses au QE 6, la PSDSR a connu des débuts quelque peu « difficiles » au cours des 18 premiers mois, en raison de canaux de communication peu clairs, d'un changement de direction institutionnelle, de l'intégration d'un nouveau manuel de procédures et d'un audit qui a ralenti la mise en œuvre du programme. Malgré ces difficultés, qui se sont atténuées avec le temps, la PSDSR a pu mettre en place, dès le début, un comité directeur multipartite fonctionnel (OCI21). Si la structure était fondamentalement fonctionnelle pour la mise en œuvre des activités, des décaissements de fonds et la collecte des données, il restait des problèmes de communication et la capacité de cette structure « consortium » à identifier les synergies possibles et à créer un cadre opérationnel pour les réaliser (OCI21). Chaque ONG principale est entrée dans le consortium (PSDSR) en étant déjà capable de fonctionner de manière indépendante, mais l'intention était de capitaliser et de maximiser le potentiel de synergies plutôt que de gérer trois organisations indépendantes. Ainsi, bien que la PSDSR ait pu construire un mécanisme de coordination « fonctionnel », il n'a pas pleinement atteint l'objectif souhaité d'obtenir des synergies, que ce soit au niveau des opérations des ONG ou au niveau de son comité de pilotage. La PSDSR a cependant réussi à créer des comités de pilotage au niveau de la zone sanitaire, pour la planification et l'évaluation, représentant un large éventail d'acteurs. Ces comités ont permis de s'assurer que les jeunes locaux, les ONG chargées de la mise en œuvre, les leaders communautaires, les autorités et les départements gouvernementaux concernés étaient activement engagés dans la mise en œuvre du projet (OCI22).

En ce qui concerne le OCI22, la PSDSR a établi un système de suivi et d'évaluation singulier que les trois organisations ont respecté. Un système de collecte de données appelé IATI a été utilisé pour stocker des informations quantitatives et générer des rapports réguliers.

L'hypothèse singulière que nous avons testée pour cette voie de changement était que chacune des ONG participantes du consortium souhaitait apprendre les unes des autres. Cette hypothèse est vraie. Chaque organisation pensait que les autres offraient des perspectives et des expériences précieuses dont elles espéraient tirer des enseignements et avec lesquelles elles souhaitaient travailler. Cependant, comme indiqué précédemment, ces opportunités n'ont pas été développées ou utilisées de manière appropriée pour constituer une synergie ou un apprentissage mutuel.

En conclusion, un mécanisme de coordination fonctionnel existe pour la PSDSR, cependant, il n'a pas pu obtenir les synergies souhaitées et par conséquent, le mécanisme de coordination lui-même était moins efficace.

5. CONCLUSIONS GLOBALES

Dans ce chapitre, nous présentons nos conclusions programmatiques générales sur des sujets spécifiques de projet PSDSR (5.1) et sur la réalisation des critères du CAD (5.2).

5.1 Conclusions programmatiques globales sur des sujets spécifiques

Théorie du changement / Cadre logique

Les théories du changement sont des constructions utiles pour tester les hypothèses du programme. Il est préférable de les utiliser comme des documents d'actifs qui sont régulièrement analysés et mis à jour en fonction des leçons tirées des évaluations de processus en cours. Les voies de changement pour la PSDSR n'étaient pas toutes claires. Quelques hypothèses étaient trop générales et diffuses et n'étaient pas alignées pour clarifier les voies de changement. À notre connaissance, la théorie du changement a été conçue au début mais n'a pas été revue pendant la mise en œuvre du programme. Ne pas utiliser la théorie du changement comme outil d'apprentissage du programme a été une occasion manquée d'identifier et de capitaliser sur les synergies potentielles.

Le cadre logique original a fait un bon travail de visualisation minimale pour l'ensemble des intrants du programme, des produits et des résultats intermédiaires. Cependant, les OCI étaient souvent mal numérotées, répétitif ou redondant et les voies logiques de résultats et les potentiels d'efficacité et de synergies n'étaient pas définis.

Une bonne initiative de PSDSR pour le suivi et évaluation au niveau ZS sont les réunions de concertation trimestrielles. Les parties prenantes (centres de santé, ONG locale, éducateurs ESS, etc.) dans les communes couvertes par le programme préparent des rapports d'activités mensuels et les partagent. Ces rapports sont compilés au niveau ZS et envoyés au niveau central. Les implications pour le programme (planification des activités futures) sont discutées, avec un représentant d'un membre de consortium présent, lors de ces réunions de concertation avec toutes les parties prenantes.

Un certain nombre d'opportunités ont été manquées dans le cadre du suivi et de l'évaluation. Comme indiqué ci-dessus, la théorie du changement n'a pas été utilisée à son plein potentiel. On a accordé trop d'importance au suivi des produits au détriment d'une évaluation solide des processus qui aurait pu éclairer les décisions de gestion concernant les goulots d'étranglement importants à gérer lors de la mise en œuvre en milieu du cycle. Il y avait trop d'indicateurs qui n'étaient pas cohérents et qui ont changé au fil du temps, créant une base de données confuse, peu fiable et parfois inutilisable ; il n'y avait aucune explication sur la façon dont les objectifs ont été développés ou s'ils étaient liés aux programmes nationaux.

L'enquête de base a été réalisée tardivement (près de 18 mois après le début du programme) et les indicateurs évalués étaient souvent différents de ceux mentionnés dans le document de projet. De plus, l'accent dans cette enquête de base a été mis sur le VIH/IST plutôt que sur la SSR. Enfin, deux bases de données quantitatives différentes étaient en place (IATI et DHIS-2), ce qui a très probablement créé plus de travail et de redondances, bien que les responsables du programme ne pensent pas que ce soit le cas. Il nous semblait étrange qu'un système de collecte de données distinct (IATI) ait été imposé alors que le gouvernement néerlandais a une politique de longue date d'harmonisation et d'alignement de son aide (Accords de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005) et Le programme d'action d'Accra (2008)) avec les structures nationales de suivi et d'évaluation.

Gestion et gouvernance

Le temps et l'énergie nécessaires pour réunir trois organisations très indépendantes sous l'égide d'un programme national ont été largement sous-estimés. Le projet supposait que les synergies découleraient simplement d'une participation interactive, mais en fait, il n'était pas possible de réaliser ces synergies sans définir, quantifier ou récompenser les synergies, avec chaque ONG étant embourbée dans l'énormité des activités à mettre en œuvre au lieu d'avoir le temps et le luxe de penser aux « synergies ».

On a également sous-estimé les contraintes que le nouveau manuel de procédures qui a été développé spécifiquement pour le consortium par une société de conseil allait imposer à la mise en œuvre du programme. Si, d'un côté, le manuel de procédures a apporté plus de rigueur et de robustesse à la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, les gains en termes de responsabilité ont été dépassés par les limites que le système a imposées à la participation des jeunes et par les frustrations de mise en œuvre ressenties par tous.

Une unité de gestion indépendante du programme était une bonne idée, mais elle n'a pas réussi à atteindre son objectif, principalement parce que l'unité elle-même était sous la direction de CARE, l'une des trois organisations. D'une certaine manière, le système lui-même était voué à l'échec dans la mesure où il est pratiquement impossible de se gouverner soi-même et de manière crédible et indépendante. Pour qu'une unité de gestion globale soit couronnée de succès, elle doit être perçue par tous les membres comme étant indépendante. L'unité de gestion pourrait encore être une considération utile dans la phase II, mais une unité qui ne soit pas gérée par l'une des trois principales ONG.

Il y a eu un très bon engagement multipartite qui, en soi, a bien communiqué les principes fondamentaux de la SSR. Une meilleure communication aurait permis d'apaiser les inquiétudes que beaucoup avaient quant à la transparence des échanges d'informations entre les organisations. Bien qu'aucune mauvaise utilisation des fonds n'ait été observée, l'opacité des lignes de communication a perpétué les doutes sur la transparence et la responsabilité.

Le modèle actuel, qui consiste à travailler avec trois ONG reconnues au niveau national et bien adaptées, est une réussite opérationnelle pour un certain nombre de raisons financières et de gestion de programme. On peut toutefois s'interroger sur la viabilité et l'efficacité à long terme de la mise en œuvre d'un programme national de SSR qui achemine tous les financements et la plupart des activités par le biais de trois ONG et qui ne semble pas intégrer la participation du gouvernement directement dans le budget du programme. Cela soulève des inquiétudes quant au besoin exprimé par le gouvernement local qui souhaite étendre ce qui est un excellent programme pour atteindre un plus grand pourcentage de la population des jeunes et qui dispose de ressources humaines, mais pas de ressources financières pour le faire.

Orientations du programme

Le programme PSDSR est aligné sur la stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin (SSRAJ) 2018-2022. PSDSR fait ce qu'il faut. Le mélange d'apports/approches du programme semble bien s'adapter et est bien accueilli par les jeunes et les communautés dans lesquelles ils vivent. Il semble y avoir un bon équilibre entre les stratégies utilisées et les approches générales de développement qui favorisent le dialogue/communication et l'engagement communautaire qui jettent les bases de la durabilité à long terme du programme.

Le fait que l'ensemble des éléments du programme semble adapté à l'objectif et aux besoins des jeunes soulève une question générale d'échelle qui, jusqu'à présent, n'est pas abordée par la PSDSR. La nécessité d'étendre la PSDSR est évidente, mais où et dans quelle mesure ? Nous concluons qu'il faut consacrer plus de temps et d'attention à cette question et que le gouvernement néerlandais et les autres bailleurs de fonds dans le domaine

de la santé sexuelle et reproductive doivent commencer à répondre à la question et à déterminer les ressources nécessaires pour passer à l'échelle, en consultation et en coopération avec le gouvernement béninois.

Education de santé sexuelle aux adolescents et jeunes

De nombreuses ressources et l'attention de la PSDSR ont été consacrées à l'ESS pour différents groupes cibles de A&J, dans les écoles comme activité extra-scolaire hors des cours, dans les ateliers d'apprentissage, et dans les communautés. Chaque membre du consortium a soit développé un module ESS spécifiquement pour la PSDSR, soit adapté des modules existants – qui sont de bonne qualité. L'enseignement par des pairs formés et la méthode du dialogue réflexif sont efficaces pour transmettre des connaissances et par conséquent changer les comportements des jeunes qui sont touchés par le programme. Ces A&J se sentent responsabilisés et diffusent leurs connaissances auprès d'autres jeunes non impliqués dans la PSDSR. Cependant, la couverture est faible.

Le ministère de l'enseignement secondaire vient juste de commencer (septembre 2021) avec l'ESS en tant que cours séparé donné par des enseignants spécifiquement formés dans quelques écoles pilotes, en utilisant un manuel qu'il a développé. Jusqu'à présent, l'ESS est dispensé en partie pendant d'autres cours (comme Français, Science de la Vie et de la Terre), par des enseignants qui n'ont pas de formation ESS spécifique. Il existe donc un potentiel au sein des écoles où les deux types d'ESS seront dispensés pour s'harmoniser et se compléter - l'ESS de PSDSR étant plus interactif et l'ESS du ministère abordant des sujets plus factuels.

La plupart des ESS sont données par des pairs éducateurs formés, qui sont enthousiasmés par les connaissances et les capacités acquises et désireux de les partager avec leurs camarades A&J à l'école, dans les ateliers ou dans la communauté. Ils semblent efficaces pour le faire ; leur travail étant facilité par un environnement qui est devenu plus favorable à la SDR des jeunes grâce aux activités communautaires de PSDSR. L'équipe est consciente des critiques formulées dans des études de l'utilisation de jeunes pairs éducateurs : ils ne sont pas acceptés par leurs pairs, ils sont mal choisis, ils ne sont pas acceptés par la communauté, ils attendent une rémunération, etc. Cependant, l'approche de l'éducation par les pairs fonctionne bien dans le cadre é.

Services SSR et VIH

La PSDSR a renforcé les structures sanitaires publiques et les centres d'accueil pour les jeunes existants (CJAV) dans leur offre et la qualité des informations et des services adaptés aux jeunes. L'accès des A&J aux informations et aux services SDR a augmenté grâce à la formation du personnel de santé aux services adaptés aux jeunes, à la sensibilisation des jeunes aux services qui leur sont proposés et à l'implication du personnel de santé dans les sessions ESS. Les prestataires qui ont été formés ont compris comment écouter les jeunes et ont changé leurs attitudes. Les services SSR pour les jeunes sont gratuits, mais les préservatifs et contraceptifs ne sont pas toujours disponibles ce qui n'est pas bon pour le programme. Concernant les tests VIH et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH – les services sont gratuits et toujours disponibles, grâce au programme national PNLS – il y a une bonne collaboration entre le programme PSDSR et le PNLS.

En outre, PSDSR a étendu les services aux villages isolés grâce à la clinique mobile (la stratégie avancée). La clinique mobile est un moyen efficace et culturellement approprié d'apporter des services aux villages isolés et aux sociétés dans lesquelles les jeunes et femmes peuvent rencontrer des difficultés à utiliser les services SDR dans un centre de santé éloigné, parce qu'elles ne peuvent pas s'y rendre en privé, à l'insu des autres (parents, maris). La clinique mobile est le premier point de rencontre des services SDR pour certaines personnes ; de là, elles peuvent être dirigées vers d'autres centres, si nécessaire. Les défauts de la clinique mobile sont les suivants : le fonctionnement de la clinique est coûteux, la fréquence de visite des villages est basse, et la couverture en termes de géographie est faible.

Engagement communautaire

La PSDSR a formé et sensibilisé différents individus et groupes de la communauté sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des A&J. Ces individus et groupes comprennent les chefs traditionnels et religieux, les maris modèles, les groupes communautaires existants, relais communautaires, les femmes mariées qui parlent aux autres membres de la communauté. Les leaders religieux des différentes religions ont formé une plateforme d'appui pour la SSR des A&J.

Les activités de PSDSR avec toutes les parties prenantes dans la communauté, avec l'appui des autorités et prestataires locales, ont créé un environnement plus favorable aux jeunes, où ils ne craignent pas de parler de la SDR, de poser des questions et d'obtenir un soutien, et où les parents soutiennent les filles pour qu'elles aillent à l'école, et les maris pour que leurs jeunes épouses utilisent la PF.

Bien que le programme ait été fructueux dans les communautés où la PSDSR est opérationnel, la couverture géographique du programme est faible, vis-à-vis de la demande des A&J et leurs communautés pour ses prestations, et il y a une menace pour la durabilité des parties conservatrices dans des communautés qui sont contre le fait de parler des SDR des jeunes.

Genre

Le projet semble connaître un certain succès dans sa mise en œuvre en lien avec genre : les adolescents et jeunes, les encadreurs, les communautés et autres acteurs impliqués dans le programme comprennent les effets néfastes des relations inégales entre les sexes. En outre, plus de filles vont et restent à l'école. L'autonomisation des femmes est une approche transversale qui a permis d'atteindre simultanément plusieurs objectifs du projet : confiance et estime de soi, baisse des VBG, respect des droits des filles/femmes, modification des normes et rôles de genre dans les sphères familiale et économique.

Violences basées sur le genre

Les statistiques sur les VBG sont en nette amélioration, c.-à-d. moins de VBG et plus de pris en charge. Les jeunes et les communautés savent désormais que les VBG sont des comportements répréhensibles et punis par la loi. Ils savent que les victimes peuvent porter plainte au commissariat ou dans les Centres de Promotion Sociale et se faire aider. La peur de tomber sous le coup de la loi motive la baisse des pratiques de VBG. À la suite des interventions de la PSDSR, les autorités à tous les niveaux et dans toutes les ZS parcourues sont très engagées pour l'éradication de ce fléau dans leurs communautés. Ils n'ont montré aucune tolérance face à ces actes. La peur du conflit social demeure cependant un frein à la dénonciation ou au maintien de la poursuite des coupables, car les victimes se rétractent des procédures administratives et judiciaires.

Comportements des A&J

Le programme a rendu l'environnement favorable à l'accès des A&J à la bonne information relativement à leurs besoins, leur demande et les services sexuels et reproductifs auxquels ils ont droit afin qu'ils en jouissent. Grâce aux activités réalisées avec eux et pour eux, avec l'implication clairvoyante des parents dont certains sont dans des structures organisées, les A&J ayant pris conscience des mauvaises pratiques et habitudes qu'ils avaient, ont commencé à adopter des comportements sexuels sécurisés favorisant leur bien-être. Maintenant les A&J (i) font librement des choix sexuels, (ii) se protègent de plus en plus des IST/VIH par l'utilisation des préservatifs à défaut de s'abstenir des rapports sexuels, (iii) accèdent librement et gratuitement aux méthodes contraceptives ce qui leur permet d'éviter les grossesses non désirées. Conséquemment, le nombre des filles-mères et les cas de déscolarisation des filles pour cause de grossesse, sont en nette régression.

COVID-19

La pandémie de la COVID-19 et les mesures de sécurité sanitaire qu'elle a imposées ont engendré un ralentissement ou le report des activités du projet ainsi qu'une baisse de la participation des jeunes aux activités.

Cependant, malgré ce risque sanitaire complètement imprévu, les acteurs du projet ont su faire preuve de résilience afin de mitiger l'impact délétère de la crise et de profiter des opportunités qui se présentaient pour mieux rebondir. Soulignons d'abord la flexibilité de l'ambassade par rapport aux questions budgétaires, ce qui a tout de suite permis de faire face à l'urgence. Aussi, les aménagements en matière de mise en œuvre (réduction du nombre de participants aux sensibilisations et séances d'ESS ; multiplication des séances avec les petits groupes ; recours aux réseaux sociaux et digitalisation des enseignements et des messages ; mise à disposition de matériel de protection, gel, masques etc. par le projet pour aller sur le terrain ; respect des gestes barrières) ont été efficaces pour permettre au projet de se maintenir pendant les périodes les plus rudes de la crise et au-delà. Enfin, l'adaptation au besoin urgent des communautés dont a fait preuve la PSDSR en intégrant des messages de sensibilisation sur le coronavirus et l'apprentissage de la fabrication de savon et de gel hydroalcoolique dans le cadre des formations aux AGR a définitivement été un plus pour le projet.

5.2 Conclusions globales sur les critères CAD de l'OCDE

Comme indiqué dans la Proposition de l'Évaluation PSDSR, la conception de cette évaluation comprenait une analyse des critères du CAD de l'OCDE : Pertinence, Cohérence, Durabilité, Efficience et Efficacité. Nous avons attribué ces critères à travers les huit questions d'évaluation qui ont été utilisées pour collecter des données et mener une première analyse du cadre logique et de la théorie du changement. Plus de détails sur les conclusions du CAD peuvent être trouvés dans Chapitre 3, dans les rapports d'analyse pour chaque question d'évaluation. Ici, nous présentons une liste hiérarchisée de conclusions clés tirées de ces questions d'évaluation, et spécifiquement basées sur les critères du CAD. La section 5.1 fournit une série de conclusions prioritaires spécifiquement liées aux résultats du programme.

Pertinence : Est-ce que l'intervention a répondu au problème ?

1. Les interventions mises en œuvre dans PSDSR étaient pertinentes car elles répondaient parfaitement aux besoins prioritaires des A&J et étaient alignées sur la politique de SRAJ 2018-2022 ; L'éducation et les sensibilisations sur la SDR est pertinente car les jeunes et les communautés ont très peu de connaissances sur la SDR, qui était un sujet tabou, en particulier pour les femmes célibataires, ce qui entraîne de nombreux problèmes, notamment les grossesses précoces, les mariages précoces, les IST, l'abandon de l'école par les filles, la VBG. Les approches innovantes développées dans les communautés, les établissements d'enseignement, les ateliers d'apprentissage, les formations sanitaires à travers des clubs, des maris modèles et des dialogues Parent-Enfant et familiaux, les sessions *atchakpodji* ('parler sous l'arbre') étaient pertinents car ils ont utilisé une implication multisectorielle et avec la bonne communication qui étaient adaptées à la culture Béninoise. Les formations données aux différents acteurs étaient adaptées à leurs besoins avec satisfaction du client principal : les A&J.
2. La cible du programme—les A&J de 10-24 ans en milieu scolaire et extrascolaire, les populations clés notamment les TS, LGBT et handicapés—étaient tous et toutes les bénéficiaires des interventions. Les droits et l'égalité du genre des adolescents et jeunes étaient clairement pris en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la PSDSR.

Cohérence : Est-ce que l'intervention s'accordait avec les autres interventions menées ?

3. L'ensemble des activités (voir, les « intrants ») étaient bien planifiés aux niveaux du siège (Plan de Travail, budget annuel--PTBA) ainsi que départemental/ et zone sanitaire. Au niveau du département, il y avait le comité de concertation qui a inclus un grand éventail de partenaires en provenance d'autres programmes et d'autres ONG dans la santé et qui était bien structuré et utilisé à bon escient pour les A&J et leurs communautés. Une grande implication d'un grand éventail de partenaires a assuré que la PSDSR n'a pas créé des redondances ou des chevauchements de services apparents.
4. La PSDSR a une grande cohérence en termes de travail avec toutes les parties prenantes impliquées et travaillant sur la SDR des A&J dans une commune : les autorités locales, les services de promotion

sociale et de santé, les écoles, les ministères au niveau départemental (de la Santé, de la Jeunesse, des Affaires Sociales de la Microfinances, de l'Enseignement Secondaire et Formation Technique et Professionnelle).

Durabilité : Est-ce que les bénéfices sont-ils durables ?

5. L'animation des structures d'accueil des ado et jeunes (SRAJ, Centre amour & vie, mouvement d'action des jeunes, etc.), la disponibilité et la gratuité des services SSR dans ces structures et les CS publics sont des facteurs pouvant garantir la pérennité.
6. Les autorités, les communautés, les A&J, et les autres personnes impliquées dans la PSDSR ont exprimé une volonté de maintenir l'élan du programme PSDSR, parce qu'ils remarquent les résultats positifs sur les SSR des A&J.
7. Les lois et programmes nationaux (contre la VBG et le mariage des enfants, sur la gratuité des services de SSR pour les jeunes, sur l'intégration de l'égalité des sexes dans les programmes scolaires) facilitent la durabilité des résultats de la PSDSR et sa poursuite.
8. Il y a eu un renforcement des capacités et une sensibilisation à tous les niveaux et parmi toutes les parties prenantes du programme. Ces parties prenantes peuvent et vont appliquer ces capacités et leur sensibilisation acquises dans d'éventuels autres programmes liés aux SDSR des jeunes.

Efficience : Est-ce que les ressources ont été utilisées de manière optimale ?

9. En générale, le programme était bien organisé du siège jusqu'au ZS ; il a utilisé un bon nombre d'approches et de stratégies intéressantes et importantes. Cependant, l'élaboration du programme et sa gestion étaient plutôt « top-down » au lieu du « bottom-up » ce qui a donné l'impression aux A&J qu'ils n'étaient pas suffisamment impliqués dans la phase de « développement » du programme.
10. Les systèmes de finance électronique offline et online étaient assez robustes et adéquats pour la gestion des finances. Les lignes de communication entre siège et les coordinateurs/trices étaient assez régulières et fortes pour repérer et éviter le gaspillage de ressources pour raisons de mauvais planning ou de redondances d'activités. Cependant, les lourdes procédures administratives ont créé un programme moins efficace. Le faible management de la conception de risque a laissé trainer une peur disproportionnée de l'audit et une quasi-obsession de faire en sorte que toute procédure soit parfaitement appliquée au lieu d'envisager que les systèmes de contrôle financier soient là pour servir les objectifs du programme, pas vice versa.
11. Le contrat local de courte durée ne permettait pas d'assurer une continuité efficiente des activités de sensibilisation visant le changement de comportement chez les ados & jeunes. Il est aussi observé que la couverture de la zone sanitaire d'intervention n'est pas totale. En effet, des A&J des localités éloignées du niveau central, non-exposées aux interventions, continuent d'être encore victimes des cas de VBG et de mariages précoces.
12. Il y avait une forte résilience face aux défis du Covid-19. Le programme a pu développer des réponses adaptées au digital et le recours aux réseaux sociaux pour les activités de sensibilisations et de services SDSR. Celles-ci ont permis de rester efficient et d'assurer une durabilité au projet.

Efficacité : Est-ce que l'intervention a atteint ses objectifs ?

13. Selon l'analyse des données quantitatives et qualitatives, la PSDSR a largement atteint ses objectifs intermédiaires et objectifs généraux. L'environnement avait changé grâce aux activités du programme PSDSR, en termes de changement d'attitude et de comportement de la communauté à laquelle appartient les A&J, d'amélioration des services, et d'existence et d'application des lois. Les évidences témoignent de ce que les interventions de PSDSR ont contribué à satisfaire les besoins des adolescents et jeunes des localités touchées. Le personnel formé est maintenant disponible, fournit les services de conseils, d'information et d'éducation, ainsi des soins aux A&J référés par les pair éducateurs, relais et encadreurs. Cependant, il faut préciser que ceux-ci ne comptent que pour les écoles, villages,

arrondissements et communes couvertes dans la mise en œuvre du programme. En général, la couverture par PSDSR dans les ZS est faible.

14. Manifestement, le projet a permis de réduire les cas de VBG dans la plupart des localités couvertes par le programme : en témoignent les différents rapports d'activités des ONG et les avis des populations, des leaders communautaires et les autorités. Toutes les parties prenantes participant au programme ont noté un changement de comportement des jeunes en l'occurrence en ce qui concerne les rôles de genre. En revanche, bien que les hommes (dont certains auraient pu être de potentiels auteurs de violence) aient surtout reçu des messages sur l'interdit juridique autour des VBG, ils ont été plutôt sensibilisés aux potentielles représailles et la peur que d'avoir reçu un message plutôt positif à travers les importants intérêts sociaux, sanitaire et humains qu'une élimination du VBG apporterait.
15. Le programme a été efficace en créant un environnement favorable aux jeunes parmi des différents groupes communautaires dans les localités couvertes par le programme, à travers le biais des leaders communautaires.

6. RECOMMANDATIONS

Voici dessous les recommandations pour la conception et la gestion du programme (6.1) et pour les activités du programme (6.2) dans une éventuelle deuxième phase de PSDSR, ou un programme similaire.

6.1 Recommandations pour la conception et la gestion du programme

1. Limiter le nombre d'objectifs intermédiaires du programme pour une prochaine phase. Définissez et utilisez un ensemble d'indicateurs clés qui est beaucoup plus restreint en termes de mesures de résultats (intermédiaires) et d'impact. Utilisez cette liste d'indicateurs clés de manière cohérente dès le démarrage du programme jusqu'à la fin en collectant et en stockant les données dans un seul endroit. Ces « indicateurs clés de performance » (ICP) devraient être régulièrement examinés lors des « réunions d'analyse » semestrielles par le comité de pilotage. Définir des objectifs et assurer qu'ils sont liés aux objectifs du programme national (lorsqu'ils sont disponibles) et qu'ils soient évalués régulièrement par le comité de pilotage.
2. Mieux réfléchir et planifier pour la durabilité dans l'élaboration de la prochaine phase. De travailler avec trois ONG est, peut-être, plus pratique et plus efficace dans le court-terme, mais dans le long-terme, cette approche pose un risque que le programme ne soit pas pleinement intégré dans un système national qui durera avec le temps. Le gouvernement pourrait être plus activement intégré dans le projet en alignant les activités du programme sur les efforts du gouvernement, en donnant aux unités gouvernementales dans les ZS (santé, éducation, sécurité sociale) un rôle plus actif dans la mise en œuvre du programme et en jouant un rôle de coordination plus fort, en particulier autour du suivi et de l'évaluation. En fonction des capacités, le gouvernement pourrait même jouer un rôle de coordination plus « indépendant » pour les 3 ONG et être chargé de faciliter les « synergies ». La poursuite du programme doit être alignée avec la nouvelle politique nationale de santé communautaire.
3. Exploiter les synergies entre trois ONG très indépendantes ; Pour ce faire, nous proposons quelques suggestions :
 - Créer un système d'incitation basé sur des résultats de « synergie » mutuellement dérivés et mutuellement acceptés par les membres de consortium. Ce travail de définition doit également préciser ce que chaque organisation amène au partenariat (astuce) ainsi que de quoi ils sont en manque (faiblesse) et identifier ce que les 2 autres puissent apporter pour combler les vides. Cette définition de synergie doit se faire non seulement au niveau du siège, mais aussi bien par chaque zone d'intervention.
 - Envisagez un système de récompense des résultats basé sur la performance pour stimuler les synergies. (Par exemple, récompenser ceux qui coopèrent pour s'assurer que l'approvisionnement des contraceptifs et les préservatifs ne tombent jamais en rupture de stock). Cependant, avant de mettre un tel système en jeu, nous préconisons qu'il y ait d'abord une légère étude de coût-bénéfice mis en place pour étudier si le système de collecte de données est assez robuste pour accueillir un système de récompense basé sur la performance.
 - Outre le besoin d'aborder le sujet de durabilité mentionnée dans la recommandation 2 ci-dessus, la prochaine phase doit identifier une unité ou organisation indépendante (gouvernemental ou privée) qui peut assumer comme le rôle de facilitateur indépendant pour soit, (a) faciliter la définition des résultats de synergie, ou (b) jouer un rôle de leader ou gestionnaire pour guider un consortium révisé. L'Ambassade pourrait envisager une entreprise privée indépendante, telle qu'une société de conseil, pour assumer ce rôle.

4. Travailler avec un seul système de données et d'évaluation. En utilisant l'IATI et le DHIS-2, par exemple, ça fait un double emploi. Il est coûteux et prend du temps. On dirait même que ça va à l'encontre de la politique néerlandaise sur les accords mondiaux (Accords de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005) et Le Programme d'action d'Accra (2008) qui demande l'harmonisation et l'alignement des systèmes et des outils de rapportage.
5. Travailler « Bottom-up » au lieu de « Top-Down ». La nouvelle phase doit assurer qu'il y ait une liaison avec les programmes nationaux en cours pour développer et définir des paquets minimums d'éducation et de services de SDSR. En particulier, ceci doit tenir compte des nouvelles directives sur les politiques nationales de soins de santé communautaires. L'opportunité pour la PSDSR est de capitaliser sur ses bons réseaux locaux et de faire une évaluation de besoin zone par zone. Sur la base d'une évaluation des besoins *définis par les jeunes*, une composition optimale de différentes stratégies d'intervention pourrait alors être choisie parmi des 3 ONG. Au lieu de diviser les ZS par ONG (par exemple en donnant le « lead » à ABMS ou ABPF) et de laisser ces dernières définir le type et la quantité de services disponibles, chaque ZS devrait faire l'objet d'une évaluation des besoins, puis un ensemble de services pourrait être composé en provenance de la gamme de stratégies disponible chez les 3 ONG. Lorsqu'une ZS ne bénéficie pas de la présence de toutes les ONG, le projet doit s'assurer que les lacunes en matière d'éducation et de prestation de services sont comblées par des investissements dans le renforcement des capacités (par exemple, des formations) et par l'établissement de liens avec les services gouvernementaux et leur soutien (par exemple, pour s'assurer que les préservatifs et les contraceptifs sont disponibles dans les centres de santé publics).
6. Être plus flexible dans les décaissements au niveau ZS pour les participants des activités/formations. Le programme devrait s'adapter aux réalités du terrain, où de nombreux participants aux programmes n'ont pas de carte d'identité et ne sont donc pas en mesure de la présenter comme preuve de leur participation aux programmes et de leur droit à des allocations.

6.2 Recommandations pour les activités et approches du programme

1. Étendre la couverture de l'ESS pour les jeunes et s'aligner sur le programme ESS du gouvernement dans les écoles. Étendre la formation de l'ESS de la PSDSR à davantage d'écoles et de communautés et impliquer plus de jeunes dans les clubs (ne pas limiter le nombre de participants). Maintien de la fréquence des activités de sensibilisation, d'écoute et de renforcer du pouvoir de décision des jeunes de jouir de leur droit et santé sexuels. Une continuation de la PSDSR devrait capitaliser sur le programme gouvernemental qui vient de commencer dans des écoles secondaires visant à faire de l'ESS un cours distinct dans le curriculum, dispensé par des enseignants formés à cet effet. Dans les écoles où les deux types d'ESS sont dispensés—soit du gouvernement, soit de la PSDSR - la PSDSR devrait s'aligner sur le curriculum gouvernemental et se concentrer sur les spécificités de l'ESS qui utilise l'approche du dialogue réflexif et donc est plus interactive que l'approche d'apprentissage gouvernemental. Les jeunes devraient être impliqués dans l'évaluation et l'adaptation du contenu des modules existants - pour les rendre appropriés à la région.
2. Intensifier les efforts pour que les services SDSR soient adaptés aux jeunes dans un plus grand nombre de centres de santé publics. Poursuivre et étendre la formation des agents de santé et de centres de santé publics aux services adaptés aux jeunes. Le personnel des CJAV de la zone sanitaire et les agents de santé déjà formés pourraient servir comme personnes ressources pour ces formations. Pour augmenter la fréquentation, il est recommandé d'avoir des centres ou des espaces au sein d'un centre de santé adaptés aux A&J. Dans les communes qui n'ont pas de CJAV ou d'autres centres adaptés aux jeunes (pas de PSDSR), une continuation du programme devrait soutenir (financièrement) les centres de santé publics pour qu'ils aient un espace confidentiel pour les jeunes où ils peuvent obtenir des informations et des services SDSR et où ils peuvent aussi venir pour d'autres activités comme des jeux et surfer sur Internet. Le programme

doit fournir des intrants (contraceptifs, préservatifs masculins et féminins) aux structures dispensatrices de services en quantité suffisante afin de couvrir, en temps réel, les besoins des A&J.

3. Étendre la sensibilisation des communautés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des jeunes. Poursuivre l'approche réussie consistant à impliquer les chefs religieux et communautaires locaux, les maris modèles, les autorités, les relais communautaires, les jeunes pairs éducateurs, le personnel des services sanitaires et sociaux qui connaissent les normes et les perceptions dans les communautés. Les trois ONG de la PSDSR doivent pouvoir répliquer les approches des autres pour assurer l'implication des communautés. Comme contribution aux sessions de sensibilisation communautaires, et compte tenu du fait qu'il y a encore beaucoup de leaders communautaires et religieux, et de membres de la communauté qui sont conservateurs et s'accrochent à des textes religieux et à des traditions qui ne favorisent pas la PSDSR des jeunes, la PSDSR devrait commander une étude des textes religieux et des traditions ; par exemple concernant les relations sexuelles avant le mariage, l'utilisation de la contraception pour prévenir les grossesses non désirées ou l'espacement des naissances, les relations entre les sexes, les VBG, les mariages précoces et la procréation.
4. Étendre le programme d'AGR pour les jeunes femmes et hommes célibataires et femmes mariées. Le programme devrait investir dans la formation et le soutien financier des jeunes afin qu'ils soient capables de mettre en place une activité génératrice de revenus ou collaborer avec d'autres ONG ou départements gouvernemental qui ont de tels programmes.
5. Continuer à mettre l'accent sur le genre dans le programme. Il est important de continuer et d'étendre les sensibilisations sur le genre et de conserver les acquis du programme en maintenant le projet et ses activités auprès des jeunes et toutes autres parties prenantes. Puisque les générations se renouvellent en permanence et que les normes socioculturelles en matière de genre changent plutôt lentement, il faut maintenir une exposition de la population aux messages véhiculant de meilleures normes de genre.
6. Continuer à mettre l'accent sur le programme VBG, en collaborant avec les services juridiques, sociaux et sanitaires locaux. Il faut renforcer les connaissances des cibles sur les risques sur la santé des victimes de VBG et non pas seulement les peines encourues par les auteurs. Nous pensons qu'on gagnerait à faire comprendre aux gens les effets négatifs sur la santé et la société et le lien avec les normes et valeurs liées au genre, et pas seulement les menacer de représailles. Il faut aussi s'intéresser aux VBG faites sur les hommes (plutôt le VBG psychologique) dans le but d'assurer une paix sociale pour tous. Finalement, une prochaine phase devrait analyser la qualité et l'efficacité des lois et décrets contre le VBG et se demander s'ils sont à la hauteur des besoins des A&J ou s'ils ont besoin d'une mise à jour.
7. Faire davantage d'efforts pour atteindre les populations clés. Dans les ZS où ils opèrent, tous les membres du consortium et leurs ONG partenaires locales doivent s'efforcer d'atteindre les populations clés avec l'ESS et les services. Si une organisation n'est pas en mesure de le faire elle-même, en raison d'un manque de capacité du personnel ou de la politique de l'organisation, celle-ci doit financer des organisations qui effectueront le travail à sa place.

REFERENCES

- 1 Direction des Études Démographiques. « RGP4 : Que retenir des effectifs de population en 2013 ? » Bénin : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), juin 2015. <https://insae.bj/images/docs/insae-statistiques/demographiques/population/Resultats%20definitifs%20RGP4.pdf>.
- 2 Ministère du Plan et du Développement, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), et ICF. « Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018 ». Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA, avril 2019. https://insae.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Bénin_EDSBV_Rapport_final.pdf.
- 3 The Economist. « Afrique : que penser de sa fécondité élevée ? » *Population Avenir* n° 719, no 4 (8 septembre 2014) : 17-19.
- 4 Centre Population et Développement (France), et Groupe international de partenaires population-santé. *Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001*. Nogent-sur-Marne : CEPED, 2007.
- 5 Rachele, Djangone-Mian Anne Marie. « Sexualité, fécondité et pratique contraceptive chez les jeunes en Côte d'Ivoire au Cameroun, au Togo et au Burkina Faso », 16. Tours (France), 2005.
- 6 Rachele, Djangone-Mian Anne Marie. « Sexualité, fécondité et pratique contraceptive chez les jeunes en Côte d'Ivoire au Cameroun, au Togo et au Burkina Faso », 16. Tours (France), 2005.
- 7 Ministère du Plan et du Développement, Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), et ICF. « Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018 ». Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA, avril 2019. https://insae.bj/images/docs/insae-statistiques/enquetes-recensements/EDS/2017-2018/1.Bénin_EDSBV_Rapport_final.pdf.
- 8 Médecins du Monde Suisse. « Lutte contre les violences basées sur le genre - Bénin ». Consulté le 7 juillet 2021. <https://medecinsdumonde.ch/activites/Bénin/violences-basees-genre/>.
- 9 <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/Stratégie-Nationale-Multisectorielle-de-Santé-Sexuelle-et-de-la-Reproduction-des-Adolescents-et-Jeunes-au-Bénin-2010-2020.pdf>
- 10 United Nations Population Fund | 2021, Tableau de bord Adolescent(e)s et jeunes – Bénin. <https://www.unfpa.org/data/adolescent-youth/BJ>
- 11 Données fournis par PSDSR, communication par courriel 28 mai 2021
- 12 Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs au Bénin (PSDSR). Document de projet. 17 novembre 2017.
- 13 Termes de références. Evaluation du Projet Promotion de la Santé et Droits Sexuels et Reproductifs (PSDSR) au Bénin. Mars 2021.
- 14 Winters, D. et al. Proposition évaluation PSDSR. Rapport de démarrage. Juillet 2021
- 15 <https://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-cad-evaluation.htm>
- 16 Rapport Final. Etude de base du Projet de Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs chez les jeunes de 15-24 ans dans les zones d'intervention du Projet de Consortium "ABMS-ABPF-CARE". Juillet 2019
- 17 The General Data Protection Regulation: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1465452422595&uri=CELEX:32016R0679>
- 18 IATI : <http://d-portal.org/ctrack.html?publisher=BJ-IFU-5201000673108#view=act&aid=BJ-IFU-5201000673108-PSDSR>

Annexe 1 : Questions d'étude par question d'évaluation, et résultats (intermédiaires)

QdE = Question d'étude

OCI = outcome (résultat) intermédiaire

Question d'Évaluation 1. Dans quelle mesure et comment le programme de PSDSR est-il aligné et intégré sur les politiques, stratégies, approches et programmes nationaux du Bénin/ Partenaires Techniques et Financiers (PTF) travaillant au Bénin et les trois ONG du Consortium, pour le développement de la SDSR des adolescents et jeunes (A&J) ?

QdE1.1 Quels sont les politiques, stratégies, plans et programmes nationaux du Bénin concernant la SDSR des A&J ?

QdE1.2 Quelles sont les priorités des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) travaillant au Bénin sur la SDSR des A&J ?

QdE1.3 Quels sont les principaux besoins SDSR des A&J, selon les Ministères, et PTFs ?

QdE1.4. Comment est-ce que le programme PSDSR a pris en compte le dividende démographique ?

- Est-ce qu'il y a un outil ou dispositif étatique pour le monitoring et le reportage sur ce dividende démographique ?

Question d'Évaluation 2 : Dans quelle mesure et comment est-ce que la PSDSR a contribué à renforcer la disponibilité de l'éducation sexuelle complète (ESC) et des services SSR intégrés pour les A&J ?

QdE2.1 Quel est la disponibilité de l'éducation sexuelle complète (ESC) pour les différents groupes d'A&J, dispensé par PSDSR ?

- *OCI18. Evidence que les A&J scolarisés et non-scolarisés bénéficient d'ESC curriculaire et extra curriculaire*

QdE2.2 Comment la PSDSR a-t-il utilisé et intégré l'ESC auprès les A&J dans les structures existantes (écoles, associations de jeunes, associations d'artisans, associations de populations clés etc.) et a assuré ainsi la continuité ?

QdE2.3 Est-ce que les A&J savent où ils peuvent trouver les informations et services SSR ?

QdE2.4 Quelle est la disponibilité des services SSR amis des A&J (par exemple : informations, contraceptifs, prise en charge IST, dépistage de VIH, soins après VBG) ?

- *OCI.10. Evidence que le personnel des services de SR accueille les jeunes filles et garçons dans un cadre de respect et de confiance.*
- *OCI.11. Evidence que les centres de SR sont suffisamment équipés en matériel, produits, contraceptifs et personnel qualifié.*
- *OCI.12. Evidence que les services et produits sont abordables et disponibles*

Question d'Évaluation 3 : Dans quelles mesures est-ce que les participants A&J de la PSDSR ont-ils adopté les choix sexuels et reproductifs informés, libres, consentants et sécurisés ? (OC1, 2, 3)

QdE3.1 : Est-ce que les jeunes filles et garçons se protègent contre les IST/VIH et font des choix sexuels en toute liberté ? (OC1).

- *OCI. 1. Evidence que les jeunes filles et garçons fréquentent les centres et bénéficient des services de SR de qualité.*
- *Evidence que les A&J se protègent contre les IST/VIH*

QdE3.2 : Les jeunes filles et femmes ont des grossesses désirées, planifiées, espacées et bien accompagnées (OC2)

- *OCI. 1. Evidence que les jeunes filles et garçons fréquentent les centres et bénéficient des services de SR de qualité.*
- *Evidence que les jeunes femmes et hommes se protègent contre les grossesses non-désirées*

QdE 3.3 : Quels sont les contextes (services, personnel, situation domicile, économie), qui facilitent ou entravent les choix libres concernant la SDSR des A&J, selon les A&J ?

Quelles méthodes de PF étaient disponibles dans les cliniques SSR ? Quelle est la méthode que les jeunes préfèrent plus ?

Comment les jeunes perçoivent-ils les services de PF ?

QdE 3.4 : Quels dispositifs et/ou outils ont été mis en place par PSDSR pour impliquer ou accorder aux jeunes l'espace nécessaire à la définition de leurs propres besoins et choix sexuels et reproductifs dans un environnement libre, consentant et sécurisé ?

Question d'Évaluation 4 : Comment le concept de genre a été intégré et respecté dans la programmation et dans quelles mesures les approches de genre étaient-elles efficaces pour améliorer la SDSR des A&J ?

QdE 4.1 : Comment la PSDSR a intégré le concept de genre dans l'ensemble de son programme (c.-à-d. pour tous les bénéficiaires directs et indirects, et parties prenantes qui mettaient en œuvre le programme) ?

QdE 4.2 : Quelles sont les effets du focus sur le genre de la PSDSR sur les normes et rôles de genre et l'inégalité et l'iniquité des sexes, et violations basées sur le genre (VBG) ?

- *OCI 4. Evidence que les filles ont confiance en elles.*
- *OCI 7. Evidence que les leaders d'opinion et les familles, y compris les leaders religieux et traditionnels soutiennent une éducation équitable et valorisante des filles et garçons.*
- *OCI.6. Evidence que les jeunes filles, y compris les filles mères, défendent leurs droits et s'épanouissent économiquement*
- *OCI. 14. Evidence que les maris encouragent les femmes à fréquenter les services de SR.*
- *OCI. 16. Evidence que les parents encouragent les filles (mères) à poursuivre leur scolarité et une vie économique active.*

QdE.4.3. Est-ce que le taux de VBG a changé dans les ZS de la mise en œuvre de la PSDSR comparer aux ZS non-engagé ? Pourquoi ?

- *OCI10. Evidence que les coupables de VBG sont dénoncés et punis.*
- *OP.4. Evidence que les OSC prennent en charge les cas de victimes de VBG. Est-ce que les OSC ont développé un plan ou une stratégie de long terme pour la prise en charge des victimes ?*

QdE. 4.4. Quels sont des exemples où le programme a fait en sorte qu'un groupe de jeunes a reçu plus de ressources ou attention afin de créer un environnement d'égalité (c.-à-d. entre les sexes ou autre) ?

Question d'Évaluation 5 : Dans quelle mesure est-ce que la PSDSR a impliqué la communauté et a contribué à renforcer la participation communautaire pour soutenir la SDSR et l'autonomisation des A&J, et en particulier les marginalisés et vulnérables (c.-à-d. les jeunes filles en dessous de 15 ans ; les LGBT+ ; les handicapés, etc.) ?

QdE 5.2 Quel appui a été donné aux OSC dans les communes pour promouvoir l'autonomisation des A&J concernant la SDSR et quels sont les facteurs qui continuent d'influencer négativement la SDSR chez les jeunes (hommes, femmes, par âge) malgré les interventions ?

QdE. 5.3 Dans quelle mesure les approches du programme concernant l'autonomisation des jeunes sont-elles en adéquation avec les besoins des communautés ?

- *OCI.15 Evidence que les parents discutent « effectivement » de la sexualité et la SR avec leurs enfants.*
- *OCI 14. Evidence que les maris encouragent les femmes à fréquenter les services de SR.*
- *OCI17. Evidence que les élus locaux écoutent la voix des jeunes et femmes et les intègrent dans les priorités.*
- *OCI16. Evidence que les parents encouragent les filles (mères ou en état de grossesse) à poursuivre leur scolarité et une vie économique active.*
- *Evidence que le programme a mis en œuvre des dispositifs adaptés aux besoins des jeunes marginalisés et vulnérables.*

Question d'Évaluation 6 : Dans quelle mesure est-ce que le Consortium a-t-il utilisé les ressources du programme (humaines, financières, administratives) dans une manière efficiente afin d'atteindre les produits attendus ?

QdE. 6.1 Est-ce que les décaissements se sont déroulés dans les délais et/ou selon les attentes des bénéficiaires pour éviter la discontinuité dans la mise en œuvre des activités ?

QdE. 6.2 Est-ce que la répartition des services au niveau des ZS a suivi une logique selon les expertises de chaque membre de consortium ? Quel était le planning et comment est-ce que les 3 membres ont résolu les trous de services ou les goulots d'étranglement ?

QdE.6.3 Comment était la communication entre les 3 membres ? Est-ce qu'il y avait un dispositif de communication adéquat et fonctionnel ?

QdE 6.4 : Comment le lead membre du consortium dans une ZS a-t-il coordonné les activités des autres membres et leurs partenaires locaux travaillant dans la même ZS ?

QdE 6.5 : Quels étaient les succès et faiblesses dans le fonctionnement en consortium – en comparaison aux membres travaillant chacun de son côté, comme auparavant ?

QdE 6.6 Est-ce qu'il y avait un système de suivi et monitoring commun pour les 3 ONGs ? Comment ont-elles partagé les leçons acquises ou résolu les problèmes dans un délai adéquat ? Est-ce que ce système a fait en sorte que les A&J fasse partie ?

QdE 6.7 Comment les parties prenantes (acteurs) expliquent les succès et les échecs concernant les résultats du programme PSDSR ?

Question d'Évaluation 7 : Dans quelle mesure est-ce que le travail en consortium a apporté une synergie et des innovations pour faire avancer la SDSR des A&J ?

QdE 7.1 Quelles initiatives innovantes ont été développées et adoptées à travers le programme pour maximiser les résultats et qui sont pertinents pour un futur du programme ?

QdE 7.2 : Comment, dans quel but et avec qui la PSDSR a-t-elle établi le partenariat au niveau national, départemental et Zone Sanitaire ?

Question d'Évaluation 8 : Dans quelle mesure est-ce que la PSDSR a pu adresser l'impact de la pandémie Covid-19 et assurer une durabilité programmatique et financière ?

QdE 8.1 : Quels étaient les effets de la pandémie Covid-19 sur les bénéficiaires directs et indirects du programme ?

QdE 8.2: Quels étaient les effets de la pandémie Covid-19 sur la mise en œuvre des activités planifiées du programme PSDSR ?

QdE 8.3 : Comment la PSDSR a essayé de mitiger l'impact négatif de la Covid-19 sur les bénéficiaires et les activités prévues dans le programme ?

Annexe 2 : Enquête avec les jeunes (*en papier*)

A. IDENTIFICATION <i>A REMPLIR PAR L'ENQUÊTEUR AVANT L'ENTRETIEN Qj-Qvii</i>	Encercler ou inscrire l'information
i. Zone Sanitaire	1 Djougou-Ouaké-Kopargo; 2 Klouékanme-Toviklin-Lalo; 3 Dassa-Glazoué;
ii. Date	
iii. Heure de début	
iv. Code enquêteur	ARF ____ (1-14)
v. Type de groupe des jeunes (6 types) <i>(réponses multiples 1 et 2)</i>	<i>Impliqué(e)s dans les programmes (#0-5) :</i> 0. Célibataires, scolarisés 15-24 ; 1. Célibataires, scolarisés 15-17 ; 2. Célibataires, scolarisés 18-24; 3. Marié(e)s 15-24; 4. Célibataires, non scolarisés 15-24; 5. Population clé – <i>à préciser</i> <i>Non impliqué(e)s</i> 6. Non impliqué(e)s dans les programmes
vi. Si 5 Population clé, précisez	1. Travailleurs du sexe 2. LGBTQ+ 3. Âge 10-14 4. Handicapés
vii. Sexe – <i>Si LGBTQ+, demande avec quelle genre il /elle s'identifie</i>	1 Femme 2 Homme 3 Autres
viii. Langue de l'entretien, <i>demande : es-tu confortable avec le français – ou préfères-tu que nous parlons une autre langue ?</i>	1. Français <i>Si Français, allez à Q1</i> 2. Autre langue
ix. Si 2 Autre langue, précisez	1. Dendi, 2. Batonou, 3. Yom, 4. Idatcha, 5. Nagot, 6. Fon, 7. Adja, 8. Kotafon, 9. Mina, 10. Autre
B. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES ET SOCIOECONOMIQUES	Réponses (Encercler ou inscrire la réponse)
Q1. Age	/ / / ans (10-24)
Q2. Es-tu actuellement scolarisé(e) ?	Oui Non
Q3. Quel est ton niveau de scolarisation le plus élevé ?	1. Pas d'école ; 2. Primaire ; 3. Secondaire 1er cycle 4. Secondaire 2 nd cycle 5. Université
C : PARTICIPATION AU PROGRAMME PSDSR	
Q4. As-tu participé dans les activités du programme PSDSR / du [nom ONG locale] / du [nom membre de consortium].	Oui Non <i>Si non, aller à Q5</i>
Q4.1. Si Oui : Pendant combien d'années y as-tu participé ?	1. 0<1 année ; 2. 1<2 années ; 3. 2-3 années

Q4.2. Si Oui : Dans quelle activité as-tu participé ? (réponses multiples)	1. Membre d'un club scolaire ou non-scolaire ; 2. Reçu Education Sexuelle Complète (ESC), ou Education à la Santé Sexuelle (ESS) ; 3. Pair éducateur ; 4. dans Mouvement Action des Jeunes (MAJ) ; 5. dans Club Amour et Vie ; Si 1-5 et pas 6. autre, aller à Q5 6. Autre
Q4.2.1. Si 6. Autre : préciser _____	
Q5. As-tu eu d'autres informations ou éducation sur la SDSR en dehors de PSDSR ?	Oui Non Si non, aller à Q6
Q5.1. Si Oui : Qui a donné ces informations ? (Réponses multiples)	1. Enseignant ou autre agent du milieu scolaire/patron d'atelier d'apprentissage 2. Parents ou autre adulte de la famille 3. Leader local/religieux 4. ONG locale autre que celle intervenant dans la PSDSR. 5. Ami(e)s/ famille/ pairs/ 6. Médias sociaux/internet/magazines) ; Si 1-6, et pas 7 Autre, aller à Q6 7. Autre -
Q5.1.1. Si 7 Autre : préciser ____	
D : STATUT MATRIMONIAL	
Q6. Es-tu marié(e), ou vis-tu ensemble avec ton/ta partenaire, ou es-tu célibataire ?	1. marié(e) ; 2. concubinage ; 3. célibataire ; Si 3, aller à Q7
Q6.1. Si marié(e) ou vivant ensemble : Quel âge avais-tu lorsque tu t'es marié(e), ou as commencé à vivre ensemble ?	/_/_/ ans (vérifier avec Q1)
E : DEPENDANCE FINANCIERE	
Q7. Est-ce que tu as l'accès à suffisamment d'argent pour tes besoins fondamentaux (par exemple pour les serviettes hygiéniques, le savon, les fournitures scolaires) ? (<i>Lire les réponses à haute voix</i>)	1. Oui, toujours ; 2. Pas toujours ; 3. Jamais ;
Q8. De quelles personnes prends-tu de l'argent pour tes besoins fondamentaux ? (Multiples réponses)	1. Moi-même (j'ai une activité rémunérée) ; 2. Parents ; 3. Conjoint(e) ; 4. Petit ami(e) ; Si 1-4, et pas 5. Autre, aller à Q9 5. Autre
Q8.1. Si 5, autre : préciser ____	
F : PRATIQUES EN SDSR <i>J'ai quelques questions assez sensibles, mais pertinentes pour l'étude et ta réponse est anonyme et reste entre nous deux :</i>	
Q9. As-tu déjà eu un rapport sexuel - volontaire ou involontaire ?	Oui Non Si Non, aller à Q10
Q9.1 Si oui, As-tu un enfant / des enfants ?	Oui Non Si Non, aller à Q9.2
Q9.1.1. Si oui, combien d'enfants	1 ; 2 ; 3+ ;
Q9.1.2. Si oui, quel âge avais-tu à la naissance de ton premier enfant ?	# (vérifier avec Q1)
Q9.2. Si oui, Es-tu (ou ta partenaire est-elle [si homme]) enceinte actuellement ?	Oui / Si Oui, aller à Q9.3 Non / Je ne sais pas
Q9.2.1. Si Non, ou sais pas : Veux-tu (ou ta partenaire est-elle [si homme]) être enceinte actuellement ?	Oui / Si Oui, aller à Q9.3 Non / Pas sûr

Q9.2.1.1. Si non ou pas sûr : Normalement, fais/utilises-tu ou ton/ta partenaire fait/utilise-t-il (elle) quelque chose pour prévenir une grossesse ?	Oui / Non <i>Si Non, aller à Q9.2.1.1.2</i>
Q9.2.1.1.1. Si Oui : Quoi/quelle méthode toi ou ton/ta partenaire fait/utilise ? (Multiples réponses)	1. pilule contraceptive/ 2. préservatif masculin / 3. préservatif féminin / 4. dispositif intra-utérin / 5. implant / 6. pilule du lendemain / 7. méthodes naturelles ; <i>Si 1-7, et pas 8. Autres, aller à Q9.2.1.2</i> 8. autres
Q9.2.1.1.1.1. Si 8 Autre : préciser____	
Q9.2.1.1.2. Si Non, Pourquoi vous n'utilisez pas quelque chose pour prévenir une grossesse ? (Multiples réponses)	1. ne connais pas les méthodes ; 2. trop cher ; 3. ne sais pas où trouver les contraceptifs ; 4. n'aiment pas aller au centre de santé ; 5. mon partenaire ne veut pas utiliser ; <i>Si 1-5, et pas 6 Autre, aller à Q9.2.1.2</i> 6. autre
Q9.2.1.1.2.1. Si 6 : Préciser autre	
Q9.2.1.2. Si non ou pas sûr : La dernière fois vous avez eu de rapport : Fais/utilises-tu ou ton/ta partenaire quelque chose pour prévenir une grossesse ?	Oui / Non <i>Si Non, aller à Q9.2.1.2.2</i>
Q9.2.1.2.1. Si Oui : Quoi/quel méthode tu ou ton/ta partenaire fais/utilise ? (Multiples réponses)	1. pilule contraceptive/ 2. préservatif masculin / 3. préservatif féminin / 4. dispositif intra-utérin / 5. implant / 6. pilule du lendemain / 7. méthodes naturelles ; <i>Si 1-7, aller à Q9.3</i> 8. autres
Q9.2.1.1.1.1. Si 8: préciser autre____	
Q9.2.1.2.2 Si Non, Pourquoi vous n'utilisez pas quelque chose pour prévenir une grossesse ? (Multiples réponses)	1. ne connais pas les méthodes ; 2. trop cher ; 3. ne sais pas où trouver les contraceptifs ; 4. n'aiment pas aller au centre de santé /pharmacie ; 5. mon partenaire ne veut pas utiliser ; <i>Si 1-5, et pas 6. Autre, aller à Q9.3</i> 6. autre
Q9.2.1.2.2 .1. Si 6 : Précisez autre	
Q 9.3. Si Oui, la dernière fois que tu avais eu un rapport sexuel, est-ce que toi ou ton/ta partenaire faisais ou utilisais quelque chose pour prévenir les infections sexuellement transmissibles ou le VIH/SIDA ?	Oui / Non <i>Si Non, aller à Q9.3.2</i>
Q9.3.1. Si Oui : Quoi/quelle méthode toi ou ton/ta partenaire fais/utilises ? (Réponses multiples)	1. préservatif masculin / 2. préservatif féminin ; <i>Si 1 ou 2, et pas 3 Autre, aller à Q9.4</i> 3. autre
Q9.3.1.1. Si 3 : préciser autre	
Q9.3.2 Si Non, Pourquoi vous n'utilisez pas quelque chose pour prévenir de IST/VIH ? (Réponses multiples)	1. ne connaissons pas les méthodes ; 2. trop cher ; 3. ne savons pas où trouver les méthodes ; 4. n'aimons pas aller au centre de santé ; 5. mon partenaire ne veut pas utiliser ; <i>Si 1-5, et pas 6, aller à Q4</i> 6. autre
Q9.3.2.1. Si 6 : préciser autre	

Q9.4. Si oui : Quels partenaires sexuels tu as eu ? (<i>Réponses multiples, lire les réponses à haute voix</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avec une personne de l'autre sexe ; 2. Avec personne de même sexe ; 3. Avec un partenaire en échange d'argent ou d'autres biens ; 4. Avec quelqu'un contre ma volonté ; Si 1-4, et pas 5, autre aller à Q10 5. Avec quelqu'un qui a une autre spécificité
Q9.4.1. Si 5. Autre : préciser _____	
G : DECISIONS EN SDSR	
Q10. <i>Maintenant nous parlerons de décisions concernant ta santé sexuelle et reproductive</i> : Est-ce que tu peux décider toi-même d'aller au centre de santé si tu as besoin d'information ou de service concernant ta santé reproductive ou sexuelle, ou dois-tu demander la permission de quelqu'un(e) ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moi-même ; 2. Autre personne
Q10.1. Si autre personne : A qui dois-tu demander la permission d'aller au centre de santé ? (Réponses multiples)	<ol style="list-style-type: none"> 1. mère ; 2. père ; 3. conjoint(e) ; Si 1-3, et pas 4 Autre, aller à H 4. autre
Q10.1.1. Si 4. Autre : préciser _____	
H : COMMENTAIRES	
Commentaire de l'enquête (<i>Inscrire un commentaire pertinent venant de l'enquête</i>)	
Commentaire de l'assistant/enquêteur (<i>Inscrire un commentaire pertinent venant de l'enquêteur</i>)	
<i>Merci beaucoup pour ta coopération dans l'enquête</i>	
Heure de fin	

Annexe 3 : Questions pour les entretiens approfondis, par question d'évaluation, avec catégorie de répondants

J : Leaders de Jeunes ; COM : Leaders Communautaires ; ENC : Encadreurs d'ESS ; SA : Personnel de Santé ; Min : Ministères ; CO : Consortium ; ONG : ONG partenaire ; Aut : Autorités ; Amb : Ambassade

QUESTIONS D'ÉVALUATION	CATEGORIE DE REpondANTS								
	J	COM	ENC	SA	Min	CO	ONG	Aut	Amb
Question d'Évaluation 1. Dans quelle mesure et comment le programme de PSDSR est-il aligné sur les politiques, stratégies, approches et programmes nationaux du Bénin / Partenaires Techniques et Financiers (PTF) travaillant au Bénin, pour le développement de la SDR des adolescents et jeunes (A&J)									
Quelles sont les activités du ministère concernant promouvoir SDR de A&J					x				
Comment le ministère collabore avec les PT, et notamment avec la PSDSR					x				x
Quels sont les principaux besoins SDR des A&J (selon les ministères, programmes et PTF)					x	x	x		
Quelles sont les priorités des PTF, et comment ces priorités ont influencé les politiques des ministères					x				
Quels sont les principaux problèmes pour le développement du Bénin si on n'abordait pas la SDR des A&J					X				x
Quels sont les principaux atouts pour le développement du Bénin si on abordait la SDR des A&J					x				x
Question d'Évaluation 2 : Dans quelle mesure et comment est-ce que la PSDSR a contribué à renforcer la disponibilité de l'éducation sexuelle complète (ESS) et des services SSR intégrés pour les A&J ?									
Comment le ministère a-t-il déployé l'utilisation du module ESS (développé 2019) auprès des parties prenantes					x	x			
Comment la PSDSR a-t-elle utilisé et intégré l'ESS auprès des A&J dans les structures existantes (écoles, associations de jeunes, associations d'artisans, associations de populations clés etc.)						X	X		
Quels sont les soucis pour atteindre tous les jeunes et adolescents avec l'ESS			x			x	X		
Comment vous avez pu utiliser le manuel ESS développé par le ministère dans vos activités de ESS, concernant <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des modules ? • Identification des encadreurs et pair éducateurs en quantité suffisante • Formation des encadreurs et pair éducateurs ? • Quand avez-vous commencé ? • Avez-vous utilisé toutes/ une partie des modules ? 			x			x	x		
Différence avec des méthodes ESS vous avez utilisé auparavant ?									
Quels sont les avis des représentants A&J sur l'ESS donné par les encadreurs ?	x		X				X		
Quelles étaient les activités du programme PSDSR pour améliorer les services SSR auprès des jeunes ?				x		x	x		
Comment les prestataires ont changé leurs services SSR auprès des A&J depuis le début des activités PSDSR ? (Quel est le point de vue des jeunes sur la façon dont le personnel de santé les accueille et les traite dans le centre de santé)	x			x					
Quelle est la disponibilité des services de : information SSR, contraceptives, dépistage de VIH, soins après VBG, autres services SSR pertinents ; est-ce que les services sont abordables pour les jeunes ;	x			x					
Y a-t-il des services SDR pour les A&J auxquels vous attendez, qui ne sont pas fournis dans votre centre / les centres où vous rendez ? Si oui, quels services ?	x			x					

<u>Question d'Évaluation 3</u> : Dans quelles mesures est-ce que les participants A&J de la PSDSR ont-ils adoptés les choix sexuels et reproductifs informés, libres, consentants et sécurisés ? (OC1, 2, 3)									
Quels sont les besoins ressentis par des jeunes, selon les représentants A&J (par groupe) vis-à-vis SDSR ?	x								
Comment le programme PSDSR a pris en compte les besoins de la SDSR tels que ressentis par les jeunes ?	x			x		x			
Comment les activités de PSDSR ont influencé le comportement des jeunes par rapport à leur protection contre le VIH et IST ? Sondage pour : augmentation des connaissances, être autonome à prendre des décisions, des services amis des jeunes disponibles Pourquoi les jeunes ne se protègent pas ? <i>Sondage</i> pour les contextes qui entravent, non-disponibilité des méthodes	x			x		x			
Observez-vous un changement dans la fréquentation des jeunes pour la protection contre le VIH et IST ? <i>Si oui</i> :				x					
• Quels changements vous observez ? Comment vous expliquez ce changement ?									
Comment les activités de PSDSR ont influencé que davantage de jeunes se protègent contre les grossesses non-désirées ? <i>Sondage pour</i> : augmentation des connaissances, être autonome dans la prise des décisions, des services amis des jeunes disponibles Pourquoi certains jeunes ne se protègent-ils pas ? <i>Sondage</i> pour les contextes qui entravent, non-disponibilité des méthodes / quelques méthodes	x			x					
Observez-vous un changement dans la fréquentation des jeunes pour la protection contre les grossesses non-désirées ? <i>Si oui</i> :				x					
• Quels changements vous observez ? Comment vous expliquez ce changement ?									
Quelles sont les méthodes contraceptives que les A&J utilisent le plus ? ; préfèrent utiliser ? Pourquoi ? <i>Sondage</i> : disponibilité, abordable, conseils par les prestataires, pas d'effets négatifs, ils peuvent utiliser en secret	x			x					
<u>Question d'Évaluation 4</u> : Comment le concept de genre a été intégré et respecté dans la programmation et dans quelles mesures les approches de genre étaient-elles efficaces pour améliorer la SDSR des A&J ?									
Comment la PSDSR a intégré le concept de genre dans les activités – et quelles sont les outils de sensibilisation sur le genre ? Pour									
• Les jeunes, • Les formations pour les encadreurs d'ESS et les prestataires de soin ? • Les activités dans la communauté	x	x	x			x	x		
La formation des partenaires ONG impliquées dans la mise en œuvre									
Quels changements vous observez sur les normes et rôles pour les filles et garçons, jeunes femmes et hommes comme effet des activités de PSDSR ? <i>Sondage</i> :									
• Dans les familles • Dans la communauté • Parmi les jeunes	x	x	x						
<i>Sondage</i> : Comment ces changements se sont-ils produits ?									
Quels changements vous observez sur les violations basées sur le genre (VBG) comme effet des activités de PSDSR ? <i>Sondage</i> :									
• Comment ces changements se sont-ils produits ? • Est-ce que les coupables de VBG sont dénoncés et punis, plus qu'auparavant ? Comment ? • Est-ce que les victimes de VBG sont plus prises en charge ? Comment ?	x	x	x						x

Quels changements vous observez sur l'autonomisation des jeunes femmes comme effet des activités de PSDSR ? <i>Sondage :</i> <ul style="list-style-type: none"> Comment ces changements se sont-ils produits ? De quoi déduisez-vous que les jeunes femmes sont plus autonomes ? Confiance en elles ; elles défendent leurs droits en public ; épanouissement économique ?	x	x	x						
Y a-t-il des groupes de jeunes qui ont bénéficié plus / moins du programme PSDSR concernant le changement sur les normes et rôles de genre ? Quels groupes ont bénéficié moins ? <i>Sondage pour :</i> les groupes clés comme les handicapés, les A&J vivant avec VIH, les plus pauvres, les LGBTQ+, Pourquoi ces groupes ont bénéficié moins ?	x					x			
Question d'Évaluation 5 : Dans quelle mesure est-ce que la PSDSR a impliqué la communauté et a contribué à renforcer la participation communautaire pour soutenir la SDR et l'autonomisation des A&J, et en particulier les marginalisés et vulnérables (c.-à-d. les jeunes filles en dessous de 15 ans ; les LGBTQ+ ; les handicapés, etc.) ?									
Avec quelles méthodes le programme PSDSR tentent d'impliquer les différents groupes des communautés dans la SDR des A&J et l'autonomisation des A&J. ?		x				x	x		
Est-ce que vous pensez que les contenus et les approches du programme sont en adéquation avec les besoins de votre communauté concernant la SDR de leurs A&J, ou partiellement, ou pas du tout ? SVP expliquez votre réponse : <i>Sondage :</i> Quels sont les besoins / problèmes en SDR des A&J filles et garçons, jeunes femmes, hommes ? Quels sont les avis des communautés sur ces problèmes, les solutions ?		x							
Quels changements avez-vous vu comme effet des activités du programme concernant – (ou pas de changements vu) : <ul style="list-style-type: none"> Communication sur la sexualité entre les parents et leurs enfants Le support des maris à leurs femmes pour aller au centre de santé La communauté / leaders écoutent les voix et soucis des jeunes et prennent des mesures pour améliorer la situation des jeunes Les parents encouragent et soutiennent leurs filles de poursuivre leurs études ou générer un revenu (aussi les filles enceintes) Inclure tous les jeunes, aussi les jeunes vulnérables et marginalisés, comme les handicapés, les jeunes parents, ceux qui vivent avec le VIH, etc. 		x							
Question d'Évaluation 6 : Dans quelle mesure est-ce que le Consortium a-t-il utilisé les ressources du programme (humaines, financières, administratives) dans une manière efficace afin d'atteindre les produits attendus ?									
Pouvez-vous nous donner vos avis et commentaires sur si les ressources financières étaient adéquates et si les finances ont été libérées à temps pour les activités prévues ? <i>Sondage pour les problèmes et les causes des problèmes</i>						x	X		x
Pouvez-vous nous donner vos avis et commentaires sur si les ressources humaines étaient adéquates – concernant le nombre et les compétences pour les activités prévues ?			x	X		x	x		
Pouvez-vous nous donner vos avis et commentaires sur le système administratif ? <i>Sondage :</i> Lourdeur et utilité perçue pour des rapports, système de suivi-évaluation.						x	x		x
Pouvez-vous nous donner vos avis et commentaires sur le système de communication ? Quels étaient les succès et faiblesses ? <ul style="list-style-type: none"> Entre les membres Entre le consortium et l'ambassade 						x			x

<p>Comment les membres du consortium ont fait le planning des activités dans une zone sanitaire ? <i>Sondage</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui étaient impliqués dans le planning ? • Comment le lead membre d'une ZS a réparti les responsabilités et les activités avec les autres membres visant les expertises des uns et des autres partenaires de mise en œuvre (ONG, écoles, centre sante etc.) ? • Quels étaient les succès et problèmes – et les causes des problèmes ? 	x	x	X	x		x	x		
<p>Qu'est-ce que vous observez comme différence entre travailler en consortium ou comme une seule organisation dans les ZS ? <i>Sondage</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel sont les forces et quelles sont les difficultés ? • Comment on a résolu les problèmes ? 						x	x		
<p><u>Question d'Evaluation 7</u> : Dans quelle mesure est-ce que le travail en consortium a apporté une synergie et des innovations pour faire avancer la SDSR des A&J ?</p>									
<p>Quels outils sont adaptés (utilisés) par tous les trois membres ? <i>Sondage</i> : quel membre a développé cet outil, comment les autres membres ont été formés ?</p>						x			
<p>Y-a-t-il des outils innovatifs développés par le consortium ; <i>Sondage</i> Quels outils, à quel but ?</p>		x	x	x		x	x		
<p>Quels sont les outils et approches innovatifs pour vous que vous ne connaissiez pas auparavant ? <i>Sondage</i> : que pensez-vous de ces outils, approches ? Sont-ils effectifs ?</p>						x	x		
<p>Pensez-vous que votre organisation est maintenant dans le consortium PSDSR plus efficace et efficient pour atteindre de bons résultats qu'auparavant, quand vous avez travaillé seul ? <i>Sondage</i> : ce qui provoque la synergie ?</p>						x	X		
<p>Pouvez-vous donner des exemples de comment le programme a apporté de synergie ?</p>						x	x		
<p>Avec qui l'organisation a établi des partenariats (semi-formel) pour faire avancer le programme d'amélioration de la SDSR des jeunes, et comment ? <i>Sondage</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau national • Au niveau départemental • Au niveau Zone sanitaires • Dans les communes 		x	x	x		x	x		
<p><u>Question d'Evaluation 8</u> : Dans quelle mesure est-ce que la PSDSR a pu adresser l'impact de la pandémie Covid-19 ?</p>									
<p>Quels étaient les effets de la pandémie Covid-19 et les mesures liées à la COVID-19 sur (votre famille/ vous-même / les jeunes / la communauté / l'école / le centre de santé) ?</p>	x	x	X	X					
<p>Quels étaient les effets de la pandémie Covid-19 sur la mise en œuvre des activités planifiées du programme PSDSR ?</p>			x	x		X	x		
<p>Comment la PSDSR a essayé de mitiger l'impact négatif de la Covid-19 sur les bénéficiaires et les activités prévues par le programme ?</p>						x			

Annexe 4 : Noms des répondants dans les entretiens approfondis

COTONOU – NIVEAU CENTRAL

<i>Nom</i>	
5 Ambassade	
Olivia Diogo	Coordinatrice PSDSR
6 Ministères	
Dr. Joseph Atchadé	Ministère de l'Éducation : Institut National de l'Ingénierie, de la Formation et du Renforcement des Capacités des Formateurs (INIFRCF)
Dr. Dieudonné Fambo	Ministère de la Jeunesse
7 Consortium - CARE	
Agboton Doris	Gestionnaire de Projet et du personnel Cotonou
Gnintoungbe Marius	Coordinateur PSDSR, Cotonou
Deguenon Isidore	Financial management, Cotonou
7. Consortium - ABMS	
Setho Pascal Hugues	Gestionnaire Programme/ personnel/ Responsable Personnel (en appui)
Jesutin Hounkponou Hermann	Responsable Finances
7. Consortium - ABPF	
Bossou Armande	Programme manager
Aboudoulaye Yasmilatou	Financial management

TOVIKLIN (ABPF)

<i>Noms Prénoms</i>	<i>Organisme / localité</i>
1. Leaders des jeunes	
DOSSA Diane	Jeune coach, MAJ Toviklin
2. Chefs et personnels de centre de santé	
Dahoue Bella Judith	Ancien SF de Toviklin
3. Encadreurs de l'éducation sur la santé sexuelle	
Lidwine Zinsou	MAJ Scolaire, Toviklin
Clarisse Amegan	MAJ extrascolaire, Toviklin
4. Leaders locaux, religieux, et dignitaires traditionnels	
Reine ADJIGNON	Reine Toviklin (interviewée à Cotonou)
6. Ministères au niveau national, départemental, zone sanitaire	
Daho Jean	DDS, Couffo (Azové)
Hangbé Mèdénou Gwladys	Chef division mère et enfant
Tohgodo Marc	CPS, Toviklin
Gbedjimenou Louise	Point focal Genre DDS Couffo
Koudjoume César	Médecin Coordonnateur KTL (Lokossa)
Armande Koutinhouin	Responsable RSO Zone Sanitaire KTL
Gbemadon Bienvenu	Chef service social scolaire (3S) DDESTFP Couffo (Azové)
7. Consortium	
Jean Dossou	ABPF zone animateur jeunes et relais
8. ONG partenaire	
Dansiga Clotilde	Directrice exécutive et responsable programme (ReFED)
9. Autorités	
Sotodji Théophile	Premier Adjoint Maire Toviklin
Mègbédji Christophe	Préfet département du Couffo

DASSA (ABMS)

<i>Nom prénoms</i>	<i>Organisme / localité</i>
1. Leaders des jeunes	
Sènou Libériole	Unités Amour & Vie, Dassa
Sylvie Koubia	Ateliers (Atelier coiffure à Dassa)
2. Chefs et personnels de centre de santé	
Togbé Eric	Centre de Santé Dassa / Tré
3. Encadreur ESS	
Capo Chichi	Encadreur scolaire, CEG Paouignan
Djidogbé Solange,	Relais communautaire et chef quartier
4. Leaders locaux, religieux, et dignitaires traditionnels	
Clément Nonvidé	École des Maris/ Mari modèle, Paouignan
Couchoro Balogoun	Leaders religieux (Tré, Dassa) ; (Religion Traditionnel)
6. Ministères au niveau national, départemental, zone sanitaire	
Alloukoutou Félix	Ministère de l'Education
Dandonougbo Codjo	Directeur Départemental de la Santé Collines
Ahokpossé Valentine	Responsable des soins obstétricaux ZS Dassa Glazoué
Landéko Barthélémy	CRAMS Dassa-Glazoué / École des Maris - développement communautaire zone sanitaire
8. ONG Partenaire	
René Akpo	Point Focal ABMS ONG partenaire AERAMS (Dassa)/ Chargé de programme
Sossou Bibiane	Animatrice AERAMS (Dassa)
Mouléro Kindji M.	Radio DASSA
9. Autorités	
Osé Akpaki	Mairie Dassa (CA Central)

COPARGO (CARE)

<i>Noms</i>	<i>Organisme / localité</i>
1. Leaders des jeunes	
Kpakate Zouleha	Club extrascolaire de Pabégou, Copargo
Sindjaloum Eric	Club scolaire 2nd cycle de Copargo
2. Chefs et personnels de centre de santé	
Koula N. Caleb	Centre de Santé (CS) Copargo
Legba Marie - Noëlle	CS Pabégou, Copargo
3. Encadreurs de l'éducation sur la santé sexuelle	
Sare Kassoum	Encadreur scolaire CEG Pabégou, Copargo
Sètémédé Yvette	Encadreur extrascolaire Pabégou, Copargo
4. Leaders locaux, religieux, et dignitaires traditionnels	
Bantchi Seibou	Chef Village (CV) de Pabegou, Copargo
Gnami Tchangnaroum	Conseiller de Tchoutchou (Copargo)
6. Ministères au niveau national, départemental, zone sanitaire	
Hounkpè H. Virgil	Coordonnateur zone sanitaire Djougou, Copargo, Ouaké (DCO)
Sabi Alassane	Point focal Direction Départ ministère Affaires Sociales de la Microfinances (DDASMF)
Dramane Safiou	Direction Départ Enseignement Secondaire et Formation Technique et Professionnelle (DDESFTP)
Zongo Mahamout	Directeur Départemental de la Santé (DDS)
Adoukonou Chantal	Point focal SRAJ DDS Donga, Djougou
Biao Adebola Safiou	DDASMF
Karim Moussa Mama Abdou	Service Social Scolaire trois S dans DDESTFP Donga
Sogan Roméo	Responsable Statistique Zone sanitaire DCO
Ahodéhou Gandji Hélène	Centre de Promotion Social (CPS) Copargo
Atchadé, Joseph	Institut National de l'Ingénierie, de la Formation et du Renforcement des Capacités des Formateurs (INIFRCF)
Dr Fambo Dieudonné	Ministère de la Jeunesse
7. Membres du consortium	
Chabi Yérime Alimatou	Coordonnatrice à la Zone DJ-Co-Oua, Djougou
8. ONG Partenaires (départemental, communal)	
Balogoun Salomon	Directeur général ONG SIA N'SON, Djougou
Houndjo Géraud Sourou	Animateur local ONG SIA N'SON, Copargo
9. Autorités	
Ouorou Ignace	Maire de Copargo

Annexe 5 : Tableaux enquête KOBO parmi les jeunes

Tableau 5.1 : Sélection de l'échantillon des jeunes

	TOTAL	PSDSR impliqué(e)s	PSDSR non-impliqué(e)s
	# obs	# obs	# obs
Total	348	278	70
<i>Zone Sanitaire :</i>			
- Djougou-Ouaké-Kopargo	125	101	24
- Klouékanme-Toviklin-Lalo	115	93	22
- Dassa-Glazoué	108	84	24
<i>Type de groupe des jeunes :</i>			
- Célibataires, scolarisés 15-24	47	47	
- Célibataires, scolarisés 15-17	22	22	
- Célibataires, scolarisés 18-24	25	25	
- Marié(e)s 15-24	70	70	
- Célibataires, non scolarisé 15-24	68	68	
- Population clé	46	46	
- Non impliqué(e)s dans les programmes	70		70
<i>Population clé (total) :</i>			
- Travailleuses du sexe	13	13	0
- LGBTQ+ (en Cotonou)	6	6	0
- Âge 10-14	21	21	0
- Handicapés	6	6	0

Tableau 5.2 : Caractéristiques des jeunes de l'échantillon selon leur implication dans le programme

	PSDSR impliqué(e)s		PSDSR non-impliqué(e)s	
	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)
	278		70	
<i>Panel A. Caractéristiques démographiques</i>				
Age	278	19,0	70	18,6
Sexe (% Femme)	153	55,0	37	52,9
<i>Statut matrimonial :</i>				
- marié(e)	55	19,8	3	4,3
- concubinage	17	6,1	4	5,7
- célibataire	206	74,1	63	90,0
Si marié : âge au mariage	72	19,6	7	19,4
<i>Panel B. Caractéristiques socio-économiques</i>				
Actuellement scolarisé(e)	141	50,7	41	58,6
<i>Niveau de scolarisation le plus élevé :</i>				
- Pas d'école	28	10,1	7	10,0
- Primaire	45	16,2	12	17,1
- Secondaire 1er cycle	104	37,4	20	28,6
- Secondaire 2nd cycle	87	31,3	29	41,4
- Université	14	5,0	2	2,9
<i>Accès à suffisamment d'argent pour ses besoins fondamentaux :</i>				
- Oui, toujours	38	13,7	9	12,9
- Pas toujours	226	81,3	58	82,9
- Jamais	14	5,0	3	4,3
<i>De quelles personnes prends-tu de l'argent pour tes besoins fondamentaux ?</i>				
- Moi-même (j'ai une activité rémunérée)	152	54,7	33	47,1
- Parents	195	70,1	56	80,0
- Conjoint(e)	41	14,8	4	5,7
- Petit ami(e)	18	6,5	4	5,7
- Autre	5	1,8	4	5,7

Tableau 5.3 : Répartition des jeunes selon les caractéristiques du programme et selon leur implication

Caractéristiques du Programme	PSDSR impliqué(e)s		PSDSR non-impliqué(e)s	
	# obs	%	# obs	%
<i>Durée de participation :</i>				
- 0<1 année	60	21,6		
- 1<2 années	83	29,9		
- 2-3 années	135	48,6		
<i>Participation dans activité :</i>				
- Membre d'un club scolaire ou non-scolaire	72	25,9		
- Reçu éducation à la santé sexuelle (ESS)	186	66,9		
- Pair éducateur	32	11,5		
- Dans Mouvement Action des Jeunes	18	6,5		
- Dans Club Amour et Vie	36	13		
- Autre	24	8,6		
A reçu l'information SDSR d'une autre source (non-PSDSR) (%)	157	56,5	43	61,4
<i>Si oui, source d'information :</i>				
- Enseignant ou autre agent du milieu scolaire/patron d'atelier d'apprentissage	59	37,6	13	30,2
- Parents ou autre adulte de la famille	70	44,6	12	27,9
- Leader local/religieux	6	3,8	0	0
- ONG locale autre que celle intervenant dans la PSDSR.	53	33,8	14	32,6
- Ami(e)s/ famille/ pairs/	52	33,12	27	62,8
- Médias sociaux/internet/magazines)	35	22,3	13	30,2
- Autre	10	6,4	2	4,7

Tableau 5.4 : SDR des adolescents et jeunes en fonction de l'implication dans la PSDSR

	PSDSR impliqué(e)s		PSDSR non-impliqué(e)s		p-value
	# obs	moyenne (%)	# obs	moyenne (%)	
Panel A. Activité sexuelle et santé					
<i>Est-ce que tu peux décider toi-même d'aller au centre de santé si tu as besoin d'information ou de service concernant ta santé reproductive ou sexuelle, ou dois-tu demander la permission de quelqu'un(e) ?</i>					
- Moi-même	225	80,9	44	62,9	
- Autre personne	53	19,1	26	37,1	.001***
<i>Si autre personne : A qui dois-tu demander la permission d'aller au centre de santé ?</i>					
- Mère	27	50,9	15	57,7	0,572
- Père	28	52,8	13	50,0	0,813
- Conjoint(e)	8	15,1	0	0,0	.037**
- Autres	13	24,5	8	30,8	0,555
A déjà eu un rapport sexuel (oui)	175	63,0	35	50,0	0,048**
<i>Si sexuellement actif (ve) :</i>					
- As-tu un/des enfants ?	75	42,9	6	17,1	0,004***
- Si oui, combien d'enfants	75	1,49	6	1,50	0,265
- Si oui, âge à la naissance du premier enfant	75	19,9	6	18,8	0,087*
- # et % ayant un premier enfant à 18 ans	6	8,0	1	16,7	
- # et % ayant un premier enfant à 20 ans	38	50,7	4	66,7	
- Actuellement enceinte (ou sa partenaire)	7	4,0	4	11,4	0,072*
- <i>Si non</i> : Veut actuellement être enceinte (ou sa partenaire [si homme])	6	3,6	2	6,5	0,691
Panel B. Usage de la contraception (pour les répondants actifs sexuellement, qui ne sont pas enceinte ou leur conjointe [pour les hommes], et qui ne désirent pas de grossesse maintenant)					
<i>Usage de la contraception (habituellement)</i>					
-Oui	139	85,8	17	58,6	
- Non	23	14,2	12	41,4	0,000***
<i>Usage de la contraception (au dernier rapport sexuel)</i>					
-Oui	136	84,0	20	69,0	
- Non	26	16,0	9	31,0	0,055*
<i>Si oui : Quoi/quelle méthode toi ou ton/ta partenaire a fait/utilisé la dernière fois ?</i>					
- Pilule contraceptive	7	5,2	2	10,0	0,385
- Préservatif masculin	102	75,0	15	75,0	1
- Préservatif féminin	2	1,5	0	0,0	0,585
- Implant	19	14,0	1	5,0	0,263
- Pilule du lendemain	1	0,7	0	0,0	0,7
- Injectables	7	5,2	0	0,0	0,299
- Méthodes naturelles	11	8,1	2	10,0	0,773
- Autres	1	0,7	1	5,0	0,113

<i>Sinon : Pourquoi pas ?</i>					
- Ne connais pas les méthodes	5	19,2	4	44,4	0,136
- Trop cher	5	19,2	1	11,1	0,577
- Ne sais pas où trouver les contraceptifs	0	0,0	0	0,0	.
- N'aiment pas aller au centre de santé /pharmacie	0	0,0	0	0,0	.
- Mon partenaire ne veut pas utiliser	6	23,1	3	33,3	0,544
- Autres	14	53,9	1	11,1	.026**
<i>Méthode de prévention du VIH au dernier rapport sexuel</i>					
- Oui	129	73,7	17	48,6	
- Non	46	26,3	18	51,4	.003***
<i>Si oui : Quoi/quelle méthode toi ou ton/ta partenaire a fait/utilisé la dernière fois ?</i>					
- Préservatif masculin	120	93,0	17	100,0	0,261
- Préservatif féminin	4	3,1	0	0,0	0,462
- Autres	9	7,0	0	0,0	0,261
<i>Sinon : Pourquoi pas ?</i>					
- Ne connais pas les méthodes	11	23,9	5	27,8	0,748
- Trop cher	6	13,0	3	16,7	0,708
- Ne sais pas où trouver les méthodes	1	2,2	0	0,0	0,528
- Désir de grossesse	4	8,7	0	0,0	0,196
- N'aiment pas aller au centre de santé /pharmacie	0	0,0	0	0,0	.
- Fidélité et confiance à son/sa partenaire	11	23,9	5	27,8	0,748
- Mon partenaire ne veut pas utiliser	8	17,4	6	33,3	0,165
- Autres	12	26,1	1	5,6	.072*

Tableau 5.5 : SDSR par sous-groupe de sexe, statut matrimonial, niveau de scolarisation et statut scolaire parmi les jeunes impliqués dans le programme (N=278)

	Filles		Garçons		Marié(e) ou concubinage		Célibataire		Au plus éducation primaire		Education secondaire ou plus		Scolaire		Non-scolaire	
	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)
Panel A. Activité sexuelle et santé	153		125						73		205		141		137	
<i>Peut décider soi-même d'aller au centre de santé si besoin d'information ou de service concernant sa SSR</i>	113	73,9	112	89,6	65	90,3	160	77,7	51	69,9	174	84,9	111	78,7	114	83,2
<i>Si autre personne : A qui dois-tu demander la permission d'aller au centre de santé ? (réponse multiple)</i>																
- Mère	24	60,0	3	23,1	1	14,3	26	56,5	11	50,0	16	51,6	16	53,3	11	47,8
- Mère	20	50,0	8	61,5	0	0,0	29	60,9	10	45,5	18	58,1	20	66,7	8	34,8
- Conjoint(e)	8	20,0	0	0,0	6	85,7	2	4,4	4	18,2	4	12,9	0	0,0	8	34,8
- Autre	9	22,5	4	30,8	1	14,3	26,1		6	27,3	7	22,6	9	30,0	4	17,4
A déjà eu un rapport sexuel	92	60,1	83	66,4	72	100,0	103	50,0	48	65,8	127	62,0	61	43,3	114	83,2
<i>Si sexuellement actif (ve) :</i>																
- As-tu un/des enfants ?	42	45,7	33	39,8	68	94,4	7	6,8	26	54,2	49	38,6	21	34,4	54	47,4
- Si oui, combien d'enfants (42	1,52	33	1,45	68	1,5	7	1,00	26	1,65	49	1,41	21	1,19	54	1,61
- Si oui, âge à la naissance du premier enfant	42	19,1	33	20,9	68	20,0	7	18,4	26	19,7	49	20,0	21	19,4	54	20,1
- # and % ayant un premier enfant à 18 ans	6	14,3	0	0,0	4	5,9	2	28,6	1	3,9	5	10,2	6	28,6	0	0,0
- # and % ayant un premier enfant à 20 ans	29	69,0	9	27,3	33	48,5	5	71,4	14	53,9	24	49,0	12	57,1	26	48,2
- Actuellement enceinte (ou sa partenaire)	3	3,3	4	4,8	7	9,7	0	0,0	3	6,3	4	3,2	1	1,6	6	5,3
- Si non : Veut actuellement être enceinte (ou sa partenaire [si homme])	3	3,3	3	3,8	3	4,6	3	2,9	2	4,4	4	3,3	1	1,7	5	4,6

	Filles		Garçons		Marié(e) ou concubinage		Célibataire		Au plus éducation primaire		Education secondaire ou plus		Scolaire		Non-scolaire	
	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)
Panel B. Usage de la contraception <i>(pour les répondants actifs sexuellement, qui ne sont pas enceinte ou leur conjointe [pour les hommes], et qui ne désirent pas de grossesse maintenant)</i>	n=86		n=76		n=62		n=100		n=43		119		n=59		n=103	
Usage de la contraception (habituellement) (oui)	75	87,2	64	84,2	53	85,5	86	86,0	38	88,4	101	84,9	47	79,7	92	89,3
Usage de la contraception (au dernier rapport sexuel) (oui)	71	82,6	65	85,5	52	83,9	84	84,0	34	79,1	102	85,7	48	81,4	88	85,4
<i>Si oui : Quoi/quelle méthode toi ou ton/ta partenaire fait/utilise ?</i>																
- Pilule contraceptive	3	4,3	4	6,2	6	11,5	1	1,2	2	5,9	5	4,9	3	6,3	4	4,6
- Préservatif masculin	45	64,3	57	87,7	32	61,5	70	83,3	22	64,7	80	79,2	39	81,3	63	71,6
- Préservatif féminin	1	1,4	1	1,5	1	1,9	1	1,2	0	0,0	2	2,0	1	2,1	1	1,1
- Implant	16	22,5	3	4,6	7	13,5	12	14,3	10	29,4	9	8,9	2	4,2	17	19,3
- Pilule du lendemain	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,1
- Injectables	6	8,6	1	1,5	3	5,8	4	4,8	0	0,0	7	6,9	4	8,3	3	3,4
- Méthodes naturelles	8	11,4	3	4,6	7	13,5	4	4,8	3	8,8	8	7,8	4	8,3	7	8,1
- Autres	1	1,4	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	1,1
<i>Sinon : Pourquoi pas ?</i>																
- Ne connais pas les méthodes	0	0,0	5	4,5	0	0,0	5	31,3	1	10,0	4	22,2	3	27,3	2	13,3
- Trop cher	0	0,0	5	4,5	0	0,0	5	31,3	0	0,0	5	27,8	3	27,3	2	13,3
- Ne sais pas où trouver les contraceptifs	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
- N'aiment pas aller au centre de santé /pharmacie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
- Mon partenaire ne veut pas utiliser	6	40,0	0	0,0	4	40,0	2	12,5	4	40,0	2	11,1	2	18,2	4	26,7
- Autres	9	60,0	5	4,5	6	60,0	8	50,0	4	44,4	10	58,2	6	54,6	8	53,3

	Filles		Garçons		Marié(e) ou concubinage		Célibataire		Au plus éducation primaire		Education secondaire ou plus		Scolaire		Non-scolaire	
	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)	# obs	moyen (%)
Panel C. Prévention VIH (n= les répondants actif/ves sexuellement)	92		83		72		103		48		127		61		114	
Méthode de prévention du VIH au dernier rapport sexuel ? (oui)	65	70,7	64	77,1	42	58,3	87	84,5	32	66,7	97	76,4	46	75,4	83	72,8
<i>Si oui : Quoi/quelle méthode toi ou ton/ta partenaire a fait/utilisé la dernière fois ?</i>																
- Préservatif masculin	57	87,7	63	98,4	38	90,5	82	94,3	32	100,0	88	90,7	44	95,7	76	91,6
- Préservatif féminin	3	4,6	1	1,6	2	4,8	2	2,3	0	0,0	4	4,1	2	4,4	2	2,4
- Autres	8	12,3	1	1,6	2	4,8	7	8,1	0	0,0	9	9,3	1	2,2	8	9,6
<i>Sinon : Pourquoi pas ?</i>																
- Ne connais pas les méthodes	6	22,2	5	26,3	5	16,7	6	37,5	3	18,8	8	26,7	4	26,7	7	22,6
- Trop cher	0	0,0	6	31,6	1	3,3	5	31,3	0	0,0	6	20,0	3	20,0	3	9,7
- Ne sais pas où trouver les méthodes	0	0,0	1	5,3	0	0,0	1	6,3	0	0,0	1	3,3	1	6,7	0	0,0
- Désir de grossesse	2	7,4	2	10,5	3	10,0	1	6,3	3	18,8	1	3,3	0	0,0	4	12,9
- N'aiment pas aller au centre de santé /pharmacie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
- Fidélité et confiance à son/sa partenaire	5	18,5	6	31,6	10	33,3	1	6,3	3	18,8	8	26,7	3	20,0	3	25,8
- Mon partenaire ne veut pas utiliser	7	25,9	1	5,3	6	20,0	2	12,5	5	31,3	3	10,0	3	20,0	5	16,1
- Autres	8	29,6	3	15,0	6	20,0	5	29,4	3	18,8	8	25,8	5	31,3	6	19,4