Rapport final sur les résultats et les opérations

Période du rapport : 1er avril 2018 au 31 mars 2021
Projet mis en œuvre au Bénin, départements de l'Alibori et du Borgou
Soumis par CARE Canada
30 juin 2021

PROJEUNES - Prévenir les mariages précoces et forcés au Bénin
Numéro du projet : P002798 | BEN 503 | CA 530

Nom et coordonnées du partenaire	CARE Canada 200-9 rue Gurdwara Ottawa, Ontario K2E 7S6 Canada
Contact	Fatou Alfa Cissé Gestionnaire de programmes – Santé mondiale fatou.alfacisse@care.ca
Budget total du projet	$3 000 000 CAD
Date de début et date de fin du projet	**Date de début :** 26 mars 2018 **Date de fin des activités :** 31 mars 2021 **Date initiale de fin de l'Accord de contribution :** 31 juillet 2021 **Extension sans coût de l'Accord de contribution (pour le rapport financier final seulement)** – approuvée par email le 14 juin 2021 **:** • Date révisée de fin de l'Accord de contribution : 30 septembre 2021

Table des matières

ACRONYMES 5

RÉSUMÉ EXÉCUTIF 7

1. PRÉSENTATION ET CONTEXTE DU PROJET 9

1.1. PRÉSENTATION DU PROJET 9
1.2. CONTEXTE D'INTERVENTION 10
1.3. APPROCHES EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ DE GENRE 13
1.3.1. APPROCHES DE LA POLITIQUE D'AIDE INTERNATIONALE FÉMINISTE DU CANADA 13
1.3.2. APPROCHES DE CARE 13

2. RÉSULTATS ATTEINTS 14

2.1. NIVEAU D'ATTEINTE DES RÉSULTATS 16
2.1.1. RÉSULTAT ULTIME 1000 18
2.1.2. RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 1100 20
2.1.3. RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 1200 29
2.1.4. RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE 1300 37
2.2. CHANGEMENTS APPORTÉS À LA THÉORIE DU CHANGEMENT, AU MODÈLE LOGIQUE ET AU CADRE DE MESURE DU RENDEMENT 43
2.2.1. CHANGEMENTS APPORTÉS À LA THÉORIE DU CHANGEMENT 43
2.2.2. CHANGEMENTS APPORTÉS AU MODÈLE LOGIQUE 43
2.2.3. CHANGEMENTS APPORTÉS AU CADRE DE MESURE DU RENDEMENT 44
2.3. PORTÉE DU PROJET 48
2.4. LEÇONS APPRISES ET PROCHAINES ÉTAPES 50
2.4.1. SUCCÈS DU PROJET 50
2.4.2. DÉFIS RENCONTRÉS 51
2.4.3. PROCHAINES ÉTAPES 52

3. OPÉRATIONS 54

4. RÉPONSE À LA COVID-19 82

5. GOUVERNANCE DU PROJET 87

6. OUTILS ET ANALYSE DE LA GESTION DES RISQUES 89

ANNEXES 94

ANNEXE 1 : MODÈLE LOGIQUE 95
ANNEXE 2 : CADRE DE MESURE DU RENDEMENT 96
ANNEXE 3 : FEUILLE DE TRAVAIL SUR LE RAPPORT DES RÉSULTATS, EXTRANTS ET ACTIVITÉS 104
ANNEXE 4 : COMMUNICATIONS 113
ANNEXE 5 : PARTENAIRES AU PROJET 116

Acronymes

A&J	Adolescent-e-s et jeunes, filles et garçons
ABMS	Association Béninoise pour le Marketing Social
ABPF	Association béninoise pour la promotion de la famille
AGR	Activité(s) génératrice(s) de revenus
AMC	Affaires mondiales Canada
ANSSP	Agence nationale des soins de santé primaire
APEM	Association pour la protection de l'enfance malheureuse
APESSA	Association pour l'éducation, la santé et la sexualité en Afrique
CA	Chef d'arrondissement
CCPE	Cadre communal de protection des enfants
CEG	Collège d'enseignement général
CPS	Centre de promotion sociale
CS	Centre de santé
CCP	Cartes communautaires de performance (Community Score Cards)
CCPE	Cadre communal des acteurs de lutte contre les MPFE
CIPEC-VBG	Centre intégré de prise en charge des cas de violences basées sur le genre
CMR	Cadre de mesure du rendement
CNS	Conseil National de la Statistique
CRDI	Centre de recherche en développement international
CV	Chef de village
DDASM	Direction départementale des affaires sociales et de la microfinance
DDESTFP	Directions départementales des enseignements secondaire, technique et de la formation professionnelle
DDS	Direction départementale de la santé
DIG	Dialogues intergénérationnels
DLM	Dispositif de lavage des mains
DPME	Direction de la promotion de la mère et de l'enfant
DSME	Direction de la santé de la mère et de l'enfant
DSR	Droits sexuels et reproductifs
DSSR	Droits en santé sexuelle et reproductive
EACEB	Ensemble artistique et culturel des enfants du Bénin
ECS	Éducation complète à la sexualité
EEZS	Équipe d'encadrement de la zone sanitaire
EG	Égalité de(s) genre(s)
ESS	Éducation en santé sexuelle
FaFa Wa	Femme autonome (Fa) Fille ambitieuse (Fa) est venue (Wa)
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GD	Groupe(s) de discussion

IEC	Information, éducation, communication
INIFRCF	Institut national d'ingénierie de la formation et de renforcement des capacités des formateurs
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique
IST	Infections sexuellement transmissibles
JPO	Journée(s) portes ouvertes
JS3	Jeunes de la Santé Sexuelle et Sécurité
JVS	Jeunes Volontaires pour la Santé
MAJ	Mouvement d'Action des Jeunes
MASM	Ministère des affaires sociales et de la microfinance
MESTFP	Ministère des enseignements secondaire, technique et de la formation professionnelle
MO	Manuel d'orientation
MPFE	Mariage(s) précoce(s) et forcé(s) d'enfants
MS	Ministère de la santé
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OCJ	Organe Consultatif de la Jeunesse du Bénin
OCPM	Office central de protection des mineurs
OFFE	Observatoire de la famille, de la femme et de l'enfant
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSC	Organisation de la société civile
PAIF	Politique d'aide internationale féministe du Canada
PF	Planification familiale
PJB	Parlement des jeunes du Bénin
PTF	Partenaire technique et financier
PSAT	Projet de services d'appui sur le terrain
RBA	Réseau des bénévoles de l'APESSA
ROAJELF	Réseau Ouest Africain des jeunes femmes leaders du Bénin
SAA	Social Analysis and Action (Analyse sociale et action)
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRAJ	Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes
SSRD	Santé sexuelle et reproductive et droits connexes
VBG	Violences basées sur le genre
VCAT	Values Clarification and Attitude Transformation (Clarification des valeurs pour la transformation des attitudes)
VEE	Vie et Environnnement
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
YC	Youth Coalition ou Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights
ZS/MK	Zone sanitaire Malanville-Karimama
ZS/NKP	Zone sanitaire Nikki-Kalalé-Pèrèrè

Résumé exécutif

Le projet PROJEUNES vise à promouvoir la santé sexuelle et reproductive (SSR) et les droits des adolescents et jeunes, filles et garçons, au Bénin en aidant à réduire les mariages précoces et forcés d'enfants (MPFE) dans les départements de l'Alibori et du Borgou. Il a été mis en œuvre dans 20 villages des départements de l'Alibori et du Borgou par CARE et ses partenaires. Ce rapport final couvre la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2021. Il inclue les données de fin de projet (endline).

Principaux résultats du projet

PROJEUNES a réalisé les principales activités planifiées dans le projet, du niveau des extrants au niveau des résultats. En ce qui concerne le **résultat ultime 1000**, qui visait à améliorer la santé et les droits des adolescentes à risque et des survivantes de MPFE au Bénin, les données finales de PROJEUNES ont révélé des augmentations remarquables des indicateurs-clés par rapport à la baseline :

- Le taux de MPFE dans les zones ciblées par le projet est passé de 57% à la baseline à 23% à la endline
- Le taux de natalité est passé de 16% à la baseline à 8% à la endline pour les adolescentes (15-19 ans); et de 74% à la baseline à 61% à la endline pour les jeunes filles (20-24 ans)

Aussi, le pourcentage des enquêté-e-s qui affirment connaître l'âge officiel de mariage des filles au Bénin a quasiment doublé entre la baseline et la endline, passant de 45% à 92%. Cette nette progression s'observe surtout chez les enquêtées de sexe féminin qui semblaient elles-mêmes ignorer à la baseline l'âge officiel de mariage des filles au Bénin. Par ailleurs, il est observé une réduction significative du nombre d'enquêté-e-s qui affirment que les MPFE sont très fréquents dans leurs communautés (4% à la endline contre 55% à la baseline). Néanmoins, pour plus d'un enquêté sur deux, le preneur de décision du mariage d'une jeune fille reste son père.

Concernant le **résultat intermédiaire 1100**, qui visait une utilisation accrue des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents, par les adolescents, filles et garçons, en particulier les filles survivantes et à risque de MPFE, le projet a réalisé des améliorations significatives entre la baseline et la endline :

- La demande satisfaite pour les contraceptifs modernes chez les adolescentes (15-19 ans) est passé de 27% à 79%; et chez les jeunes femmes (20-24 ans) de 44% à 77%
- La proportion adolescentes et adolescents (15-19 ans) et jeunes femmes et hommes (20-24 ans) satisfait-e-s des services de SSR reçus a connu une hausse exponentielle, passant respectivement de 63% à 99%, de 55% à 89%, de 66% à 98% et de 48% à 95%

Comparativement à la baseline, une nette amélioration du niveau de connaissance des textes ou lois sur les violences faites aux femmes et filles ou sur la SSR est observée à la endline. Environ 70% des enquêtés à la endline ont affirmé connaître au moins un texte ou une loi sur les violences faites aux femmes et filles ou sur la SSR contre 12% des enquêtés à la baseline. Aussi, le pourcentage des enquêtés qui affirment avoir entendu parler des différents moyens ou méthodes contraceptives a connu une légère augmentation à la endline en passant de 88% (95% des enquêtés de sexe masculin et 86% des enquêtés de sexe féminin) à la baseline à 91% (90% des enquêtés de sexe masculin et 91% des enquêtés de sexe

féminin) à la endline. Une nette amélioration du taux d'adoption des méthodes contraceptives est observée entre la baseline et la endline. Le taux d'utilisation des contraceptifs a pratiquement doublé en passant de 26% à la baseline à 58% à la endline. Le pourcentage d'enquêtés qui mentionnant avoir reçu une visite d'un agent santé (y compris les relais communautaires) au cours des 12 derniers mois qui ont précédé la collecte de données a pratiquement doublé en passant de 25% à 45%.

Concernant le **résultat intermédiaire 1200**, qui visait une protection accrue des droits des adolescentes dans les départements de l'Alibori et du Borgou, le projet a réalisé des améliorations significatives entre la baseline et la endline :

- Les proportions de personnes qui ne sont pas d'accord avec les violences sexistes ont augmenté entre la baseline et la endline, passant de 7% à 59% pour les adolescentes, de 32% à 74% pour les adolescents, de 15% à 63% pour les jeunes femmes, de 30% à 75% pour les jeunes hommes, de 16% à 54% pour les femmes et de 52% à 79% pour les hommes
- 99 adolescentes survivantes de MPFE et 157 adolescentes vulnérables/à risque de MPFE ont été appuyées par le projet

Ainsi, des améliorations sont observées à la endline comparée à la baseline en termes de respect et de reconnaissance des droits des femmes et des filles. La plupart des enquêtés quelle que soit la tranche d'âge et quel que soit le sexe sont d'accord sur le fait que les femmes d'une part et les adolescentes d'autre part ont besoin d'informations et d'éducation sur la SSR afin de pouvoir faire leurs propres choix. Cependant, en ce qui concerne spécifiquement la possibilité pour une adolescente de se rendre dans un CS sans la permission de ses parents, d'utiliser des méthodes de contraception sans la permission de ses parents ou partenaire ou encore d'aller au CPS sans la permission de ses parents, plus de la moitié des enquêtés pensent que l'autorisation des parents est de mise. Ces résultats suggèrent que les parents ou plus globalement la famille demeurent une institution vitale au centre du changement d'attitudes et de comportements en lien avec la SSR et les droits des adolescentes dans la zone d'intervention du projet.
De plus, en moyenne, les enquêtés à la endline connaissent deux bonnes pratiques en matière de SSR contre une moyenne d'une bonne pratique connue à la baseline.

Enfin, concernant le **résultat intermédiaire 1200**, qui visait à avoir des politiques et programmes du gouvernement et de la société civile renforcés sur les mariages précoces et forcés d'enfants, les VBG et la SSRD, le projet a réalisé une avancée majeure en terme de DSSR. Grâce au plaidoyer résultant des activités des cartes communautaires de performance (CCP – voir extrant 1321), le projet a obtenu la gratuité des services et produits de planification familiale (PF) dans les deux zones sanitaires d'intervention du projet (Malanville-Karimama et Nikki-Kalalé-Pèrèrè), ce qui pourrait expliquer l'utilisation plus grande des contraceptifs. On note par contre, des ruptures dans l'approvisionnement et la disponibilité des produits contraceptifs dans plusieurs CS.

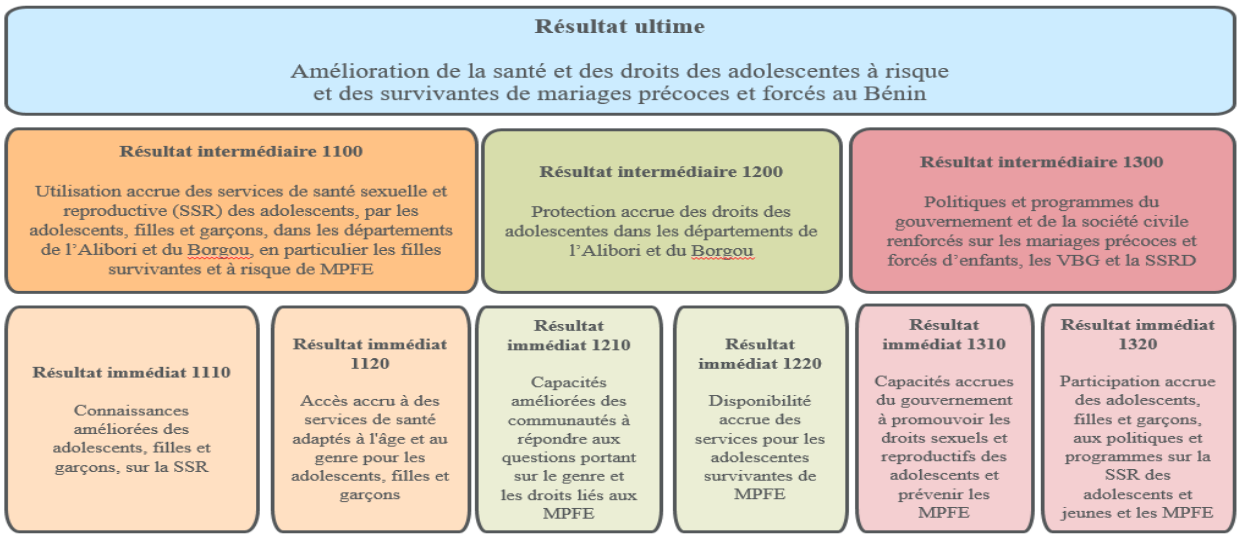
En dépit de ces bonnes performances, quelques cibles sont restées non atteintes. Il s'agit de certains indicateurs en lien avec la prise de décisions en matière de SSR, la connaissance des textes et lois sur les violences faites aux femmes et filles, la connaissance des bonnes pratiques en matière de SSR, l'information sur les IST et le VIH/Sida et la connaissance des droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles.

1. Présentation et contexte du projet

1.1. Présentation du projet

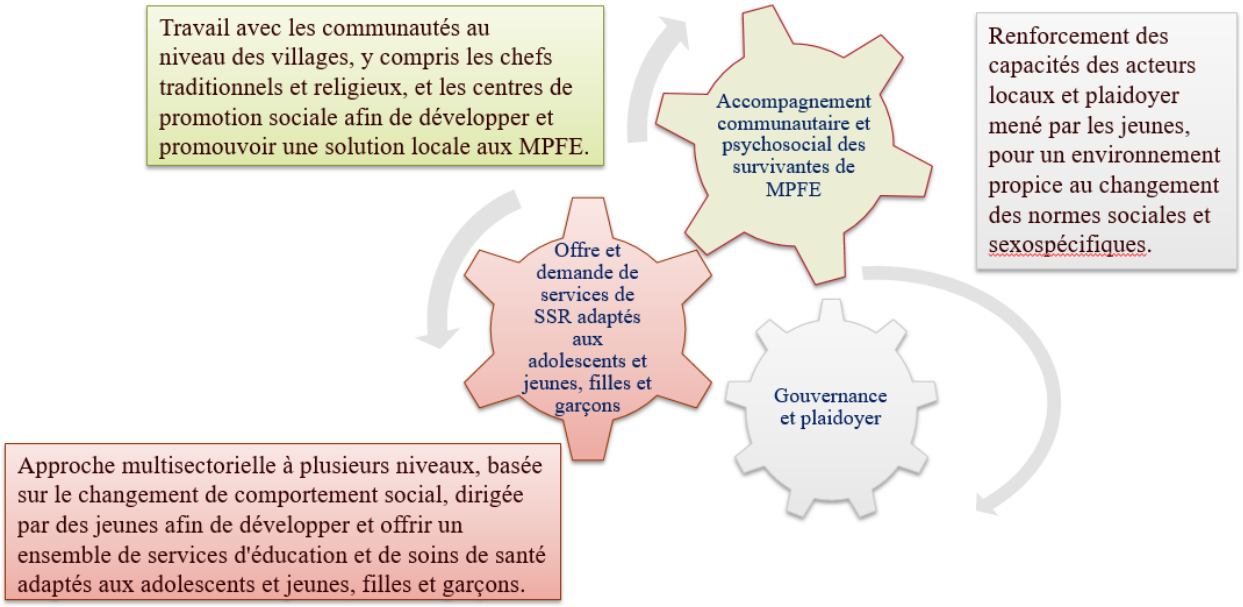
Le projet « Prévenir les mariages précoces et forcés au Bénin » (PROJEUNES) visait à améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes (DSSR), filles et garçons, au Bénin en aidant à réduire les mariages précoces et forcés d'enfants (MPFE) dans les départements de l'Alibori et du Borgou. D'une durée de trois ans (avril 2018 - mars 2021), il a été mis en œuvre par CARE Canada, CARE Bénin/Togo et leurs partenaires[1] dans 20 villages des communes de Karimama (villages de Kompanti, Kompa, Garbeykoara, Loumbou Loumbou, Pétchinga), Malanville (villages de Kassa, Kouara Tédji, Sende, Momkassa, Garou-Tédji), Nikki (villages de Sakabansi, Kali, Boukanere, Danri, Gbaossi) et Kalalé (villages de Gando Baka, Boa, Boa Gando Centre, Angaradebou, Bagaria). Financé par Affaires mondiales Canada (à hauteur de 3,000,000 $CAD), il a impliqué plusieurs partenaires étatiques béninois : le Ministère de la santé (MS) et les Directions départementales de la santé (DDS) de l'Alibori et du Borgou ; le Ministère des affaires sociales et de la microfinance (MASM) et les Directions départementales des affaires sociales et de la microfinance (DDASM) de l'Alibori et du Borgou; et le Ministère des enseignements secondaire, technique et de la formation professionnelle (MESTFP) et les Directions départementales des enseignements secondaire, technique et de la formation professionnelle (DDESTFP) de l'Alibori et du Borgou.

Les résultats visés par le projet étaient les suivants :



[1] Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights (YC), SIA N'SON ONG, ONG Vie et Environnement (VEE), et le Réseau ouest africain des jeunes femmes leaders du Bénin (ROAJELF).

Le projet PROJEUNES s'articulait autour des trois axes d'intervention suivants :



1.2. Contexte d'intervention

Contexte politique

En début d'année 2, des manifestations sociales et politiques, très intenses au Nord du Bénin, sont survenues au lendemain des élections législatives du 28 avril 2019. Ces évènements post-électoraux ont occasionné des violences physiques qui ont rendu impossible la mise en œuvre des activités sur le terrain pendant plusieurs semaines. Aussi, les élections communales d'avril 2020 ont entrainé le changement des conseils communaux des quatre communes d'intervention du projet. Cela a nécessité la mise à niveau des nouveaux conseillers communaux, pour s'assurer de leur implication et accompagnement dans la mise en œuvre du projet, ce qui a créé une charge de travail supplémentaire aux équipes de terrain. En outre, les élections présidentielles organisées le 11 avril 2021, ont conduit à la réélection du Président Patrice TALON officiellement investi le 23 mai. La période pré-électorale a connu de vives tensions qui ont secoué le Centre et le Nord du Bénin avec des barrages, pour dénoncer la « confiscation » du scrutin par le Président sortant. Ces évènements ont également conduit à une interruption des activités de terrain ainsi que la limitation des déplacements de l'équipe dans les communes d'intervention du projet. Le pays a ensuite observé un retour au calme après la répression des soulèvements, le démantèlement des barrages et la libération des voies.

Contexte sanitaire

La pandémie de COVID-19 a ralenti la mise en œuvre des activités du projet en fin d'année 2 et a demandé la réorganisation de certaines activités, notamment celles communautaires, tout au long de l'année 3.

Depuis son identification en décembre 2019, le virus s'est maintenant étendu à la plupart des pays dans le monde, dont le Bénin où après la confirmation du premier cas le 16 mars 2020, la pandémie s'est propagée, au cours du premier trimestre de l'année 3, dans tout le pays y compris dans les zones d'intervention de PROJEUNES. Le Bénin est passé d'un cas confirmé le 16 mars 2020 à 2 357 cas au 28 septembre 2020, et 113 cas actifs pour un total de 7 720 cas confirmés dont 97 décès au 31 mars 2021[2]. Même si les communes d'intervention du projet PROJEUNES n'ont été que faiblement impactées par la pandémie, CARE et ses partenaires sont restés très vigilants quant à la prévention de la multiplication des cas de coronavirus et les répercussions de la pandémie. C'est pourquoi l'équipe de projet a travaillé étroitement avec le MS, et s'est inscrit dans la droite ligne des activités initiées par le gouvernement, en se focalisant davantage sur les femmes et filles qui sont plus exposées, notamment à travers les travaux domestiques et les fréquentations des lieux de grands rassemblements (par exemple, les marchés), mais aussi les hommes (pour prévenir et réduire les violences conjugales par exemple), et les enfants (filles et garçons) qui sont des vecteurs potentiels. Des mesures restrictives de prévention ont été prises par CARE Bénin/Togo concernant notamment le déplacement du personnel (y compris l'équipe du projet basée à Parakou), l'organisation des activités communautaires et les interactions avec les partenaires. De plus, certaines activités de l'année 2 ont dû être annulées et reportées en Année 3. Il s'agit notamment de la supervision de soutien aux prestataires de santé, de la supervision conjointe avec la DDESTFP, des dialogues réflectifs dans les clubs scolaires et extrascolaires et des missions terrain de CARE Canada et Youth Coalition. Le suivi des activités et la supervision des partenaires et des acteurs communautaires sur le terrain ont continué mais ont été fortement ralentis.

Au cours de l'année 3, la pandémie a également ralenti la mise en œuvre des activités du projet, surtout au cours du premier semestre du fait des mesures de prévention et de protection prises aussi bien par le gouvernement du Bénin que par CARE. Il s'agit notamment de l'animation des dialogues réflectifs au sein des clubs scolaires, de la présentation des plans d'actions communautaires aux conseils communaux, de la réalisation des cartes communautaires de performance, de la tenue des réunions communautaires trimestrielles, des supervisions conjointes avec la Direction de la promotion de la mère et de l'enfant de l'Agence nationale des soins de santé primaire (DPME/ANSSP), les DDS et les DDESTFP. Le Bénin a reçu ses premières doses de vaccins contre la COVID-19, le 10 mars 2021, via le mécanisme COVAX, qui vise à soutenir les efforts du Gouvernement béninois et assurer un accès juste et équitable à la vaccination. Il est escompté que la vaccination aura un impact positif sur la santé des communautés et soutiendra le redémarrage des activités post-pandémie.

La pandémie de COVID a également eu des impacts sociauxéconomiques dans le pays, notamment la perturbation des moyens de subsistance, l'augmentation de la charge des soins et l'augmentation de la violence, qui ont affecté les femmes et les filles de manière significative et disproportionnée, menaçant ainsi les progrès en matière de développement et d'égalité des genres. Une analyse rapide du genre réalisée par CARE pour la zone Afrique de l'Ouest en avril 2020 révèle que les femmes et les filles de la sous-région sont à risques accrus de VBG dans un contexte où elles peinent à accéder aux services de santé. En effet, les ressources ont été concentrées vers la réponse COVID-19 et les services de SSR ne sont pas toujours considérés comme des services essentiels. De plus, la pandémie affecte également le

[2] Source : https://www.gouv.bj/

développement économique et l'autonomie financière des femmes. Les mesures de protection mises en place heurtent les femmes qui œuvrent surtout au niveau informel (marchés, restauration de rue, etc.).

Ainsi, au niveau des groupements FaFa, la pandémie a occasionné des défis importants aux groupements qui ont dû tenir des rencontres en plus petits groupes en vue de respecter les dispositions prises par le Gouvernement béninois pour limiter la propagation du virus. De plus, compte tenu des effets néfastes de la pandémie sur les activités économiques des FaFa Wa, les groupements ont eu du mal parfois à mobiliser leur part de cotisation. Il n'existe cependant pas encore d'étude sur l'impact de la COVID-19 dans les zones d'intervention du projet. Ces zones sont hors du cordon sanitaire délimité par le MS et n'ont donc pas connu le confinement comparativement à d'autre régions du pays. Les CPS des communes de Nikki, Kalalé, Malanville et Karimama ont enregistré des cas de mariage d'enfants sur la période, mais cela ne semble pas changer du nombre de cas habituels. Cela ne veut pas dire que la pandémie n'a pas eu d'impact sur les VBG et les MPFE, sachant que beaucoup de ces cas ne sont pas forcément signalés aux autorités. Par ailleurs, des cas de mutilations génitales féminines ont été rapportés par APEM ONG (Association pour la protection de l'enfance malheureuse) au sein de certaines localités du Nord, dont deux localités bénéficiaires du projet PROJEUNES. Il s'agit de Guéné et de Madécali, dans la commune de Malanville.

Contexte général et en matière d'égalité de genre

Comme de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, la population du Bénin est majoritairement jeune, avec 48% de la population ayant moins de 15 ans et 16% ayant entre 15 et 24 ans (Enquête démographique et de santé au Bénin – EDSB-V, 2017-2018). Cela représente à la fois un atout et un moteur potentiel de progrès. Cependant, des enjeux importants demeurent; la zone d'intervention du projet est caractérisée par de profondes inégalités entre les femmes/filles et les hommes/garçons et les adolescents et jeunes, particulièrement les filles, sont confrontés à des défis majeurs, liés notamment aux normes sociales et culturelles et aux inégalités de genre, qui limitent leur potentiel qui ne peut être réalisé que si des investissements significatifs sont faits dès maintenant pour améliorer leur santé sexuelle et reproductive (SSR). Les MPFE, ainsi que le manque de connaissance et d'utilisation des contraceptifs chez les jeunes femmes mariées, sont fortement influencés par des normes sociales et de genre rigides. Le contexte d'intervention est caractérisé par des taux faibles d'utilisation des contraceptifs modernes par les adolescentes dans un contexte où les populations ne sont pas assez ou pas du tout informées sur ces enjeux. De plus, la nature intergénérationnelle de la plupart des MPFE exacerbe l'isolement social des adolescentes. Les enjeux autour de la prise de décision demeurent, notamment la libre mobilité et les décisions autour des soins de santé, incluant les soins de SSR pour la concernée elle-même.

Bien que de nombreux défis demeurent, une décision majeure a été prise au niveau des deux départements de mise en œuvre du projet. En effet, il s'agit de la gratuité de l'offre des méthodes contraceptives.

Contexte environnemental

Tout au long de la mise en œuvre du projet, la saison des pluies (généralement entre juin et septembre) a eu un impact important sur la mise en œuvre des activités, surtout dans les communes de Karimama et Kalalé. En effet, sur les trois années du projet, les pluies ont été abondantes et ont rendu impossible l'accessibilité à certaines localités, où la mise en œuvre des activités a été perturbée. En 2020, la saison

des pluies a conduit à la crue des eaux du fleuve Niger ; la plupart des villages des communes de Malanville et de Karimama qui côtoient le lit du fleuve Niger, ont ainsi subi des inondations majeures. Ces villages sont restés inaccessibles entre la mi-août et fin septembre, rendant l'exécution de certaines activités communautaires ou avec les CS et CPS difficile voire impossible.

1.3. Approches en matière d'égalité de genre

1.3.1. Approches de la Politique d'aide internationale féministe du Canada

PROJEUNES visait à accroître l'accès des filles et des femmes non seulement aux actifs nécessaires pour une meilleure SSR, mais aussi au contrôle de leur propre corps. Le projet se concentre également sur le renforcement de la participation et de la prise de décision des filles en termes de leurs propres choix en matière de santé reproductive, de mariage et de contraception. Dans ce sens, il répond aux objectifs de la Politique d'aide internationale féministe (PAIF) du Canada, et s'inscrit dans trois de ses champs d'action : l'égalité des genres (EG) et le renforcement du pouvoir des femmes et des filles (champ d'action 1, le principal), la dignité humaine (champ d'action 2) et la gouvernance inclusive (champ d'action 5).

1.3.2. Approches de CARE

La stratégie genre de PROJEUNES se basait principalement sur le Cadre de l'EG de CARE, avec un accent particulier sur l'autonomisation des femmes et la capacitation des filles. Selon ce cadre, il est nécessaire de promouvoir et d'observer des progrès positifs vers l'EG dans trois domaines de changement afin de pouvoir réellement assister à l'autonomisation des femmes : 1) les connaissances, compétences et capacités des femmes d'agir (Agence) ; 2) les normes, habitudes, institutions et politiques de la société qui conditionnent leurs choix de vie (Structures) ; et 3) les relations de pouvoir auxquelles elles sont confrontées pour tracer leur voie (Relations). Pour amener des changements significatifs, un projet doit développer des stratégies autour de ces trois domaines.

Ainsi, le projet a contribué à un renforcement de l'agence à travers le renforcement des connaissances des adolescents et jeunes, filles et garçons (A&J), en matière de SSRD notamment en renforçant la connaissance de leurs droits. En travaillant sur les normes sociales qui gouvernent leur vie, le projet a également amené les participant-e-s et la communauté à questionner les normes autour du MPFE et de la sexualité des A&J. Le projet a également œuvré en matière d'amélioration des soins de santé et de plaidoyer et de politiques nationales sur la planification familiale (PF) et les méthodes contraceptives, créant ainsi un environnement favorable à la SSRD/SSRAJ (structures). Finalement, à travers l'animation de dialogues communautaires et le travail de fond effectué auprès des leaders communautaires et religieux, le projet a également contribué à améliorer la prise en compte des droits des A&J, particulièrement les filles, par les gardiens de la tradition (relations).

2. Résultats atteints

Cette section présente les progrès réalisés pour l'atteinte des résultats ultime, intermédiaires et immédiats du projet. Plusieurs collectes et analyses des données de fin du projet ont été réalisées par l'équipe de projet et un consultant externe entre mars et juin 2021, dans les quatre communes d'intervention du projet. Les collectes de données ont été réalisées dans le respect strict des mesures barrières contre la COVID-19 et des principes de protection (protection de l'enfant, respect de la confidentialité, respect de la vie privée, consentement des personnes interrogées, principe du « *do no harm/ne pas nuire* »). Les données ont été ventilées par sexe et par tranche d'âge, lorsque pertinent, relativement aux différents indicateurs du Cadre de mesure de rendement (CMR) du projet. Le protocole de l'évaluation de fin de projet PROJEUNES, incluant les outils de collecte des données, a reçu le visa statistique du Conseil National de la Statistique (CNS) de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et le visa éthique du Comité Local d'Éthique pour la Recherche Biomédicale de l'Université de Parakou (CLERB-UP).

Les différentes évaluations effectuées sont les suivantes :

- **Revue et analyse documentaires** des principales lois, politiques et stratégies béninoises relatives à la SSRD/SSRAJ, aux MPFE et aux VBG, afin d'évaluer notamment 1) la façon dont elles traitent les adolescents et jeunes, filles et garçons, en ce qui concerne la protection contre les MPFE, l'accès aux services de SSR, le respect des DSSR et la protection contre les VBG; et 2) l'alignement de ces textes avec les normes et standards régionaux et internationaux en matière de protection des droits des adolescents et jeunes, notamment les droits sexuels et reproductifs[3], et la protection contre les MPFE et les VBG; mais aussi 3) identifier les écarts et obstacles politiques et juridiques qui s'opposent à la réalisation des DSSR des A&J, surtout les filles, au Bénin.
- **Évaluation de groupements FaFa Wa et de certaines de leurs membres** selon une approche mixte quantitative et qualitative. Au total, 10 groupements parmi les 21 appliquant l'approche FaFa Wa[4] et appuyés par le projet ont été sélectionnés aléatoirement pour participer à des discussions de groupe. De plus, des entretiens individuels ont été menés avec 151 femmes membres de ces FaFa Wa.
- **Évaluation de filles à risque/vulnérables et survivantes de MPFE** accompagnées par le projet selon une approche qualitative. Au total, 157 adolescentes (15-19 ans) vulnérables et 99 filles survivantes de MPFE ont bénéficié du programme de soutien. Selon un échantillonnage aléatoire, 71 d'entre elles, dont 36 filles vulnérables et 35 filles survivantes, ont participé à l'enquête, dont 39 dans l'Alibori et 32 dans le Borgou.
- **Enquête auprès des ménages :** l'objectif global de cette enquête était de collecter des données primaires qui ont servis à calculer les données de fin de projet des indicateurs du CMR au niveau des résultats. Elle a été conduite en suivant la même méthodologie que celle utilisée à l'étude de base (baseline) menée en début de projet. La collecte des données a été réalisée du 6 au 21 avril

[3] En termes d'accès aux services, d'efficacité des prestations de services et de qualité, d'équité et de caractère inclusif des services.

[4] Au Bénin, c'est le nom donné aux associations villageoises féminines d'épargne et de crédit. En langue locale, cela veut dire Femme autonome (Fa) Fille ambitieuse (Fa) est venue (Wa)

2021. Un total de 697 ménages aléatoirement échantillonnés et couvrant 2 660 personnes (soit 344 adolescents, 756 adolescentes, 255 jeunes garçons, 518 jeunes filles, 287 adultes hommes et 500 adultes femmes) ont été enquêtés à la endline contre un total de 694 ménages aléatoirement échantillonnés et couvrant 2 339 personnes (soit 294 adolescents, 709 adolescentes, 198 jeunes garçons, 525 jeunes filles, 172 adultes hommes et 441 adultes femmes) à la baseline. L'enquête a inclut une cartographie et un profil sociodémographique et économique des villages de la zone d'intervention du projet; et une analyse des comportements, attitudes et pratiques des communautés, y compris les adolescent-e-s, relatifs aux MPFE, aux VBG et à la SSRD des femmes et des adolescentes.

- **Analyse qualitative contextuelle :** l'objectif globale de cette analyse était de documenter les attitudes, normes, croyances et pratiques socioculturelles et dynamiques de pouvoir et de genre qui peuvent empêcher les femmes et les filles d'exercer leurs DSSR, notamment lorsqu'elles entravent la décision du recours aux services de santé et sociaux ou favorisent les VBG ou les MPFE. Pour ce faire, dix groupes de discussions ont été conduits avec des A&J pair-e-s éducateur-rice-s (15-24 ans) scolaires, non scolaires et communautaires, filles et garçons. Par ailleurs, 72 entretiens individuels ont été conduits avec des informateurs-clés, hommes et femmes (parents de référence/parents de survivantes, leaders communautaires, personnes influentes, catalyseurs, enseignant-e-s des CEG, patron-ne-s d'ateliers ou membres des collectifs des artisans et autres acteurs comme des agent-e-s des mairies, de la police, etc.).
- **Évaluation de 12 CS et 4 CPS :** elle a été conduite en utilisant une approche méthodologique aussi proche que possible de celle de l'étude de base (baseline). Au niveau des CS, les responsables (6h/5f) des 12 CS[5] avec lesquels le projet a travaillé et 12 prestataires de santé (6h/6f) ont été enquêté-e-s. Au niveau des CPS, les chefs (tous des hommes) des 4CPS de la zone d'intervention du projet et 4 agent-e-s (2 hommes et 2 femmes) ont été enquêté-e-s.

Par ailleurs, des **profils roulants**[6] (ou « *Rolling Profile »*) ont été réalisés en années 2 et 3 auprès d'une cohorte de 20 bénéficiaires directs du projet, 10 femmes/filles et 10 hommes/garçons. Pendant la durée de vie du projet, trois rondes ont été organisées, en mars 2020, septembre 2020 et mars 2021.

Les résultats présentés dans les sections ci-dessous sont tirés des différents rapports d'évaluation susmentionnés.

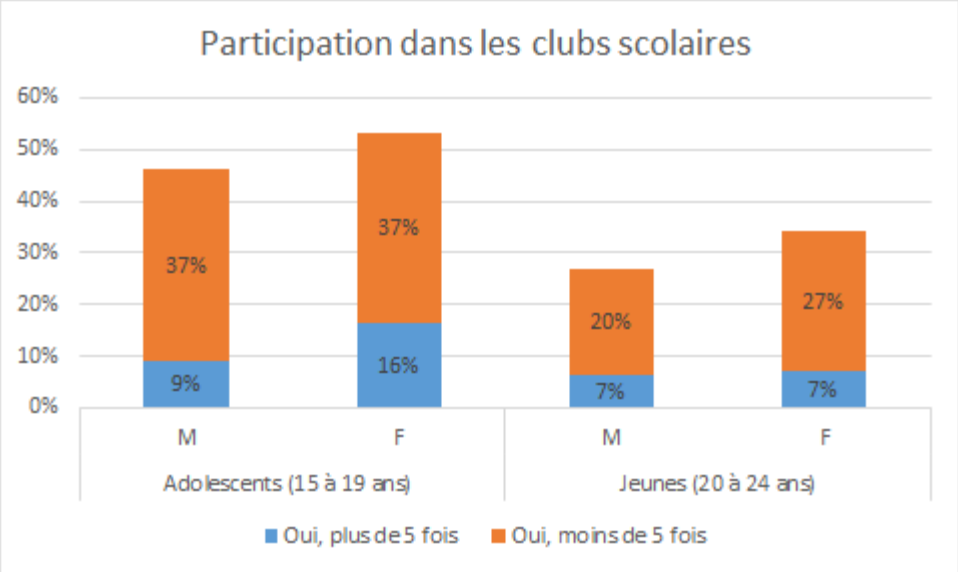
[5] Il est à noter que deux CS ont la même responsable. Il s'agit des CS de Madécali et Kassa.

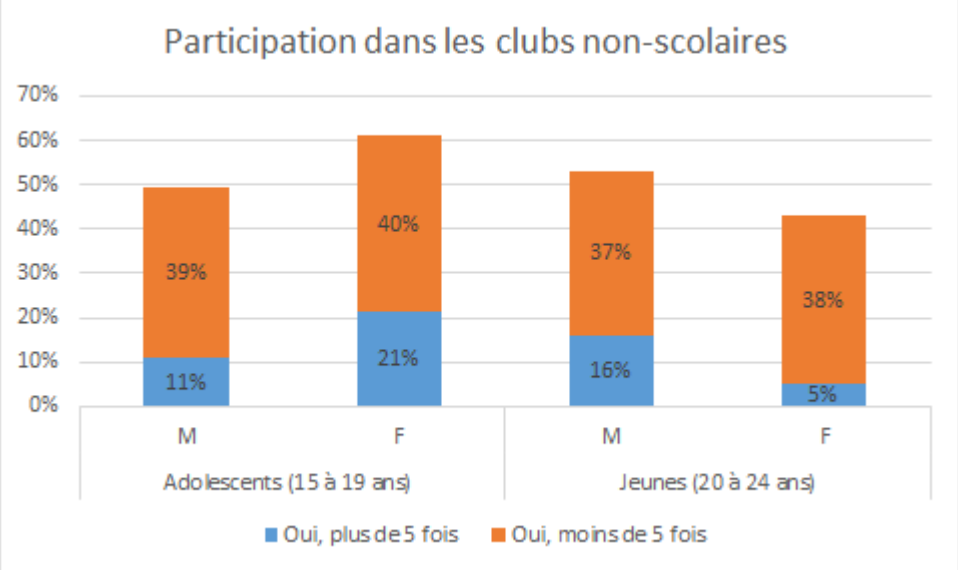
[6] Un profil roulant est une histoire d'intérêt humain, similaire aux "histoires de vie", combinée à un entretien qualitatif et à une étude longitudinale. Il s'agit d'un outil de surveillance permettant de suivre les changements et de découvrir comment ils se produisent au fil du temps parmi les bénéficiaires et les intermédiaires du projet (ou toute autre partie prenante). Les mêmes personnes - issues d'une variété d'individus - doivent être interrogées périodiquement tout au long de la vie du projet pour comprendre comment elles changent - ou non - dans leurs connaissances, leurs comportements, leurs actions et leurs interactions, et les facteurs qui influencent ce changement.

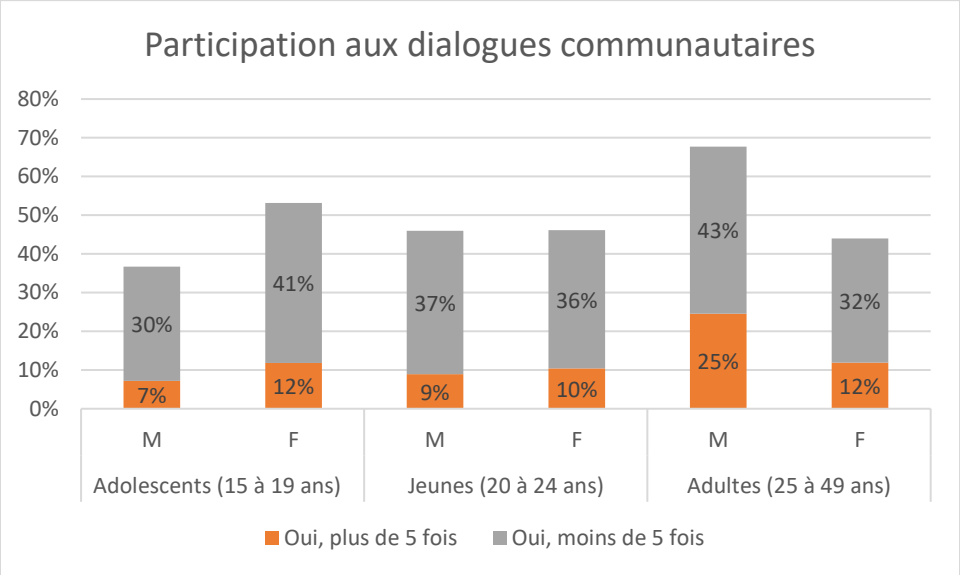
2.1. Niveau d'atteinte des résultats

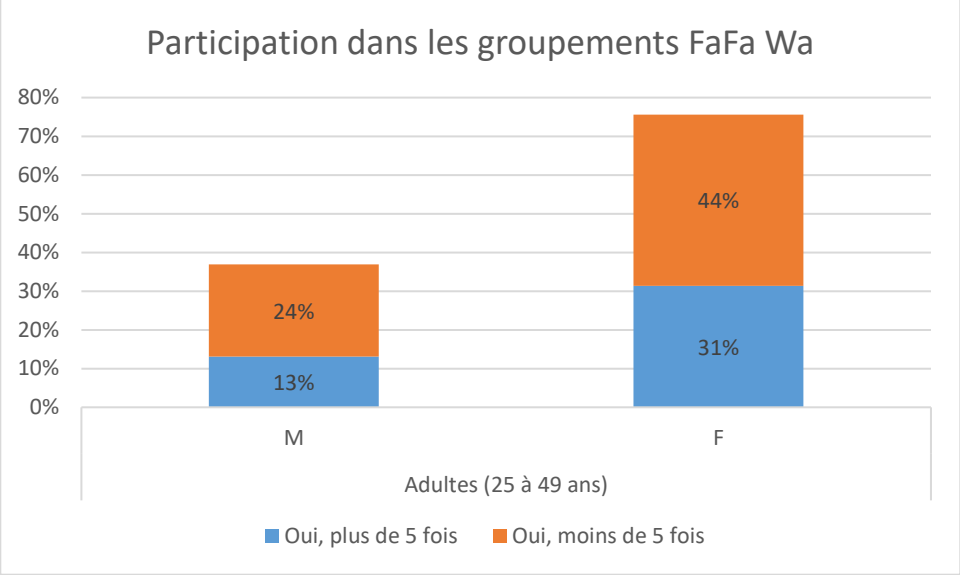
Exposition aux activités du projet

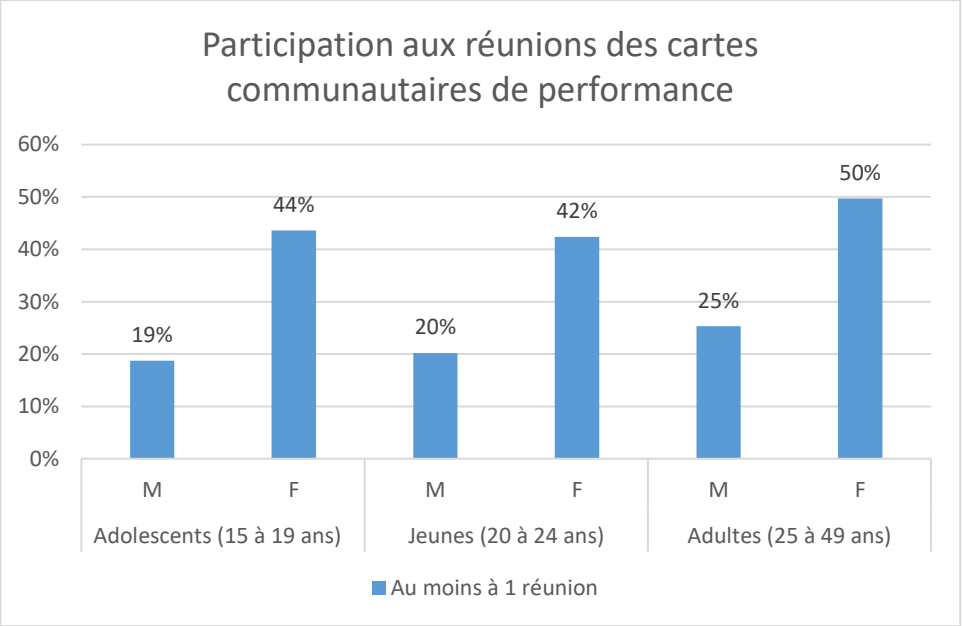
Selon les données de l'enquête auprès des ménages, la quasi-totalité (94%) des enquêté-e-s ont connaissance du projet PROJEUNES. Dans les communes de Malanville, Kalalé et Karimama, plus de la moitié des enquêtés (60%) ont participé à au moins à une activité du projet au cours des deux dernières années; à Nikki, l'exposition au projet était un peu plus petite (41%). Les villages étant petits (512 ménages en moyenne, le plus grand avec 1 436 ménages), il n'a pas été difficile pour le projet d'atteindre une grande partie de la population. Les graphiques (source = enquête auprès des ménages) ci-dessous décrivent la couverture des principales interventions du projet auprès les communautés.






Participation aux dialogues communautaires
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
30%
7%
41%
12%
37%
9%
36%
10%
43%
25%
32%
12%
M
F
M
F
M
F
Adolescents (15 à 19 ans)
Jeunes (20 à 24 ans)
Adultes (25 à 49 ans)
Oui, plus de 5 fois
Oui, moins de 5 fois


Participation dans les groupements FaFa Wa
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
24%
13%
44%
31%
M
F
Adultes (25 à 49 ans)
Oui, plus de 5 fois
Oui, moins de 5 fois



2.1.1. Résultat ultime 1000

Résultat ultime 1000 : Amélioration de la santé et des droits des adolescentes à risque et des survivantes de mariages précoces et forcés au Bénin

Indicateurs		Données de base	Cibles du projet	Données de fin de projet	Écart avec la cible[7]
% de MPFE dans les zones ciblées par le projet	JF	57%	55%	23%	32 pp
Taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans) et les JF (20-24 ans)	AF	16%	13%	8%	5 pp
	JF	74%	70%	61%	9 pp

JF=jeune fille (20-24 ans); AF=adolescentes (15-19 ans)

Taux de MPFE

Parmi les jeunes femmes de 20-24 ans, 23% étaient mariées avant d'atteindre l'âge de 18 ans à la endline, une réduction importante par rapport à la baseline (57%). De plus, le pourcentage des enquêtées à la baseline (53%) qui affirmaient que le choix de leur mari ou partenaire était un choix personnel a augmenté à la endline (74%). On observe également une réduction des cas où la décision de mariage était prise unilatéralement par une autre personne (de 11% à la baseline à 4% à la endline); et où la décision du mariage d'une fille était prise avec la participation de celle-ci, mais sans son consentement (de 9% à la baseline à 2% à la endline).

Les A&J filles célibataires ont déclaré dans les études qualitatives être capables maintenant de choisir avec qui se marier. En général, il ressort que les adolescentes ne sont pas nécessairement opposées au mariage

[7] Écarts avec la cible, en points de pourcentage ou en nombre absolu.

précoce, avant 18 ans, tant qu'elles se marient avec un garçon qu'elles aiment. Les messages autour de l'importance du choix du conjoint semblent avoir atteints leur cible.

Par ailleurs, certaines parents et adolescent-e-s, surtout de sexe masculin, ont compris par les activités du projet qu'il y a des avantages à retarder le moment du mariage pour éviter les difficultés d'accouchement et pour que les filles terminent leurs études. On observe un changement positif des aspirations des A&J filles d'avoir un métier et être autonomes avant de se marier. Il faudra continuer à travailler sur les différents choix qui s'offrent aux A&J filles, l'éducation et la conscientisation sur ces sujets, et assurer leur autonomie financière; et mettre de l'avant que ces éléments ne constituent pas des conditions (externes) à une union mais des bases sur lesquelles développer des unions davantage égalitaires et sereines.

> « *Malgré que certaines parmi nous ont un peu étudié, nous n'avions jamais imaginé qu'on pouvait être autonomes, c'est-à-dire avoir un métier, une activité génératrice de revenu avant de nous marier. » (Extrait GD[8] adolescents (15-19 ans) scolaires, non-scolaires, milieu communautaire, Analyse contextuelle, mars 2021)*

Les données montrent également une amélioration des connaissances, attitudes et comportements par rapport aux MPFE. Par exemple, la proportion des enquêté-e-s qui affirment connaître l'âge légal de mariage des filles au Bénin a quasiment doublé entre la baseline et la endline en passant de 45% à 92% ; on note aussi une réduction de la stigmatisation des adolescentes survivantes de MPFE et une augmentation du signalement des cas de MPFE. En effet, les actions en direction des acteurs intervenant dans la chaîne d'accompagnement des survivantes de MPFE, à travers le renforcement de leurs capacités, ont favorisé plus de synergie d'actions entre ces acteurs et le signalement des cas de MPFE. Sur les trois années de mise en œuvre du projet, on note une augmentation du nombre de cas de MPFE dénoncés au niveau des CPS (on est passé de 16 cas en année 1 à 99 cas en année 3). De plus, les leaders religieux ont commencé à demander une pièce d'identité avant de célébrer les mariages. Cependant, les croyances socioculturelles locales persistent, et les adolescentes qui font appel aux services ne sont pas toujours bien perçues comme on peut le voir dans l'extrait suivant :

> « *Pour se plaindre, l'adolescente peut aller au CPS, chez le délégué ou chez le CA[9], la police aussi… Mais en faisant recours à ces instances, certains pensent qu'elle a trahi ses parents et qu'elle n'a pas respecté ce qu'exige les parents… » (Extrait GD adolescents et jeunes pairs éducateurs (15-24 ans) - scolaires, non-scolaires, Analyse contextuelle, mars 2021)*

Taux de natalité

Le taux de natalité a diminué de moitié, de 16% à la baseline à 8% à la endline pour les adolescentes (15-19 ans); et de 18% chez les jeunes filles (20-24 ans), de 74% à la baseline à 61% à la endline. L'augmentation de l'âge du mariage est une importante contribution à ce résultat. On observe également l'augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, surtout chez les filles mariées (de 15% à la baseline à 38% à la endline), qui selon les données qualitatives, les utilisent pour l'espacement des naissances avec le consentement de leur mari. Aussi, on note une augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes non mariées (de 13% à la baseline a 31% à la

[8] Groupe de discussion.
[9] Chef d'arrondissement

endline). Cependant, les adolescent-e-s non marié-e-s, particulièrement les filles, sont encore confronté-e-s à des normes socioculturelles qui limitent leur accès aux contraceptifs. En effet, il est attendu des adolescents, des adolescentes particulièrement, qu'elles s'abstiennent de rapports sexuels jusqu'au mariage. Les filles non mariées courent le risque d'être stigmatisées et de subir des agressions (morales, verbales, physiques) si elles demandent ou utilisent des contraceptifs sans la permission de leurs parents.

Ainsi, des poches de résistances demeurent. Le changement de normes socioculturelles fortement ancrées prend du temps et cette démarche s'inscrit dans la durée. De plus, des effets positifs dans une sphère n'entraînent pas nécessairement de changements dans toutes les sphères : la réduction du mariage des enfants et l'utilisation accrue de la contraception, par exemple, n'entraînent pas automatiquement une amélioration de l'autonomisation économique des femmes ni leur intégration significative au sein des espaces décisionnels. Des efforts doivent se poursuivre en ce sens.

2.1.2. Résultat intermédiaire 1100

Résultat intermédiaire 1100 : Utilisation accrue des services de SSR des adolescents, par les adolescents, filles et garçons, dans les départements de l'Alibori et du Borgou, en particulier les filles survivantes et à risque de MPFE

Indicateurs		Données de base	Cibles du projet	Données de fin de projet	Écart avec la cible
Demande satisfaite pour les contraceptifs modernes chez les adolescentes (15-19 ans) et les JF (20-24 ans)	AF	27%	30%	79%	49pp
	JF	44%	47%	77%	30pp
% adolescentes (15-19 ans) et JF (20-24 ans) prenant leurs propres décisions en matière de SSR	AF	16%	45%	22%	-23pp
	JF	25%	45%	25%	-20pp
% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) satisfait-e-s des services de SSR reçus	AF	63%	75%	99%	24pp
	AG	55%	75%	89%	14pp
	JF	66%	75%	98%	23pp
	JH	48%	75%	95%	20pp

AG=adolescents garçons (15-19 ans); JH=jeunes hommes (20-24 ans)

Demande satisfaite pour les contraceptifs modernes

La demande satisfaite en contraceptifs modernes pour les femmes mariées ou en union a considérablement augmenté pour les adolescentes (15-19 ans), de 27% à la baseline à 79% à la endline, et pour les jeunes filles (20-24 ans), de 44% à la baseline à 77% à la endline. De manière globale, le taux d'utilisation des contraceptifs modernes a doublé, en passant de 15% à la baseline à 38% à la endline. Les grossesses non souhaitées pour les femmes enceintes ont été réduites, de 14% à la baseline à 10% à la endline. Le pourcentage de femmes aménorrhées qui n'utilisent pas de méthode de contraception et dont la dernière naissance n'était pas souhaitée a aussi diminuée, de 22% à la baseline à 5% à la endline. On peut en déduire que non seulement les grossesses précoces ont été diminuées, mais les femmes ont également pu avoir plus de contrôle sur le calendrier de leurs grossesses et pratiquer un espacement des naissances plus long.

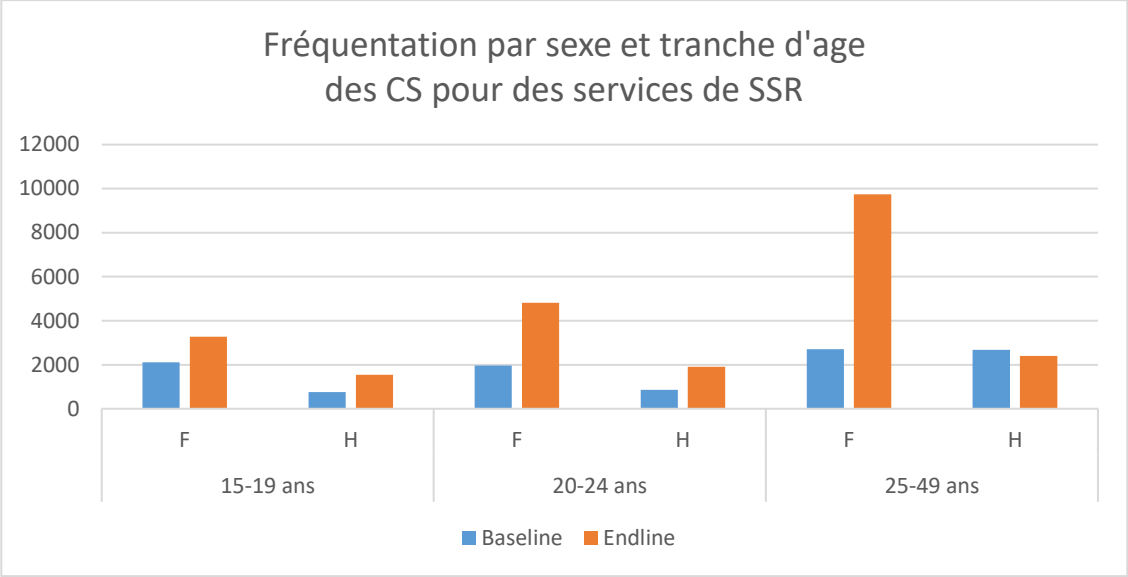
Décisions en matière de SSR

La proportion de femmes qui prennent elles-mêmes leurs décisions en ce qui concerne spécifiquement leurs propres soins de santé en matière de SSR n'a pas beaucoup changé et est resté sous la cible de 45%. Pour les adolescentes, le pourcentage a peu évolué, de 16% à la baseline à 22% à la endline, et pour les jeunes filles, il est resté inchangé à 25%. Les décisions relatives aux soins de santé pour les enquêté-e-s non marié-e-s sont généralement prises par les parents (68% des enquêté-e-s à la baseline et 43% à la endline). Bien que des efforts doivent encore être consentis dans la prise de décision autonome des femmes, il importe de noter que le projet dénote des résultats encourageants dans la prise de décision conjointe entre partenaires. En effet, petit à petit, les jeunes couples commencent à prendre leurs décisions ensemble (de 2% à la baseline à 12% à la endline). La même tendance est notée pour les A&J filles mariées (de 26% à la baseline à 50% à la endline).

L'augmentation des connaissances et une communication à l'intention des hommes, parents ou partenaires a permis de mobiliser ceux-ci en faveur de la contraception/planification familiale, notamment en mettant de l'avant ses avantages. Sans nécessairement faire de grand gains concernant l'autonomie décisionnelle des femmes et adolescentes, ces efforts ont contribué à davantage de communication entre les partenaires et a une utilisation accrue de la contraception moderne. Toutefois, la reconnaissance des droits des A&J en général, et celui des A&J filles en particulier, est encore souvent représentée et vécue comme une forme de désobéissance et d'affront aux parents, à la famille et à la communauté. En ce qui concerne spécifiquement la possibilité pour une adolescente de se rendre dans un CS sans la permission de ses parents, d'utiliser des méthodes de contraception sans la permission de ses parents ou de son partenaire ou encore d'aller au CPS sans la permission de ses parents, plus de la moitié des enquêtées pensent que l'autorisation des parents est requise, sans changement significatif par rapport à la baseline. Dans plusieurs familles, les A&J filles peuvent émettre le souhait d'adopter une méthode contraceptive mais ne pourront prendre elles-mêmes la décision d'utilisation sans l'avis de leur famille. Il y a donc encore du travail à faire pour changer les dynamiques de pouvoir concernant le contrôle de la sexualité des jeunes filles.

Satisfaction par rapport aux services de SSR

Les 12 CS évalués couvrent 114 villages, dont 36 villages dans l'Alibori et 78 dans le Borgou. Le graphique ci-dessous montre la fréquentation des CS pour des services de SSR. On observe une augmentation de la fréquentation des CS de 50% chez les adolescentes, 150% chez les jeunes filles (1,5 fois le taux de la baseline) et 260% chez les femmes adultes (2,6 fois le taux la baseline). Chez les A&J garçons, le taux a presque doublé.



Source : Évaluation des CS, mars 2021.

Concernant la satisfaction par rapport aux services de SSR reçus dans les CS, tant les adolescents, filles et garçons, que les jeunes filles et garçons, ont mieux évalué les services à la endline, arrivant en moyenne à plus de 95% de satisfaction. Il est à noter qu'il est possible que ce résultat reflète un biais de désirabilité, ou simplement un manque de possibilité de comparer avec les services offerts ailleurs. La question fait référence à la dernière visite au CS au cours des 12 mois précédant l'enquête. Voir la description de la consultation moyenne dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : Pourcentage des A&J, filles et garçons, qui, au cours des 12 derniers mois, sont allé-e-s dans un établissement de santé, par type d'informations reçues sur la SSR

	Filles		**Garçons**	
	Baseline	**Endline**	**Baseline**	**Endline**
Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allé-e dans un établissement de santé pour vous soigner ou soigner vos enfants ?	50%	69%	64%	66%
Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de …..?				
Contraception	57%	85%	42%	82%
Violence faites aux femmes	34%	76%	27%	75%
Prévention contre le VIH	43%	81%	35%	73%
Prévention contre les IST	40%	76%	31%	72%
Éducation à la santé	53%	79%	46%	74%

Source: Enquête auprès des ménages, mars 2021.

Tableau 2 : Pourcentage des A&J, filles et garçons, qui, au cours des 12 derniers mois, sont allé-e-s dans un établissement de santé selon les critères de satisfaction par rapport aux services reçus

Filles		**Garçons**	
Baseline	**Endline**	**Baseline**	**Endline**

Vous êtes-vous senti-e suffisamment à l'aise pour poser des questions ?	77%	93%	69%	94%
Est-ce que vous avez obtenu des réponses satisfaisantes aux questions que vous avez posé ?	78%	95%	67%	95%
Est-ce qu'il y avait assez de confidentialité lors de votre consultation ?	80%	98%	71%	96%
Pensez-vous que les services offerts soient adaptés aux adolescents et jeunes ?	83%	95%	66%	95%
Pensez-vous que les services offerts soient adaptés aux besoins des femmes ?	92%	98%	73%	93%

Source: Enquête auprès des ménages, mars 2021.

Le projet a non seulement travaillé au renforcement de la capacité des agent-e-s de santé à bien gérer les cas de MPFE, mais il a également mobilisé les agent-e-s de santé comme champion-ne-s et allié-e-s, augmentant ainsi leur intérêt ainsi que leur la disponibilité pour la lutte contre les MPFE et la sensibilisation des jeunes sur la SSR. Un aspect important pour avancer dans la sensibilisation des jeunes a été la brisure de la barrière socioculturelle qui contraignait les prestataires de santé à ne pas parler de sexualité aux filles adolescentes. Cela est ressorti aussi bien des supervisions de soutien conjointes que de l'évaluation des CS. L'amélioration des prestations en matière de SSR se traduit, par exemple, par l'adoption de nouvelles attitudes des prestataires de santé face aux jeunes, la disponibilité des services, le respect du choix des adolescentes et la confidentialité :

> *« Aujourd'hui, on travaille à tout moment avec les femmes pour un service SSR. Avant, on pouvait dire à une femme ou à un client d'aller et de revenir demain. Aussi, lorsqu'on recevait les filles moins âgées, on les renvoyait. Aujourd'hui, on a compris qu'il faut dialoguer avec elles. »;*
>
> *« Il y a un changement au niveau de l'accueil (on prenait quelques 5 minutes avant d'accueillir les adolescents et jeunes, maintenant l'accueil est prompt). Quand les adolescents viennent pour les soins, on profite pour les sensibiliser sur la sexualité et pour l'adoption des méthodes. Nous ne renvoyons personne, quand ils viennent on les accepte et on donne ce qu'ils veulent. »;*
>
> *« La SSRAJ n'est pas la prostitution, mais la maîtrise de sa vie sexuelle et de son corps. »;*
>
> *« Nous acceptons de faire la PF aux enfants de 12 ou 14 ans. Avant, on demandait le consentement des parents avant de faire une méthode à une fille. »;*
>
> *« Je sais désormais que les adolescentes doivent être reçue et écoutées de façon confidentielle »;*
>
> *« Les jeunes et les adolescents sont désormais nos cibles et donc les agents de santé ont le devoir de ne pas publier les informations liées aux patientes dans la communauté. »*
>
> *(Extraits des entretiens individuels avec les prestataires de santé, évaluation des CS, mars 2021)*

On peut ajouter comme contribution du projet, l'existence d'espaces réhabilités pour les A&J, filles et garçons, dans 10 des 12 CS avec lesquels le projet a travaillé. Il s'agit des CS de Nikki, Sakabansi, Tontarou, Kalalé et Péonga, dans le Borgou; et Garou, Garou-Tédji, Madécali, Kassa et Kompa dans l'Alibori. Les CS de Monsey et Pétchinga ne disposaient pas d'infrastructures pouvant être aménagées pour créer ce genre d'espace. Le projet a doté les 10 CS réhabilités de matériels actualisés d'information, d'éducation et de communication sur la SSR spécialement conçus pour les adolescent-e-s. Des boîtes à images sur la SSRAJ

ont également été mises à la disposition de tous les 12 CS sur recommandation de l'équipe de supervision conjointe de soutien aux prestataires de santé.

> *« Parfois, les jeunes viennent au niveau de l'espace jeunes pour prendre des vues parce que l'espace est joli. Je profite pour leur parler de la SSR et on tient des causeries. Il y a aussi des visites groupées que les jeunes organisent vers les centres de santé pour avoir des informations. » (Major - homme du CS de Nikki, profils roulants, septembre 2020)*

Les entrées dans les salles de consultations et les services de SSR sont cependant encore communes aux adolescent-e-s/ jeunes et aux adultes et la confidentialité reste un défi dans certains des CS.

> *« Mais il y a aussi des copines qui se plaignent par rapport à la confidentialité car après elles entendent en ville qu'il y a telle ou telle qui sont allées à l'hôpital pour chercher PF. Pour moi aussi, il y a maman qui s'est fâchée la dernière fois car je suis allée me renseigner à l'hôpital au lieu de venir lui demander, je ne sais pas où elle a appris ça. » (Paire éducatrice de Karimama, profil roulants, septembre 2020)*

Le plaidoyer résultant des activités des cartes communautaires de performance (CCP – voir extrant 1321) a contribué à obtenir la gratuité des services et produits de PF dans les deux zones sanitaires d'intervention du projet (Malanville-Karimama et Nikki-Kalalé-Pèrèrè), ce qui pourrait expliquer l'utilisation plus grande des contraceptifs. On note par contre, des ruptures dans l'approvisionnement et la disponibilité des produits contraceptifs dans plusieurs CS.

> *« Oui il y a des changements, les gens sortent de plus en plus pour venir chercher les méthodes de PF, mais actuellement le service n'a que le Jadelle il n'y a pas de dépôt. Mais la cible de PROJEUNES (15 - 24 ans) n'aime pas souvent ça, elle préfère les injections et les pilules. C'est seulement les femmes mariées qui viennent pour chercher le Jadelle. » (Agente de santé de Malanville, profils roulants, septembre 2020)*

Résultat immédiat 1110 : Connaissances améliorées des adolescents, filles et garçons, sur la SSR

Indicateurs		Données de base	Cibles du projet	Données de fin de projet	Écart avec la cible
% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) qui peuvent citer au moins 2 textes et lois sur les violences faites aux femmes et filles	AF	4%	10%	48%	38pp
	AG	3%	10%	30%	20pp
	JF	3%	10%	49%	39pp
	JH	5%	10%	34%	24pp
% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) qui peuvent citer au moins 3 bonnes pratiques en matière de SSR	AF	16%	50%	26%	-24pp
	AG	8%	50%	45%	-6pp
	JF	18%	50%	27%	-23pp
	JH	9%	50%	46%	-5pp

Connaissances sur les textes et lois sur les violences faites aux femmes et filles et la SSR

Environ 43% des A&J, filles et garçons, enquêté-e-s à la endline ont affirmé connaître au moins deux textes ou deux lois sur les violences faites aux femmes et filles ou sur la SSR contre 3% à la baseline. La loi le plus citée à la endline est celle portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines (41%), suivie par celle relative à la SSR et à la reproduction (32%) et celle portant répression du harcèlement sexuel et protection des victimes comme l'indique le tableau suivant.

Tableau 3: Pourcentage des adolescents et jeunes, filles et garçons, qui ont cité les textes et lois sur les violences faites aux femmes et filles ou la SSR

	Filles		Garcons	
	Baseline	**Endline**	**Baseline**	**Endline**
Loi N° 2003-03 du 03 mars 2003 Portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines en République du Bénin	1%	50%	1%	22%
Loi N° 2003-04 du 03 mars 2003 Relative à la santé sexuelle et à la Reproduction	1%	32%	4%	32%
Le code des personnes et de la famille de 2004	4%	21%	2%	18%
La loi n°2006-19 du 05 septembre 2006 portant répression du harcèlement sexuel et protection des victimes en République du Bénin.	5%	27%	14%	39%
La loi n°2005-31 du 05 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin.	1%	4%	1%	3%

Source : Enquête auprès des ménages, mars 2021.

En outre, il ressort de la endline que plus d'A&J, filles et garçons, sont maintenant à même de citer des éléments-clés de ces textes et lois comme le montre le tableau ci-après.

Tableau 4 : Pourcentage des A&J, filles et garçons, qui ont cité les éléments clés de ces textes et lois

	Baseline	**Endline**
Le libre consentement des partenaires pour le mariage	4%	49%
Le droit à l'éducation pour les enfants (filles et garçons)	3%	29%
Le droit à la santé pour les enfants (filles et garçons)	3%	29%
L'interdiction des violences faites aux femmes	9%	47%

Source : Enquête auprès des ménages, mars 2021.

L'amélioration des connaissances s'est traduite par des changements positifs d'attitudes des A&J et une réduction, notamment, de la stigmatisation des survivantes de MPFE, facteur important de la création d'un environnement favorable à la SSRD des femmes et des adolescents, particulièrement des adolescentes :

> « *Une fille qui n'a pas l'âge de se marier et dont les parents forcent à ce qu'elle se marie, peut se rapprocher des agents du CPS, également des agents de PROJEUNES pour leurs poser sa situation… »*
> *« En cas de violences, les filles et femmes peuvent demander de l'aide à leur famille, au chef village, à la police et au centre de promotion sociale. »*
> (*Extraits GD adolescents et jeunes pairs éducateurs (15-24 ans) - scolaires, non-scolaires,* Analyse contextuelle, mars 2021)

Connaissances sur les bonnes pratiques en matière de SSR

Même si le projet n'a pas réussi à atteindre les cibles de 50% pour les différents profils en ce qui concerne le niveau de connaissances des bonnes pratiques en matière de SSR, on observe quand même de grandes

améliorations entre la baseline et la endline quant à la connaissance de trois bonnes pratiques par les A&J, filles et garçons (de 14% à la baseline à 32% à la endline), comme le montre le tableau ci-après.

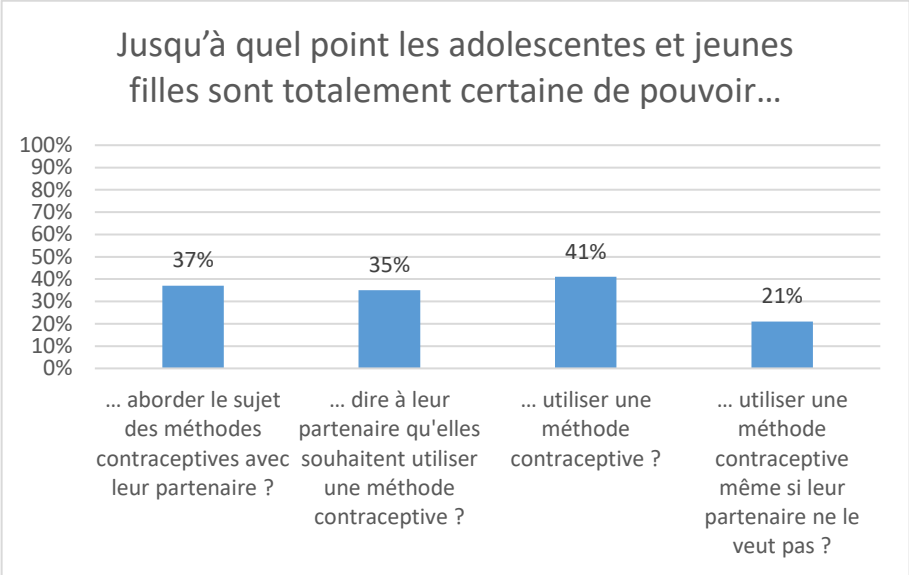
Tableau 5 : Pourcentage des A&J, filles et garçons, qui ont cité les bonnes pratiques en matière de SSR

	Filles		Garçons	
	Baseline	**Endline**	**Baseline**	**Endline**
Fréquenter les centres de santé pour recevoir les conseils sur la SSR/IST/VIH Sida et les méthodes PF	23%	39%	5%	45%
Faire régulièrement le test du VIH et connaitre le résultat	15%	23%	7%	40%
Avoir des rapports sexuels protégés avec condom	21%	29%	33%	56%
En parler avec son/sa partenaire	8%	31%	4%	34%
Eviter d'avoir des partenaires multiples	51%	73%	41%	63%

Source: Enquête auprès des ménages, mars 2021.

La proportion d'A&J, filles et garçons, enquêté-e-s qui affirment avoir entendu parler des différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse a connu une légère augmentation, en passant de 88% à la baseline à 91% à la endline. Parmi les A&J non marié-e-s enquêté-e-s, le pourcentage qui affirment savoir où se procurer des préservatifs féminins/masculins a connu une augmentation, en passant de 13% à la baseline à 42% à la endline pour les filles, et de 34% à la baseline à 61% à la endline pour les garçons.

Comme nous pouvons le voir dans le graphique ci-dessous, à la fin du projet (endline), il existe toujours un écart concernant l'efficacité personnelle des A&J filles à discuter et utiliser les méthodes contraceptives. Comme le démontre la section plus haut sur le pouvoir et l'autonomie décisionnelle des femmes et des adolescentes, les efforts devront se poursuivre sur les compétences de vie courante nécessaires à la mise en pratique des connaissances acquises durant le projet. Il faudra également prévoir des stratégies plus intentionnelles de mobilisation des hommes et des garçons.



Source: Enquête auprès des ménages, mars 2021.

Par ailleurs, les A&J, filles et garçons, semblent avoir moins de honte à parler de sexe entre eux-elles. Cela devient de moins en moins un sujet tabou, ce qui facilite la communication avec les prestataires de santé lors des visites dans les CS, surtout pour les garçons, reflétant aussi la perception des communautés face à la sexualité des garçons versus celle des filles.

> *« Je me rends facilement au centre de santé pour avoir des informations utiles pour ne pas enceinter ma fiancée. Les agents de santé me donnent des conseils que je mets en pratique. Par exemple, j'achète des pilules pour ma fiancée pour qu'elle ne tombe pas enceinte avant notre mariage. C'est moi qui aie fait ce choix parce que j'ai peur d'enceinter ma copine avant notre mariage. » (Pair éducateur de Kalalé, Profils roulants, mars 2019)*
>
> *« Généralement, les jeunes garçons viennent pour demander et savoir porter correctement le préservatif, donc quand ils viennent on profite pour leur faire l'IEC et aussi leur distribuer les préservatifs, trois par jeunes garçons. Mais il faut dire que les adolescentes viennent de plus en plus, ne serait-ce que pour demander comment faire pour ne pas tomber enceinte, mais elles ne restent pas longtemps, juste le temps de charger un peu les téléphones et elles s'en vont. Alors que les jeunes hommes restent plus longtemps. Tout le monde est au courant de l'existence de la salle des jeunes, donc ça ne pose pas vraiment problème. » (Agente de santé de Malanville, Profil roulants, mars 2021)*

Résultat immédiat 1120 : Accès accru à des services de santé adaptés à l'âge et au genre pour les adolescents, filles et garçons

Indicateurs		Données de base	Cibles du projet	Données de fin de projet	Écart avec la cible
% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) informé-e-s sur les méthodes de contraception	AF	17%	50%	67%	17pp
	AG	11%	50%	40%	-10pp
	JF	25%	50%	84%	34pp
	JH	19%	50%	56%	6pp
% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) informé-e-s sur les IST et le VIH/Sida	AF	12%	50%	51%	1pp
	AG	9%	50%	36%	-14pp
	JF	14%	50%	67%	17pp
	JH	15%	50%	50%	0pp
% agents de santé qualifiés (h/f) informés sur la SSRD des adolescentes et jeunes	F	6%	66%	74%	8pp
	H	17%	77%	91%	14pp
% agents de santé non-qualifiés (h/f) informés sur la SSRD des adolescentes et jeunes	F	32%	72%	82%	10pp
	H	48%	88%	90%	2pp

Informations sur les méthodes de contraception, les IST et le VIH/Sida

La proportion d'A&J, filles et garçons, qui se sentent informé-e-s sur les méthodes de contraception a beaucoup augmenté entre la baseline et la endline, surtout pour les filles (de 17% à la baseline à 67% à la endline pour les adolescentes ; de 25% à la baseline à 84% à la endline pour les jeunes filles). On observe également une plus grande demande pour les méthodes contraceptives. Parmi les méthodes contraceptives modernes, les plus utilisées par les A&J filles sont les implants (22% à la endline contre 6% à la baseline) et les injectables (7% à la endline contre 3% à la baseline). De plus, le taux d'utilisation des préservatifs par les A&J garçons non mariés pendant les derniers rapports sexuels ont augmenté à la endline (37% contre 28% à la baseline), ce qui est joue aussi par rapport à la lutte contre la propagation

du VIH et des IST. En effet, les A&J, particulièrement les filles, se sentent aussi mieux informé-e-s sur les IST et le VIH/Sida à la endline (de 12% à la baseline à 51% à la endline pour les adolescentes ; de 14% à la baseline à 67% à la endline pour les jeunes filles). Environ 71% des enquêté-e-s à la endline connaissent des endroits de dépistage du VIH/SIDA contre 48% des enquêté-e-s à la baseline. Ainsi, la proportion d'A&J, filles et garçons, qui ont déjà fait un test de dépistage pour les IST et le VIH a augmenté. Parmi les jeunes, à la baseline, seulement 24% des enquêté-e-s avaient déjà fait un test de dépistage du VIH et 5% un test de dépistage pour les autres IST. A la endline, ces taux sont passés à 39% pour le test de dépistage du VIH et 22% pour le test de dépistage pour les autres IST.

Tableau 6: Pourcentages par tranche d'âge et par sexe des enquêtés ayant déjà fait au moins une fois un test de dépistage du virus du sida et des autres IST

Infections		Période	Adolescent(e)s (15 à 19 ans)			Jeunes (20 à 24 ans)			Adultes (25 à 49 ans)		
			M	F	T	M	F	T	M	F	T
SIDA	Déjà fait un test	Endline	15,7	18,3	17,5	29,0	43,2	38,6	30,0	48,0	41,4
		Baseline	17,7	10,2	12,4	27,8	23,0	24,3	29,7	22,9	24,8
	Réception des résultats	Endline	87,0	73,9	77,6	90,5	73,7	77,9	96,5	71,7	78,2
		Baseline	86,5	76,4	80,6	89,1	77,7	81,3	94,1	87,1	89,5
Autres IST	Déjà fait un test	Endline	4,9	9,5	8,1	10,2	28,0	22,1	9,1	30,8	22,9
		Baseline	4,1	3,5	3,7	7,6	3,6	4,7	8,1	8,4	8,3
	Réception des résultats	Endline	88,2	80,6	82,0	100,0	68,3	73,1	96,2	64,9	69,4
		Baseline	100,0	64,0	75,7	93,3	52,6	70,6	85,7	78,4	80,4

Source: Enquête auprès des ménages, mars 2021.

Information des prestataires de santé sur la SSRD/SSRAJ

Les formations offertes aux 73 agent-e-s de santé qualifié-e-s (38 femmes et 35 hommes) et 43 agent-e-s de santé non qualifié-e-s (22 femmes et 21 hommes) ont entraîné l'amélioration des connaissances du personnel de santé sur la SSR/SSRAJ. Pour ce qui est des agent-e-s qualifié-e-s, 12% ont obtenu une note égale ou supérieure à 80% au pré-test, et 78% au post-test; ce taux était de 82% lors de la formation additionnelle donnée en année 3 aux agent-e-s de santé nouvellement en poste. Pour les agent-e-s non-qualifié-e-s, 40% ont obtenus une note de 80% au pré-test et 86% au post-test; ce taux était de 86% lors de la formation additionnelle donnée en année 3 aux agent-e-s de santé nouvellement en poste. A titre d'exemples d'éléments pour lesquels les agent-e-s de santé ont une meilleure connaissance, on peut citer :

- L'offre de services/prise en charge en matière de SSRAJ ;
- La maitrise des techniques de mise en confiance ;
- La maitrise des durées des différentes méthodes contraceptives ;
- Les maladies sexuellement transmissibles.

Au-delà des connaissances, on note également le changement d'attitudes des prestataires de santé face à la sexualité des A&J, filles et garçons, et leurs besoins en matière de SSRAJ.

> *« Nous maîtrisons mieux les thématiques liées à la SSRAJ. Nous avons des connaissances en counseling pour convaincre les adolescents et jeunes pour un service de SSR. Nous avons appris comment prévenir et prendre en charge les IST » ;*

« Le projet PROJEUNES m'a formé et j'ai compris beaucoup de choses. Au début, je pensais que c'est un projet qui encourage la prostitution, mais j'ai compris qu'il faut apprendre beaucoup. La SSRAJ n'est pas la prostitution mais la maîtrise de sa vie sexuelle et de son corps »
(Extraits des entretiens individuels avec les prestataires de santé, Évaluation des CS, mars 2021)

Par ailleurs, selon l'évaluation des CS, à la endline 11 CS sur 12 prennent en charge les VBG contre 6 CS sur 12 à la baseline.

« Avant je ne recevais pas les cas, je les référais directement à Malanville, mais depuis la formation à N'Dali, j'ai compris que je devais aussi prendre en charge les cas de VBG. Quand nous recevons ces cas, nous tenons informés les chefs de village et les chefs d'arrondissements[10] et aussi les policiers au besoin. » (Agente de santé de Malanville, Profils roulants, septembre 2020)

De plus, l'appui du projet a renforcé l'accessibilité aux données en matière de SSR/SSRAJ grâce aux registres disponibles selon les tranches d'âge. PROJEUNES a favorisé une bonne gestion confidentielle des dossiers des patient-e-s et des données SSR. Les registres pour la PF sont maintenant disponibles et sont tenus à jour. Les séances de cartes communautaires de performance (CCP) ont aussi permis de résoudre des problèmes à travers l'implication des populations dans le diagnostic et dans la recherche de solutions face aux problèmes diagnostiqués entre la communauté et les prestataires de services. L'objectif de cette approche était de faciliter la communication intégrée et de prendre en compte les insuffisances constatées par les populations. Comme activité de plaidoyer menée lors des CCP, les communautés ont négocié la gratuité de la PF et la diminution des coûts des bilans prénataux. Les actions menées par la communauté se sont traduites par un accroissement de la demande des services, surtout en matière de SSRAJ, comme par exemple pour les consultations prénatales, postnatales et de planification familiale et l'utilisation des produits contraceptifs.

2.1.3. Résultat intermédiaire 1200

Résultat intermédiaire 1200 : Protection accrue des droits des adolescentes dans les départements de l'Alibori et du Borgou

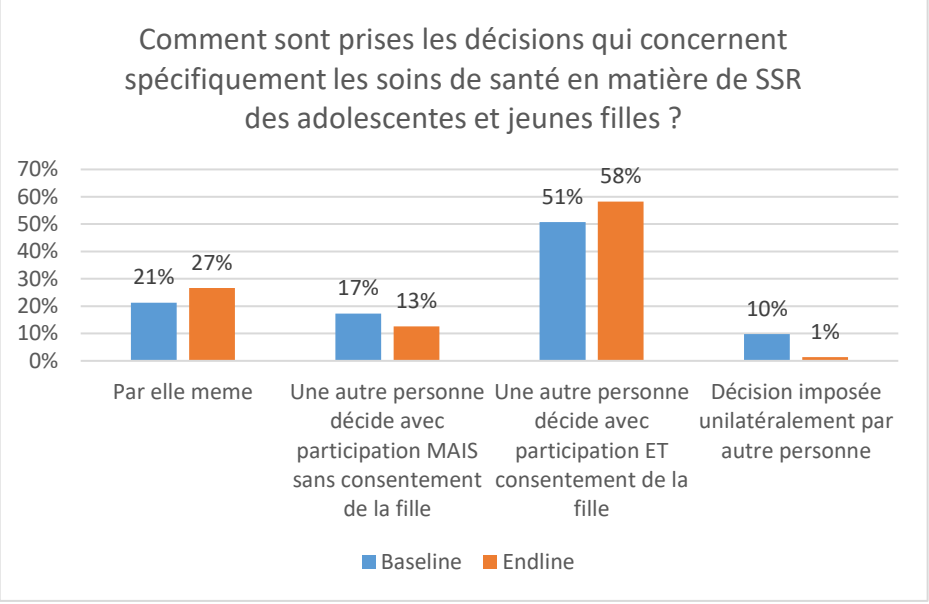
Indicateurs		Données de base	Cibles du projet	Données de fin de projet	Écart avec la cible
% adolescentes et adolescents (15-19 ans), JF/JH (20-24 ans), F/H (25-49 ans) qui ne sont pas d'accord avec les violences sexistes	AF	7%	32%	59%	27pp
	AG	32%	47%	74%	27pp
	JF	15%	40%	63%	23pp
	JH	30%	45%	75%	30pp
	F	16%	41%	54%	13pp
	H	52%	67%	79%	12pp
% de survivantes de MPFE ayant bénéficié du programme de soutien et qui se sentent autonomes	AF	0	80	26	-54

[10] Il est à noter qu'au Bénin, les CV et CA font partie du dispositif de référencement des cas de violences, tel que défini par le MASM.

Attitudes envers les violences sexistes

Pour cet indicateur, toutes les cibles du projet ont été dépassées, que ce soit pour les filles, garçons, femmes et hommes qui ne sont pas d'accord avec les violences sexistes, c'est à dire qui ont répondu « non », qu'il n'est pas justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans toutes les cinq situations suivantes : 1.Si elle sort sans le lui dire ; 2.Si elle néglige les enfants ; 3.Si elle argumente avec lui ; 4.Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ; et 5.Si elle brûle la nourriture. Les garçons et les hommes expriment plus souvent leur opposition aux violences sexistes (75% en moyenne) que les filles et femmes (60% en moyenne), une tendance aussi observée à la baseline. Cette reconnaissance de la non-acceptabilité de la violence par les hommes et les garçons est importante; il faudra cependant continuer à appuyer le changement de normes et de comportements face aux violences sexuelles et fondées sur le genre.

Un autre aspect lié aux DSSR, et particulièrement les VBG contre les femmes et les filles, c'est le pouvoir d'une femme de refuser des rapports sexuels avec son mari ou partenaire si elle est fatiguée ou n'a pas envie. Il y a eu une nette amélioration de la proportion de personnes qui sont en faveur du droit des femmes à disposer de leur corps. En moyenne, cette proportion est passée de 35% à la baseline à 60% à la endline pour les femmes et les filles, et de 45% à la baseline à 65% à la endline pour les hommes et les garçons. La prise de décision relative aux soins de santé en matière de SSR est un autre sujet concernant l'autonomie corporelle et la capacité de décider quand et si tomber enceinte. On note, sur le graphique ci-dessous, un petit changement initial sur la façon dont cette décision est prise. La prise de décision conjointe (avec le partenaire ou parent) est le mode décisionnel privilégié.



Source: Enquête auprès des ménages, mars 2021.

Programme de soutien et sentiment d'autonomie des filles survivantes de MPFE[11]

[11] Voir aussi la note technique 3 portant sur l'accompagnement par le projet des filles à risque et survivantes de MPFE.

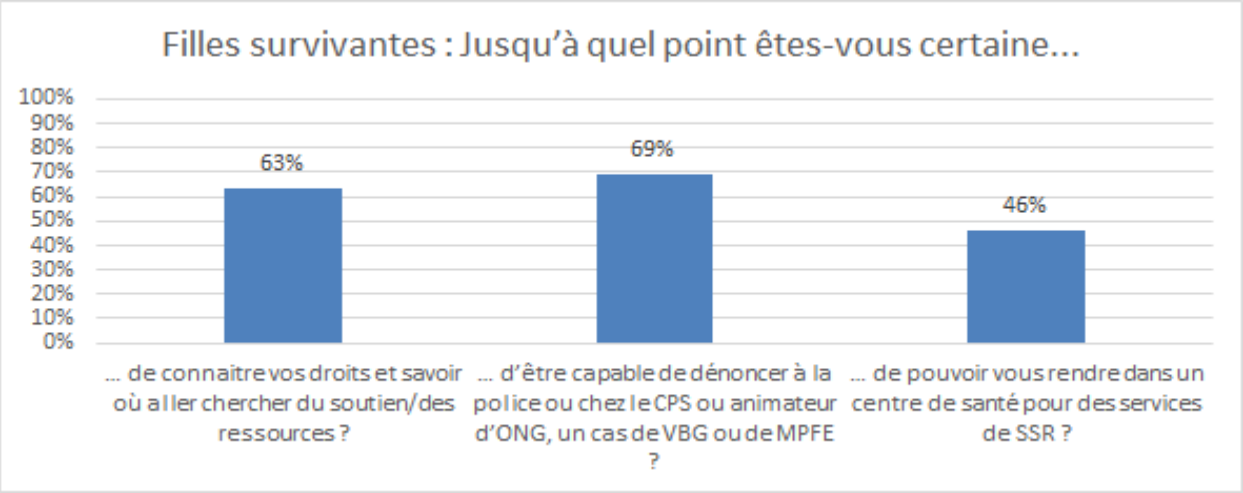
Deux catégories d'accompagnements ont été offerts aux filles survivantes de MPFE : l'accompagnement d'urgence et l'accompagnement à moyen et long terme.

1. L'accompagnement d'urgence a consisté en des dotations en vivres et/ou vêtements ou des appuis médicaux (paiement de frais médicaux en cas de violences par exemple, des frais de certificat médical, de bilans médicaux, d'analyses médicales, de médicaments/produits pharmaceutiques et de soins de santé). Il a aussi inclus des dotations en produits vestimentaires et kits et produits d'hygiène.
2. L'accompagnement moyen/long terme a consisté au paiement des frais liés à un accompagnement psychologique (entretiens individuels de chacune des filles avec le psychologue agréé du Centre intégré de prise en charge des cas de violences basées sur le genre (CIPeC-VBG) de Parakou), un accompagnement juridique et judiciaire (y compris pour une procédure policière et/ou d'établissement d'acte d'état civil), la réinsertion professionnelle ou scolaire de la survivante, ou pour le développement d'une activité génératrice de revenus (AGR). Il a aussi inclus des formations sur la SSRD/SSRAJ.

Au total, le projet a soutenu 99 filles survivantes de MPFE, dont 40 à Malanville, 14 à Karimama, 20 à Nikki et 25 à Kalalé. Parmi elles :

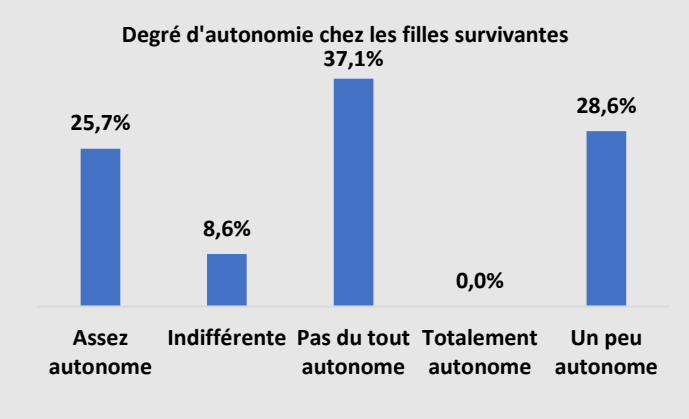
- 100% ont bénéficié d'un renforcement de leurs capacités sur les DSSR
- 100% ont reçu une dotation en vivres et/ou vêtements
- 94% ont bénéficié d'un appui psychologique
- 91% ont bénéficié d'une réinsertion professionnelle ou scolaire (68% professionnelle et 23% scolaire). 14% des filles enquêtées ont choisi la réinsertion scolaire car elles avaient été obligées de laisser l'école à cause du mariage précoce et forcé, tandis que 85% ont été orientées vers la réinsertion professionnelle et l'apprentissage d'un métier.
- 57% ont reçu un appui médical d'urgence
- 6% ont bénéficié d'un accompagnement médical
- 34% ont bénéficié d'un accompagnement juridique et judiciaire

Lors de l'évaluation, 63% des survivantes ont déclaré être totalement satisfaites du soutien reçu et 26% sont généralement satisfaites. D'autres changements positifs observés lié aux soutiens reçus par les adolescentes dans le cadre du projet sont par exemple, le fait qu'elles aient échappé aux VBG, ont de la nourriture, ont un endroit où vivre, ont accès aux soins de santé, ne travaillent plus dans les champs, ont de l'espoir pour leur avenir, ont « la paix du cœur ». Concernant les DSSR, plus de la moitié des filles survivantes sont totalement certaines de connaitre leurs droits et savoir ou aller chercher du soutien (63%) ; elles se sentent aussi capables de dénoncer un cas de MPFE (69%). Néanmoins, seulement 46% des survivantes rencontrées sont totalement certaines de pouvoir se rendre dans un CS pour des services de SSR.



Source: Évaluation des filles survivantes et filles à risque de MPFE, mars 2021.

La confidentialité, la discrétion et le respect de la dignité humaine ont été observés à toutes les étapes des différents processus d'accompagnement de ces survivantes. Un travail de fonds a été fait par le projet pour mettre en place des réseaux de référence dans les communautés pour la protection et l'accompagnement des filles à risque ou survivantes de MPFE et de VBG. Parmi eux, les parents de référence, qui ont essentiellement pour rôle la médiation pour la réinsertion sociale des survivantes, souvent confrontées au rejet de leurs familles et/ou de leurs communautés. L'équipe du projet s'est également assurée de respecter les principes directeurs en matière de protection de l'enfant et l'approche « ne pas nuire/*do no harm* ».



En termes d'autonomie, aucune adolescente survivante de MPFE ne se sent totalement autonome, mais 26% des survivantes se sentent assez autonomes après reçu l'appui du projet[12]. Celles qui se sentent autonomes justifient cela par le fait qu'elles apprennent un métier pour s'assumer plus tard ; aux renforcements de capacités dont elles ont bénéficié du projet par rapport à leur vie sexuelle ; à la possibilité pour elles d'aller au CS pour rechercher de l'information sur la SSR et adopter une méthode de contraception afin de finir leur apprentissage sans crainte d'une grossesse non désirée. Certaines filles survivantes ont abordé l'autonomisation sous l'ange du développement de l'estime/confiance en soi grâce aux formations qu'elles ont reçues du projet et enfin l'environnement protecteur que leur garantit le projet à travers l'accueil par les parents sociaux, les patronnes et le foyer des filles de Malanville.

[12] Il est à noter que cette proportion est calculée par rapport à l'échantillon des 35 filles survivantes rencontrées lors de l'évaluation (sur les 99 accompagnées en tout par le projet).

Résultat immédiat 1210 Capacité améliorée des communautés sur le traitement des questions de genre et les droits liés aux MPFE

Indicateurs		Données de base	Cibles du projet	Données de fin de projet	Écart avec la cible
% F/H (25-49 ans) qui peuvent citer au moins 3 bonnes pratiques en matière de SSR	F	20%	50%	31%	-19pp
	H	12%	50%	44%	-6pp
# filles vulnérables à risque de mariages précoces et forcés soutenues par des FaFaWa	AF	0	80	157	77
% F/H (25-49 ans) ayant des connaissances sur les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles	F	20%	50%	40%	-10pp
	H	39%	70%	63%	-7pp

Connaissances sur la SSR et les DSSR des femmes et des filles

Selon les données de l'enquête auprès des ménages, les adultes ont augmenté leurs connaissances sur la SSR au cours du projet, bien que l'augmentation ait été inférieure à la cible. Ainsi, un plus grand nombre des parents connaissent au moins trois bonnes pratiques en matière de SSR (de 20% à la baseline à 31% à la endline pour les femmes 25-49 ans ; et de 12% à la baseline à 44% à la endline pour les hommes de la même tranche d'âge). De même, on observe une augmentation de la proportion de femmes et d'hommes enquêté-e-s (25-49 ans) qui ont répondu « oui » à toutes les sept questions sur les DSSR des femmes et des filles, bien qu'au-dessous de la cible (de 20% à la baseline à 40% à la endline pour les femmes, et de 39% à la baseline à 63% à la endline pour les hommes)[13]. Les questions ont porté sur le droit des femmes à refuser d'avoir des rapports sexuels avec leur mari/partenaire dans les situations suivantes : a) si elle sait qu'il a une maladie ou infection sexuellement transmissible; b) si elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ; c) si elle a récemment accouché ; d) si elle est fatiguée ou n'a pas envie ; e) s'il se met en colère contre elle si elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui ; f) s'il menace de lui faire du mal si elle n'a pas de relations sexuelles avec lui ; et g) s'il menace d'avoir des relations sexuelles avec d'autres femmes si elle n'a pas de relations sexuelles avec lui.

L'augmentation des connaissances s'est traduite par une amélioration des attitudes envers les adolescent-e-s. Plusieurs parents permettent aux adolescents de fréquenter les clubs de jeunes. Également, un nombre accru de parents accepte que les filles étudient et apprennent un métier avant le mariage.

> *« Il y a quelques années, une fille survivante de mariage était ignorée, rejetée, maudite, embrouillée par sa famille, ce qui la met mal à l'aise, mais aujourd'hui grâce à la formation reçue de PROJEUNES, c'est la famille elle-même qui encourage la survivante à aller en apprentissage afin d'être autonome lorsqu'elle va vouloir se marier. » (Extrait d'un entretien individuel avec un parent de référence, Analyse contextuelle, mars 2021)*

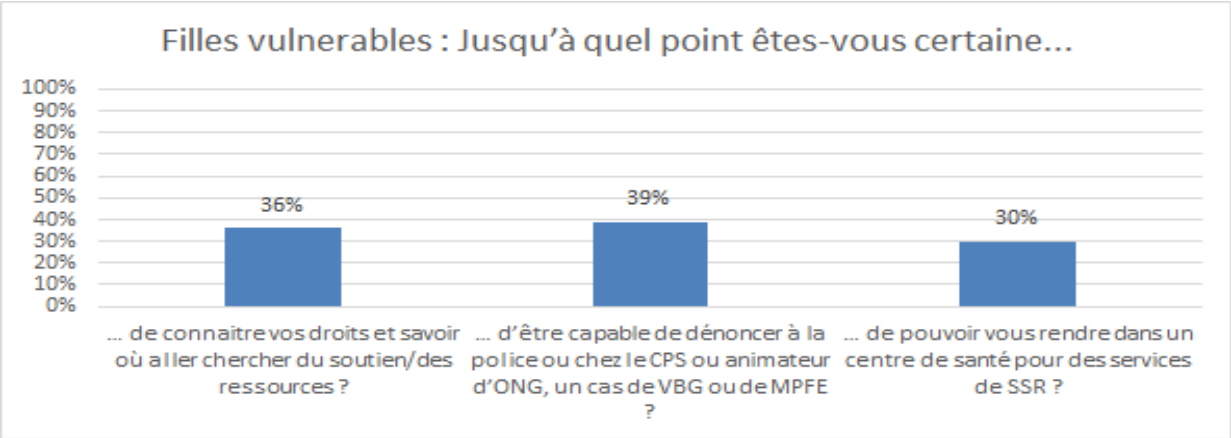
[13] Plusieurs raisons pourraient expliquer le fait que l'augmentation des connaissances soit plus marquée pour les hommes que pour les femmes. Au début du projet, les hommes étaient beaucoup plus exposés à l'intervention du projet à travers leur présence aux dialogues communautaires (avec les groupements d'hommes, les groupements de jeunes garçons, les groupements mixtes); c'était également le cas pour les dialogues intergénérationnels et les discussions avec les leaders alliés et leaders opposants.

Les évaluations qualitatives montrent aussi une augmentation des signalements des cas de MPFE, surtout de la part des participant-e-s intermédiaires du projet : parents de référence, pair-e-s éducateurs-rices, membres des groupements FaFaWa, et leaders des clubs de jeunes scolaires et extrascolaires ; bien qu'il y ait encore des normes et croyances socioculturelles qui rendent les signalements plus difficiles vu que celles-ci pourraient générer des contrecoups. Par exemple, il y a toujours la perception que les femmes qui utilisent la contraception sont des « prostituées » et que les survivantes de MPFE sont « gâtées ». Cette perception et les risques potentiels réels encourus par les jeunes filles mariées souhaitant utiliser la contraception démontrent des barrières encore bien réelles vécues par celles-ci.

> *« Aussi, lorsque nos enfants prennent des grossesses hors mariage c'est une honte pour nous et la famille c'est pourquoi on n'attend pas qu'elles atteignent 18 ans pour les marier. Le mariage forcé et précoce est dangereux mais ici chez nous souvent ceux sont les hommes qui forcent les enfants à se marier même quand la maman est contre parce que ce sont eux qui prennent les décisions le plus souvent. […] Les filles et les femmes pour ne pas tomber enceinte utilisent les méthodes contraceptives. C'est une bonne chose pour les femmes mariées mais pour les jeunes filles c'est bon d'une part parce qu'elles ne feront pas d'enfant hors mariage, d'autre part c'est une mauvaise chose parce que certaines en profite pour faire la prostitution. » (Extrait d'un entretien individuel avec un parent de référence, Analyse contextuelle, Mars 2021)*

Soutien des filles vulnérables et à risque de MPFE par les groupements FaFa Wa

Les groupements FaFaWa ont été utilisés pour faciliter la réinsertion sociale des filles vulnérables et à risque de MPFE. Ainsi, sur toute la durée du projet, 157 filles ont été appuyées par les groupements. 100% des filles rencontrées à la fin du projet ont déclaré avoir bénéficié d'un renforcement de leurs capacités sur les DSSR et d'un appui pour le développement d'une AGR. 56% des filles vulnérables sont totalement satisfaites des services reçus et 42% sont généralement satisfaites. D'après ces filles, l'AGR leur permet de se nourrir elles-mêmes sans attendre quelqu'un, de se vêtir, d'épargner, de venir en aide à leurs proches en cas de besoin, surtout les besoins de soins de santé. 50% des filles vulnérables soutenues par les groupements Fafa Wa se sentent autonomes à la suite du soutien dont elles ont bénéficié. Elles justifient cela par le pouvoir qu'elles ont désormais à satisfaire financièrement leurs besoins de base. Celles qui ne se sentent pas autonomes justifient cela par leur manque de pouvoir de décision. Aussi, une fille vulnérable sur trois a déclaré être totalement certaine de connaître ses DSSR et savoir où aller chercher du soutien (36%), d'être capable de dénoncer un cas de MPFE (39%) ou pouvoir se rendre dans un SSR pour des services de SSR (30%).



Source: Évaluation des filles survivantes et filles à risque de MPFE, mars 2021.

Se joindre à un groupe d'épargne est une opportunité très intéressante pour les A&J, qui peuvent ainsi bénéficier d'opportunités d'accompagnement de leur AGR plus formelles (comme des formations par exemple) mais aussi du pouvoir inspirant et soutenant d'un groupe. Elles augmentent ainsi leur réseau et sont moins isolées. Il est également important pour la durabilité de l'intervention que les adolescentes, notamment celles non-mariées, puissent avoir les mêmes rôle et pouvoir décisionnel que les autres membres du groupement. En effet, en général, la majorité des membres des groupements (72%) sont âgées de 25 à 49 ans.

Résultat immédiat 1220 Disponibilité accrue des services pour les adolescentes survivantes de MPFE

Indicateurs		Données de base	Cibles du projet	Données de fin de projet	Écart avec la cible
% acteurs des services de protection de l'enfant (h/f) formés sur l'accompagnement des survivantes de MPFE	F	0%	60%	52%	-8pp
	H	9%	69%	71%	2pp
% membres FaFaWa qui se sentent outillées pour soutenir et protéger les filles survivantes de MPFE	F	20%	60%	84%	24pp

Renforcement des capacités des acteurs des services de protection pour l'accompagnement des filles survivantes de MPFE

L'évaluation des quatre CPS appuyés par le projet montre des améliorations par rapport à la qualité des services offerts aux survivantes de MPFE et une meilleure gestion des documents et données. Les formations données aux agent-e-s des CPS ont généré l'acquisition de nouvelles connaissances, la connaissance approfondie des droits des enfants, des VBG et des MPFE et une meilleure appropriation des documents de protection des enfants. Les agent-e-s ont reporté l'amélioration de l'écoute des adolescent-e-s en général et des filles survivantes de MPFE et de VBG en particulier, et le fait qu'ils-elles y accordent plus d'attention en raison des formations reçues. Les agent-e-s rencontré-e-s lors de l'évaluation ont également reporté une meilleure maîtrise des comportements et attitudes à adopter face à une survivante de MPFE, évitant ainsi de la revictimiser. De plus, trois des quatre chefs CPS rencontrés ont déclarés que les adolescent-e-s peuvent maintenant se rendre dans les CPS sans un accompagnement. Cela a eu notamment comme conséquence, une augmentation du nombre de survivant-e-s enregistré-e-s par les CPS. Les agent-e-s CPS ont également noté une amélioration du niveau de sécurisation des dossiers des survivantes, la bonne organisation de la gestion des données et l'adoption de bonnes pratiques d'archivage des dossiers.

Concernant les communautés, les agent-e-s CPS ont mentionné l'augmentation de la visibilité des actions des CPS et une meilleure compréhension des prérogatives et rôles des CPS, loin d'être des polices mais plutôt des personnes qui collaborent avec la police. Ça a contribué à l'augmentation des signalements des cas de MPFE aux CPS. Il reste cependant une perception dans les communautés que la répression (en ayant recours à la police notamment) règle plus rapidement les cas de MPFE que les instances traditionnelles.

Renforcement des capacités des membres des groupements FaFa Wa pour l'accompagnement des filles survivantes ou à risque de MPFE

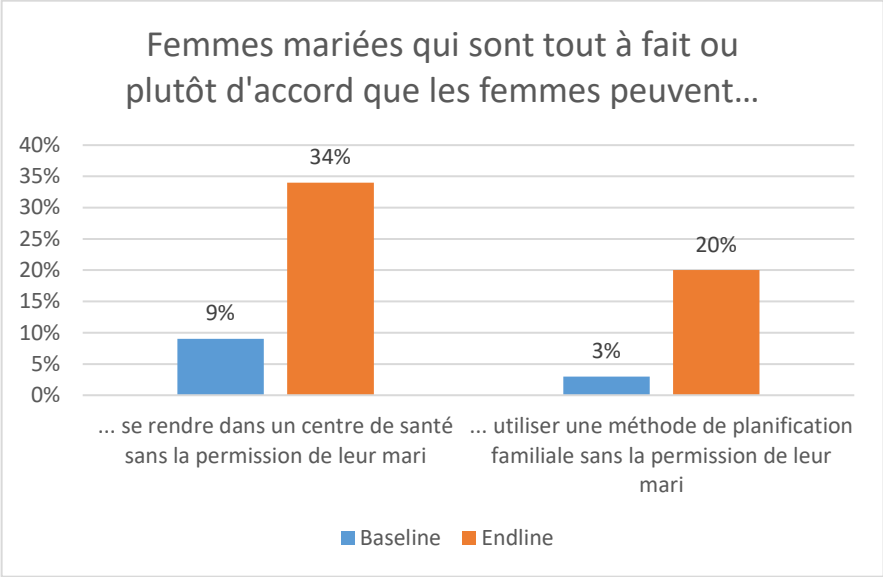
Plusieurs activités ont contribué à outiller les groupements FaFa Wa pour soutenir les filles survivantes ou à risque de MPFE. Il s'agit : 1) des dialogues communautaires, qui visent l'amélioration des capacités des communautés pour le traitement des questions de genre et les droits liés aux MPFE par l'éducation sur les droits des femmes et des filles pour les A&J, filles et garçons, et les hommes, femmes et leaders communautaires et traditionnels. Ils sont menés par les catalyseurs, avec l'appui des ONG partenaires, en utilisant l'approche SAA; 2) de la formation des groupements FaFa Wa sur la réintégration des survivantes et de leur dotation en matériel pour accroitre leur AGR ; et 3) de l'insertion des filles vulnérables dans les groupements FaFa Wa et la pratique de l'approche FaFa Wa par les groupements. En effet, les groupements FaFa Wa permettent aux femmes d'épargner en commun et de disposer de ressources suffisantes pour développer des AGR ou subvenir à leurs besoins et ceux de leur famille. En fournissant aux femmes un accès à des services financiers tels que l'épargne ou le crédit, les FaFa Wa sont un premier pas pour elles vers l'autonomisation économique puis vers une insertion professionnelle plus durable. Le développement d'AGR permet aux femmes les plus vulnérables de sortir progressivement de la pauvreté et de renforcer leur résilience en cas de crises majeures. L'autonomisation économique ouvre ensuite la voie vers une émancipation plus complète des femmes. En devenant autonomes financièrement, les femmes sont davantage décisionnaires de leur propre destin. Les FaFa Wa sont utilisés comme des creusets d'échanges et de discussions pour déconstruire les normes socioculturelles liées à la pratique des MPFE, dénoncer ces pratiques, et alerter les instances locales de protection de l'enfant sur toutes les intentions ou effets d'annonce de MPFE dans leurs communautés.

A la suite de l'évaluation des FaFa Wa (endline), 84% des membres des groupements FaFa Wa enquêtées ont déclaré être outillées et avoir les connaissances et compétences nécessaires pour soutenir une survivante contre 20% à la baseline. De plus, 77% des femmes sont totalement certaines de pouvoir s'opposer à leur mari s'il décidait de donner leur fille mineure (moins de 18 ans) en mariage. Néanmoins, certaines femmes ont encore du mal à signaler les cas de MPFE, à cause notamment du regard social. Elles ont mentionné entre autres :

- La peur des représailles de la part de la famille, la communauté, les parents et le mari de la survivante ou sa belle-famille ;
- La peur de certains leaders du village qui sont aussi responsables de plusieurs cas de MPFE;
- La peur d'être chassée du foyer par leurs maris;
- La peur de non-respect de confidentialité en cas de dénonciation.

De plus, le besoin de renforcer le pouvoir décisionnel au sein des foyers existe encore vu qu'un petit pourcentage des femmes membres des groupement FaFaWa sont impliquées habituellement dans les décisions au sein de leur ménage. 5% des femmes ont répondu "vous" ou "votre conjoint et vous ensemble" a toutes les neuf questions sur le responsable pour la prise de décision dans le ménage à la endline. Les questions concernaient, par exemple, les décisions relatives à la gestion de l'argent qu'elle-même gagne, aux achats importants du ménage et aux soins de santé liés à la SSR. Selon les données de l'enquête ménage, il n'y a pas de progrès significatifs dans ce domaine. Dans le même sens, les femmes membres des groupements FaFaWa déclarent majoritairement (80%) qu'elles ne croient pas qu'une

femme peut aller dans un CS ni utiliser une méthode contraceptive sans la permission de son mari. Cependant, si l'on regarde les données de l'enquête auprès des ménages, nous obtenons une perspective plus nuancée comme le montre le graphique ci-dessous.



Source: Enquête auprès des ménages, mars 2021.

Ainsi, même si les femmes ont augmenté leur connaissances et compétences nécessaires pour soutenir une survivante, elles n'ont pas encore toujours le pouvoir décisionnel pour mettre en pratique les compétences acquises.

2.1.4. Résultat intermédiaire 1300

Résultat intermédiaire 1300 : Politiques et programmes du gouvernement et de la société civile renforcés sur les mariages précoces et forcés d'enfants, les VBG et la SSRD

Indicateurs	Données de base	Cibles du projet	Données de fin de projet	Écart avec la cible
Existence de politiques favorables à la SSR des adolescents	8	8	8	0
# Recommandations formulées pour promouvoir les DSR des adolescents et jeunes, filles et garçons, et prévenir les MPFE	0	15	35	20

Politiques favorables à la SSR des adolescents

Le projet n'avait pas pour aspiration de créer ou changer des lois. Une revue de la littérature avait été effectuée en année 1. Au total, ce sont huit lois, décrets, stratégies, programmes et plans d'actions qui

avaient été analysées[14]. Le choix de ces textes s'est fait selon la pertinence par rapport aux thématiques du projet, à savoir : 1) les MPFE, 2) la SSRAJ et les droits connexes et 3) les VBG. Il s'est agi d'effectuer une analyse des documents identifiés par l'équipe de projet et de leur application au Bénin, afin d'établir leur concordance avec les normes et standards internationaux relatifs aux trois thématiques identifiées. Ainsi, la revue a permis d'évaluer la façon dont les documents identifiés traitent les adolescents et jeunes en ce qui concerne la protection contre les MPFE, l'accès aux services de SSR, le respect des DSSR et la protection contre les VBG, d'une part, et l'alignement des textes nationaux avec les normes et standards régionaux et internationaux en matière de protection des droits des adolescents et jeunes, notamment les DSSR, et la protection contre les MPFE et les VBG d'autre part. Malgré l'existence d'un environnement légal favorable à la santé et aux DSSR des A&J, cela ne permet pas de leur donner les moyens d'accéder aux services en SSR et de les protéger efficacement contre les MPFE et les VBG. En effet, outre les enjeux contextuels du pays (faible niveau d'éducation des filles, pauvreté, etc.), plusieurs limites de ces textes avaient été soulignées. Les interventions du projet ont permis d'agir sur plusieurs d'entre elles.

Le fait que la plupart de ces documents n'aient pas été vulgarisés auprès des populations ou ne sont pas élaborés dans un langage accessible au plus grand nombre par exemple, d'où un faible niveau de connaissance de leurs droits par les A&J. Le projet a contribué à améliorer la connaissance de ces textes et lois par les populations comme détaillé précédemment (voir résultat immédiat 1110).

Aussi, le fait que les dispositions pour garantir la qualité des services fournis et de faire respecter les normes et standards énoncés dans les différentes politiques et stratégies nationales faisaient défaut dans de nombreuses structures, dont les CS et CPS. Le projet a contribué à améliorer cet état de fait à travers les divers appuis apportés aux CS et CPS et aux prestataires de service. En témoigne, par exemple, la proportion des A&J satisfaits des services SSR reçus qui atteint presque 100% des A&J, surtout les filles, interrogé-e-s en fin de projet lors de l'enquête auprès des ménages (99% des adolescentes, 98% des jeunes femmes).

Ainsi, pendant toute la durée de mise en œuvre, l'équipe de projet a travaillé avec les partenaires à faire mieux connaître et à vulgariser le contenu de ces textes. Les rencontres des CCP ont notamment permis de faire un plaidoyer auprès des autorités départementales pour faciliter l'accès des A&J aux services de SSR dans les CS. Le projet a permis la signature de deux notes de services en faveur de la gratuité des méthodes contraceptives dans les zones sanitaires de Malanville-Karimama (ZS/MK) et Nikki-Kalalé-Pèrèrè (ZS/NKP). Cette mesure est effective dans la ZS/NKP depuis janvier 2021 suite à la Décision N°002(bis)/2021/MS/DDS-B/ZS-NKP/CAR/SA) du 04 janvier 2021. Au niveau de la ZS/MK, la décision de gratuité de la PF a été également prise et est appliquée depuis le 1er janvier 2021. Cependant, malgré l'effectivité de la gratuité, cette décision n'est pas encore formalisée. Elle devrait l'être en juin 2021 puisqu'il s'agit d'un acte collégial à prendre avec l'EEZS et le comité de santé à la session de juin 2021.

[14] Il s'agit de : la Loi n°2015-08 portant code de l'enfant en République du Bénin ; la Loi n°2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction ; la Loi n°2011-26 du 09 janvier 2011 portant prévention et répression des violences faites aux femmes ; le Décret n°2012-228 du 13 aout 2012 portant création, composition, attributions et fonctionnement des centres intégrés départementaux de coordination pour la prise en charge des victimes et survivant-e-s de VBG ; la Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin 2010-2020 ; la Stratégie nationale multisectorielle de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes 2018-2022 ; du Programme et Plan d'action pour la mise en œuvre de la Politique nationale de promotion du genre au Bénin 2010-2015.

REPUBLIQUE DU BENIN
MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DU TRAVAIL ET DE LA REFORME ADMINISTRATIVE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

ARRÊTE INTERMINISTERIEL

REÇU LE 24 JAN. 2008

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE DU BORGOU
ZONE SANITAIRE NIKKI-KALALE-PERERE

NOTE DE SERVICE

Objet : Mise en œuvre de la gratuité de l'offre des services de planification familiale

Recommandations formulées pour promouvoir les DSR des A&J, filles et garçons, et prévenir les MPFE

Les recommandations sont incluses dans les trois notes techniques produites par l'équipe de projet (voir extrant 1311 et les notes techniques en annexes 7, 8 et 9 du présent rapport).

La note technique 1 inclue 23 recommandations, la note technique 2 inclue 6 recommandations, et la note technique 3 inclue 6 recommandations. Elles ont été formulées en direction des autorités béninoises (niveaux central et décentralisés, notamment le MS et ses structures déconcentrées, le MASM et ses structures déconcentrées et le MESTFP et ses structures déconcentrées, mais aussi des autorités locales (mairies, chefs d'arrondissement, chefs de village, etc.) et des acteurs communautaires.

Résultat immédiat 1310 Capacité accrue du gouvernement à promouvoir les droits sexuels et reproductifs des adolescents et prévenir les MPFE

Indicateurs	Données de base	Cibles du projet	Données de fin de projet	Écart avec la cible
# actions de plaidoyer mises en œuvre pour promouvoir les DSR des adolescents et jeunes, filles et garçons, et prévenir les MPFE	0	6	16	10
# OSC représentées dans les cadres de concertation départementaux	Alibori : 2 Borgou : 4	Alibori : 2 Borgou : 4	Alibori : 6 Borgou : 17	Alibori : 4 Borgou : 13
# OSC représentées dans les cadres de concertation communaux	Malanville : 10 Karimama : 6 Nikki : 8 Kalalé : 3	Malanville : 10 Karimama : 6 Nikki : 8 Kalalé : 3	Malanville: 13 Karimama : 2 Nikki : 9 Kalalé : 7	Malanville : 3 Karimama : -4 Nikki : 1 Kalalé : 4

Actions de plaidoyer mises en œuvre avec les organisations de jeunes

Sur toute la durée du projet, 16 actions de plaidoyer ont été menées avec les organisations de jeunes, avec l'appui de Youth Coalition, pour promouvoir les DSSR et la SSRAJ, filles et garçons, et pour prévenir les MPFE au Bénin (voir les détails des activités dans le tableau en Annexe 10 du présent rapport). Ces

actions ont mobilisé de multiples acteurs clés, dont des élus locaux, des leaders communautaires et religieux, des associations de jeunes, des jeunes des communautés touchées, et les directions départementales du MS, du MESTFP et du MASM.

Représentation des OSC dans les cadres de concertation départementaux et communaux

Les OSC participantes aux rencontres des différents cadres de concertation sont présentées ci-après :

Cadre de concertation	Départements	Acteurs participants
Cadres départementaux de la SSRAJ	Borgou	• Consortium ABPF-ABMS-CARE Bénin/Togo (Projet PSDSR) • ABPF (Agence béninoise pour la promotion de la famille) • DEDRAS ONG (Organisation pour le développement durable, le renforcement et l'autopromotion des structures communautaires) • MAJ (Mouvement d'action des jeunes) • RBA (Réseau des Bénévoles de l'APESSA) • Association BARIKA
	Alibori	• MAJ (Mouvement d'action des jeunes) • ABPF (Agence béninoise pour la promotion de la famille)
Cadres communaux de Protection des Enfants	Borgou	• Nikki : CUSO/APEM (Association pour la protection de l'enfance malheureuse), DEDRAS, VEE • Kalalé : DEDRAS, VEE, Equi'Fille
	Alibori	• Malanville : DEDRAS, SIAN'SON, CARITAS, Foyer Don Bosco, APEM • Karimama : DEDRAS

Résultat immédiat 1320 Participation accrue des adolescents, filles et garçons, aux politiques et programmes sur la SSR des adolescents et jeunes et les MPFE

Indicateurs	Données de base	Cibles du projet	Données de fin de projet	Écart avec la cible
#/% adolescents/adolescentes (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) qui se sentent outillés pour faire du plaidoyer sur les MPFE	45%	90%	91%	1pp
# indicateurs identifiés pour évaluer les questions prioritaires lors des CSC	0	5	27	22
# d'organisations et de réseaux locaux des droits des femmes faisant progresser la SSRD qui bénéficient d'un soutien du projet	0	1	1	0

Renforcement des capacités des A&J sur le plaidoyer

Une formation sur le plaidoyer a été organisée en année 2 avec les organisations de jeunes. Au total, 11 participant-e-s (7 filles et 4 garçons) issu-e-s de six organisations impliquées activement dans l'amélioration de la SSRAJ et des survivantes de MPFE y ont pris part : les Jeunes de la Santé Sexuelle et Sécurité (JS3), Le Parlement des Jeunes du Bénin (PJB), Scoutisme Béninois, Jeunes Volontaires pour la

Santé (JVS), Organe Consultatif du Bénin (OCJ) et le Réseau Ouest Africain des Jeunes Femmes Leaders du Bénin (ROAJELF). La formation a été donnée en deux sessions par YC, en juin et aout 2019. Au cours de la formation, les participant-e-s ont été évalué-e-s sur le fait de se sentir outillé-e-s ou non pour faire du plaidoyer sur les MPFE. Cette évaluation a été effectuée sous forme d'un pré-test, administré au début de la première formation, et d'un post-test, administré à la fin de la deuxième formation.

Cartes communautaires de performance (CCP)

L'approche CCP permet de : réunir les membres de la communauté, les prestataires de service et le gouvernement local afin d'identifier les défis liés à la qualité des prestations et à l'utilisation de services ; trouver ensemble des solutions aux problèmes ; et travailler en partenariat pour mettre en œuvre et faire le suivi de l'efficacité de ces solutions dans une démarche qui vise l'amélioration continuelle de la qualité. Les CCP réalisées au cours du projet, en années 2 et 3 ont visé notamment : 1) un renforcement de la responsabilisation et la transparence des systèmes de santé et sociaux dans le nord du Bénin ; et 2) un soutien à la participation des citoyens aux processus décisionnels liés à la prestation des services de santé et sociaux. Les activités entrant dans ce processus, qui impliquaient les membres de la communauté, les autorités locales et le personnel des CS et des CPS, encourageaient la responsabilité de la communauté au sein du système de santé et du système social, et encourageaient les membres de la communauté à exiger (dans un dialogue continu, respectueux et facilité) de meilleurs services en respect de leur droit à la santé. La mise en œuvre des actions pour corriger les goulots et le suivi régulier (incluant la tenue de séances de CCP tous les six mois) ont permis d'améliorer la qualité de l'offre de services de SSR adaptés aux A&J, filles et garçons, et de l'appui psychosocial offert aux survivantes de MPFE. Le processus des CCP, qui inclut des échanges multisectoriels et encourage la prise en compte de la voix des femmes, constituait aussi un espace de plaidoyer pour la promotion des DSSR des A&J et la disponibilité des espaces conviviaux pour l'offre de ces services.

Quatre cycles de CCP ont été menés sur toute la durée du projet, deux en année 2 et deux en année 3. Il s'agissait d'évaluer, d'une part, avec les prestataires de santé, « l'offre des services de SSR adaptés aux adolescents et jeunes, filles et garçons »); et, d'autre part, avec les agents des CPS, « l'accompagnement psychosocial des survivantes de MPFE ». Il est à noter que le nombre d'indicateurs évalués varie d'une commune à une autre, en fonction des défis rencontrés et pour lesquels l'offre de service devrait être améliorée. Vingt-sept indicateurs ont été retenus pour les quatre communes. Parmi eux, 13 ont été atteints et 5 ont été améliorés.

Indicateurs atteints	1. Disponibilité des produits PF dans les centres de santé 2. Accueil dans les CS 3. Nombre d'espace-jeunes équipés 4. Nombre de survivantes prises en charge 5. Nombre d'appuis apportés aux survivantes 6. Nombre de Suivi des survivantes 7. Nombre de filles survivantes réintégrées dans les Fa Fa Wa 8. Coût des méthodes de PF 9. Coût des produits PF 10. Disponibilité et accès aux services de PF par les A&J 11. Connaissance des services offerts par le CPS en lien avec l'accompagnement des survivantes

	12. Disponibilité financière pour l'accompagnement des survivantes 13. Disponibilité permanente de fonds de prise en charge des survivantes de MPFE
Indicateurs améliorés	14. Fréquentation des centres de santé (cadre aménagé) par les A&J 15. Fréquentation des espaces-jeunes 16. Fréquentation des services de PF dans les CS par les A&J 17. Dénonciation des cas de mariage d'enfant 18. Identification des cas de mariage d'enfant
Indicateurs identifiés (à améliorer)	19. Système de garde dans les CS 20. Collaboration des parents des survivantes et des communautés avec les agent-e-s du CPS 21. Existence de centres d'accueil et de protection de l'enfant (CAPE) 22. Diversification des corps de métiers pour les survivantes 23. Disponibilités des actes de naissances 24. Identification des cas des MPFE 25. Encadrement familial des enfants 26. Disponibilité des actes des naissances 27. Encadrement des enfants par les parents

Réseau local des droits des femmes faisant progresser la SSRD

Pendant toute sa mise en œuvre, le projet a travaillé avec le Réseau ouest-africain des jeunes femmes leaders du Bénin (ROAJELF) qui a été identifié par Youth Coalition pour l'appuyer dans la mise en œuvre des activités de plaidoyer avec les organisations locales de jeunes. Le Réseau a été créé en 2009 avec l'appui du Centre de la CEDEAO pour le Développement du Genre (CCDG) au Sénégal. Au Bénin, le Réseau a été installé le 14 juin 2012. C'est un cadre de concertation permanent pour les jeunes femmes leaders en vue de se concerter de manière permanente sur l'évolution des activités et actions de leurs pairs, notamment dans les aspects sociaux (santé reproductive, éducation pour le développement, paix et intégration économique). Le ROAJELF a pour mission de développer pleinement le potentiel de citoyenneté des jeunes femmes en vue de favoriser leur participation aux processus de décisions et au développement de la sous-région.

En tant qu'organisation de la société civile ouest africaine, le ROAJELF ambitionne d'être un outil de mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté en Afrique de l'Ouest à travers la promotion de la jeunesse en général et de la jeune femme en particulier dans tous les programmes et projets et à tous les niveaux de réflexion et d'action. Le réseau mène ses activités sur fonds propres mais bénéficie aussi du soutien de quelques partenaires techniques et financiers comme ABMS, UNFPA, Oxfam, UNOWAS, CEDEAO etc.

Dans le cadre de PROJEUNES, l'organisation a bénéficié également d'une subvention en année 2 pour mettre en œuvre son projet « Le mariage, pas maintenant ! ». Le projet alliait plaidoyer et informations pour un résultat ultime visant à ce que les jeunes soient à l'abris des VBG, y compris les MPFE. Les activités du projet étaient complémentaires de celles déjà mises en œuvre par l'équipe de PROJEUNES et par le gouvernement Béninois dans leur lutte pour la prévention des MPFE dans la commune de Malanville. Dans le but d'augmenter les actions de plaidoyer et de leadership féminin, il s'agissait d'impliquer les élus locaux, les leaders communautaires, y compris les associations de jeunes, pour s'assurer d'une synergie multi-acteurs contre l'injustice dont sont victimes les filles de 15 à 24 ans dans l'Alibori.

2.2. Changements apportés à la théorie du changement, au modèle logique et au cadre de mesure du rendement

2.2.1. Changements apportés à la théorie du changement

Aucun changement n'a été apporté à la théorie du changement.

2.2.2. Changements apportés au modèle logique

En se basant sur les leçons apprises au fur et à mesure de la mise en œuvre du projet, certains ajustements mineurs ont été apportés au modèle logique du projet[15]. Ils ont permis de mieux prendre en compte les besoins exprimés et observés sur le terrain et les réalités contextuelles des deux départements d'intervention. Ils sont présentés et expliqués dans le tableau ci-après :

Formulation d'origine		Ajustements proposés	Justification des ajustements proposés
1112	Formation sur l'éducation complète à la sexualité et la SSRD des adolescents, particulièrement les filles, donnée aux enseignants	Extrant reformulé comme suit : Formation sur l'éducation complète à la sexualité et la SSRD des adolescents, particulièrement les filles, donnée aux enseignants et patrons d'ateliers	Les activités d'éducation complète à la sexualité seront mises en œuvre aussi bien dans les CEG que dans les ateliers de formation professionnelle, avec l'appui des enseignants et des patrons d'atelier, hommes et femmes.
1223	Capacités renforcées des associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) pour soutenir les survivantes de MPFE dans les villages ciblés	Extrant reformulé comme suit : Capacités renforcées des groupements ~~associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC)~~ pour soutenir les survivantes de MPFE dans les villages ciblés	Comme expliqué précédemment, au final, le projet travaillera avec différents groupements communautaires, et non seulement les AVEC. Ces groupements sont regroupés par genre et par tranche d'âge.
1311	Appui fourni au groupe technique de travail sur la SSR du Ministère de la santé	Extrant reformulé comme suit : Appui technique fourni aux cadres de concertation décentralisés sur la SSRAJ et les MPFE ~~au groupe technique de travail sur la SSR du Ministère de la santé~~	L'équipe de projet a jugé plus pertinent de participer aux cadres de concertation décentralisés, au niveau des départements et des communes d'intervention et de renseigner les indicateurs aux niveaux décentralisés. Cependant, l'équipe de projet participera autant que

[15] Voir la version finale du modèle logique en Annexe 1 du présent rapport.

Formulation d'origine		Ajustements proposés	Justification des ajustements proposés
			possible aux rencontres du groupe de travail au niveau du Ministère de la santé.

2.2.3. Changements apportés au Cadre de mesure du rendement

En se basant sur les leçons apprises au fur et à mesure de la mise en œuvre du projet, certains ajustements mineurs ont été apportés au cadre de mesure du rendement du projet[16]. Ils ont permis de mieux prendre en compte les besoins exprimés et observés sur le terrain et les réalités contextuelles des deux départements d'intervention. Ils sont présentés et expliqués dans le tableau ci-après. Il est à noter que deux indicateurs de rendement clés de AMC en matière de SSRD ont été pris en compte dans le CMR. Il s'agit de :

- # d'enseignants (H/F) ayant suivi une formation en éducation sexuelle complète (correspondant à l'indicateur suivant dans le CMR : # d'enseignants et patrons d'ateliers (H/F) formés sur la SSRD – Extrant 1112).
- # de fournisseurs de services de soins de santé formés aux services de SSRD (correspondant à l'indicateur suivant dans le CMR : # agents de santé (H/F) formés – Extrant 1122)

Formulation d'origine		Ajustements proposés	Justification des ajustements proposés
1113	# jeunes et adolescents participant aux séances de dialogues réflectifs avec les clubs scolaires et non scolaires	- Nouvel indicateur	Outre le nombre de clubs de jeunes créés, il a paru important de renseigner également le nombre de jeunes et adolescents participant aux séances de dialogues réflectifs avec les clubs scolaires et non scolaires.
1210	# survivantes de mariages précoces et forcés soutenues par des FaFaWa	# filles vulnérables à risque de mariages précoces et forcés soutenues par des FaFaWa	• L'appui des groupements FaFa Wa a finalement été orienté envers les filles vulnérables. En effet, l'appui aux filles survivantes demande des expertises techniques (par exemple, l'écoute) qui relèvent de la responsabilité des agent-e-s CPS et autre agent-e-s sociaux.
1220	% agents de santé (h/f) informés sur la SSRD des adolescentes et jeunes	- L'indicateur a été ramené en 1120. - L'indicateur a été scindé en agents de santé qualifiés et agents de santé non-qualifiés	Il y a eu une erreur dans le PMOP, les activités de renforcement des capacités des prestataires et centres de santé étant sous le résultat immédiat 1120.

[16] Voir la version finale du Cadre de mesure du rendement en Annexe 2 du présent rapport.

Formulation d'origine		Ajustements proposés	Justification des ajustements proposés
		- Les méthodes de collecte de données, fréquences et responsabilité ont été ajustés en conséquence	Au Bénin, il existe deux catégories d'agents de santé : les agents qualifiés et les agents non-qualifiés. L'équipe a tenu compte de cette distinction lors de la formation.
1220	% agents des services sociaux (h/f) informés sur la SSRD des adolescentes et jeunes	- Nouvel indicateur	Cet indicateur remplace l'indicateur sur les prestataires de santé. En effet, le résultat immédiat 1220 porte sur la disponibilité des services de soutien psychosocial et communautaire pour les survivantes de MPFE.
1220	% agents des services sociaux (h/f) informés sur la SSRD des adolescentes et jeunes	% acteurs des services de protection de l'enfant (h/f) formés sur l'accompagnement des survivantes de MPFE	• Les activités mises en œuvre avec les agents des services sociaux (des CPS) portent principalement sur l'accompagnement des survivantes de MPFE. Bien que des éléments-clés liés à la SSRD des adolescents et jeunes sont abordés avec eux, ces aspects-là relèvent plus des prestataires de santé. • Il a semblé plus logique à l'équipe de projet de former d'autres acteurs de protection de l'enfant, comme par exemple les agents de santé, les agents de la Police républicaine et les agents des mairies.
1211	# H/F (25-49 ans) et d'adolescents et jeunes (F/G-JH/JF, 15-24 ans) participant aux activités SAA	- Indicateur supprimé	Cet indicateur faisait doublon avec celui de l'extrant 1212.
	# jeunes leaders ou jeunes vulnérables formés sur la SSRD	- Nouvel indicateur	Les dialogues communautaires sur la SSRD vont être menés par ces jeunes leaders ou vulnérables formés par le projet. Il a paru important de renseigner cela dans le CMR.
1212	# H/F (25-49 ans) et d'adolescents et jeunes (F/G-JH/JF, 15-24 ans), leaders communautaires et traditionnels atteints lors des actions de sensibilisation	- # H/F (25-49 ans) et d'adolescents et jeunes (F/G-JH/JF, 15-24 ans), leaders communautaires et traditionnels atteints lors des dialogues communautaires ~~actions de sensibilisation~~	La méthodologie utilisée par CARE privilégie plutôt les dialogues communautaires au lieu de simples sensibilisations.

Formulation d'origine		Ajustements proposés	Justification des ajustements proposés
1222	# parents de référence pour les survivantes et adolescentes à risque formés à la réhabilitation et au soutien	Nouvel indicateur	Le projet a prévu de former les parents biologiques ou tuteurs légaux des survivantes et adolescentes à risque (extrant 1222). Or, l'identification de ces personnes ne se fera souvent qu'après l'identification des adolescentes, ce qui laisse très peu de temps pour les former. De plus, dans beaucoup de cas, les adolescentes sont en opposition à la décision de leurs parents ou tuteurs. • Les parents de référence, qui seront des adultes de référence dans la communauté, acquis à la cause de la lutte contre les MPFE et sans forcément un lien familial avec les adolescentes, pourront jouer ce rôle de médiation familiale/communautaire.
1223	# groupements et # membres groupements formés sur la réintégration des survivantes de MPFE	# groupements et # membres groupements formés ou recyclés sur la réintégration des survivantes de MPFE	• Les membres des groupements ont également bénéficié de sessions de formation de recyclage sur la réintégration des survivantes de MPFE.
1223	# FaFaWa et # membres FaFaWa formés sur la gestion des AGR	- Indicateur reformulé comme suit : # groupements FaFaWa et # membres des groupements FaFaWa formés sur la gestion des AGR	Il était prévu au départ, de travailler avec 20 groupements, soit un groupement par village d'intervention. Compte tenu des thématiques à discuter lors des dialogues communautaires, et devant l'engouement suscité au sein des communautés par rapport aux activités du projet, il a finalement été décidé de travailler avec 3 à 4 groupements dans chaque village pour un total de 65 groupements. Et ces groupements ne seront pas uniquement des FaFaWa.
	# FaFaWa et # membres FaFaWa formés sur la réintégration des survivantes de MPFE	- Indicateur reformulé comme suit : # groupements ~~FaFaWa~~ et # membres groupements ~~FaFaWa~~ formés sur la réintégration des survivantes de MPFE	
1300	Existence de politiques favorables à la SSR des adolescents	- Ajustement de la méthode de collecte des données : revue documentaire~~, entretiens informateurs-clés~~	Cet indicateur a été renseigné suite à la revue de la littérature.

Formulation d'origine		Ajustements proposés	Justification des ajustements proposés
	#/qualité des OSC et des personnes engagées dans l'élaboration des politiques sur la SSRD et les MPFE	- Indicateur supprimé et remplacé par le suivant : # Recommandations formulées pour promouvoir les DSR des adolescents et jeunes, filles et garçons, et prévenir les MPFE	Le nouvel indicateur est mieux indiqué pour évaluer l'atteinte des résultats du projet.
1310	#/qualité des politiques élaborées sur la SSR et les MPFE	- Indicateur supprimé et remplacé par le suivant : # actions de plaidoyer mises en œuvre pour promouvoir les DSR des adolescents et jeunes, filles et garçons, et prévenir les MPFE	Le nouvel indicateur est mieux indiqué pour évaluer l'atteinte des résultats du projet.
	# OSC représentées dans le groupe de travail sur la SSR du Ministère de la santé	- Indicateur scindé en 2 et reformulé comme suit : # OSC représentées dans les cadres de concertation départementaux ; # OSC représentées dans les cadres de concertation communaux	L'équipe de projet a jugé plus pertinent de se focaliser sur les cadres de concertation au niveau décentralisé (départemental et communal) pour plus d'impact dans les zones d'intervention du projet.
1320	#/% adolescents/adolescentes (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) qui se sentent outillés pour faire du plaidoyer sur les MPFE	- Ajustement de la méthode de collecte des données : ~~Entretiens individuels, sondage, focus groupes, tests~~ Pré-test et post-test	Cet indicateur sera finalement renseigné par un pré-test et un post-test lors de la formation prévue en Année 2.
	# d'organisations et de réseaux locaux des droits des femmes faisant progresser la SSRD qui bénéficient d'un soutien du projet	- Nouvel indicateur	Il s'agit d'un des indicateurs de rendement clés en matière de DSSR de AMC. Il sera désormais intégré dans le CMR.
1311	# réunions du groupe technique de travail sur la SSRD	- Indicateur supprimé	Les rencontres du groupe technique de travail sur la SSRD sont organisées par le Ministère de la santé. Le projet n'a donc aucun contrôle sur leur régularité. De plus, il a été jugé plus pertinent de se focaliser sur les cadres de concertation au niveau décentralisé (départemental et communal). Ainsi, deux nouveaux indicateurs ont été rajoutés. A noter que même si le premier indicateur pour le niveau central ne sera plus renseigné dans le CMR,
	# réunions du cadre départemental de la SSRAJ	- Nouvel indicateur	
	# réunions du cadre communal des acteurs de lutte contre les MPFE	- Nouvel indicateur	

Formulation d'origine		Ajustements proposés	Justification des ajustements proposés
			l'équipe de projet participera aux rencontres dont elle aura connaissance.
1312	# adolescentes et adolescents (15-19 ans) rencontrés lors de la collecte de données	- Indicateur reformulé comme suit : # adolescentes et adolescents (15-19 ans) ayant été consultés ~~rencontré-e-s~~ lors de la collecte de données	Le terme « rencontré » n'était pas assez précis quant au niveau d'implication rapporté. Il a donc été remplacé pour les deux indicateurs.
1313	# adolescents et jeunes (F/G) et intervenants (F/H) rencontrés lors des consultations	- Indicateur reformulé comme suit : # adolescents et jeunes (F/G) et intervenants (F/H) ayant participé aux ~~rencontrés lors des~~ consultations	
1323	# plans de plaidoyer développés et mis en œuvre	- Indicateur reformulé comme suit : # plans de plaidoyer développés ~~et mis en œuvre~~	La mise en œuvre des plans de plaidoyer sera évaluée au niveau des résultats immédiats et non des extrants.

2.3. Portée du projet

Au cours de sa mise en œuvre, les personnes (intermédiaires et bénéficiaires) et structures suivantes ont interagi avec le projet :

	Adolescentes 15-19 ans	Jeunes filles 20-24 ans	Adolescents 15-19 ans	Jeunes hommes 20-24 ans	Femmes 25-49 ans	Hommes 25-49 ans	Total F	Total H/G	TOTAL
BÉNÉFICIAIRES DIRECTS							**351 215**	**309 310**	**660 525**
Adolescents et jeunes fréquentant les structures appuyées par le projet	308 349		269 334				308 349	269 334	**577 683**
Adolescentes à risque et survivantes de MPFE accompagnées par le projet	256						256		**256**
Personnes atteintes lors des dialogues communautaires[17]					33 571	32 993	33 571	32 993	**66 564**
Personnes atteintes lors des dialogues réflectifs avec les clubs	8 766		6 798				8 766	6 798	**15 564**

[17] Les données sur les adolescents et jeunes sont incluses dans les données des adolescents et jeunes fréquentant les structures touchées par le projet.

	Adolescentes 15-19 ans	Jeunes filles 20-24 ans	Adolescents 15-19 ans	Jeunes hommes 20-24 ans	Femmes 25-49 ans	Hommes 25-49 ans	Total F	Total H/G	TOTAL
# jeunes leaders ou jeunes vulnérables formés sur la SSRD	273		185				273	185	**458**
INTERMÉDIAIRES							**5 863**	**3 272**	**9 135**
# d'adolescent-e-s pair-e-s éducateurs, filles et garçons, formés	56		56				56	56	**112**
# d'enseignant-e-s et patron-ne-ss d'ateliers formés					13	46	13	46	**59**
# agent-e-s de santé formé-e-s					59	57	59	57	**116**
# acteurs sociaux et de protection formés					22	73	22	73	**95**
# de parents de référence et parents sociaux formés					286	328	286	328	**614**
# de membres des groupements formés					4 943	2 240	4 943	2 240	**7 183**
# participant-e-s aux CCP					484	472	484	472	**956**
BÉNÉFICIAIRES INDIRECTS							**507 938**	**481 222**	**989 160**
Personnes adultes (25-49 ans) fréquentant les structures appuyées par le projet					507 938	481 222	507 938	481 222	**989 160**
STRUCTURES ÉTATIQUES ET ORGANISATIONS TOUCHÉES PAR LE PROJET	• 2 ONG locales • 4 organisations de jeunes ayant bénéficié d'une petite subvention, dont un réseau local des droits des femmes et des filles • 12 CS • 4 CPS • 28 clubs scolaires et extrascolaires d'adolescents et jeunes, filles et garçons créés • 20 villages impliqués dans les activités communautaires • 65 groupements formés sur la réintégration des survivantes de MPFE et sur les AGR, et impliqués dans les activités communautaires • 20 organisations de jeunes formées sur le plaidoyer en faveur des DSSR								

2.4. Leçons apprises et prochaines étapes

2.4.1. Succès du projet

Communautés davantage sensibilisées et engagées à lutter contre les MPFE et autres VBG

L'évaluation finale du projet a montré que, dans l'ensemble, les connaissances des communautés sur les thématiques-clés du projet se sont nettement améliorées, mais encore plus pour celles relatives aux questions de MPFE. Cela se traduit par un changement d'attitudes observé chez les cibles du projet. En effet, même si des poches de résistances demeurent, on observe dans l'ensemble des attitudes plus favorables à la SSRD/SSRAJ. On le voit par exemple à l'augmentation de la fréquentation des CS par les A&J et par les demandes d'aide/d'appui aux CPS.

> *« Une fille qui n'a pas l'âge de se marier et dont les parents forcent à ce qu'elle se marie, peut se rapprocher des agents du CPS, également des agents de PROJEUNES pour leurs poser sa situation… »*
>
> *« En cas de violences, les filles et femmes peuvent demander de l'aide à leur famille, au chef village, à la police et au centre de promotion sociale. »*

Le projet a également permis de bouger les lignes sur les normes socioculturelles favorables aux MPFE et défavorables à la SSRD des A&J. Même si ces questions demeurent sensibles, il est aujourd'hui possible d'engager activement la communauté (incluant les leaders religieux et coutumiers) dans ces discussions. L'implication des leaders religieux alliés dans le processus de mise en œuvre du projet est un atout qui a favorisé le changement de comportement des leaders résistants.

Renforcement des femmes et des filles en matière de DSSR

Les résultats restent encore timides sur l'autonomie décisionnelle des femmes, mais ils sont éloquents sur l'augmentation de leurs connaissances, la communication et la prise de décision conjointe au sein du couple et leur participation aux activités du projet, incluant les FaFa Wa. Des barrières et contraintes demeurent pour les jeunes filles et même si la communauté demeure inconfortable sur la question de la contraception, les profils roulants/endline qualitative démontrent que les parents et la communauté en reconnaissent tout de même le potentiel (surtout en lien avec le maintien scolaire/avoir un métier/occupation et un meilleur plan de vie pour le futur).

> *« Avec le projet on a appris beaucoup de choses comme au début lorsqu'une fille est mariée de force deux ou trois jours après on apprenait le décès de celle-ci parce qu'elle aurait pris un produit pour se suicider. Et tout cela a pris fin à l'arrivée de PROJEUNES, maintenant elles sont à l'aise ici et on entend plus parler des morts dues au mariage forcé. »*

Renforcement des A&J

Les clubs scolaires et non scolaires constituent un espace d'échange d'information fiable pour les A&J. Ils permettent aux A&J de façon générale, et aux catalyseurs et pair-e-s éducateurs en particulier, d'avoir la capacité de mieux s'exprimer sur les questions de SSRAJ. Les différentes formations offertes aux A&J en SSR dans le cadre du projet sont également déterminants dans l'amélioration de leurs compétences de

vie. On note ainsi une plus grande facilité des A&J à parler en public et une meilleure capacité d'expressions, surtout pour les pair-e-s éducateur-rice-s/catalyseurs. Les jeunes semblent aussi être plus consultés pour les décisions locales, notamment à travers les groupements de jeunes.

Mobilisation accrue des intermédiaires-clés

Il s'agit là des agent-e-s des CS et CPS, mais aussi des autres acteurs qui ont un rôle déterminant dans la vie des A&J (enseignant-e-s et patron-ne-s d'ateliers). La réalisation des CCP est un mécanisme de redevabilité indispensable qui a contribué à l'amélioration des services fournis aux A&J dans les CS tout comme les CPS. L'implication des élus locaux dans les activités a été un atout pour l'atteinte des objectifs du projet.

Pour ce qui est des CS, l'existence d'espaces-jeunes dans les CS est une opportunité pour l'amélioration de la fréquentation des services SSR disponibles dans ces centres par les A&J. Les supervisions conjointes organisées avec le MS et les DDS ainsi que les zones sanitaires à l'endroit des agent-e-s de santé ont contribué à l'amélioration de leurs services.

Enfin, l'engagement et la détermination des équipes des ONG locales partenaires dans la mise en œuvre des activités ont permis d'atteindre un taux de réalisation des activités de 100% et l'amélioration de la majorité des indicateurs contractuels à la endline.

2.4.2. Défis rencontrés

Bien que le projet a permis des avancées majeures concernant les DSSR, notamment pour les A&J, plusieurs défis restent encore à être relevés.

Tout d'abord, les parents des filles survivantes voient parfois les parents de référence comme de « mauvaises personnes » qui chercheraient à détourner, mal se comporter ou même abuser de leurs filles. De ce fait, il y a parfois des mésententes et de vives tensions entre les parents de référence et les familles des survivantes. Pour ce faire, le projet a misé sur la poursuite des dialogues communautaires et l'implication des leaders communautaire et religieux afin de prévenir et apaiser les tensions.

Aussi, dues aux pressions sociales, le signalement des cas de MPFE s'est améliorée mais n'est pas encore spontané au niveau de tous les acteurs, notamment certains leaders communautaires. Cela laisse penser que les normes et croyances socioculturelle persistent.

> *« Pour se plaindre, les adolescents et jeunes peut aller au CPS, chez le délégué ou chez le CA, la police …. Mais en faisant recours à ces instances, certains pensent qu'elle a trahi ses parents et qu'elle n'a pas respecté ce qu'exigent les parents ». Aussi les parents estiment : « si ces filles tombent enceintes sans le mariage ce n'est pas bien. Sincèrement, c'est une bonne chose l'implant que font ces jeunes filles. C'est vraiment mieux qu'une fille soit appelée ou considérée comme prostituée que d'avoir un enfant sans père ».*
>
> *« Je veux juste vous dire que le projet PROJEUNES nous complique la tâche concernant le mariage forcé et précoce parce que le délégué ou les représentants de la loi dans le village nous escroquent, surtout nous les*

parents de jeunes filles. Ils savent bien que ces filles ont déjà atteints l'âge pour le mariage selon nos us et coutumes mais puisque c'est interdit par la loi et que les auteurs risqueraient la prison, on les donne de l'argent histoire de ne pas en faire un bruit encore moins un scandale et le mariage est alors célébré, vraiment nous sommes fatigués, nous avec nos propres enfants. »

De plus, la reconnaissance des droits des A&J en général et celui des A&J filles en particulier est souvent vue comme une forme de désobéissance et d'affront aux parents, à la famille et à la communauté. Dans certaines familles, les A&J filles peuvent émettre le souhait d'adopter une méthode contraception mais ne pourront prendre elles-mêmes la décision d'utilisation sans l'avis de leur famille. Les parents, particulièrement les mères, qui sont également convaincues des bénéfices de la contraception, peuvent aussi freiner leurs enfants, de peur des représailles ou du jugement d'autrui. Il existe, par exemple, un risque que les parents exercent de la pression sur leur fille adolescente afin qu'elle utilise une méthode de contraception :

« Si tu ne veux pas que ta fille tombe enceinte de façon précoce, il faut l'amener à l'hôpital et lui faire adopter une méthode contraceptive pour son propre bien et celui de tous et pour lui éviter une grossesse précoce. »

Dans ce contexte, il faudra poursuivre le dialogue sur l'importance de l'autonomie décisionnelle et le consentement éclairé à des soins de santé. Ce risque ne semble toutefois pas étendu. Le malaise entourant la contraception, surtout pour les jeunes non mariés, particulièrement les filles, est plus répandu. En effet, certains parents ont toujours du mal à référer leurs enfants vers les services de contraception pour leur permettre de finir leurs études ou leurs apprentissages avant le mariage. Le risque sous-jacent ici est que certaines filles, convaincues de l'importance de ces méthodes à l'issue des actions menées par le projet, décident d'adopter les méthodes sans l'avis de leurs parents, ceci pour atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés. L'utilisation des services de SSR continuent donc de se heurter à des pesanteurs sociologiques et religieuses. Cela s'ajoute au fait que le personnel de santé qualifié et les équipements informatiques restent limités dans certains CS. Aussi, comme cela a été constaté sur PROJEUNES, les ruptures de stocks en matière de produits contraceptifs peuvent constituer un frein important à la fréquentation des CS par les A&J. Renforcer la disponibilité des différents types de contraceptifs reste donc un enjeu à adresser.

Un autre défi est lié au fait qu'il semble y avoir un enjeu entre l'utilisation de la répression et le dialogue. En effet, les communautés ont tendance à recourir aux intermédiaires du projet (incluant la police) pour les questions de MPFE mariage des enfants au lieu de s'adresser aux structures locales. Cela pourrait favoriser une culture de culpabilité et d'emprisonnement. Le discours ne passe pas par l'autonomisation des femmes. De plus, les intermédiaires du projet qui signaleraient des cas de MPFE pourraient être victimes d'agressions verbales.

2.4.3. Prochaines étapes

Le travail sur les normes socioculturelles est une tache de longue haleine. Les changements à ce niveau prennent du temps. A travers la mise en œuvre du projet, l'importance du dialogues parents-enfants a été relevé. Bien que les parents ne soient pas toujours en accord avec le cursus d'ECS en milieu scolaire,

force est de constater que le dialogue parent-enfant en matière de sexualité est encore peu commun en raison du fait que la sexualité pour certains parents est un sujet tabou ou qu'eux-mêmes ne se sentent pas toujours outillés pour aborder le sujet.

De plus, une méthodologie telle que le SAA gagnerait à être introduite plus tôt dans le processus. Il est important de parler des droits des enfants et des jeunes, effectuer un travail de fond et déconstruire certaines normes, notamment du droit des enfants d'exprimer leur vision pour eux-mêmes, renforcer les dialogues qui valorisent les femmes et les adolescentes et leurs propres choix, le tout dans une approche de promotion de l'EG et de lutte contre les VBG. Il est également crucial de renforcer encore les actions au niveau des leaders religieux et traditionnels qui promeuvent encore trop souvent la soumission des femmes et estiment que la femme ne peut jamais être égale à l'homme. Il est également important de renforcer le système d'information et de sensibilisation dans les communautés pour briser les barrières et encourager l'utilisation des services de SSR, y compris les signalements des cas de MPFE et de VBG.

Par ailleurs, le système de santé béninois inclue désormais des agent-e-s de santé communautaire. Ces agent-e-s constituent une ressource importante sur laquelle de futures actions pourraient s'appuyer pour mener des actions en lien avec les DSSR et la SSRAJ. Des projets futurs pourraient identifier et former des relais communautaires capable de dénoncer les actes de VBG et toute sorte d'atteinte aux DSSR des A&J.

Enfin, CARE met en œuvre au Bénin, le projet TEDINEERE JOKOLBE (qui veut dire « valorisation/promotion de la jeunesse » en langue locale Peulh) ou TEDIJO, qui s'inscrit dans la continuité des acquis, succès et enseignements tirés de PROJEUNES. Il s'agit d'un projet de 18 mois qui a débuté en avril 2021. Financé par la *Foundation for a Just Society International* (FJSI), TEDIJO permettra de tirer parti du succès de PROJEUNES à ce jour, en s'appuyant sur les solides fondations établies avec les partenaires, les animateurs communautaires et le gouvernement du Bénin. Le projet continuera à s'appuyer sur la confiance établie avec les membres de la communauté dans les villages cibles et fournira l'occasion de renforcer les capacités des partenaires-clés. TEDIJO sera mis en œuvre dans les quatre communes d'intervention de PROJEUNES, à savoir : Karimama et Malanville, dans le département de l'Alibori, et Nikki et Kalalé, dans le département du Borgou.

3. Opérations

Cette section présente, par résultat immédiat, les réalisations cumulées sur toute la durée du projet, entre avril 2018 et mars 2021, au niveau des activités[18]. Il est à noter qu'au dernier trimestre de l'année 2 (janvier-mars 2020) et pendant toute l'année 3 (avril 2020-mars 2021), la pandémie de la COVID-19 a amené CARE et ses partenaires à intégrer les mesures de prévention et de protection définies par le Ministère béninois de la santé, mais aussi les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du gouvernement canadien, dans la mise en œuvre des activités. En année 3, avant chaque activité, des sensibilisations étaient faites à l'endroit des populations dans les quatre communes d'intervention du projet sur les gestes barrières et les questions d'inégalités de genre. Cela participe à l'apprentissage social pour faciliter le respect des gestes barrières dans les concessions et dans le cercle familial. Aussi, avant le démarrage des activités communautaires, les catalyseurs veillaient à disposer les tabourets ou bancs de façon à faire respecter la distanciation sociale; aussi, les dispositifs de lavage des mains (DLM) offerts par le projet étaient disposés à l'entrée des lieux des dialogues communautaires pour faciliter le lavage systématique à l'eau et au savon avant et à la fin des réunions. Le port du masque a été rendu obligatoire pour pouvoir participer aux réunions.

Résultat immédiat 1110
Connaissances améliorées des adolescents, filles et garçons, sur la SSR

En 2018, le gouvernement béninois a procédé à plusieurs réformes, dont certaines concernant le secteur de l'éducation. Ainsi, en décembre 2018, le MESTFP a publié une note à l'attention de ses directions départementales et des chefs d'établissements scolaires portant sur les conditions d'intervention des ONG dans les établissements scolaires sur la thématique de l'éducation à la santé sexuelle (ESS). Une autorisation formelle signée par le MESTFP a été exigée en prélude à toutes actions des ONG avec les écoles sur l'ESS. Les accords de partenariat avec les autorités ont été signés par CARE Bénin/Togo, le 1er juillet 2019 avec le MESTFP et le 15 Juillet 2019 avec l'Institut national d'ingénierie de la formation et de Rrenforcement des capacités des formateurs (INIFRCF), afin de permettre au projet d'intervenir dans les écoles et les centres de formation professionnelle.

Extrant 1111 : Programme complet de formation par les pairs sur la SSR des adolescents développé pour les jeunes, filles et garçons

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# adolescents/jeunes hommes et adolescentes/JF (15-24 ans) pair-e-s éducateurs formé-e-s sur la SSR	32 F 32 G	56 F 56 G	175% 175%
# formations sur la SSR données aux pairs éducateurs, filles et garçons	4	7	175%
Activités-clés mises en œuvre :			

[18] Les écarts sont expliqués dans la feuille de travail en Annexe 3 du présent rapport.

- Identifier des pairs éducateurs, filles et garçons, parmi les jeunes scolarisés et non-scolarisés
- Former les adolescents pairs éducateurs, filles et garçons, sur la santé sexuelle et reproductive
- Offrir un programme complet d'éducation à la sexualité et à la SSRD aux adolescents, filles et garçons, scolarisés et non-scolarisés
- Organiser des activités culturelles avec les clubs scolaires et extrascolaires
- Organiser des jeux-concours avec les clubs scolaires et extrascolaires

Identification et formation des pair-e-s éducateur-rices

Le projet a identifié et formé 102 pair-e-s éducateur-rice-s scolaires et non-scolaires (56 filles et 56 garçons) avec les responsables des collèges d'enseignement général (CEG) et patron-ne-s d'ateliers de formation professionnelle sur la base de critères consensuels. Les pair-e-s éducateurs-rice-s ont été formés-e-s sur la base d'un module unique incluant quatre thèmes principaux : 1) les généralités sur la SSRAJ, filles et garçons ; 2) l'éducation à la santé sexuelle (ESS); 3) les droits et devoirs des A&J, filles et garçons, relatifs à la SSR ; et 4) la conduite des dialogues réflectifs. Selon les apprenant-e-s, cette formation a non seulement amélioré leur niveau de connaissances sur l'éducation complète à la sexualité (ECS) et les thématiques-clés comme les MPFE et les VBG, mais a aussi renforcé leur leadership pour assurer des dialogues réflectifs avec leurs pair-e-s.

> ***Adolescente, 16 ans, apprentie couturière*** *: « J'ai appris de cette formation les bons comportements que les jeunes doivent adopter et les mauvais comportements qu'ils doivent éviter pour gagner une vie future de qualité. Ensuite, j'ai appris que, en tant que jeunes, quand on a un problème de santé sexuelle il faut se rendre à l'hôpital pour se soigner ; car c'est notre droit. En plus, aucun agent de santé n'a le droit de publier le problème de santé d'un adolescent ou jeune à d'autres personnes de la communauté sans l'avis de ce dernier ».*
>
> ***Une apprentie coiffeuse*** *: « Ce qui m'a plu à travers cette formation, c'est surtout le planning familial. En tant que jeune fille, j'avais des préjugés sur les diverses méthodes de PF et cela était dû aux dires des gens dans le village. Comme je n'avais pas la bonne information, je déconseillais parfois mes amies qui se proposaient à adopter une méthode de PF. Mais il a fallu cette formation pour que je comprenne les avantages de la PF. A cet effet, moi-même je suis prête à adopter une méthode de PF et aussi encourager mes camarades apprenties à l'adopter pour poursuivre et atteindre nos objectifs ».*

Programme d'ECS à travers des dialogues réflectifs

Les dialogues réflectifs ont été animés au sein des clubs scolaires et extrascolaires par les A&J, filles et garçons, pair-e-s éducateurs-rices formé-e-s. Au démarrage du projet, chaque club animait un dialogue par mois. Cela est passé ensuite à deux voire trois dialogues par mois dans certains clubs. Les dialogues réflectifs étaient animés conformément aux plans d'actions des clubs, de façon rotative, sous le coaching des encadreurs et patron-ne-s d'atelier, autour des 19 histoires de l'outil portant sur les MPFE, le genre et la SSR élaboré par le projet.

Au cours des trois années de mise en œuvre du projet, 357 dialogues ont été animés en milieux scolaire et extrascolaire; ils ont permis de toucher 15 564 A&J, dont 8 766 filles. Au-delà des discussions au sein des clubs, les membres partageaient les informations reçues avec d'autres A&J de leur entourage non-membres des clubs. Ceci a suscité par exemple, la création par les A&J eux-mêmes, d'un autre club extrascolaire à Nikki, qui, depuis 2020, anime régulièrement ses dialogues avec l'appui des pair-e-s éducateur-rice-s formé-e-s par le projet.

Activités culturelles

Les clubs scolaires et extrascolaires des quatre communes d'intervention du projet ont été dotés de matériels ludiques (instruments de musique, micros, haut-parleurs, jeux, etc.) en début d'année 3. Cette dotation faisait suite à la demande des membres des clubs d'être équipés en matériels ludiques pour mener des activités culturelles afin d'exposer plus d'A&J aux activités du projet. Au total, les 28 clubs avec lesquels le projet a travaillé ont été dotés en matériels ludiques, dont 12 clubs extrascolaires et 16 clubs scolaires. Les clubs ont ainsi organisé et présenté à leurs pair-e-s, des sketchs, des animations folkloriques, des compétitions interclubs et des jeux de questions-réponses sur les textes de lois en lien avec les MPFE et les VBG.

Jeux-concours

Les jeux-concours ont été organisés au cours de l'année 3, dans chaque commune d'intervention du projet. Ils se sont déroulés sous forme de compétitions de sketchs entre les différents clubs sur les MPFE et la SSRAJ. Dans chaque commune, le jeu-concours a mis en compétition les trois clubs extrascolaires d'une part, et les quatre clubs scolaires d'autre part, qui ont présenté chacun un sketch thématique d'environ 15 min sur les MPFE/la SSRAJ. Au total, cette activité a permis de toucher 521 participant-e-s, dont 256 femmes, venu-e-s des clubs et de la communauté. Les jeux-concours ont ainsi permis de renforcer les activités culturelles menées par les clubs, en touchant notamment des participant-e-s non-membres des clubs.

Extrant 1112 : Formation sur l'éducation complète à la sexualité et la SSRD des adolescents, particulièrement les filles, donnée aux enseignants (f/h)

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# d'enseignants et patrons d'ateliers (H/F) ayant suivi une formation en éducation sexuelle complète	12 F 12 H	13 F 46 H	108% 383%
Activités-clés mises en œuvre : • Adapter pour les adolescents le curriculum sur la SSRAJ • Former les enseignant-e-s et patron-ne-s d'ateliers de formation professionnelle sur la SSRD • Faire un suivi post-formation avec le MESTFP • Organiser des dialogues intergénérationnels sur la SSRAJ et les MPFE			

Adaptation du curriculum sur la SSRAJ

Le projet a adapté et utilisé les modules existants déjà au niveau du MESTFP et de CARE pour la formation des A&J sur l'ECS. Pour cela, plusieurs séances de travail ont eu lieu entre les cadres techniques de l'Institut national d'ingénierie de la formation et de renforcement des capacités des formateurs (INIFRCF) et l'équipe de projet. Elles ont notamment permis d'expliquer aux agent-e-s de l'INIFRCF, les objectifs visés par l'intervention du projet dans les CEG et centres d'apprentissage ainsi que les résultats attendus de la formation, mais aussi d'aligner le contenu à donner aux curricula au référentiel des comportements en milieux scolaire et extrascolaire tel qu'exigé par le MESTFP. Un premier atelier de travail avait eu lieu à Bohicon, du 10 au 16 juin 2019, avec la participation de neuf cadres techniques de l'INIFRCF (tous des hommes), d'un représentant du Cabinet du ministre, de deux représentants de la Direction de la

formation professionnelle, de deux représentants, dont une femme, des DDESTFP et de l'équipe de projet (2f/2h). Un deuxième atelier a ensuite été organisé, du 15 au 19 juillet 2019, à Bohicon, avec 21 participant-e-s (dont quatre femmes) de l'INIFRCF et du MESTFP, l'équipe de projet et des représentant-e-s de deux associations partenaires de CARE Bénin, l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF) et l'Association Béninoise pour le Marketing Social et la Communication pour la Santé (ABMS).

Formation des enseignant-e-s et patron-ne-s d'ateliers de formation professionnelle sur la SSRD

La formation des enseignant-e-s encadreurs et des patron-ne-s d'atelier a été réalisée au cours de la deuxième année du projet, en trois sessions. Les deux premières sessions se sont déroulées du 11 au 14 août 2019, à N'Dali, l'une pour les enseignant-e-s et l'autre pour les patron-ne-s d'ateliers. C'est le directeur de cabinet du MESTFP qui a lancé la formation, en présence des directeurs départementaux du Borgou et de l'Alibori. 24 encadreurs (16 enseignant-e-s et 8 patron-nes d'atelier) des clubs scolaires et extrascolaires, dont 12 femmes, ont été formé-e-s lors de ces deux sessions. A la suite des réformes introduites dans le secteur de l'éducation par le gouvernement béninois, plusieurs enseignant-e-s formé-e-s par le projet ont été affecté-e-s dans d'autres départements et communes. L'équipe de projet a donc dû former de nouvelles personnes pour combler ces départs en organisant une 3^{e} session du 10 au 13 décembre 2020, à Malanville pour les enseignant-e-s de l'Alibori et à Nikki pour ceux du Borgou. Les points focaux SSRAJ des DDESTFP du Borgou et de l'Alibori ont conduit cette formation dans les deux départements. 35 enseignant-e-s ont été formé-e-s au cours de cette session, dont 1 femme.

Le module de formation des encadreurs était structuré en cinq grandes unités, qui sont : 1) Généralités sur la SSRAJ, 2) Quelques éléments de l'éducation à la sante sexuelle (ESS), 3) Droits et devoirs des adolescent(e)s et jeunes relatifs à la SSR en milieux scolaire et extrascolaire, 4) Appropriation des documents de conduite des dialogues réflectifs au sein des clubs en milieux scolaire et extra-scolaire, 5) Mise en œuvre des dialogues réflectifs.
Au total, ce sont 59 encadreurs (51 enseignants et 8 patron-n-e-s d'ateliers) qui ont été formé-e-s (29 dans le Borgou et 30 dans l'Alibori), dont 13 femmes.

> ***Président du bureau du collectif des artisans de Kalalé :*** *« Personnellement, je suis satisfait des sujets abordés dans les modules de formation, qui répondent aux besoins actuels de nos jeunes en général et plus particulièrement des apprentis que nous encadrons. Les questions de la santé sexuelle et les mariages d'enfants sont très préoccupantes pour nous éducateurs ».*

Suivi post-formation avec le MESTFP

Les suivis post-formation des encadreurs étaient réalisés de façon conjointe entre l'équipe de projet et les points focaux SSRAJ des DDESTFP du Borgou et de l'Alibori. Il s'agissait de missions de supervision conjointes réalisées au niveau des clubs scolaires et extrascolaires. Au cours des trois années de mise en œuvre du projet, trois missions de supervision ont été réalisées (deux des cinq missions de supervision prévues ont dû être annulées à cause des mesures restrictives liées à la COVID-19) et ont permis d'apprécier progressivement la qualité des dialogues réflectifs animés par les pair-e-s éducateur-rice-s, ainsi que les changements induits par ces dialogues sur les membres des clubs scolaires et extrascolaires.

Dialogues intergénérationnels

En vue de trouver une approche novatrice de discussion entre les A&J autour des questions relatives à la SSRAJ, l'équipe de projet a opté pour l'organisation de dialogues intergénérationnels (DIG) qui constituent une opportunité pour les jeunes de bénéficier des expériences de leurs aîné-e-s et permettre à ces derniers de mieux comprendre les réalités et besoins des A&J. Les DIG étaient ainsi des espaces communautaires de discussion et de partage d'expériences entre la jeune génération et les personnes plus âgées. Ils ont permis aux deux générations de questionner leurs attitudes en vue de surmonter les obstacles culturels et religieux liés au respect des droits des femmes et des filles en lien avec les thématiques-clés du projet. Plusieurs DIG ont été réalisés dans les deux départements en années 2 et 3. Au total, 2 751 personnes y ont pris part, dont 1 559 A&J et 1 192 aîné-e-s (1 359 garçons/hommes et 1 392 filles/femmes).

Ces dialogues ont permis de promouvoir le dialogue entre les enfants et leurs parents autour des questions de sexualité qui étaient jusque-là tabous. Ils ont facilité les discussions entre les A&J et leurs aîné-e-s d'une part et, d'autre part, ils ont offert aux A&J un espace pour défendre leurs droits, et au deux groupes un espace pour trouver un terrain d'entente qui favorise la réalisation des DSSR des A&J.

Extrant 1113 : Clubs de jeunes garçons et filles créés pour les adolescents scolarisés et non scolarisés

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# clubs de jeunes créés	16	16	100%
# jeunes et adolescents participant aux séances de dialogues réflectifs avec les clubs scolaires et non scolaires	2 118 F 2 202 G	8 766 F 6 798 G	414% 309%
Activités-clés mises en œuvre : • Cartographier les groupes de jeunes, ressources, réseaux et besoins des jeunes les plus à risque • Mettre en place des clubs de jeunes dans les écoles régulières, écoles techniques et professionnelles, centres d'apprentissage et associations d'artisans • Former les membres des clubs de jeunes scolaires et non-scolaires, filles et garçons, sur la SSRD • Développer des plans d'action avec les clubs de jeunes • Faire le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions avec les clubs de jeunes			

Cartographie

La cartographie des groupes de jeunes, ressources, réseaux et besoins des jeunes les plus à risque a été réalisée au cours de la première année de mise en œuvre du projet, dans les 20 villages d'intervention, dans l'optique d'améliorer la capacité des communautés sur le traitement des questions de genre et les droits liés aux MPFE. Elle a inclus également une analyse situationnelle et une cartographie communautaire (voir extrant 1211), qui ont permis d'identifier les croyances et barrières socioculturelles liées aux MPFE, à l'utilisation des méthodes contraceptives et au genre, et les acteurs communautaires avec qui le projet a travaillé.

Mise en place des clubs scolaires et extrascolaires et formation des membres

Dans la perspective de créer un espace de discussions adapté à leur âge afin de questionner les normes socioculturelles qui restreignent leurs DSSR, le projet a mis en place des clubs de jeunes. Seize clubs ont

été créés en année 1, et 12 nouveaux clubs ont été créées en année 2, portant le total de clubs avec lesquels le projet a travaillé à 28, dont 16 clubs scolaires (8 dans le Borgou et 8 dans l'Alibori) et 12 clubs extrascolaires (6 dans le Borgou et 6 dans l'Alibori). Dans la commune de Nikki (Borgou) un club extrascolaire a été spontanément créé par les jeunes en apprentissage en s'inspirant des activités exécutées par les clubs extrascolaires formellement mis en place. Les clubs étaient animés par les pair-e-s éducateur-rice-s, sous l'encadrement des enseignant-e-s et patron-ne-s d'ateliers encadreurs, qui jouaient un rôle à la fois de coach et de garant-e-s du respect du référentiel de comportements convenu dans l'accord de partenariat avec le MESTFP.

Deux sessions de formation ont été réalisées à l'intention des membres des clubs, en années 1 et 2. Elles ont été animées par les encadreurs formé-e-s, avec l'appui des équipes des ONG partenaires. La formation a permis d'améliorer les connaissances des membres des clubs sur la SSR, les MPFE, les VBG, les DSSR ainsi que les textes de lois béninois en lien avec ces thématiques, mais aussi sur les droits et devoirs des A&J, filles et garçons, relatifs à la SSR. Ceci a permis de briser les tabous autour des questions de sexualité et de les amener à en discuter plus librement dans les clubs. Au total, ce sont 645 membres de clubs, dont 321 filles, qui ont été formé-e-s.

Développement et suivi des plans d'action des clubs

A la fin de chaque formation des membres des clubs, des plans d'actions trimestriels ont été élaborés avec eux-elles pour la conduite des dialogues réflectifs, et ont ensuite été mis en œuvre par chaque club. Pour s'assurer de la bonne tenue des dialogues réflectifs et apporter un appui aux pair-e-s éducateur-rice-s, les animateurs de zone des ONG partenaires ont organisé des suivis mensuels. Ce coaching mensuel a permis d'apporter régulièrement des réponses aux difficultés rencontrées par les pair-e-s éducateur-rice-s, notamment les questions de leurs pair-e-s auxquelles ils n'avaient pas de réponses. Ce coaching a été renforcé par un support technique élaboré par l'équipe de projet et mis à la disposition des pair-e-s éducateur-rice-s. Les plans d'actions des clubs ont été actualisés au début de chaque trimestre, avec l'appui des animateurs de zone, qui en profitaient pour faire le point des réalisations passées et planifier les histoires à aborder et activités culturelles à réaliser au cours du trimestre suivant.

Résultat immédiat 1120
Accès accru à des services de santé adaptés à l'âge et au genre pour les adolescents, filles et garçons

Extrant 1121 : Soins complets en SSR des adolescents adaptés aux jeunes, filles et garçons

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# manuel de formation destiné aux agents de santé élaboré	1	1	100%

Activités-clés mises en œuvre :

- Élaborer un manuel de formation sur la SSR des adolescents destiné aux agents de santé
- Valider avec toutes les parties prenantes le manuel de formation sur la SSR destiné aux agents de santé
- Tester le manuel de formation sur la SSR des adolescents destiné aux agents de santé

Pour l'élaboration du manuel de formation sur la SSRAJ destiné aux agent-e-s de santé, l'équipe de projet a organisé un atelier préparatoire des sessions de formation les 11 et 12 février 2019 à la Direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME)[19], sous le lead du chef de service SSRAJ du MS. Il a mobilisé, outre l'équipe de projet, une dizaine de cadres techniques de la DSME, et des DDS du Borgou et de l'Alibori. Il a permis de passer en revue l'agenda de la formation, d'harmoniser le contenu de chaque module de formation, d'élaborer le plan de formation et de procéder à la répartition des rôles au sein des équipes de formation. Le manuel a intégré le contenu des modules de formation en SSRAJ du MS et de CARE. Il a été validé et fait désormais office de document de référence pour la formation des prestataires de santé au niveau du MS. Il contient en tout neuf sessions « techniques », à savoir :

- Session 1 : Situation actuelle des adolescents et jeunes dans le monde, en Afrique et au Bénin
- Session 2 : Analyse des problèmes et barrières en SSRAJ
- Session 3 : Situation actuelle des adolescents et jeunes dans l'Alibori et le Borgou
- Session 4 : Droits et devoirs des adolescents et jeunes
- Session 5 : Comprendre les adolescents et jeunes
- Session 6 : Paquet minimum d'activités en SRAJ
- Session 7 : Points de prestation de santé de premier contact
- Session 8 : Compétences requises en SRAJ
- Session 9 : Communication efficace

Quatre modules complémentaires, spécifiques au projet, ont également été dispensés :

- Session 10 : Analyse des forces et faiblesses de l'offre des services SRAJ de chaque aire sanitaire
- Session 11 : Présentation du canevas type du Plan d'action SRAJ de chaque centre de santé
- Session 12 : Élaboration du Plan d'action SRAJ de chaque centre de santé
- Session 13 : Présentation des plans d'action SRAJ de chaque centre de santé en plénière

Extrant 1122 : Agents de santé formés sur la SSR des adolescents, particulièrement les filles

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# de fournisseurs de services de soins de santé qualifiés formés aux services de SSRD	48 F	37 F 36 H	123%
# de fournisseurs de services de soins de santé non-qualifiés formés aux services de SSRD	54 H	22 F 21H	105%
# missions de supervision effectuées	6	5	83%
Activités-clés mises en œuvre : • Orienter un pool de formateurs des agent-e-s de santé sur la formation des agent-e-s de santé sur la SSRAJ • Former les agent-e-s de santé sur la SSRAJ • Supervisions de soutien apportées aux agent-e-s de santé formé-e-s			

Formation des agent-e-s de santé sur la SSR des adolescent-e-s

Les formations des agent-e-s de santé sur la SSRAJ ont eu lieu du 18 au 23 mars et du 25 au 27 mars 2019. Un total de 103 prestataires de santé, dont 53 femmes, identifié-e-s par le MS, ont été formé-e-s sur l'offre de services de SSRAJ. Ils ont été répartis en trois sessions de formation de trois jours chacune, deux sessions pour les agent-e-s qualifié-e-s et une session pour les aides-soignant-e-s (agent-e-s non qualifié-

[19] Aujourd'hui devenue Agence Nationale des Soins de Santé Primaire (ANSSP).

e-s). A l'issue de chaque formation, des plans d'action ont été élaborés par les formations sanitaires. Une deuxième vague de formation a été organisée en année 3, du 28 au 30 juillet à N'Dali. Elle a fait suite à la mutation de certains agent-e-s de santé formé-e-s par le projet en année 1 vers des CS d'autres zones sanitaires où le projet n'intervenait pas.

Supervisions de soutien apportées aux agent-e-s de santé formée-e-s

A l'issue des formations des agent-e-s de santé, des supervisions de routine ont été réalisé-e-s pour s'assurer de la qualité des services de SSRAJ offerts dans les 12 CS partenaires du projet et apporter des observations constructives pouvant améliorer les prestations. Ces supervisions de soutien aux prestataires de santé formé-e-s s'organisaient de façon conjointe, et sur une base trimestrielle, avec l'Agence Nationale de développement des Soins de Santé Primaire (ANSSP), les DDS du Borgou et de l'Alibori, et les zones sanitaires MK et NKP. Au total, cinq missions de supervision (trois en année 2 et deux en année 3) ont été réalisées.

Chaque visite de supervision était effectuée en quatre étapes dans chaque CS visité :

1. Entretien avec le chef de poste et ses collaborateurs: sur la base du guide de supervision, l'équipe évalue le niveau d'exécution des recommandations de la mission de supervision précédente et apprécie le respect des normes en matière d'offre de services de SSRAJ, et les actions innovantes pour une meilleure fréquentation des services par les A&J; l'environnement de travail était également observé, notamment l'état des infrastructures, la salubrité des lieux et les relations interpersonnelles entre les agent-e-s sur leur lieu de travail.
2. Entretien avec deux adolescents et jeunes, un garçon et une fille lorsque cela était possible : l'intérêt ici était orienté vers la satisfaction des A&J ayant fréquenté le centre après la dernière supervision.
3. Observation directe des prestataires : idéalement dans leurs interactions avec les client-e-s, notamment les A&J, et dans le strict respect de la confidentialité, dans l'offre des services de SSR (consultation, pose de méthode contraceptive, counselings, éducation à la santé sexuelle, etc.).
4. Évaluation des attitudes des prestataires : sur la base de l'outil VCAT (Clarification des Valeurs pour la Transformation des Attitudes), les prestataires ont été soumis à un questionnaire qui aborde leurs perceptions sur les normes socioculturelles en matière de SSRAJ.

Extrant 1123 : Centres de santé communautaire réhabilités, adaptés aux adolescents, filles et garçons, et dotés en matériel

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# centres de santé réhabilités/équipés pour créer des espaces confidentiels conviviaux pour les jeunes	12	12	100%
Activités-clés mises en œuvre : • Évaluer les centres de santé sur les services adaptés aux adolescents • Réhabiliter et équiper les centres de santé pour créer des espaces adaptés aux jeunes • Organiser des journées portes ouvertes pour les A&J dans les centres de santé			

Évaluation des CS

En prélude à la mise en œuvre des activités avec les CS, le projet a procédé, en octobre et novembre 2018, à une évaluation structurelle des 12 CS avec lesquelles le projet a travaillé. Cette évaluation a pris en compte aussi bien les capacités humaines et en termes de matériels et équipements des centres, mais aussi institutionnelles et de gestion. Les résultats de cette évaluation ont guidé les activités du projet concernant le renforcement des capacités des 12 CS et des prestataires de santé sur la SSRAJ (à travers la formation des agent-e-s de santé et la dotation en matériels et équipements). Les 12 CS évalués sont : les CS de Tontarou, Sakabansi et Nikki dans la commune de Nikki ; les CS de Péonga et Kalalé dans la commune de Kalalé ; les CS de Garou-Tédji, Garou et Madécali dans la commune de Malanville ; et les CS de Kompa, Karimama, Pétchinga et Monsey dans la commune de Karimama.

L'évaluation a porté sur : les services de SSR offerts par les CS, particulièrement ceux offerts aux adolescents et jeunes ; l'accessibilité des services de SSR aux adolescents et jeunes ; l'utilisation de ces services par les adolescents et jeunes ; les compétences et connaissances du personnel des CS en matière de SSRD, et leurs capacités à offrir des services de SSR adaptés à l'âge et au genre ; la disponibilité d'espaces conviviaux pour les adolescents et jeunes dans les CS ; le mode de fonctionnement et la dotation des CS en matériels et équipements ; les mécanismes de suivi et de supervision des CS par les différents niveaux de l'administration ; le système de gestion de l'informations par les CS ; et la collaboration entre les CS et les autres acteurs institutionnels et communautaires intervenant sur les thématiques de la SSRD et des MPFE.

Le rapport préliminaire de cette évaluation a été présenté et validé lors d'un atelier tenu à Malanville le 14 décembre 2018 avec des représentant-e-s des deux zones sanitaires concernées et les partenaires locaux. L'atelier a été présidé par le médecin coordonnateur de la zone sanitaire NKP. Le rapport a ensuite été finalisé et transmis à AMC qui l'a validé en mars 2019. Il a ensuite été diffusé aux partenaires étatiques.

Réhabilitation et équipement des CS

Les principaux besoins des CS ressortis lors de l'évaluation sont les équipements biomédicaux, les contraceptifs modernes et le mobilier, mais aussi la nécessité de créer des espaces conviviaux pour les A&J. Pour assurer une offre de services de SSR adaptés à ces derniers, le projet a équipé en matériels biomédicaux quatre CS désignés de commun accord avec les médecins-coordonnateurs en fonction de la chronicité des besoins et des cibles du projet couverts par les CS. Il s'agit des CS de Nikki et Péonga dans le Borgou, et de Kassa et Pétchinga dans l'Alibori. Aussi, l'aménagement des espaces conviviaux a été effectué dans les dix CS qui disposaient d'infrastructures adéquates : 5 dans le Borgou, à savoir Sakabansi, Nikki, Tontarou, Kalalé et Péonga; et 5 dans l'Alibori, à savoir Garou, Garou-Tédji, Madecali, Kassa et Kompa. Ainsi, dans ces CS, des espaces mis à disposition par la direction, ont été réfectionnés par le projet pour offrir un espace convivial pour les jeunes et leur offrir des services adaptés de SSRAJ. Ces CS ont également été dotés par le projet en équipements et matériels biomédicaux. Ces dix CS, ainsi que les CS de Monsey et de Petchinga, ont par la suite bénéficié de dotations en matériels ludiques et d'IEC. Enfin, des équipements d'énergie solaire ont été installés au niveau des CS de Garou (Malanville) et de Kompa (Karimama).

Ces différents appuis apportés aux 12 CS ont contribué au renforcement de la qualité des services de SSR offerts aux A&J.

Journées portes ouvertes dans les CS partenaires

Les journées portes ouvertes (JPO) ont été organisées dans les CS appuyés par le projet pour informer les A&J sur les services de SSRAJ disponibles dans les 12 CS partenaires. Dans les deux départements, il y a eu 31 JPO organisées sur toute la durée du projet, avec environ 1 824 A&J participant-e-s, dont 720 garçons et 1 104 filles.

Elles ont permis non seulement d'améliorer la visibilité des espaces-jeunes aménagés et équipés par le projet mais aussi de rapprocher davantage les prestataires de santé des A&J, filles et garçons, en brisant les tabous liés à l'accès à ces services, et ainsi d'accroître la fréquentation des CS; mais aussi pour les A&J, d'avoir plus d'informations sur les services de SSRAJ. Pour une plus grande mobilisation des A&J, des communiqués avaient été passés dans les radios communautaires et les services des crieurs publics ont été sollicités pour une diffusion au sein des communautés. Les pair-e-s éducateur-rice-s et les membres des clubs scolaires et extrascolaires ont également été informé-e-s par le biais des animateurs de zone. Un défi a néanmoins été noté. Il s'agit de la non-disponibilité des intrants en SSR dans certains CS, ce qui n'a pas favorisé l'offre de tous les services SSRAJ au passage des jeunes lors des JPO. Pour de prochaines JPO avec les CS, un plaidoyer préalable devra être fait à l'endroit des DDS et ZS pour la disponibilité des intrants pour offrir un paquet complet aux A&J qui le désirent.

Résultat immédiat 1210
Capacités améliorées des communautés à répondre aux questions portant sur le genre et les droits liés aux mariages précoces et forcés d'enfants (MPFE)

Extrant 1211 : Analyse sociale et action sur les normes sociales et les mariages précoces et forcés d'enfants menée avec les communautés

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# réunions villageoises conduites sur les droits des femmes et des filles	40	2 780	6 950%
# H/F (25-49 ans) et d'adolescents et jeunes (F/G-JH/JF, 15-24 ans), leaders communautaires et traditionnels atteints lors des dialogues communautaires	1 830 F 1 200 H	33 571 F 32 993 H	1 834% 2 749%

Activités-clés mises en œuvre :

- Identifier les influenceurs et détenteurs de pouvoir dans les communautés
- Effectuer une analyse des acteurs locaux et des détenteurs de pouvoir
- Former les partenaires locaux sur l'approche SAA et le genre
- Adapter, valider avec le ministère et imprimer les outils SAA pour les mobilisateurs/catalyseurs communautaires, les personnes influentes et les jeunes
- Former et faire le suivi post-formation des champions mobilisateurs/catalyseurs communautaires et des personnes influentes, hommes et femmes, sur la prévention des MPFE et les outils SAA
- Organiser des sessions de recyclage des champions mobilisateurs/catalyseurs communautaires et des personnes influentes, hommes et femmes, sur la prévention des MPFE
- Former et faire le suivi post-formation des jeunes leaders ou jeunes vulnérables sur la SSRD et les outils SAA

Identification et analyse des influenceurs et détenteurs de pouvoir dans les communautés

Pour identifier les influenceurs et détenteurs de pouvoir, et effectuer une analyse des dynamiques de pouvoir dans les communautés, l'équipe de projet a réalisé une analyse situationnelle et une cartographie communautaire.

L'**analyse situationnelle** a été menée en novembre 2018. Au total, 328 personnes ont été consultées. Cette analyse, qui s'est faite sous forme de discussions menées par groupe d'âge, avait pour objectif d'identifier et mieux comprendre quatre groupes d'éléments : 1) les perceptions et comportements de la communauté concernant l'utilisation des méthodes contraceptives ; 2) les perceptions et comportements de la communauté liés aux MPFE ; 3) le traitement et les exclusions sociales des survivantes de MPFE ; et 4) les normes sociales, relations de pouvoir et de décision.

Concernant les A&J, filles et garçons, l'analyse situationnelle a notamment permis de faire ressortir trois types de barrières à la réalisation de leurs DSSR :

- Des barrières structurelles : la distance à parcourir pour se rendre au CS le plus proche, les coûts des services et/ou frais de transport, les longues heures d'attente et les horaires des services inadéquats à leur disponibilité, le manque de produits contraceptifs dans certains CS, le manque de confidentialité et d'intimité dans certains CS, etc.
- Des barrières culturelles : les normes restrictives et la stigmatisation entourant la sexualité des A&J, le refus de certains parents à discuter de sexualité avec leurs enfants, les normes inéquitables de genre, la discrimination et le jugement à l'égard des A&J, surtout les filles, qui veulent recourir à des méthodes contraceptives, etc.
- Des barrières individuelles : connaissances limitées ou incorrectes sur la SSRD ou les services de SSR disponibles et à quels endroits, manque de moyens pour accéder aux services de SSR, jugement stigmatisant de certains jeunes à l'égard de celles et ceux qui veulent recourir à des services de SSR, etc.

L'équipe de projet a, sur la base de ces barrières, élaboré des supports de communication adaptés pour les dialogues communautaires autour des normes qui renforcent les barrières culturelles et individuelles, dans le but de favoriser un environnement favorable aux changements individuels et sociaux en lien avec la SSRAJ et les MPFE.

La **cartographie communautaire** est une démarche participative et inclusive grâce à laquelle les acteurs et groupes stratégiques clés du projet ont été identifiés et sélectionnés. Elle a été conduite en décembre 2018, dans les 20 villages d'intervention, en utilisant une démarche communautaire participative qui a abouti à l'identification et la sélection des 65 catalyseurs (40 hommes/25 femmes), des 223 personnes influentes (144 hommes et 79 femmes) et des 90 groupements communautaires (soit 3 ou 4 groupements dans chacun des 20 villages), dont 24 groupements de jeunes, filles et garçons, avec lesquels le projet a travaillé. Ce processus a duré en moyenne trois jours par village.

- Les catalyseurs sont des acteurs communautaires clés identifiés par leurs pair-e-s dans leurs groupes d'appartenance sociale. Ils ont facilité les dialogues communautaires sur les normes socioculturelles avec les membres de leurs groupes. Cette stratégie d'utilisation des catalyseurs a eu un double avantage : induire le changement social à travers la remise en question des normes restrictives et, assurer la pérennisation des interventions du projet. Pour faciliter les dialogues

communautaires sur les normes socioculturelles, des matériels de communication spécifiques (outils SAA), sous forme de boîtes à images, sont en cours d'élaboration. Ils seront finalisés et diffusés en année 2.

- Les personnes influentes ont été identifiées par la communauté selon les critères d'audience et d'influence sociale, de connectivité et de capacité à accompagner le projet dans la lutte contre les MPFE. Ce sont des leaders communautaires, religieux, traditionnels ou de groupements, impliqués dans les activités communautaires et connectés, dans le sens où ils exercent une grande influence sur la communauté. Ils ont permis de créer un espace sécurisant dans la communauté en vue de favoriser le dialogue, donnant ainsi l'opportunité aux membres de la communauté d'analyser leurs réalités sociales en profondeur.
- Un inventaire exhaustif de tous les groupements de jeunes actifs dans les communautés a été effectué avec les communautés au cours d'une assemblée générale tenue dans chaque village. Des critères d'influence, de connectivité, de fréquence de réunion, de tranche d'âge ont notamment été appliqués et ont permis de retenir, avec la communauté, les groupes de jeunes les plus pertinents pour la mise en œuvre du projet.

Tous ces acteurs ont été des alliés sur le projet pour réduire les normes restreignant les DSSR des A&J filles et appuyer les activités de plaidoyer.

Par ailleurs, avec l'appui des chefs CPS, les animateurs des ONG partenaires ont identifié de jeunes leaders et jeunes vulnérables dans chacun des 20 villages d'intervention selon les standards du MASM. Au total, 80 filles leaders, 105 garçons leaders, 193 filles vulnérables et 80 garçons vulnérables ont été identifié-e-s et formé-e-s, en années 1 et 2, sur les thématiques-clés du projet. Les filles et les garçons vulnérables ont été identifié-e-s, avec l'appui des CPS, sur la base de la grille de vulnérabilités des enfants au Bénin définie dans les standards de prise en charge des cas de VBG par le MASM. Les filles et les garçons leaders ont été identifié-e-s au niveau communautaire, dans les groupements de jeunes, parmi les filles et garçons influente-s, dans les autres associations des villages d'intervention, au niveau des ateliers d'apprentissage ou en milieu scolaire.

A la suite de leur formation, ces jeunes se sont constitués en comité d'alerte et de dénonciation de toutes les formes de MPFE. Ces A&J ont également été associé-e-s aux activités de plaidoyer avec les autorités locales.

Formation des partenaires locaux sur l'approche SAA et le genre

Les normes socioculturelles et sexospécifiques peuvent empêcher les A&J (filles et garçons) d'exercer leurs DSSRductifs, notamment lorsqu'elles entravent la décision du recours aux services de santé. Ainsi, la première étape, et la plus fondamentale, de l'approche SAA recommande que les acteurs de mise en œuvre de l'approche, travaillent sur leur propre perception par rapport aux questions à aborder avec la communauté. Le premier module de la formation a permis de soutenir la transformation de l'équipe de projet et des partenaires locaux de mise en œuvre qui se sont habitués aux différents outils de l'approche en questionnant leurs attitudes par rapport aux problématiques de la SSRAJ, des VBG et des MPFE ; à la suite de plusieurs exercices, ils ont réfléchi et renforcé leurs compétences pour faciliter la réflexion

critique et le dialogue, et explorer comment leurs propres croyances, préjugés et attitudes influencent leur travail. La formation a encouragé également le personnel à identifier les attitudes et les croyances relatives au genre, à la sexualité et au pouvoir, susceptibles d'influencer leur travail dans la communauté, ainsi que les moyens d'intégrer une pratique réflexive continue aux activités du projet pour un partage et un apprentissage permanents.

Formation/recyclage et suivi post-formation des champions mobilisateurs/catalyseurs communautaires et des personnes influentes

Pour s'assurer de la qualité des dialogues communautaires animés par les catalyseurs, des supervisions formatives ont été réalisées à leur intention au cours de l'année 2 du projet. Elles ont permis de renforcer leurs capacités sur les techniques d'animation d'un dialogue communautaire, les normes et pratiques en liens avec la SSRD et les MPFE, les IST/VIH SIDA..., et d'élaborer avec chaque catalyseur, un plan d'action pour la réalisation des dialogues, sur la base des 19 histoires élaborées par le projet (extrant 1111). Les suivis mensuels des plans d'actions des catalyseurs et le coaching effectués par les animateurs de zone ont permis de noter des insuffisances liées à la maîtrise des différentes étapes de l'animation d'un dialogue ainsi que des thématiques abordées. Ceci a conduit à l'organisation d'une session de recyclage à leur endroit. Un guide technique a également été conçu à l'intention des catalyseurs pour leur servir de document de référence pour les questions sur les normes et pratiques de MPFE et SSRAJ. Tous les catalyseurs ont été orientés en langues locales sur le guide technique. Les personnes influentes identifiées ont également été formées sur leurs rôles dans le projet ainsi que sur les infographies sur les normes et pratiques en lien avec les MPFE, les VBG et la SSRAJ.

A la fin de chaque session de formation, des plans d'actions ont été élaborés pour le déroulement des dialogues et discussions animés par les catalyseurs et les personnes influentes. Ils ont été actualisés sur une base mensuelle avec l'appui des animateurs de zone lors des coachings.

Formation et suivi post-formation des jeunes leaders et jeunes vulnérables

Les formations données aux jeunes leaders ou jeunes vulnérables, filles et garçons, ont été abordées à travers trois grands modules : 1) Les généralités sur la SSRAJ, filles et garçons ; 2) Pourquoi investir sur les adolescents et jeunes ? ; 3) Les droits et devoirs des adolescents et jeunes, filles et garçons, relatifs à la SSR.

A la fin de de chaque formation, les jeunes ont élaboré des plans d'actions pour leur participation aux activités du projet. Ces plans d'action ont fait l'objet d'un suivi continu de la part des animateurs des deux ONG partenaires. La mise en œuvre des actions planifiées ont induit une amélioration du niveau de connaissances des autres jeunes des villages avec qui ils ont travaillé sur les questions de SSR et développé chez les jeunes leaders eux-mêmes, un leadership plus affirmé (confiance en soi, estime de soi, prise de parole en public, prise d'initiative personnelle, etc...) ; les jeunes formés ont participé aux sessions communales, et ont présenté leurs plans d'actions aux élus locaux en toute confiance ; ils ont même mené des plaidoyers en vue d'une participation motivante des élus à leurs activités communautaires.

Extrant 1212 : Éducation sur les droits des femmes et des filles dispensées aux femmes, filles, hommes, garçons et leaders communautaires et traditionnels

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# réunions villageoises conduites sur les droits des femmes et des filles	40	2 780	6 950%
# H/F (25-49 ans) et d'adolescents et jeunes (F/G-JH/JF, 15-24 ans), leaders communautaires et traditionnels atteints lors des dialogues communautaires	1 830 F 1 200 H	33 571 F 32 993 H	1 834% 2 749%
Activités-clés mises en œuvre : • Organiser des réunions communautaires trimestrielles et annuelles avec les mobilisateurs/catalyseurs • Organiser des dialogues communautaires avec les femmes, hommes, garçons, filles et les leaders communautaires sur les droits des femmes et des filles et sur les MPFE • Organiser des projections de films-débats sur les thématiques-clés du projet • Organiser des discussions entre leaders religieux et communautaires sur les normes et pratiques liées aux MPFE et à la SSRAJ • Réaliser et diffuser des émissions radiophoniques dans les radios communautaires			

Réunions communautaires trimestrielles et annuelles

Espaces d'échanges, de redevabilité et de partage d'expériences entre les acteurs communautaires et étatiques de chaque commune, les réunions communautaires ont été facilitées par les ONG partenaires. Elles ont contribué à améliorer les performances des différents acteurs et leur offrir un cadre pour échanger entre eux sur les expériences vécues, les stratégies d'interventions en faveur des A&J et de la SSRAJ et les leçons apprises de leurs expériences. Cinq séries de réunions communautaires sur les six prévues ont été réalisées en tout, dont trois en année 2 et deux en année 3. La troisième réunion communautaire de l'année 2 et la deuxième réunion de l'année 3, ont servi de réunions annuelles et ont permis de discuter de la stratégie de retrait du projet et de la pérennisation des acquis. En tout, ce sont 437 personnes, dont 156 femmes, qui ont participé à ces séances.

Dialogues communautaires

Les dialogues communautaires ont été animés au sein des groupements par les catalyseurs formés sur les thématiques du projet et les techniques d'animation des dialogues. Au démarrage des dialogues communautaires, chaque catalyseur animait en moyenne un dialogue par mois. La fréquence de ces dialogues est progressivement passée à 2 voire 3 par catalyseur et par mois, ce afin de répondre à la demande. Ces dialogues ont été animés sur la base des plans d'actions élaborés et actualisés chaque mois, autour des 19 histoires de l'outil portant sur les MPFE, le genre et la SSR élaboré par le projet. Pour s'assurer de la qualité des dialogues, des suivis mensuels ont été organisés par les animateurs de zone et ont permis d'apporter un coaching aux catalyseurs. Au cours des trois années de mise en œuvre du projet PROJEUNES, 20 plans d'actions (1 par village) ont été élaborés et actualisés chaque mois pour l'animation des dialogues. 2 780 dialogues communautaires ont été animés par les catalyseurs et ont permis de toucher 66 564 personnes, dont 33 571 femmes et jeunes filles.

Il est à noter que de nouveaux groupements de femmes ont été identifiés au cours de l'année 2 du projet, pour pallier au fait que plus d'hommes participaient aux dialogues jusque-là. Ces dialogues ont offert aux femmes membres des groupements l'opportunité de discuter entre elles des questions liées à la sexualité.

Projections de films-débat

Trois campagnes de projection de films ont été réalisées en année 3, dans les 20 villages d'intervention du projet. Dans chaque village, deux films thématiques sur le « Dialogue parents-enfants » et « Les méthodes de PF », ainsi que les extraits de sketch thématiques sur les MPFE présentés par les A&J lors des jeux-concours, ont été projetés pour un total de 120 projections sur l'année. Elles ont été conduites par l'équipe de projet, avec l'appui de l'Agence béninoise pour la planification familiale (ABPF), dans des lieux publics tels que les maisons des jeunes, en fin de soirée, pour encourager la participation des A&J. Chaque projection de film a été suivie d'un débat autour des messages véhiculés par les films ; ce qui a permis d'aborder avec les spectateurs plusieurs questions en lien avec les DSSR des A&J, les pratiques de mariages d'enfants, les fausses perceptions autour de la PF, etc. Ces projections de films ont permis de toucher au total 4 937 personnes, dont 2 541 femmes.

Séances de discussions entre leaders religieux et communautaires

Les séances de discussions entre leaders religieux et communautaires ont permis de contribuer à la transformation progressive des normes sociales et religieuses favorables à la pratique des MPFE et au non-respect des droits des A&J filles en matière de SSR. Deux leaders religieux parmi les plus influents et « alliés du projet » ont été identifiés dans chaque village d'intervention du projet, pour animer des discussions avec d'autres leaders religieux « résistants ». L'objectif de ces discussions était d'amener les leaders religieux « résistants » à revisiter leurs connaissances des textes religieux et à questionner leurs perceptions et interprétations de ces textes en lien avec les questions de genre, MPFE et SSRAJ. Les séances de discussion avec les leaders religieux ont été organisées avec les deux ONG partenaires, en deux étapes.

→ Discussions avec les leaders « alliés du projet » : ces séances ont ciblé les leaders religieux et communautaires « alliés » parmi les plus engagés et qui accompagnaient les activités du projet dans les villages d'intervention. Les discussions se sont tenues par commune. Au total, 82 leaders y ont participé, tous des hommes.

→ Discussions entre leaders « alliés » et leaders « résistants » : l'argumentaire élaboré lors de la première séance de discussion a servi de support de discussions entre les leaders « alliés » et les leaders « résistants ». Dans chaque village, une dizaine de leaders « résistants » en moyenne ont été identifiés, pour un total de 336 leaders résistants pour les quatre communes.

Les deux séries de discussions entre « alliés » et « résistants » ont été conduites dans tous les villages des communes d'intervention. Elles ont été facilitées par les leaders « alliés », avec l'appui des deux ONG partenaires et de l'équipe de projet. Elles ont permis de faire une démarcation entre les pratiques traditionnelles, ce que les communautés pensent être issus des textes religieux, et ce qui est prévu par la législation béninoise. En effet, les discussions ont permis à certains leaders « résistants » de changer de position et de discours. On note également l'amélioration des connaissances des leaders religieux sur le Coran et une meilleure connaissance des textes et lois protégeant les enfants. C'est aussi une occasion qui a permis à l'équipe du projet d'avoir une meilleure connaissance des facteurs qui encouragent les MPFE et de mieux orienter les discussions avec les leaders résistants.

Au total, 38 séances de discussions entre leaders « alliés » et leaders « résistants » ont été tenues et ont permis de toucher 418 leaders (82 leaders alliés et 336 leaders résistants), dont 14 femmes (1 parmi les leaders alliés et 13 parmi les leaders résistants).

> ***Imam à Gando Baka :*** *« Le plaisir a été pour moi de participer à cette séance de discussion initiée par PROJEUNES. J'ai trouvé que cette séance devrait à mon sens avoir lieu plus tôt pour éclairer les uns et les autres. Mais il y a un adage qui dit : mieux vaut tard que jamais. En effet, au cours des travaux, des lumières ont été faites sur ce que le saint Coran dit de même que la sainte Bible en lien avec les mariages d'enfant. En ce sens, il est nécessaire que tous comprennent que les choses ne sont plus comme avant et quiconque ne se conformerait pas aux lois de la République aurait à faire à la justice. Nous leaders religieux alliés prenons l'engagement de convaincre ceux qui salissent la religion pour des miettes ou pour je ne sais quoi afin de lutter véritablement contre les mariages d'enfant ».*

Réalisation et diffusion d'émissions radiophoniques

Deux contrats de partenariat ont été signés avec la radio SU TII DERA de Nikki dans le Borgou et la radio DIALOGUE FM de Kandi dans l'Alibori. Le premier contrat a couvert une période de quatre mois (de septembre à décembre 2020) et le deuxième contrat a été signé pour trois mois (janvier à mars 2021). Ces contrats ont permis la réalisation et la diffusion d'émissions radiophoniques, de spots et les couvertures médiatiques des activités du projet. En prélude à l'exécution des contrats de prestation, deux animateurs et un chargé de programmes par radio ont été formés du 28 au 29 septembre 2020 sur le projet et la stratégie radio de l'approche SAA. Le chargé de la communication du PSAT a participé à cette formation. En somme, ces deux contrats ont permis de : enregistrer et diffuser 48 dialogues communautaires et réflectifs ; réaliser 38 émissions interactives ; organiser huit tables rondes, dont quatre sur les conséquences des MPFE, avec l'appui des agents CPS et des leaders influents communautaires, et quatre sur les fausses rumeurs autour des services SSR, avec l'appui des spécialistes de la santé (agent-e-s de santé et cheffe Division/Planification familiale et SRAJ de la DDS de l'Alibori) et des leaders communautaires influents ; organiser huit magazines sur l'engagement des leaders religieux dans la lutte contre les MPFE ; et diffuser 40 fois, des spots radiophoniques sur les MPFE, la disponibilité des services SSRAJ et les espaces-jeunes aménagés.

Les différentes émissions ont été réalisées avec des prestataires de santé, des agent-e-s CPS et de la police républicaine, des A&J, des leaders religieux, et les membres de l'équipe de projet. Pour s'assurer d'une bonne écoute et de la diffusion effective des émissions, des comités d'écoute ont été mis en place dans les villages, pour faire des feedbacks aux journalistes après les émissions. Ces comités étaient composés des pair-e-s éducateur-rice-s, des membres des FaFa wa et des catalyseurs. Ces émissions ont non seulement permis d'accroitre la visibilité du projet en touchant un plus grand nombre d'acteurs à travers la zone de couverture des radios partenaires.

Extrant 1213 : Plans d'action communautaires sensibles au genre élaborés pour lutter contre les mariages précoces et forcés d'enfants

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# villages avec des plans d'action communautaires	20	20	100%
Activités-clés mises en œuvre :			

- Cartographier les villages avec les leaders et parties prenantes pour aborder les questions sociales et culturelles liées aux mariages précoces et forcés d'enfants
- Élaborer/actualiser des plans d'actions communautaires pour mettre fin aux MPFE
- Présenter les plans d'action communautaires élaborés aux conseils communaux des communes ciblées
- Mettre en œuvre et faire le suivi des plans d'action communautaires

Cartographie des villages

La cartographie des villages a été réalisée dans le cadre de l'analyse des acteurs locaux (voir extrant 1211).

Plans d'actions communautaires

A la fin de chaque trimestre, une réunion a été organisée par les animateurs de zone, avec les catalyseurs et pair-e-s éducateur-rice-s de chaque commune, pour évaluer les plans d'actions du trimestre précédent, ressortir les principales réalisations, les difficultés rencontrées et les leçons apprises sur la période, avant de planifier les activités du trimestre suivant. Cet exercice a renforcé les capacités des catalyseurs et a contribué à développer en eux l'esprit critique par rapport aux actions pertinentes capables d'induire des changements sociaux significatifs.

Les catalyseurs et les pairs éducateur-rice-s ont présenté, sur une base trimestrielle, les plans d'actions actualisés aux conseils communaux, ce qui a suscité leur engagement et accompagnement à travers des visites lors des animations des dialogues communautaires et réflectifs et leur participation aux activités culturelles des clubs.

Extrant 1221 : Personnel des services de protection sociale des communes formé pour identifier et soutenir les adolescentes survivantes de mariages précoces et forcés d'enfants

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# assistants sociaux (f/h) formés sur le MO	4 F 4 H	8 F 11 H	200% 275%
# autorités communales (f/h) formés	20 F 40 H	14 F 62 H	70% 155%
Activités-clés mises en œuvre : • Élaborer un Manuel d'Orientation (MO) des normes des CPS sur l'accompagnement des survivantes de MPFE • Former les autorités de la commune sur la protection des filles vulnérables ou survivantes de MPFE • Développer des réseaux de référence pour les filles et les femmes survivantes de MPFE			

Élaboration du MO des normes des CPS

Lors des missions préalables d'évaluation des besoins des acteurs sociaux menées au début du projet, il était ressorti la nécessité de doter les CPS de procédures formelles standardisées d'accompagnement des survivantes de MPFE. Ce besoin a été confirmé lors de l'évaluation des CPS effectuée en novembre et décembre 2018. Dans le cadre de l'élaboration du MO, l'équipe du projet, en collaboration avec les DDASM de l'Alibori et du Borgou, a organisé un atelier, en décembre 2018, pour définir les grandes lignes du document. Étaient présents, notamment : la Direction de la famille, de l'enfant et de l'adolescent et la Direction de la promotion de la femme et du genre du MASM, l'Observatoire de la famille, de la femme et de l'enfant (OFFE), les DDASM, les CPS, la Police Républicaine des deux départements (dont l'Office

central de protection des mineurs – OCPM), les collèges d'enseignement secondaire, les zones sanitaires, les associations des jeunes et les mairies. Le MO s'adresse au personnel des CPS, particulièrement ceux intervenant sur la trajectoire d'accompagnement des filles survivantes de MPFE ; mais aussi aux autres intervenants du secteur social qui sont amenés à avoir des interactions avec des filles survivantes de MPFE et aux acteurs des autres secteurs, notamment de la police et de la justice, amenés à avoir des interactions avec les agents des CPS concernant des cas de MPFE.

A en croire les différents partenaires ayant pris part à l'élaboration du MO, ce document vient combler un vide dans les archives du MASM par rapport à l'accompagnement des survivantes de MPFE selon des standards qui s'alignent sur les normes internationales. Ils ont été unanimes à reconnaître l'utilité du MO pour tous les acteurs intervenant dans la chaîne de protection des enfants et ont formulé la demande d'élargir la formation des acteurs sur le MO à tous les collaborateurs des différentes structures de prise en charge au niveau des communes d'intervention et au-delà.

Formation des acteurs sur le MO

Suite à l'atelier de validation, le document a été finalisé par l'équipe de projet, en coordination avec le MASM. La version finale du MO[20] a été disponible en septembre 2019, et par la suite deux activités permettant sa diffusion et son appropriation par les acteurs sur le terrain ont été organisées : 1) une formation des formateurs a été organisée à Bohicon, les 24 et 25 septembre 2019, avec 34 participant-e-s, dont six femmes. A l'issue des formations, des plans d'action par commune ont été élaboré par les acteurs, pour l'animation de la formation aux autres acteurs communaux (CPS, agents de santé, OPJ, points focaux des mairies, etc.).; et 2) une formation de tous les acteurs intervenant dans la chaîne de protection des enfants au niveau de toutes les communes d'intervention du projet (76 personnes ont été formées, dont 14 femmes).

> ***Agent CPS de Nikki :*** *« Ce mode opératoire sera désormais un document de référence pour l'accompagnement des survivantes de MPFE au CPS de Nikki. A ce titre, il sera régulièrement consulté par le personnel, et plus particulièrement la chargée du service d'écoute, pour un bon accompagnement des survivantes ».*
>
> ***Agent CPS de Kalalé :*** *« Je pense que cette formation va améliorer principalement la manière de faire l'écoute de la survivante et une élaboration objective de son plan d'accompagnement. Ensuite, j'ai appris aussi les différentes étapes du rapport d'enquête sociale de la survivante et enfin l'exercice de la simulation de la formation qui a été très édifiantes ».*

Développement de réseaux de référence

La mise en place des réseaux de référence a été amorcée en fin d'année 1, avec la formation de 65 groupements FaFa Wa sur la problématique des MPFE et l'identification des différents mécanismes existants/possibles. Elle a été effective dans les 20 villages d'intervention via les groupements. Les membres des groupements ont d'abord été formé-e-s par les chefs CPS sur le soutien social aux survivantes et les structures de recours en cas de violations des droits des filles. Ensuite, un focus a été mis sur le circuit de signalement des cas de MPFE (différents acteurs clés de la chaîne d'accompagnement des survivantes), l'opérationnalisation du dispositif de référence et enfin les rôles des acteurs en charge

[20] Voir le document en Annexe 11 du présent rapport.

du fonctionnement du mécanisme. Le dispositif de référence tel que mis en place dans chaque village est composé de douze membres volontaires des groupements qui servent de pont entre leur communauté et les différents acteurs de la chaîne de protection ; ils travaillent en toute discrétion et confidentialité (en lien avec les CPS et les animateurs) en vue d'un signalement sécuritaire des potentiels cas. Ils ont été officiellement présentés aux chefs de village comme des acteurs engagés pour lutter et signaler tout cas de MPFE dans leur village. Les autres membres des groupements ont été encouragés à accompagner ces volontaires à travers le signalement de tout cas de suspicion de célébration de MPFE. Par ailleurs, ces acteurs engagés ont également joué le rôle de médiateurs sociaux entre les familles des survivantes et les survivantes pour leur réinsertion familiale dans l'intérêt supérieur des survivantes. Ce dispositif mis en place a contribué à augmenter le nombre de cas de MPFE dénoncé dans les communautés.

Au total, 20 réseaux de référence, un par village, ont ainsi été mis en place et sont maintenant opérationnels. Chaque réseau est constitué d'au moins quatre jeunes, filles et garçons, mais aussi des chefs de village, des animateurs d'ONG partenaires, des relais communautaires des CPS, des agents des CPS, de la Police Républicaine et des agents de santé.

Extrant 1222 : Programme de soutien psychosocial fourni aux survivantes de mariages précoces et forcés d'enfants

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# mères, pères de survivantes et d'adolescentes à risque formés à la réhabilitation et au soutien	120 F 120 H	184 F 177 H	153% 147%
# parents de référence pour les survivantes et adolescentes à risque formés à la réhabilitation et au soutien	50 F 50 H	102 F 151 H	204% 302%
Activités-clés mises en œuvre : • Former des parents de référence pour les survivantes de MPFE sur la réintégration et le soutien • Former les parents des survivantes de MPFE sur la réintégration et le soutien • Développer un programme de soutien psychosocial pour les filles à risque et survivantes de MPFE • Faire un suivi régulier avec les filles à risque accompagnées et les survivantes réintégrées			

Identification et formation des parents de référence (ou parents sociaux)

Les parents de référence, hommes et femmes, sont distincts des parents biologiques des survivantes de MPFE. Ce sont des adultes de référence identifiés dans la communauté, acquis à la cause de la lutte contre les MPFE et sans forcément un lien familial avec les adolescentes et qui ont joué un rôle de médiation familiale/communautaire. En moyenne, 12 personnes ont été identifiées par village, sur la base de leur engagement à lutter contre les MPFE et leur dynamisme autour des actions de développement communautaires de leur localité, pour jouer le rôle de parents de référence. Ce sont des volontaires bénévoles. Deux sessions de formation des parents de référence identifiés ont été organisées au cours de l'année 2. Elles ont été facilitées par les chefs CPS, avec l'appui de l'équipe de terrain des ONG partenaires et en présence des chefs d'arrondissement. Les thématiques abordées lors de ces formations étaient : l'accompagnement social d'un cas de MPFE, la réinsertion sociale, les procédures d'accueil d'un cas de survivante, la référence et la confidentialité autour des cas de survivante ainsi que les stratégies de signalement des cas de MPFE sans être exposé. Au total, 253 parents de référence ont été formés (103 dans le Borgou et 150 dans l'Alibori, dont 102 femmes).

Un système de suivi mensuel des survivantes par les CPS a ensuite été mis en place pour s'assurer que les parents de référence respectent leurs engagements et que les conditions de vie des survivantes sont optimales. Les parents de référence ont ainsi été un pilier important dans le dispositif d'accompagnement des survivantes et de soutien moral et social aux survivantes, victimes de rejet familial.

Formation des parents des survivantes

Différentes sessions de formation ont été organisées en direction des parents et collatéraux des filles survivantes accompagnées tout au long du projet, au fur et à mesure de l'identification des adolescentes survivantes de MPFE. Facilitées par les CPS, les formations ont abordé les thématiques suivantes : comprendre les adolescentes survivantes de MPFE ; les facteurs fragilisant les adolescentes face aux MPFE ; les conséquences des MPFE sur les adolescentes ; l'accompagnement psychosocial des survivantes de MPFE, y compris la réinsertion sociale ; le rôle des CPS et des autres acteurs de protection qui interagissent avec les CPS pour l'accompagnement des survivantes de MPFE. Au total, 361 parents de survivantes ont été formés, dont 187 femmes.

Programme de soutien psychosocial et suivi des filles à risque et survivantes de MPFE

Le programme de soutien psychosocial proposé aux filles à risque et survivantes de MPFE inclut un paquet divers de services (voir Résultat intermédiaire 1200). Sur toute la période d'exécution du projet, 99 filles survivantes de MPFE ont bénéficié de l'accompagnement du projet.

Le suivi des survivantes a permis de s'enquérir de leurs conditions de vie, aussi bien dans leur cadre de vie que dans leur milieu d'apprentissage ou de scolarisation. Un suivi conjoint se faisait entre les responsables des CPS et les superviseurs de zone des ONG, sur une base mensuelle.

Extrant 1223 : Capacités renforcées des associations villageoises d'épargne et de crédit (FaFaWa) pour soutenir les survivantes de mariages précoces et forcés

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# groupements FaFaWa et # membres des groupements FaFaWa formés sur la gestion des AGR	20 FaFaWa 200 F 100 H	21 groupements 542 F 118 H	100% 271% 118%
# groupements et # membres groupements formés sur la réintégration des survivantes de MPFE	20 Groupements 200 F 100 H	65 groupements[21] 4 401 F 2 122 H	325% 2 200% 2 122%
Activités-clés mises en œuvre : • Fournir un fonds social pour soutenir la réintégration des survivantes de MPFE • Former les membres des groupes FaFa Wa sur la gestion des AGR • Former les membres des groupes FaFa Wa sur la réintégration des survivantes de MPFE • Organiser des sessions de recyclage pour les membres des groupes FaFa Wa sur la réintégration des survivantes de MPFE			

[21] Parmi lesquels 21 groupements FaFa Wa.

Fonds social

Un fonds social a été mis en place par le projet afin de soutenir les groupements FaFa Wa dans la réintégration des survivantes de MPFE. Il a permis de doter 20 groupements en matériels et équipements leur permettant de renforcer leurs activités afin d'être suffisamment autonomes pour appuyer les survivantes. Ces fonds, en plus de renforcer le pouvoir économique des femmes membres des groupements, ont facilité l'intégration sociale des filles vulnérables et à risque de MPFE dans lesdits groupements et les ont rendus redevables du soutien social à apporter aux survivantes.

Formation/Recyclage des membres des FaFa Wa sur la gestion des AGR

La formation des groupements sur les AGR s'est déroulée au cours de l'année 2 du projet. Elle a ciblé cinq groupements par commune d'intervention, soit 20 groupements. Cette formation a abordé les notions-clés suivantes : l'entreprise et la famille, la stratégie marketing, connaître ses coûts en tant qu'entrepreneure, et le suivi-évaluation de son AGR. Au total, ce sont 660 membres des groupements qui ont été formées sur la gestion des AGR, dont 542 femmes.

Formation/recyclage des membres des FaFa Wa sur la réintégration des filles survivantes de MPFE

Plusieurs sessions de formation ont été animées en direction des membres des groupements FaFa Wa tout au long du projet. Elles ont porté sur les pratiques de MPFE et la réintégration des survivantes. Il était initialement prévu de former 20 groupements. Cependant, compte tenu de la répartition des filles vulnérables à intégrer dans les FaFa Wa, 65 groupements ont été formés pour assurer une bonne couverture géographique. Au total, ce sont 6 523 membres des groupements qui ont été formé-e-s sur la réintégration des survivantes de MPFE, dont 4 401 femmes.

Résultat immédiat 1310
Capacités accrues du gouvernement à promouvoir les droits sexuels et reproductifs des adolescents et prévenir les MPFE

Extrant 1311 : Appui technique fourni au groupe de travail sur la SSR du Ministère de la santé

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# réunions du cadre départemental de la SSRAJ	4	7	175%
# réunions du cadre communal des acteurs de lutte contre les MPFE	8	16	200%
# notes techniques élaborées sur des questions-clés liées à la SSRD et/ou aux MPFE	3	3	100%

Activités-clés mises en œuvre :

- Participer aux réunions du cadre départemental de la SSRAJ
- Participer aux réunions du cadre communal des acteurs de lutte contre les MPFE
- Élaborer des notes techniques sur les questions clés liées à la SSRD et aux mariages précoces et forcés d'enfants
- Diffuser des notes techniques sur les questions clés liées à la SSRD et aux MPFE

Réunions du cadre départemental sur la SSRAJ

Ces réunions, qui sont des espaces d'échanges et de plaidoyer pour l'équipe de projet, ont eu lieu sur une base semestrielle dans chaque département. Sur la durée du projet, l'équipe de projet a participé à sept sessions du cadre départemental sur la SSRAJ, cinq dans le Borgou et deux dans l'Alibori. Ces espaces stratégiques de concertation ont donné l'occasion au projet de faire la lumière sur ses activités et surtout les changements induits ; par ailleurs, la participation de l'équipe à ces rencontres a renforcé la collaboration avec les acteurs du secteur de la santé et offert une opportunité de plaidoyers pour une meilleure représentation des jeunes dans ces instances de prise de décision stratégique.

Il est à noter que, selon les nouvelles réformes de 2021, les cadres départementaux passent sous la coordination des préfets, qui les convoqueront toujours sur une base semestrielle. Il n'y a pas eu de convocation de réunions dans les deux départements entre janvier et mars 2021.

Réunions du cadre communal sur les MPFE

Les Comités Communaux de Protection des Enfants (CCPE) sont régis par un arrêté interministériel qui a fixé la configuration du cadre, le profil des acteurs y participant et la périodicité de rencontre. Il s'agit d'un cadre coordonné par le chef CPS, sous la responsabilité du maire, qui réunit les acteurs intervenant dans la protection de l'enfant au niveau de la commune. Aucune OSC de jeunes et adolescents n'est prévue pour y siéger, ce qui n'offre pas l'opportunité aux jeunes de se faire représenter à travers des porte-voix. Bien que les sessions de ce comité sont prévues pour se tenir chaque mois, la périodicité de la tenue effective des sessions a été irrégulière sur toute la durée du projet à cause du manque de ligne budgétaire au niveau des mairies. Sur toute la durée du projet, 16 sessions de CCPE ont été tenues et ont connues la participation de plusieurs organisations de protection des enfants en plus de CARE. Il s'agit de : à Nikki : CUSO/APEM (Association pour la protection de l'enfance malheureuse), DEDRAS, VEE ; à Kalalé : DEDRAS ONG, VEE ONG, EQUI-FILLES ONG ; à Malanville : DEDRAS ONG, SIA N'SON ONG, CARITAS, Foyer Don Bosco, APEM ; et à Karimama : DEDRAS ONG.

La participation des ONG partenaires aux CCPE a permis d'accroitre la visibilité des actions de PROJEUNES. Aussi, les liens de collaboration ont été renforcés avec les autres acteurs qui interviennent dans la protection de l'enfant, notamment EQUI-FILLES ONG et CUSO international avec qui il y a eu des échanges et partages d'expériences sur l'approche SAA, les outils de communication avec les communautés, les acteurs communautaires/agents de changement communautaires. Cette interaction a également facilité la synergie d'actions entre les équipes de terrain de PROJEUNES et de CUSO (FEDIH DJIRIMA) dans les activités avec les clubs scolaires et extrascolaires.

Notes techniques

Trois notes techniques[22] ont été produites par l'équipe de projet sur toute la durée du projet, et diffusées aux partenaires sur le terrain. La première note technique a dressé un état des lieux de la situation de la SSR/SSRAJ, des MPFE et des VBG dans les quatre communes d'intervention du projet et formulé des recommandations à l'endroit des décideurs. La deuxième note technique a été une synthèse de l'étude menée en année 1, avec l'appui du projet, sur l'intégration des adolescents, filles et garçons, dans les

[22] Voir les trois notes techniques en annexes du présent rapport.

programmes de SSR en milieu rural au Bénin, notamment dans les deux départements de l'Alibori et du Borgou (voir extrant 1312). La troisième note technique a repris les principaux constats et conclusions de l'accompagnement donné par le projet aux adolescentes à risque et survivantes de MPFE.

Chacune des notes techniques a inclus des recommandations à l'intention des autorités et acteurs locaux pour une meilleure protection des survivantes de MPFE et une meilleure prise en compte des DSSR des A&J.

Extrant 1312 : Recherche menée sur l'intégration des adolescents ruraux, particulièrement les filles, dans les programmes de SSR au Bénin

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# recherche menée	1	1	100%
# adolescentes et adolescents (15-19 ans) ayant été consultés lors de la collecte de données	75 F 75 G	83 F 87 G	111% 116%
Activités-clés mises en œuvre : • Mener la recherche sur le terrain • Rédiger le rapport de recherche • Diffuser les principales conclusions du rapport de recherche auprès du gouvernement et de la société civile			

En Année 1, le projet a appuyé la réalisation d'une étude sur l'intégration des adolescents ruraux, filles et garçons, dans les programmes de SSR au Bénin. Elle a été menée par Mlle Aramide Odutayo, membre de Youth Coalition et titulaire d'une bourse de recherche du Centre de recherche pour le développement international (CRDI). Les objectifs de cette recherche étaient de répondre aux deux questions suivantes : 1) Dans quelle mesure les adolescents des zones rurales ont-ils été inclus dans les programmes de SSR ? ; et 2) Comment les adolescents des zones rurales aimeraient-ils être inclus dans les programmes de SSR ?

En termes de méthodologie, bien que des données qualitatives et quantitatives aient été collectées, l'étude était principalement de nature qualitative. Pour cela, la chercheuse a eu recours à des entretiens approfondis (auprès de 26 informateurs-clés : fonctionnaires du gouvernement béninois, représentants d'organisations internationales, ONG béninoises et internationales, organisations locales de jeunes, prestataires de services de SSR) et à des discussions de groupes. Ces derniers ont été tenus avec des adolescents, filles et garçons, de 18-19 ans dans les quatre communes d'intervention du projet. Ainsi, huit groupes de discussion ont été menés dans chaque département. Chaque groupe comprenait entre 8 et 12 adolescents, pour un total de 192 participant-e-s.

Le rapport de l'étude a été finalisé en mars 2019 et est disponible en anglais. Les conclusions tirées de cette étude ont fait l'objet de la deuxième note technique produite par l'équipe de projet (Extrant 1311).

Extrant 1313 : Consultations menées sur la SSR des adolescents, particulièrement les filles, et les mariages précoces et forcés d'enfants

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées

# adolescents et jeunes (F/G) et intervenants (F/H) ayant participé aux consultations	10 F 10 G/H	16 F 14 G/H	160% 140%
# rapport élaboré et diffusé sur les consultations	1	1	100%
Activités-clés mises en œuvre : • Effectuer une revue de la littérature et des politiques et programmes sur les questions politiques clés liées à la SSRD et aux MPFE • Mener une consultation avec les organisations de jeunes et les parties prenantes gouvernementales sur la SSRD et les MPFE • Élaborer et diffuser un rapport sur la consultation menée			

En octobre 2018, le projet a organisé à Parakou une consultation multipartite sur l'amélioration de la santé et des DSSR des adolescentes au Bénin. Cet atelier avait pour objectif de définir les domaines d'intervention prioritaires pour répondre aux besoins sexuels et reproductifs de la jeunesse béninoise et de nouer des relations afin d'appuyer la mise en œuvre des activités de plaidoyer. 30 personnes, dont 13 jeunes filles et femmes, ont pris part à cette consultation, parmi lesquelles des représentant-e-s d'organisations de jeunes, des leaders religieux et traditionnels et des représentant-e-s des structures décentralisées de l'État.

La consultation a connu une participation active des jeunes et un engagement remarquable des représentants de chaque association de jeunes en vue d'actualiser leur plan d'actions. A la fin de la rencontre, les participant-e-s ont produit une déclaration dans le but de réitérer leur engagement et disponibilité à accompagner les institutions étatiques, les partenaires techniques et financiers (PTF) et les différentes parties prenantes pour la mise en œuvre efficace des recommandations. La déclaration a été diffusée aux participant-e-s présent-e-s durant la consultation. En vue de favoriser une synergie d'action en matière de responsabilisation, les participant-e-s ont ensuite disséminé la déclaration dans leurs réseaux respectifs, notamment auprès du Parlement des jeunes du Bénin, première législature composé de 85 jeunes parlementaires, dont 29 femmes de 18-26 ans ; du Creuset des jeunes leaders du Bénin, composé de 217 participant-e-s avec 120 femmes de 22-35 ans. De plus, la déclaration a été diffusée dans les huit CEG de la commune de Nikki en vue d'établir un dialogue entre les différents acteurs et bénéficiaires.

Résultat immédiat 1320
Participation accrue des adolescents, filles et garçons, aux politiques et programmes sur la SSR des adolescents et jeunes et les MPFE

Extrant 1321 : Cartes communautaires de performance sensibles au genre élaborées avec des groupes de jeunes, filles et garçons

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# participants aux réunions communautaires menées avec des adolescent-e-s, JF, JH, fournisseurs de services de santé, des services sociaux, des membres de la communauté (F/H)	240 F 240 H	484 F 472 H	202% 197%
Activités-clés mises en œuvre : • Organiser des réunions communautaires avec les hommes, les femmes, et les adolescents, filles et garçons			

- Organiser des réunions avec les prestataires de services de santé et les services de protection de l'enfant
- Organiser des réunions communautaires avec les hommes, les femmes, les adolescents (f/g), les prestataires de services de santé et les services de protection de l'enfant
- Organiser des rencontres semestrielles communautaires de plaidoyer

Cartes communautaires de performance (CCP)

Les rencontres d'élaboration des CCP rassemblent les membres de la communauté, les prestataires des services de santé et sociaux, et le gouvernement local (mairies notamment). Quatre cycles de CCP ont été menés au cours de la mise en œuvre du projet : le premier, en août 2019, le deuxième en février 2020, le troisième en août 2020 et le quatrième en novembre 2020. Au total 956 personnes ont participé à ces rencontres, dont 484 femmes et 472 hommes.

Chaque cycle de CCP comprenait les cinq phases suivantes : Phase 1 : Planification et préparation; Phase 2 : Réalisation de la carte de performances avec la communauté; Phase 3 : Réalisation de la carte de performances avec les prestataires de service; Phase 4 : Réunion d'interface et plan d'action; et Phase 5 : Exécution du plan d'action et suivi-évaluation. Chaque cycle s'est déroulé en trois étapes à savoir :

1. Réunion communautaire : qui a permis d'analyser avec les communautés, à travers des assemblées générales et des groupes de discussion, les difficultés que les A&J rencontrent par rapport à l'offre de services de SSRAJ et l'accompagnement des survivantes de MPFE.
2. Réunion avec les prestataires de services (santé et social) : elle a été consacrée à l'inventaire des difficultés auxquelles les prestataires sont confrontés dans l'offre des services de SSRAJ et d'accompagnement des survivantes de MPFE.
3. Réunion d'interface prestataires-communautés : l'opportunité a été donnée aux deux groupes d'acteurs de restituer les problèmes identifiés de part et d'autre ; par la suite, des plans d'actions ont été élaborés par commune pour améliorer la qualité du service évalué.

Chaque étape a été conduite d'une part avec les prestataires de santé (pour évaluer « l'offre des services de SSR adaptés aux A&J ») et, d'autre part, avec les agent-e-s des CPS (pour évaluer « l'accompagnement psychosocial des survivantes de MPFE »).

Rencontres semestrielles communautaires de plaidoyer

Les réunions communautaires ont permis de mener des actions concrètes de plaidoyer telles que :

1) Plaidoyer auprès des chefs de villages pour une dénonciation collective des cas de MPFE.
2) Mise en place, dans chaque village, d'un cahier d'informations sur la célébration des mariages, renseignant l'identité et l'âge du futur couple avec une copie des actes de naissance comme preuve[23].
3) Rencontre entre 22 A&J et l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire Malanville-Karimama (EEZS/MK) avec pour objectif d'amener les A&J à exprimer leur plaidoyer à l'endroit de l'équipe sanitaire de prise de décision de la commune de Malanville (Alibori) en faveur de la gratuité des méthodes de contraception pour les A&J filles de la commune dans tous les CS de la ZS.

[23] Acte d'engagement pris par le chef de village attestant de l'âge de la mariée pour les filles n'ayant pas d'acte de naissance.

4) Participation à la session ordinaire du Conseil communal de Nikki, avec pour objectif de faire le bilan des réalisations du projet à quelques mois de sa fin et de solliciter l'appui du Conseil communal afin de pérenniser les acquis du projet en matière de DSSR des A&J, des accompagnements donnés aux adolescentes survivantes de MPFE ainsi que le maintien de la dynamique communautaire en place pour adresser les normes socioculturelles préjudiciables aux DSSR des A&J à travers la continuité des dialogues communautaires par les catalyseurs

Les différentes séances de plaidoyers organisés ont abouti à la gratuité des méthodes contraceptives dans les quatre communes de mise en œuvre du projet.

Extrant 1322 : Petites subventions données aux groupes de jeunes pour développer des projets à base communautaire

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# petites subventions accordées aux organisations de jeunes	3	4	133%
# outil de gestion d'une organisation de jeunes produit	1	1	100%

Activités-clés mises en œuvre :

- Développer des TdR pour de petites subventions à octroyer aux groupes de jeunes
- Doter les groupes de jeunes d'outils sur la gestion d'une organisation de jeunes
- Octroyer les subventions aux groupes de jeunes sélectionnés
- Suivre la mise en œuvre des projets à base communautaire des groupes de jeunes

Subventions accordées aux organisations de jeunes

Deux subventions ont été accordées en année 1 à des organisations locales de jeunes : le Réseau Ouest Africain des Jeunes Femmes Leaders du Bénin (ROAJELF) et le Parlement des Jeunes du Bénin (PJB). En année 3, du fait de la pandémie de COVID-19 (et des restrictions y relatives, notamment en ce qui concerne les déplacements internationaux), Youth Coalition a dû revoir sa stratégie d'intervention dans le projet. Ainsi, l'équipe de YC a décidé d'octroyer deux subventions additionnelles à deux organisations de jeunes, après approbation de AMC (obtenue par email, en novembre 2020). Les organisations ont été identifiées à travers les différentes activités menées par le projet. Il s'agit des organisations « Yon Ba » et « Ensemble Artistique et Culturelle des Enfants du Bénin (EACEB) ». Les activités mises en œuvre dans le cadre de ces subventions sont détaillées dans le résultat 1310.

Outil de gestion d'une organisation de jeunes

L'outil de gestion d'une organisation de jeunes avait pour but de renforcer les capacités de ces organisations en matière de gestion, d'élaboration et de mise en œuvre de leurs activités. Au total, une centaine de copies du manuel ont été produits. Les organisations de jeunes bénéficiaires sont notamment : le Parlement des Jeunes du Bénin (PJB), SCOUSTISME Béninois, Le ROAJELF, les Jeunes Volontaires pour la Santé (JVS) et Organisme Consultatif du Bénin (OCJ).

Extrant 1323 : Plans de plaidoyer sur les mariages précoces et forcés d'enfants développés par les jeunes

Indicateurs	Cibles du projet	Réalisations cumulées	% Réalisations cumulées
# colloque organisé sur la SSRD et les MPFE	1	1	100%
# plans de plaidoyer développés	3	3	100%
# organisations de jeunes formées au plaidoyer sur la SSRD et les mariages précoces et forcés d'enfants	5	20	400%

Activités-clés mises en œuvre :

- Élaborer et diffuser des outils adaptés aux jeunes sur les droits sexuels et reproductifs des adolescents
- Former les jeunes au plaidoyer sur la SSRD et les MPFE
- Développer des outils de plaidoyer sur la SSRD et les MPFE
- Mener avec les jeunes des activités de plaidoyer sur la SSRD et les MPFE
- Organiser un colloque sur la SSRD et les MPFE
- Appuyer la participation d'A&J au 26th Youth Assembly

Colloque sur la SSRD et les MPFE

Le colloque a eu lieu le 27 mars 2021 à Parakou et a accueilli 50 personnes, dont 28 A&J. Cette activité a été développée, organisée et facilitée en partenariat avec ROAJELF Bénin, sous la coordination de YC. La journée était divisée en trois parties :

1) Une présentation du projet PROJEUNES, incluant des présentations des différentes organisations ayant reçu des subventions.
2) Une évaluation du projet sous forme de groupes de discussions avec des A&J, filles et garçons, et des organisations de jeunes. Ces groupes de discussions avaient pour but d'identifier, examiner, comprendre et partager les effets du projet sur les A&J et les organisations de jeunes afin de mieux comprendre le degré d'efficience, de réussite et d'efficacité du projet.
3) Un colloque, tenu parallèlement à l'exposition d'art, sous le lead de l'organisation EACEB. En effet, dans l'après-midi, les participants au colloque ont été invités à participer à une exposition d'art et

à voter pour leur œuvre préférée. Lors de l'exposition, plusieurs éléments ont été présentés, tels que des œuvres de peinture, un chant, une pièce de théâtre et une vidéo.

Formations et plans de plaidoyer

Plusieurs activités ont été réalisées au cours du projet dans le cadre des actions de plaidoyer menées avec les A&J et les associations de jeunes. Deux ateliers de formation sur le plaidoyer ont été organisés en année 2, à l'issue desquels deux plans de plaidoyer ont été élaborés avec les organisations de jeunes. En année 3, trois activités ont été réalisées **:** 1) une formation courte en ligne sur le plaidoyer, 2) l'élaboration d'un plan de plaidoyer, et 3) la participation à l'Assemblée de la jeunesse.

En somme, ce sont des représentant-e-s des 14 organisations de jeunes suivantes qui ont formé-e-s sur le plaidoyer : les Jeunes de la Santé Sexuelle et Sécurité (JS3), Le Parlement des Jeunes du Bénin (PJB), Scoutisme Béninois, Jeunes Volontaires pour la Santé (JVS), Organe Consultatif de la Jeunesse du Bénin (OCJ), le Réseau Ouest Africain des Jeunes Femmes Leaders du Bénin (ROAJELF), le Mouvement d'Action des Jeunes (MAJ), Jeunes Filles Actrices de Développement, Amour & Vie, Association Kabiiessi Adjobi, Association Yonba, Friendship Action for Sustainable Development, l'EACEB et Via-Me. Il est à noter que suite à leur expérience avec le projet PROJEUNES, certains jeunes ont décidé de créer leur propre organisation de jeunes luttant pour la SSRD et contre les MPFE au Bénin. Deux de ces organisations sont l'organisation YonBa et l'organisation Action for Youth Rights.

4. Réponse à la COVID-19

Durant la dernière année de mise en œuvre du projet, CARE et le projet PROJEUNES étaient grandement préoccupés par la multiplication des cas de coronavirus et les répercussions de la pandémie. C'est pourquoi CARE a travaillé en étroite collaboration avec les autorités sanitaires des pays et des régions d'interventions, dans l'objectif d'assurer la santé et la sécurité de l'équipe de projet et des communautés. Au Bénin, CARE a travaillé étroitement avec le MS, et s'est inscrite dans la droite ligne des activités initiées par le gouvernement. Les messages de prévention diffusés ont intégré les aspects sexospécifiques.

Le projet a soumis à AMC, en avril 2020, une demande pour intégrer à PROJEUNES des activités de prévention et de protection contre la COVID-19 qui sont primordiales dans le contexte actuel afin de pérenniser les acquis du projet. Cette demande a été approuvée avec le PTA de l'année 3 par email, le 24 juillet 2020.

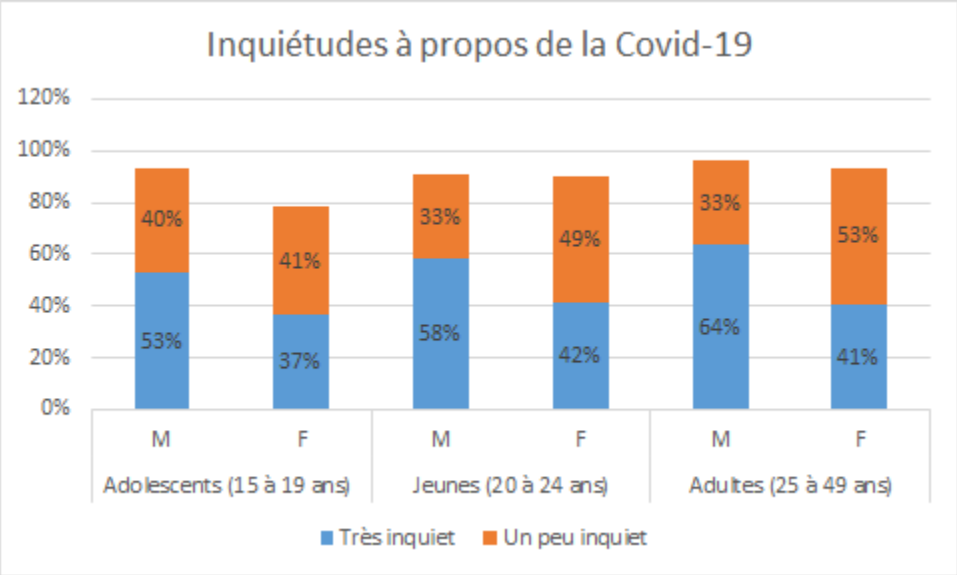
Accès à l'informations, effet des restrictions et inquiétudes

La thématique de la COVID-19 a été intégrée dans les outils des évaluations de fin de projet. La quasi-totalité (99%) des enquêté-e-s (enquête ménages) a affirmé avoir reçu des informations sur la pandémie de la COVID-19. 71% des personnes interrogées ont déclaré que leur principale source d'informations sur la pandémie était la radio et 56% le projet PROJEUNES. Par rapport aux effets de la distanciation et des restrictions liées à la COVID-19 sur leur vie, les réponses les plus courantes étaient : les enfants ne vont plus à l'école (75%); 44% ils ne peuvent pas assister à des réunions sociales importantes (44%) ; et les activités génératrices de revenus étaient limitées (37%). De plus, 3,5% des personnes ont répondu qu'ils n'avaient pas d'accès aux services médicaux.

Selon l'évaluation des CS et CPS, la pandémie de COVID-19 a influencé le fonctionnement de certains CS (4 sur 12) et CPS (2 sur 4) à cause d'une plus faible fréquentation de manière générale et de la difficulté d'approvisionnement en intrants médicaux.

La perception générale des agent-e-s CPS et agent-e-s de santé est qu'il y a eu une soit une petite réduction, soit aucun changement par rapport à l'évolution globale du nombre de MPFE et de VBG en lien avec la COVID-19. Chez les communautés, les réponses à l'enquête ménage indiquent que 6% des femmes adultes et 4% des jeunes filles sont de plus en plus préoccupées par les problèmes de violences domestiques ou violences conjugales. Aussi, 15% des femmes et 19% des jeunes filles sont de plus en plus préoccupées par les questions liées à la sécurité dans la communauté; ce qui était pareil pour les hommes (17%) et les garçons (16%).

Enfin, plus de 90% de la population de tous les groupes d'âge, sans distinction de sexe, a exprimé des préoccupations par rapport à la COVID 19 : 46% sont très inquiets, et sont d'accord avec l'affirmation : « Je m'inquiète pour la santé et la sécurité de mes êtres chers. J'évite de quitter la maison ou de rencontrer des gens quand je le peux » ; 43% sont un peu inquiets, et sont d'accord avec l'affirmation : « J'ai suffisamment d'informations sur la situation. Ma famille a pu s'adapter à une nouvelle routine sans conséquences majeures sur ma routine domestique » ; 11% ne sont pas inquiets, pour eux, « Rien n'a beaucoup changé dans ma vie depuis que j'ai entendu parler du COVID-19 pour la première fois. »



Source: Enquête auprès des ménages, mars 2021.

Activités exécutées par le projet en réponse à la COVID-19

Ces activités sont présentées dans le tableau ci-après :

Extrants	Activités	Indicateurs prévus	Indicateurs atteints
1113	**Clubs de jeunes garçons et filles créés pour les adolescents scolarisés et non scolarisés**		
Achat de dispositifs de lavage des mains à l'eau chlorée (DLM) pour les clubs scolaires et extrascolaires : Les clubs scolaires et extrascolaires ont été dotés de DLM, soit 20 DLM pour chacune des communes de Kalalé et Nikki, et 16 DLM pour chacune des communes de Malanville et Karimama.		28 DLM mis à disposition des clubs	72 DLM mis à disposition des clubs
Confection et édition de bandes dessinées (BD) pour la sensibilisation des clubs et adolescents, filles et garçons, scolaires et extrascolaires : Pour le contenu et les images utilisés pour la conception des BD, l'équipe de projet s'est inspirée des messages et spots de sensibilisation conçus par le gouvernement béninois. La BD présente la maladie de COVID-19, les fausses rumeurs autour de la pandémie, les voies de contamination avec une forte insistance sur les gestes barrières. Les récits et images qui les soutiennent ont tenu compte du genre. Les BD ont été utilisées comme support de communication lors des journées portes ouvertes, pour sensibiliser les A&J sur la pandémie à travers des jeux-concours avec gain de BD et de t-shirt.		4 000 bandes dessinées éditées	4 000 bandes dessinées éditées
1122	**Agents de santé formés sur la SSR des adolescents, particulièrement les filles**		
Formation des agents de santé sur le COVID-19 dans les 12 CS des 4 communes d'intervention du projet : Les 25 et 26 juin, 48 prestataires de santé ont été formé-e-s (44 femmes et 4 hommes), dont 30 sages-femmes volontaires dans		48 agents de santé formés	48 agents de santé formés

Extrants	Activités	Indicateurs prévus	Indicateurs atteints
le Borgou et 18 sages-femmes et infirmières et infirmiers de maternité dans la ZS/MK; cette formation a porté sur la prise en charge en consultation prénatale (CPN) et/ou accouchement des femmes enceintes atteintes de la COVID-19. Les modules de formation ont abordé : • L'infection au coronavirus : généralités et épidémiologie • La définition des cas et contacts • La désinfection et préparation des solutions chlorées • Le nettoyage et la désinfection de l'environnement • La prise en charge de la femme enceinte pendant la grossesse, l'accouchement et en post-partum (y compris les algorithmes de prise en charge de la COVID-19 à chaque étape) • Le prélèvement d'échantillon au laboratoire			
1123	**Centres de santé réhabilités, adaptés aux adolescents, filles et garçons, et dotés en matériel**		
Conception et édition de dépliants et affiches sur le COVID 19 pour les 12 CS des 4 communes d'intervention du projet[24] : Au cours des journées portes ouvertes et des projections de films, 4 000 dépliants et 2 000 affiches portant des messages de prévention/protection sur la COVID-19 ont été réceptionnés et distribués dans les CS, CPS et clubs scolaires et extrascolaires.		2 000 affiches éditées 4 000 dépliants édités	2 000 affiches éditées 4 000 dépliants édités
Achat de DLM à l'eau chlorée pour les 12 CS des 4 communes d'intervention du projet : Les CS de l'Alibori ont tous été dotés en DLM. Pour le département du Borgou, les CS disposant déjà de DLM, le DDS a demandé plutôt au projet la mise à disposition d'intrants. C'est ainsi qu'il a été acheté pour les deux communes, 10 paquets d'hypo-chlorure de calcium.		12 DLM mis à disposition des CS	8 DLM et 10 paquets d'hypo-chlorure de calcium mis à disposition des CS
Achat de kits de protection (gel hydro-alcoolique, bavettes, gants) pour les 12 CS des 4 communes d'intervention du projet : L'état béninois ayant doté les CS de kits de protection, en accord avec les autorités sanitaires, il a été décidé d'utiliser ce budget pour doter les communautés de masques.		120 kits de protection mis à disposition des CS	0 kits de protection mis à disposition des CS
1212	**Éducation sur les droits des femmes et des filles dispensée aux femmes, filles, hommes, garçons et leaders communautaires et traditionnels**		
Conception et édition d'affiches géantes de prévention sur le COVID-19 à poster à l'entrée de chacune des 4 communes d'intervention du projet : Chacune des quatre mairies des communes d'intervention a reçu une affiche géante pour contribuer à la sensibilisation de la population qui fréquente les bureaux de l'hôtel de ville.		4 affiches géantes de prévention éditées	4 affiches géantes de prévention éditées

[24] Voir documents en annexes 7 et 8.

Extrants	Activités	Indicateurs prévus	Indicateurs atteints
Réalisation et diffusion de spots radios de prévention sur le COVID-19 en langues locales Bariba, Dendi, Booh et Peulh : En collaboration avec les DDS du Borgou et de l'Alibori, qui ont déjà des contrats en cours avec les radios partenaires, le projet a animé des émissions radiophoniques sur la COVID-19 et diffusés des spots de sensibilisation. Ils ont été réalisés du 8 au 10 juillet, par les radios SU TII DERA de Nikki et DIALOGUE FM de Kandi. Les émissions radios et spots de sensibilisation ont été enregistrés et diffusés dans six différentes langues que sont : le français, le gourmantché et le dendi dans l'Alibori; le français, le bariba, le bo et le peulh dans le Borgou.		4 spots radios réalisés	24 spots et 7 émissions radios de sensibilisation réalisées
Appui à la mise en place de la surveillance épidémiologique communautaire dans les villages d'intervention de PROJEUNES : Au moment de l'approbation de la réorientation d'une partie du budget pour la réponse COVID-19, ce dispositif avait déjà été mis en place par le FNUAP dans l'Alibori et l'UNICEF dans le Borgou. L'équipe de projet s'est assurée que le dispositif est mis en place dans les 20 villages d'intervention du projet.		20 dispositifs de surveillance épidémiologique communautaire accompagnés	10 dispositifs de surveillance épidémiologique communautaire accompagnés dans l'Alibori
1221	**Personnel des services de protection sociale des communes formé pour identifier et soutenir les adolescentes survivantes de mariages précoces et forcés d'enfants**		
Achat de DLM à l'eau chlorée pour les 4 CPS des 4 communes d'intervention du projet : Les CPS de Nikki et Kalalé ont bénéficié de deux DLM chacun; un DLM a été remis au CPS de Karimama. Celui de Malanville n'avait pas émis le besoin.		4 DLM mis à disposition des CPS	5 DLM mis à disposition des CPS
Achat de kits de protection pour les 4 CPS des 4 communes d'intervention du projet : Chaque CPS a été doté de deux kits de protection, en complément des dotations qu'elles avaient déjà reçues de l'état.		20 kits de protection mis à disposition des CPS	8 kits de protection mis à disposition des CPS
1223	**Capacités renforcées des groupements pour soutenir les survivantes de MPFE dans les villages ciblés**		
Achat de DLM à l'eau chlorée pour les 20 groupements FaFa Wa des 4 communes d'intervention du projet : Ces DLM ont été conçus suivant un modèle local qui facilite la réplicabilité à moindre frais par les communautés. Ces DLM étaient posés aux lieux de réunion des FaFa Wa, obligeant les membres à se laver les mains avant le démarrage des activités de dialogue communautaire. En dehors des groupes FaFa Wa, les structures suivantes ont également bénéficié de dotations en DLM de la part du projet : • CEG : 72 • Arrondissements : 5 • Foyer de filles : 1 • Police républicaine : 5 • Centres d'apprentissage : 25		20 DLM mis à la disposition des groupements FaFa Wa	173 DLM mis à la disposition des groupements FaFa Wa et autres structures

Extrants	Activités	Indicateurs prévus	Indicateurs atteints
Achat de kits de protection et de DLM à l'eau chlorée pour les équipes des 2 ONG locales partenaires et l'équipe de projet		90 kits de protection et 3 dispositifs lave-mains mis à disposition des ONG locales partenaires et de l'équipe de projet	90 kits de protection et 2 DLM mis à la disposition des deux ONG et de l'équipe de projet

En somme, 4 059 personnes, dont 2 408 femmes, ont été sensibilisées par le projet sur la COVID-19; aussi, le projet a fait confectionner un total 7 126 masques, dont 3 762 pour le Borgou et 3 364 pour l'Alibori, distribués aux partenaires locaux et aux encadreurs des clubs scolaires et extrascolaires, membres des groupements, survivantes, personnes influentes.

5. Gouvernance du projet

Gestion du projet

Le projet a été mis en œuvre par CARE Canada, CARE Bénin/Togo et Youth Coalition. Chaque partenaire a apporté une expertise technique et une expérience spécifiques à la mise en œuvre du projet, et a soutenu la planification et la coordination des activités pour l'atteinte des résultats escomptés. Aucun changement significatif n'a été apporté à la structure de gouvernance pendant sa mise en œuvre.

CARE Canada était l'agence d'exécution canadienne pour ce projet et a porté la responsabilité globale de la gestion, l'administration, la mise en œuvre, et l'assurance-qualité du projet. CARE Canada a géré le projet en collaboration avec les partenaires et fournit les ressources canadiennes pertinentes au besoin. CARE Bénin/Togo avait la responsabilité principale de la mise en œuvre du projet au Bénin. CARE Bénin/Togo a assuré la liaison avec les autorités béninoises concernées et s'est assuré que les activités du projet soient conformes aux stratégies et priorités gouvernementales, a coordonné les activités du projet avec les autorités et ONG locales et les a soutenus dans la prestation des interventions, a fourni un soutien technique et une formation aux partenaires du projet. Youth Coalition était un partenaire canadien de mise en œuvre du projet et avait la responsabilité des activités de mobilisation et de plaidoyer avec les groupes de jeunes. YC est une organisation internationale de jeunes (18-29 ans) engagée dans la promotion des droits sexuels et reproductifs des A&J aux niveaux national, régional et international.

Un Comité conjoint de gouvernance et d'apprentissage incluant les trois organisations avait été mis en place. Il avait comme objectifs de suivre/évaluer le progrès vers les résultats escomptés, assurer l'apprentissage et le partage des leçons apprises, analyser les succès et défis majeurs, et prendre des décisions sur l'élaboration ou la modification du plan de mise en œuvre du projet, plans de travail annuels, budgets et autres outils de gestion de l'initiative. Un Comité directeur bilatéral a également été mis en place en Année 1. Il constituait le mécanisme bilatéral responsable de la coordination, de l'encadrement et de la supervision de l'ensemble du projet. Il se réunissait une fois par année pour statuer sur les rapports, plans de travails et budgets annuels et pour apprécier les progrès dans l'atteinte des résultats. Il était co-présidé par un représentant de AMC (et/ou de l'Ambassade du Canada au Bénin) et du MS, alors que CARE agissait comme secrétaire. Une dizaine de représentant-e-s des autres institutions parties prenantes au projet y participaient également, notamment le MESTFP et le MASM.

Gouvernance participative

Aussi bien au niveau des acteurs étatiques (CS, CPS, DDS, etc.) qu'au niveau des acteurs communautaires, les différents mécanismes mis en place par le projet ont favorisé une gouvernance participative ou une implication significative des femmes et des jeunes. C'est le cas par exemple avec les CCP.

Défis rencontrés en matière de gouvernance

Même si aucun incident majeur de gouvernance n'est à souligner, l'équipe de projet a rencontré certains défis. Tout d'abord, deux cas de mauvaise gestion des fonds ont été signalés par CARE Bénin, le premier en année 1 et le deuxième en année 3. Dans les deux cas, les fonds ont intégralement été remboursés par

les personnes incriminées. Par ailleurs, plusieurs changements sont intervenus au sein de l'équipe de gestion, aussi bien à CARE Canada, CARE Bénin, Youth Coalition, qu'au niveau des deux partenaires locaux, SIAN'SON ONG et VEE ONG. Cependant, la mise en œuvre et le suivi des activités n'ont pas été impactés par ces changements.

6. Outils et analyse de la gestion des risques

Le registre des risques a fait l'objet d'un suivi régulier par l'équipe de projet et a été mis à jour de manière semestrielle. Ainsi, différents éléments ont été mis à jour sur les trois années du projet. Ils sont présentés ci-après :

- Pour le risque 1 : l'impact de ce risque a changé plusieurs fois du fait des inondations dans les zones d'intervention du projet, surtout dans l'Alibori.
- Concernant la mobilité du personnel et des personnes formées, en l'occurrence les agent-e-s des services de santé, des CPS et des CEG (Risque 5). En effet, plusieurs de ces agent-e-s ont fait l'objet d'une mutation de la part de leur administration et ont dû quitter les zones d'intervention du projet pour d'autres communes ou départements. Pour minimiser ce risque, le projet a formé de nouveaux acteurs pour assurer la continuité dans la qualité des prestations offertes par les sortants.
- Un nouveau risque a été identifié en fin d'année 3 et a été ajouté au tableau. Il s'agit de la pandémie de la COVID-19 (Risque 8).
- En année 3, un risque a été ajouté (voir le point 9 dans le tableau), en lien avec le contexte sociopolitique au Bénin autour des différentes élections.
- Deux risques avaient été ajoutés dans le tableau en année 1 mais ont été enlevés par la suite car ils ne représentaient plus de risque pour le projet. Il s'agit de :
    - L'autorisation formelle du MESTFP requise par les partenaires étatiques avant toute intervention en milieu scolaire. Elle a été obtenue.
    - Les demandes de revalorisation des montants de prise en charge appliqués lors des activités. Cela a été pris en compte par le projet.

Par ailleurs, l'équipe de projet et les équipes sur le terrain ont intégré les risques pour les participant-e-s au projet et l'approche « ne pas nuire ». En effet, les groupes avec lesquels le projet a travaillé (c'est-à-dire, principalement les A&J, filles et garçons) sont particulièrement exposé-e-s aux risques de violences. CARE s'est dotée d'un ensemble de politiques institutionnelles visant la protection des bénéficiaires, dont des politiques de tolérance zéro à l'égard des situations d'exploitation, d'abus et de harcèlement sexuel. En vue de protéger les adolescents, particulièrement les jeunes filles, certaines très vulnérables et marginalisées, un mécanisme de signalement des cas a été mis en place en lien avec les catalyseurs et les animateurs d'ONG. Il tient compte du contexte national de gestion des cas de violence qui s'appuie sur les CPS de chaque commune. L'approche « ne pas nuire » a également été utilisée pour éviter d'exposer les personnes à des risques supplémentaires en raison de leur action. Les personnes formées dans le cadre du projet (catalyseurs, agent-e-s CPS, etc.) ont suivi un processus de remise en question de leurs propres préjugés, attitudes et connaissances sur les VBG et la SSRAJ, afin qu'elles puissent, en fonction de leurs rôles et responsabilités, offrir des informations et des conseils fondés sur des preuves, respectueux, confidentiels et sans jugement pour les catalyseurs et des services centrés sur les survivantes et adhérant aux principes déontologiques pour les professionnels de la santé/protection.

Critères :	**Très faible (1)**	**Faible (2)**	**Élevé (3)**	**Très élevé (4)**
Impact possible du risque sur l'atteinte des objectifs de la programmation	Les procédures habituelles sont suffisantes pour traiter les conséquences	Le risque peut menacer l'atteinte des résultats, et c'est pourquoi un suivi peut être nécessaire	Le risque menace l'atteinte des résultats, donc un examen peut s'imposer	Le risque peut empêcher l'atteinte des résultats, et une gestion serrée serait nécessaire

Risques	**Mesures d'atténuation du risque**	**Résultats impactés**	**Impact du risque**		
			Année 1[25]	**Année 2[26]**	**Année 3[27]**
1. Les catastrophes naturelles telles que les inondations ou la sécheresse, qui provoquent des chocs économiques, exacerbent les inégalités en matière de genre et augmentent en particulier les MPFE. Elles peuvent également limiter voire empêcher l'accès à certains villages. C'est par exemple le cas lors de la saison des pluies.	• Former les services impliqués dans l'accompagnement des survivantes sur la réponse aux catastrophes naturelles et aux populations déplacées internes. • Mettre en place un système de suivi régulier avec les points focaux du projet dans les villages. • S'appuyer sur le plan d'urgence pour les inondations de CARE Bénin/Togo mis à jour annuellement. • Ne pas planifier d'activités majeures entre juillet et septembre, qui correspond à la saison des pluies. • Renforcer l'équipe du projet dans la commune de Karimama pour rattraper les retards sur les activités non réalisées à cause de l'inondation exceptionnelle de cette année due au débordement du fleuve Niger.	Résultats 1210 et 1220			
2. La faiblesse des systèmes de santé, notamment la	• CARE a un protocole d'accord avec le FNUAP et travaillera avec l'organisation sur la gestion de	Résultat 1120			

[25] Niveau d'impact mis à jour au 31 mars 2019.
[26] Niveau d'impact mis à jour au 31 mars 2020.
[27] Niveau d'impact mis à jour au 31 mars 2021.

Risques	Mesures d'atténuation du risque	Résultats impactés	Impact du risque		
			Année 1[25]	Année 2[26]	Année 3[27]
disponibilité de produits de base, le manque et la qualité des ressources humaines en santé, les infrastructures insuffisantes et la mauvaise gouvernance empêchent la prestation de services adaptés aux adolescents et au genre.	la chaîne d'approvisionnement des produits contraceptifs. • Inclure ces aspects dans les messages de plaidoyer qui seront formulés. • Faire un plaidoyer à l'endroit des médecins coordonnateurs pour un suivi régulier de la gestion des stocks au niveau des pharmacies en gros et détails.				
3. Les institutions confessionnelles et les systèmes de croyance des chefs traditionnels et religieux limitent l'accès des adolescentes à une éducation et à des services complets en matière de SSR et n'adhèrent pas au processus de changement social.	• Inclure des chefs traditionnels et religieux dans les activités tout au long du projet, dont les dialogues communautaires et les activités de plaidoyer avec les jeunes.	Résultats 1110, 1310 et 1320			
4. La faible capacité des organisations de la société civile, notamment les organisations de jeunes, limite le plaidoyer et la responsabilité du gouvernement pour la promotion et la protection des droits des adolescentes.	• Youth Coalition et les organisations de jeunes s'engagent avec des réseaux régionaux et mondiaux qui traitent de la SSRD et des MPFE. • L'équipe de projet apporte un renforcement des capacités (administration, opérations, financement, gestion) aux OSC béninoises. • Tout en laissant la place à un renforcement de leurs capacités par le projet, le processus de sélection des partenaires locaux est mené selon des critères et des étapes bien précises.	Résultats 1310 et 1320			
5. La mobilité du personnel et des personnes formées, qui contribue à l'insuffisance de personnel qualifié dans les services déconcentrés de l'état,	• Plaidoyer auprès des autorités gouvernementales pour le maintien en poste, sur la durée du projet, des agents formés.	Résultats 1110, 1120, 1220			

Risques	Mesures d'atténuation du risque	Résultats impactés	Impact du risque		
			Année 1[25]	Année 2[26]	Année 3[27]
dont les centres de santé et les CPS.					
6. Une autorisation formelle du MESTFP est requise par les partenaires étatiques avant toute intervention en milieu scolaire. Cela pourrait entraîner des délais dans la mise en œuvre des activités avec les CEG et les centres d'apprentissage.	•				Risque supprimé en fin d'année 2
7. Les partenaires stratégiques (notamment étatiques) demandent une revalorisation des montants de prise en charge (perdiem) appliqués lors des activités.	•				Risque supprimé en fin d'année 2
8. La pandémie de coronavirus	• Suivi des directives préventives émises par le MS, le gouvernement du Canada et l'OMS et suivi/application notamment des éventuelles limites de déplacement et de confinement. • Adaptation du bureau du projet pour respecter les mesures de distanciation sociale. • Réduction des déplacements sur le terrain du personnel national et canadien et des partenaires locaux. • Optimisation des réseaux sur place et du rôle des partenaires locaux. • Optimisation de l'utilisation des moyens de communication à distance (Skype, Zoom, WhatsApp, etc.).	Tous les résultats	Risque identifié en fin d'année 2	Risque identifié en fin d'année 2	

Risques	Mesures d'atténuation du risque	Résultats impactés	Impact du risque		
			Année 1[25]	Année 2[26]	Année 3[27]
	• Organisation d'activités (ateliers, formations, dialogues communautaires, etc.) en plus petits groupes, dans le respect des recommandations nationales et internationales en vigueur (dispositifs de lavage des mains, port du masque, etc.). • Dépistage systématique du personnel du projet et de ses partenaires dès l'apparition des premiers signes ou à l'identification d'un cas suspect ou contact.				
9. Contexte politique lié aux différentes élections. Des manifestations pourraient avoir lieu à l'approche des différentes élections, ce qui pourrait avoir un impact également sur le calendrier de mise en œuvre des activités.	• L'équipe de projet évitera de planifier des activités de masse pendant la période électorale, et ne pas débattre des questions politiques ou exposer leurs positions politiques au sein des espaces du projet (clubs, groupements…). • De plus, elle va suivre la situation et déterminer si des mesures alternatives sont nécessaires, et le cas échéant informer AMC.	Tous les résultats			

ANNEXES

Annexe 1 : Modèle logique

Annexe 2 : Cadre de mesure du rendement

Annexe 3 : Feuille de travail sur le rapport des résultats, extrants et activités

Annexe 4 : Communications

Annexe 5 : Liste des partenaires au projet

Annexe 6 : Liste des sous-contractants (en pièce jointe)

Annexe 7 : Note technique 1 (en pièce jointe)

Annexe 8 : Note technique 2 (en pièce jointe)

Annexe 9 : Note technique 3 (en pièce jointe)

Annexe 10 : Activités de plaidoyer mises en œuvre avec les organisations de jeunes (en pièce jointe)

Annexe 11 : Manuel d'orientation pour l'accompagnement des filles survivantes et à risque de MPFE (en pièce jointe)

Annexe 12 : Récit de changement – Résultat 1100 (en pièce jointe)

Annexe 13 : Récit de changement 1 – Résultat 1200 (en pièce jointe)

Annexe 14 : Récit de changement 2 – Résultat 1200 (en pièce jointe)

Annexe 15 : Récit de changement – Résultat 1300 (en pièce jointe)

Annexe 16 : Rapport de l'enquête auprès des ménages - endline (en pièce jointe)

Annexe 17 : Rapport de l'évaluation des centres de santé et centres de promotion sociale - endline (en pièce jointe)

Annexe 18 : Rapport de l'évaluation des groupements FaFa Wa (en pièce jointe)

Annexe 1 : Modèle logique

<table>
<tr><td colspan="6">Résultat ultime 1000
Amélioration de la santé et des droits des adolescentes à risque et des survivantes de mariages précoces et forcés au Bénin</td></tr>
<tr><td colspan="2">Résultat intermédiaire 1100
Utilisation accrue des services de SSR des adolescents, par les adolescents, filles et garçons, dans les départements de l’Alibori et du Borgou</td><td colspan="2">Résultat intermédiaire 1200
Protection accrue des droits des adolescentes dans les départements de l’Alibori et du Borgou</td><td colspan="2">Résultat intermédiaire 1300
Politiques et programmes du gouvernement et de la société civile renforcés sur les MPFE, les VBG et la SSRD</td></tr>
<tr><td>Résultat immédiat 1110
Connaissances améliorées des adolescents, filles et garçons, sur la SSR</td><td>Résultat immédiat 1120
Accès accru à des services de santé adaptés à l'âge et au genre pour les adolescents, filles et garçons</td><td>Résultat immédiat 1210
Capacité améliorée des communautés sur le traitement des questions de genre et les droits liés aux MPFE</td><td>Résultat immédiat 1220
Disponibilité accrue des services pour les adolescentes survivantes de MPFE</td><td>Résultat immédiat 1310
Capacité accrue du gouvernement à promouvoir les droits sexuels et reproductifs des adolescents et prévenir les MPFE</td><td>Résultat immédiat 1320
Participation accrue des adolescents, filles et garçons, aux politiques et programmes sur la SSRAJ et les MPFE</td></tr>
<tr><td>Extrant 1111
Programme complet de formation par les pairs sur la SSR des adolescents développé pour les jeunes, filles et garçons</td><td>Extrant 1121
Soins complets de SSR des adolescents adaptés aux jeunes</td><td>Extrant 1211
Analyse sociale et actions liées aux MPFE menées avec les communautés</td><td>Extrant 1221
Personnel des services de protection sociale des communes formé pour identifier et soutenir les adolescentes survivantes de MPFE</td><td>Extrant 1311
Appui technique fourni aux cadres de concertation décentralisés sur la SSRAJ et les MPFE</td><td>Extrant 1321
Cartes communautaires de performance élaborées avec des groupes de jeunes, filles et garçons</td></tr>
<tr><td>Extrant 1112
Formation sur l’éducation complète à la sexualité et la SSRD des adolescents, particulièrement les filles, donnée aux enseignants et patrons d’ateliers</td><td>Extrant 1122
Agents de santé formés sur la SSR des adolescents</td><td>Extrant 1212
Éducation sur les droits des femmes et des filles dispensée aux femmes, filles, hommes, garçons et leaders communautaires et traditionnels</td><td>Extrant 1222
Programme de soutien psychosocial fourni aux survivantes de MPFE</td><td>Extrant 1312
Recherche menée sur l'intégration des adolescents ruraux dans les programmes de SSR au Bénin</td><td>Extrant 1322
Petites subventions données aux groupes de jeunes pour développer des projets à base communautaire</td></tr>
<tr><td>Extrant 1113
Clubs de jeunes garçons et filles créés pour les adolescents scolarisés et non scolarisés</td><td>Extrant 1123
Centres de santé réhabilités, adaptés aux adolescents, filles et garçons, et dotés en matériel</td><td>Extrant 1213
Plans d'action communautaires élaborés pour lutter contre les MPFE</td><td>Extrant 1223
Capacités renforcées des groupements pour soutenir les survivantes de MPFE dans les villages ciblés</td><td>Extrant 1313
Consultations menées sur la SSR des adolescents et les MPFE</td><td>Extrant 1323
Plans de plaidoyer sur les MPFE développés par les jeunes</td></tr>
</table>

Annexe 2 : Cadre de mesure du rendement

Résultats escomptés	Indicateurs	Données de base	Cibles	Sources des données	Méthodes de collecte des données	Fréquence	Responsabilité
Résultat ultime							
1000 Amélioration de la santé et des droits des adolescentes à risque et des survivantes de mariages précoces et forcés au Bénin	% de MPFE dans les zones ciblées par le projet	55%	55%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
	Taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans) et les JF (20-24 ans)	A : 13% JF : 70%	A : 13% JF : 70%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
Résultats intermédiaires							
1100 Utilisation accrue des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents, par les adolescents, filles et garçons, dans les départements de l'Alibori et du Borgou, en particulier les filles survivantes et à risque de MPFE	Demande satisfaite pour les contraceptifs modernes chez les adolescentes (15-19 ans) et les JF (20-24 ans)	A : 30% JF : 47%	A : 30% JF : 47%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
	% adolescentes (15-19 ans) et JF (20-24 ans) prenant leurs propres décisions en matière de SSR	A : 45% JF : 45%	A : 45% JF : 45%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
	% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) satisfait-e-s des services de SSR reçus	A/F : 75% A/G : 75% JF : 75% JH : 75%	A/F : 75% A/G : 75% JF : 75% JH : 75%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
1200 Protection accrue des droits des adolescentes dans les départements de l'Alibori et du Borgou	% adolescentes et adolescents (15-19 ans), JF/JH (20-24 ans), F/H (25-49 ans) qui ne sont pas d'accord avec les violences sexistes	A/F : 32% A/G : 47% JF : 40% JH : 45% F : 41% H : 67%	A/F : 32% A/G : 47% JF : 40% JH : 45% F : 41% H : 67%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
	# de survivantes de MPFE ayant bénéficié du programme de soutien et qui se sentent autonomes	80	80	Bénéficiaires	Entretiens individuels, sondage, focus groupes	Années 2 et 3	CARE Bénin
1300 Politiques et programmes du gouvernement et de la	Existence de politiques favorables à la SSR des adolescents	8	8	Gouvernement du Bénin, législation,	Revue documentaire	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin

Résultats escomptés	Indicateurs	Données de base	Cibles	Sources des données	Méthodes de collecte des données	Fréquence	Responsabilité
société civile renforcés sur les mariages précoces et forcés d'enfants, les VBG et la SSRD				politiques et programmes			
	# Recommandations formulées pour promouvoir les DSR des adolescents et jeunes, filles et garçons, et prévenir les MPFE	5	15	Notes techniques	Analyse des notes techniques	2 fois, années 2 et 3	CARE Canada/Bénin, Youth Coalition
Résultats immédiats							
1110 Connaissances améliorées des adolescents, filles et garçons, sur la SSR	% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) qui peuvent citer au moins 2 textes et lois sur les violences faites aux femmes et filles	A/F : 10% A/G : 10% JF : 10% JH : 10%	A/F : 10% A/G : 10% JF : 10% JH : 10%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
	% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) qui peuvent citer au moins 3 bonnes pratiques en matière de SSR	A/F : 50% A/G : 50% JF : 50% JH : 50%	A/F : 50% A/G : 50% JF : 50% JH : 50%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
1120 Accès accru à des services de santé adaptés à l'âge et au genre pour les adolescents, filles et garçons	% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) informé-e-s sur les méthodes de contraception	A/F : 50% A/G : 50% JF : 50% JH : 50%	A/F : 50% A/G : 50% JF : 50% JH : 50%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
	% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) informé-e-s sur les IST et le VIH/Sida	A/F : 50% A/G : 50% JF : 50% JH : 50%	A/F : 50% A/G : 50% JF : 50% JH : 50%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
	% agents de santé qualifiés (h/f) informés sur la SSRD des adolescentes et jeunes	NA	F : 66% H : 77%	Agents de santé	Pré-test et post-test	1 fois, année 1	CARE Bénin, Ministère de la santé
	% agents de santé non-qualifiés (h/f) informés sur la SSRD des adolescentes et jeunes	NA	F : 72% H : 88%	Agents de santé	Pré-test, évaluation mi-formation et post-test	1 fois, année 1	CARE Bénin, Ministère de la santé

Résultats escomptés	Indicateurs	Données de base	Cibles	Sources des données	Méthodes de collecte des données	Fréquence	Responsabilité
1210 Capacités améliorées des communautés à répondre aux questions portant sur le genre et les droits liés aux mariages précoces et forcés d'enfants (MPFE)	% F/H (25-49 ans) qui peuvent citer au moins 3 bonnes pratiques en matière de SSR	F : 50% H : 50%	F : 50% H : 50%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
	# survivantes de mariages précoces et forcés soutenues par des FaFaWa	80	80	Membres FaFaWa, CPS	Entretiens individuels, sondage, communautés, mairies, OSC	Années 2 et 3	CARE Bénin
	% F/H (25-49 ans) ayant des connaissances sur les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles	F : 50% H : 70%	F : 50% H : 70%	Bénéficiaires	Enquête auprès des ménages	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
1220 Disponibilité accrue des services pour les adolescentes survivantes de MPFE	% acteurs des services de protection de l'enfant (h/f) formés sur l'accompagnement des survivantes de MPFE	NA	F : 60% H : 69%	Agents des services sociaux	Pré-test et post-test	1 fois, année 2	CARE Bénin, MASM
	% membres FaFaWa qui se sentent outillées pour soutenir et protéger les filles survivantes de MPFE	60%	60%	Membres FaFaWa	Entretiens individuels, sondage, focus groupes	2 fois, années 1 et 3	CARE Bénin
1310 Capacités accrues du gouvernement à promouvoir les droits sexuels et reproductifs des adolescents et prévenir les MPFE	# actions de plaidoyer mises en œuvre pour promouvoir les DSR des adolescents et jeunes, filles et garçons, et prévenir les MPFE	3	6	Organisations de jeunes, plans de plaidoyer	Entretiens, analyse des plans de plaidoyer	2 fois, années 2 et 3	Youth Coalition, organisations de jeunes
	# OSC représentées dans les cadres de concertation départementaux	Alibori : 2 Borgou : 4	Alibori : 2 Borgou : 4	OSC	Entretiens individuels, sondage	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
	# OSC représentées dans les cadres de concertation communaux	Malanville : 4 Karimama : 1 Nikki : 2 Kalalé : 1	Malanville : 10 Karimama : 6 Nikki : 8 Kalalé : 3	OSC	Entretiens individuels, sondage	2 fois, années 1 et 3	CARE Canada/Bénin
1320 Participation accrue des adolescents, filles et	#/% adolescents/adolescentes (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans)	NA	90%	Adolescents et jeunes	Pré-test et post-test	1 fois, année 2	Youth Coalition

Résultats escomptés	Indicateurs	Données de base	Cibles	Sources des données	Méthodes de collecte des données	Fréquence	Responsabilité
garçons, aux politiques et programmes sur la SSR des adolescents et jeunes et les MPFE	qui se sentent outillés pour faire du plaidoyer sur les MPFE						
	# indicateurs identifiés pour évaluer les questions prioritaires lors des CSC	21	5	Adolescents et jeunes, agents de santé, agents CPS, autorités	Cartes communautaires de performance	2 fois par année, années 2 et 3	CARE Bénin
	# d'organisations et de réseaux locaux des droits des femmes faisant progresser la SSRD qui bénéficient d'un soutien du projet	1	1	Rapports d'activités	Analyse des rapports d'activités	1 fois, année 1	Youth Coalition
Extrants							
1111 Programme complet de formation par les pairs sur la SSR des adolescents développé pour les jeunes, filles et garçons	# adolescents/jeunes hommes et adolescentes/JF (15-24 ans) pair-e-s éducateurs formé-e-s sur la SSR	0	32 F 32 G	Adolescents et jeunes, enseignants encadreurs	Entretiens individuels, sondage, focus groupes	1 fois, année 2	CARE Bénin, directeurs des collèges, patrons d'ateliers
	# formations sur la SSR données aux pairs éducateurs, filles et garçons	0	4	Adolescents et jeunes, enseignants encadreurs	Entretiens individuels, sondage, focus groupes	1 fois, année 2	CARE Bénin, directeurs des collèges, patrons d'ateliers
1112 Formation sur l'éducation complète à la sexualité et la SSRD des adolescents, particulièrement les filles, donnée aux enseignants (f/h)	# d'enseignants et patrons d'ateliers (H/F) ayant suivi une formation en éducation sexuelle complète	0	12 F 12 H	Enseignants et patrons d'ateliers	Entretiens individuels, sondage, focus groupes	1 fois, année 2	CARE Bénin
1113 Clubs de jeunes garçons et filles créés pour les adolescents scolarisés et non scolarisés	# clubs de jeunes créés	0	16	Adolescents et jeunes, collèges, ateliers	Entretiens individuels, sondage, focus groupes	1 fois, année 1	CARE Bénin

Résultats escomptés	Indicateurs	Données de base	Cibles	Sources des données	Méthodes de collecte des données	Fréquence	Responsabilité
				d'apprentissage, collectifs d'artisans			
	# jeunes et adolescents participant aux séances de dialogues réflectifs avec les clubs scolaires et non scolaires	2 000F 1 400H	2 118 F 2 202 G	Adolescents et jeunes, collèges, ateliers d'apprentissage, collectifs d'artisans	Entretiens individuels, sondage, focus groupes	Année 2	CARE Bénin
1121 Soins complets en SSR des adolescents adaptés aux jeunes	# manuel de formation destiné aux agents de santé élaboré	0	1	Ministère de l'enseignement, Ministère de la santé	Observation (outil adapté)	1 fois, année 1	CARE Bénin/Canada
1122 Agents de santé formés sur la SSR des adolescents	# de fournisseurs de services de soins de santé formés aux services de SSRD	0	48 F 54 H	Agents de santé, centres de santé, ministère de la santé	Entretiens individuels, sondage	1 fois, année 1	CARE Bénin/Canada, Ministère de la santé
	# missions de supervision effectuées	2	6	Ministère de la santé, équipe de projet	Analyse (ordres de mission, rapports de mission)	A partir de l'an 2	Ministère de la santé, équipe de projet
1123 Centres de santé communautaire réhabilités, adaptés aux adolescents, filles et garçons, et dotés en matériel	# centres de santé réhabilités/équipés pour créer des espaces confidentiels conviviaux pour les jeunes	10	12	Centres de santé	Observation	1 fois, année 2	CARE Bénin/Canada, centres de santé, Ministère de la santé
1211 Analyse sociale et action sur les normes sociales et les mariages précoces et forcés	# villages menant des dialogues SAA	20	20	Autorités communales	Entretiens individuels ou sondage ou focus groupes	Trimestriel, années 1, 2, 3	CARE Bénin, ONG locales

Résultats escomptés	Indicateurs	Données de base	Cibles	Sources des données	Méthodes de collecte des données	Fréquence	Responsabilité
d'enfants menée avec les communautés	# jeunes leaders ou jeunes vulnérables formés sur la SSRD	0	150 F 150 G	Animateurs des ONG locales	Rapports d'activité	Années 1 et 2	CARE Bénin, ONG locales
1212 Éducation sur les droits des femmes et des filles dispensée aux femmes, filles, hommes, garçons et leaders communautaires et traditionnels	# réunions villageoises conduites sur les droits des femmes et des filles	600	40	Membres des communautés	Entretiens individuels ou sondage ou focus groupes	Années 1, 2, 3	CARE Bénin, ONG locales
	# H/F (25-49 ans) et d'adolescents et jeunes (F/G-JH/JF, 15-24 ans), leaders communautaires et traditionnels atteints lors des dialogues communautaires	3 450F 4 720H	1 830 F 1 200 H	Membres des communautés	Entretiens individuels ou sondage ou focus groupes	Années 1, 2, 3	CARE Bénin, ONG locales
1213 Plans d'action communautaires sensibles au genre élaborés pour lutter contre les mariages précoces et forcés d'enfants	# villages avec des plans d'action communautaires	20	20	Membres des communautés, autorités communales	Entretiens individuels ou sondage	Années 1, 2, 3	CARE Bénin, ONG locales
1221 Personnel des services de protection sociale des communes formé pour identifier et soutenir les adolescentes survivantes de mariages précoces et forcés d'enfants	# assistants sociaux formés sur le MO	0	4 F 4 H	Assistants sociaux	Entretiens individuels ou sondage	1 fois, année 2	CARE Bénin
	# autorités communales (F/H) formés	0	20 F 40 H	Membres des communautés	Entretiens individuels ou sondage	1 fois, année 2	CARE Bénin
1222 Programme de soutien psychosocial fourni aux survivantes de mariages précoces et forcés d'enfants	# mères, pères de survivantes et d'adolescentes à risque formés à la réhabilitation et au soutien	103F 110H	120 F 120 H	Membres des communautés (mères, pères)	Entretiens individuels ou sondage	1 fois, année 1	CARE Bénin
	# parents de référence pour les survivantes et adolescentes à risque formés à la réhabilitation et au soutien	0	50 F 50 H	Membres des communautés (mères, pères)	Entretiens individuels ou sondage	Année 2	CARE Bénin

Résultats escomptés	Indicateurs	Données de base	Cibles	Sources des données	Méthodes de collecte des données	Fréquence	Responsabilité
1223 Capacités renforcées des associations villageoises d'épargne et de crédit (FaFaWa) pour soutenir les survivantes de mariages précoces et forcés	# groupements FaFaWa et # membres des groupements FaFaWa formés sur la gestion des AGR	32 groupements	20 FaFaWa 200 F 100 H	Membres groupements FaFaWa	Entretiens individuels ou sondage	1 fois, année 2	CARE Bénin
	# groupements et # membres groupements formés sur la réintégration des survivantes de MPFE	32 groupements	20 Groupements 200 F 100 H	Membres des groupements	Entretiens individuels ou sondage	1 fois, année 1	CARE Bénin
1311 Appui technique fourni aux cadres de concertation décentralisés sur la SSRAJ et les MPFE	# réunions du cadre départemental de la SSRAJ	6	4	Rapports d'activité	Analyse des rapports	Années 2 et 3	CARE Bénin
	# réunions du cadre communal des acteurs de lutte contre les MPFE	4	8	Rapports d'activité	Analyse des rapports	Années 2 et 3	ONG locales, CARE Bénin
	# notes techniques élaborées sur des questions-clés liées à la SSRD et/ou aux MPFE	1	3	Équipe de projet	Analyse notes techniques	Annuel	CARE Canada
1312 Recherche menée sur l'intégration des adolescents ruraux, particulièrement les filles, dans les programmes de SSR au Bénin	# recherche menée	0	1	Chercheuse	Analyse rapports de recherche	2 fois, Années 1 et 3	CARE Canada
	# adolescentes et adolescents (15-19 ans) ayant été consultés lors de la collecte de données	0	75 F 75 G	Chercheuse	Analyse rapports de recherche	2 fois, Années 1 et 3	CARE Canada
1313 Consultations menées sur la SSR des adolescents, particulièrement les filles, et les mariages précoces et forcés d'enfants	# adolescents et jeunes (F/G) et intervenants (F/H) ayant participé aux consultations	0	10 F 10 G/H	Jeunes, intervenants de la santé et de l'action sociale	Entretiens individuels ou sondage ou focus groupes	1 fois, année 1	Youth Coalition, CARE Bénin
	# rapport élaboré et diffusé sur les consultations	0	1	Youth Coalition	Observation (exemplaire du rapport)	1 fois, année 1	Youth Coalition
1321 Cartes communautaires de	# participants aux réunions communautaires menées avec	250F 235H	240 F 240 H	Membres des communautés	Rapports d'activité	Trimestriel, années 2 et 3	CARE Bénin, ONG locales

Résultats escomptés	Indicateurs	Données de base	Cibles	Sources des données	Méthodes de collecte des données	Fréquence	Responsabilité
performance sensibles au genre élaborées avec des groupes de jeunes, filles et garçons	des adolescent-e-s, JF, JH, fournisseurs de services de santé, des services sociaux, des membres de la communauté (F/H)			, jeunes, agents de santé, assistants sociaux	Entretiens individuels ou sondage ou focus groupes		
1322 Petites subventions données aux groupes de jeunes pour développer des projets à base communautaire	# petites subventions accordées aux organisations de jeunes	0	3	Organisations de jeunes	Entretiens ou sondage ou focus groupes	1 fois, année 1	Youth Coalition, CARE Canada
	# outil de gestion d'une organisation de jeunes produit	0	1	Organisations de jeunes	Exemplaire de l'outil	1 fois, année 2	Youth Coalition
1323 Plans de plaidoyer sur les mariages précoces et forcés d'enfants développés par les jeunes	# colloque organisé sur la SSRD et les MPFE	1	1	Jeunes, autorités, OSC	Listes de présence, rapport d'activité	1 fois, année 3	Youth Coalition, CARE Canada/Bénin
	# plans de plaidoyer développés	1	3	Youth Coalition, jeunes	Analyse plans de plaidoyer	Années 2 et 3	Youth Coalition
	# organisations de jeunes formées au plaidoyer sur la SSRD et les MPFE	6	5	Jeunes	Entretiens ou sondage ou focus groupes	1 fois, année 2	Youth Coalition

Annexe 3 : Feuille de travail sur le rapport des résultats, extrants et activités

Titre du projet	Prévenir les mariages précoces et forcés au Bénin (PROJEUNES)	**N° du projet**	P002798	**Organisation de mise en œuvre**	CARE
Pays/région	Bénin, départements de l'Alibori et du Borgou	**Budget**	3 000 000 $CAD	**Durée du projet**	3 ans (avril 2018-mars 2021)

Énoncé	Indicateurs du cadre de mesure du rendement	Données de base	Cibles du projet	Données réelles cumulatives (01 avril 2018 – 31 mars 2021)	Écarts	Explication des écarts
Résultat ultime						
1000 Amélioration de la santé et des droits des adolescentes à risque et des survivantes de mariages précoces et forcés au Bénin	% de MPFE dans les zones ciblées par le projet	57%	55%	23%	32pp	Cible dépassée.
	Taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans) et les JF (20-24 ans)	A[28] : 13% JF : 70%	A : 13% JF : 70%	A : 8% JF : 61%	5pp 9pp	Cibles dépassées.
Résultats intermédiaires						
1100 Utilisation accrue des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents, par les adolescents, filles et garçons, dans les départements de l'Alibori et du Borgou, en particulier les filles survivantes et à risque de MPFE	Demande satisfaite pour les contraceptifs modernes chez les adolescentes (15-19 ans) et les JF (20-24 ans)	A : 27% JF : 44%	A : 30% JF : 47%	A : 79% JF : 77%	49pp 30pp	Cibles dépassées.
	% adolescentes (15-19 ans) et JF (20-24 ans) prenant leurs propres décisions en matière de SSR	A : 16% JF : 25%	A : 45% JF : 45%	A : 22% JF : 25%	-23pp -20pp	Cibles non atteintes.
	% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) satisfait-e-s des services de SSR reçus	A/F : 63% A/G : 55% JF : 66% JH : 48%	A/F : 75% A/G : 75% JF : 75% JH : 75%	A/F : 99% A/G : 89% JF : 98% JH : 99%	24pp 14pp 23pp 20pp	Cibles dépassées.
1200 Protection accrue des droits des adolescentes dans les	% adolescentes et adolescents (15-19 ans), JF/JH (20-24 ans), F/H (25-49 ans) qui ne	A/F :7 % A/G : 32% JF : 15%	A/F : 32% A/G : 47% JF : 40%	A/F : 59% A/G : 74% JF : 63%	27pp 27pp 23pp	Cibles dépassées.

[28] A ou A/F = adolescentes (15-19 ans) ; A/G = adolescents (15-19 ans) ; JF = jeunes femmes (20-24 ans) ; JH = jeunes hommes (20-24 ans) ; F = femmes (25-49 ans) ; H = hommes (25-49 ans).

Énoncé	Indicateurs du cadre de mesure du rendement	Données de base	Cibles du projet	Données réelles cumulatives (01 avril 2018 – 31 mars 2021)	Écarts	Explication des écarts
départements de l'Alibori et du Borgou	sont pas d'accord avec les violences sexistes	JH : 30% F : 16% H : 52%	JH : 45% F : 41% H : 67%	JH : 75% F : 54% H : 79%	30pp 13pp 12pp	
	# de survivantes de MPFE ayant bénéficié du programme de soutien et qui se sentent autonomes	0	80	21	-59	Cible non atteinte. Seule 35 survivantes sur les 99 accompagnées par le projet ont été évaluées. De plus, l'autonomie est un concept qui s'inscrit dans la durée. Les survivantes étaient intégrées au projet au fur et à mesure qu'elles étaient identifiées. Certaines n'ont été identifiées qu'en année 3.
1300 Politiques et programmes du gouvernement et de la société civile renforcés sur les mariages précoces et forcés d'enfants, les VBG et la SSRD	Existence de politiques favorables à la SSR des adolescents	8	8	8	0	Cible atteinte.
	# Recommandations formulées pour promouvoir les DSR des adolescents et jeunes, filles et garçons, et prévenir les MPFE	0	15	35	20	Cible dépassée. Les recommandations sont intégrées dans les notes techniques produites par l'équipe de projet.
Résultats immédiats						
1110 Connaissances améliorées des adolescents, filles et garçons, sur la SSR	% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) qui peuvent citer au moins 2 textes et lois sur les violences faites aux femmes et filles	A/F : 4% A/G : 3% JF : 3% JH : 5%	A/F : 10% A/G : 10% JF : 10% JH : 10%	A/F : 48% A/G : 30% JF : 49% JH : 34%	38pp 20pp 39pp 24pp	Cibles dépassées.
	% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) qui peuvent citer au moins 3 bonnes pratiques en matière de SSR	A/F : 16% A/G : 8% JF : 18% JH : 9%	A/F : 50% A/G : 50% JF : 50% JH : 50%	A/F : 26% A/G : 45% JF : 27% JH : 46%	-24pp -6pp -23pp -5pp	Cibles non atteintes.
1120 Accès accru à des services de santé adaptés à l'âge et au genre pour les adolescents, filles et garçons	% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) informé-e-s sur les méthodes de contraception	A/F : 17% A/G : 11% JF : 25% JH : 19%	A/F : 50% A/G : 50% JF : 50% JH : 50%	A/F : 67% A/G : 40% JF : 84% JH : 56%	17pp -10pp 34pp 6pp	Cibles dépassées pour les adolescentes et les jeunes filles; cibles non atteintes pour les adolescents et les jeunes hommes.
	% adolescentes et adolescents (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) informé-e-s sur les IST et le VIH/Sida	A/F : 12% A/G : 9% JF : 14%	A/F : 50% A/G : 50% JF : 50%	A/F : 51% A/G : 36% JF : 67%	1pp -14pp 17pp	Cible atteinte pour les jeunes hommes. Cibles dépassées pour les jeunes filles et jeunes

Énoncé	Indicateurs du cadre de mesure du rendement	Données de base	Cibles du projet	Données réelles cumulatives (01 avril 2018 – 31 mars 2021)	Écarts	Explication des écarts
		JH : 15%	JH : 50%	JH : 50%	0pp	hommes. Cibles non atteintes pour les adolescents.
	% agents de santé qualifiés (h/f) informés sur la SSRD des adolescentes et jeunes	F : 6% H : 17%	F : 66% H : 77%	F : 74% H : 91%	8pp 14pp	Cibles dépassées pour les femmes et les homme. Suite aux départs de plusieurs agent-e-s de santé formé-e-s par le projet (muté-e-s par leur hiérarchie), l'équipe a formé 13 agent-e-s qualifié-e-s additionnel-le-s sur la SSRD. L'indicateur a donc été recalculé en ajoutant les résultats des pré-tests et post-tests aux précédents.
	% agents de santé non-qualifiés (h/f) informés sur la SSRD des adolescentes et jeunes	F : 32% H : 48%	F : 72% H : 88%	F : 82% H : 90%	10pp 2pp	Cibles dépassées.
1210 Capacités améliorées des communautés à répondre aux questions portant sur le genre et les droits liés aux mariages précoces et forcés d'enfants (MPFE)	% F/H (25-49 ans) qui peuvent citer au moins 3 bonnes pratiques en matière de SSR	F : 20% H : 12%	F : 50% H : 50%	F : 31% H : 44%	-19pp -6pp	Cibles non atteintes.
	# filles vulnérables à risque de mariages précoces et forcés soutenues par des FaFaWa	0	80	157	77	Cible dépassée. La base de données des filles vulnérables mise à disposition par les CPS présente un nombre important de filles vulnérables originaires des villages d'intervention du projet, qui répondaient toutes aux critères de vulnérabilité tels que retenus par le MASM. Le projet avait convenu avec les CPS de les intégrer toutes dans les groupements FaFa Wa vu que les besoins exprimés par elles pour démarrer des AGR tenaient dans l'enveloppe budgétaire prévue pour l'activité.
	% F/H (25-49 ans) ayant des connaissances sur les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles	F : 20% H : 39%	F : 50% H : 70%	F : 40% H : 63%	-10pp -7pp	Cibles non atteintes.
1220 Disponibilité accrue des services	% acteurs des services de protection de l'enfant (h/f) formés sur	F : 0% H : 9%	F : 60% H : 69%	F : 52% H : 71%	-8pp 2pp	Cible atteinte pour les hommes et non atteinte pour les femmes.

Énoncé	Indicateurs du cadre de mesure du rendement	Données de base	Cibles du projet	Données réelles cumulatives (01 avril 2018 – 31 mars 2021)	Écarts	Explication des écarts
pour les adolescentes survivantes de MPFE	l'accompagnement des survivantes de MPFE					
	% membres FaFaWa qui se sentent outillées pour soutenir et protéger les filles survivantes de MPFE	20%	60%	84%	24pp	Cible dépassée. En dehors des formations initiales prévues par le projet, les membres des groupements ont également bénéficié de formations de recyclage, ce qui a permis de les renforcer davantage.
1310 Capacités accrues du gouvernement à promouvoir les droits sexuels et reproductifs des adolescents et prévenir les MPFE	# actions de plaidoyer mises en œuvre pour promouvoir les DSR des adolescents et jeunes, filles et garçons, et prévenir les MPFE	0	6	16	10	Cible dépassée. Le projet a pu mettre en œuvre plus d'actions de plaidoyer en travaillant avec plus d'organisations de jeunes.
	# OSC représentées dans les cadres de concertation départementaux	Alibori : 2 Borgou : 4	Alibori : 2 Borgou : 4	Alibori : 6 Borgou : 17	Alibori : 4 Borgou : 13	Cibles dépassées. Ce sont les DDS qui organisent ces rencontres et envoient les invitations aux participant-e-s. Sur les dernières rencontres, il y a eu plus d'organisations qui ont participé.
	# OSC représentées dans les cadres de concertation communaux	Malanville : 10 Karimama : 6 Nikki : 8 Kalalé : 3	Malanville : 10 Karimama : 6 Nikki : 8 Kalalé : 3	Malanville: 13 Karimama : 2 Nikki : 9 Kalalé : 7	Malanville : 3 Karimama : -4 Nikki : 1 Kalalé : 4	Cibles dépassées. Ce sont les mairies qui organisent ces rencontres et envoient les invitations aux participant-e-s. Sur les dernières rencontres, il y a eu plus d'organisations qui ont participé.
1320 Participation accrue des adolescents, filles et garçons, aux politiques et programmes sur la SSR des adolescents et jeunes et les MPFE	#/% adolescents/adolescentes (15-19 ans) et JF/JH (20-24 ans) qui se sentent outillés pour faire du plaidoyer sur les MPFE	45%	90%	91%	1pp	Cible dépassée.
	# indicateurs identifiés pour évaluer les questions prioritaires lors des CSC	0	5	27	22	Cible dépassée. Les besoins exprimés de part et d'autre étaient plus importants qu'anticipé par le projet.
	# d'organisations et de réseaux locaux des droits des femmes faisant progresser la SSRD qui bénéficient d'un soutien du projet	0	1	1	0	Cible atteinte. Il s'agit de l'organisation ROAJELF, qui a travaillé avec YC tout au long de la mise en œuvre du projet.
Extrants						

Énoncé	Indicateurs du cadre de mesure du rendement	Données de base	Cibles du projet	Données réelles cumulatives (01 avril 2018 – 31 mars 2021)	Écarts	Explication des écarts
1111 Programme complet de formation par les pairs sur la SSR des adolescents développé pour les jeunes, filles et garçons	# adolescents/jeunes hommes et adolescentes/JF (15-24 ans) pair-e-s éducateurs formé-e-s sur la SSR	0	32 F 32 G	56 F 56 G	F : 24 H : 24	Cibles dépassées. Le projet a travaillé avec plus de clubs que prévu initialement pour permettre de toucher plus d'A&J lors des dialogues réflectifs.
	# formations sur la SSR données aux pairs éducateurs, filles et garçons	0	4	7	3	Cible dépassée. Le projet a travaillé avec plus de clubs que prévu initialement pour permettre de toucher plus d'A&J. Il a donc fallu former plus de pair-e-s éducateur-rices
1112 Formation sur l'éducation complète à la sexualité et la SSRD des adolescents, particulièrement les filles, donnée aux enseignants (f/h)	# d'enseignants et patrons d'ateliers (H/F) ayant suivi une formation en éducation sexuelle complète	0	12 F 12 H	13 F 46 H	F : 1 H : 24	Cible atteinte pour les femmes et cible dépassée pour les hommes. La cible initiale a été dépassée car le projet a dû former de nouveaux enseignant-e-s suite aux mutations par leur hiérarchie de certains des enseignant-e-s initialement formé-e-s. Aussi, le corps enseignant compte plus d'hommes que de femmes. Enfin, les nouveaux enseignant-e-s muté-e-s étaient en grande partie des hommes.
1113 Clubs de jeunes garçons et filles créés pour les adolescents scolarisés et non scolarisés	# clubs de jeunes créés	0	16	29	13	Cible dépassée. Le projet a travaillé avec plus de clubs que prévu initialement pour permettre de toucher plus d'A&J.
	# jeunes et adolescents participant aux séances de dialogues réflectifs avec les clubs scolaires et non scolaires	0	2 118 F 2 202 G	8 766 F 6 798 G	F : 6 648 G : 4 596	Cibles dépassées. Le projet a travaillé avec plus de clubs que prévu initialement pour permettre de toucher plus d'A&J. Le projet a également organisé plus de dialogues que prévu à la demande des A&J. Aussi, le nombre de fille ayant participé aux dialogues réflectifs est supérieur au nombre de garçons car les clubs de jeunes, notamment les clubs extrascolaires, comptent plus de filles en apprentissage que de garçons.
1121 Soins complets en SSR des adolescents adaptés aux jeunes	# manuel de formation destiné aux agents de santé élaboré	0	1	1	0	Cible atteinte.

Énoncé	Indicateurs du cadre de mesure du rendement	Données de base	Cibles du projet	Données réelles cumulatives (01 avril 2018 – 31 mars 2021)	Écarts	Explication des écarts
1122 Agents de santé formés sur la SSR des adolescents	# de fournisseurs de services de soins de santé formés aux services de SSRD	0	48 F 54 H	59 F 57 H	F : 11 H : 3	Cibles dépassées. Suite aux départs de plusieurs agent-e-s de santé formé-e-s par le projet (muté-e-s par leur hiérarchie), l'équipe a formé 13 agent-e-s qualifié-e-s additionnel-le-s sur la SSRD.
	# missions de supervision effectuées	0	6	5	-1	Cible non atteinte. La mission de supervision prévue en mars 2020 n'avait pas pu avoir lieu du fait de la pandémie de COVID-19.
1123 Centres de santé communautaire réhabilités, adaptés aux adolescents, filles et garçons, et dotés en matériel	# centres de santé réhabilités/équipés pour créer des espaces confidentiels conviviaux pour les jeunes	0	12	12	0	Cible atteinte. Douze CS ont été appuyés en tout par le projet. Cependant, tous les CS n'ont pas bénéficié du même appui : 10 C/S ont été réhabilités (les 2 autres ne disposaient pas de l'espace nécessaire) et 12 centres de santé ont bénéficié de l'appui en matériels ludiques et équipement.
1211 Analyse sociale et action sur les normes sociales et les mariages précoces et forcés d'enfants menée avec les communautés	# villages menant des dialogues SAA	0	20	20	0	Cible atteinte.
	# jeunes leaders ou jeunes vulnérables formés sur la SSRD	0	150 F 150 G	273 F 185 G	F : 123 H : 35	Cibles dépassées. Le projet a identifié plus de jeunes que prévu, avec l'appui des CPS.
1212 Éducation sur les droits des femmes et des filles dispensée aux femmes, filles, hommes, garçons et leaders communautaires et traditionnels	# réunions villageoises conduites sur les droits des femmes et des filles	0	40	2 780	2 740	Cible dépassée. Au départ, il était prévu 1 dialogue par mois, mais les groupements ont animé jusqu'à 3 dialogues par mois du fait de la demande des communautés. Aussi, le projet a travaillé avec plus de groupements que prévu pour les mêmes raisons.
	# H/F (25-49 ans) et d'adolescents et jeunes (F/G-JH/JF, 15-24 ans), leaders communautaires et traditionnels atteints lors des dialogues communautaires	0	1 830 F 1 200 H	33 571 F 32 993 H	F : 31 741 H : 31 793	Cibles dépassées. Au départ, il était prévu 1 dialogue par mois, mais les groupements ont animé jusqu'à 3 dialogues par mois du fait de la demande des communautés. Aussi, le projet a travaillé avec plus de groupements que prévu pour les mêmes raisons.

Énoncé	Indicateurs du cadre de mesure du rendement	Données de base	Cibles du projet	Données réelles cumulatives (01 avril 2018 – 31 mars 2021)	Écarts	Explication des écarts
1213 Plans d'action communautaires sensibles au genre élaborés pour lutter contre les mariages précoces et forcés d'enfants	# villages avec des plans d'action communautaires	0	20	20	0	Cible atteinte.
1221 Personnel des services de protection sociale des communes formé pour identifier et soutenir les adolescentes survivantes de mariages précoces et forcés d'enfants	# assistants sociaux formés sur le MO	0	4 F 4 H	8 F 11 H	F : 4 H : 7	Cibles dépassées. Les personnes formées par le projet ont répliqués la formation auprès de leurs collègues.
	# autorités communales (F/H) formés	0	20 F 40 H	14 F 62 H	F : -6 H : 22	Cible non atteinte pour les femmes et cible dépassée pour les hommes. Les personnes formées par le projet ont répliqué la formation auprès de leurs collègues. Aussi, il y a plus d'hommes que de femmes parmi les autorités communales.
1222 Programme de soutien psychosocial fourni aux survivantes de mariages précoces et forcés d'enfants	# mères, pères de survivantes et d'adolescentes à risque formés ou recyclés à la réhabilitation et au soutien	0	120 F 120 H	184 F 177 H	F : 64 H : 57	Cibles dépassées. Il y a eu plus de survivantes identifiées et appuyées par le projet. Aussi, dans certains cas, le projet a formé également des tantes et oncles qui avaient été impliqué-e-s dans certains mariages.
	# parents de référence pour les survivantes et adolescentes à risque formés ou recyclés à la réhabilitation et au soutien	0	50 F 50 H	102 F 151 H	F : 52 H : 51	Cibles dépassées. Les parents de référence ont été identifiés selon les besoins des survivantes. Or, il y a eu plus de survivantes identifiées et appuyées par le projet. De plus, certain-e-s patron-ne-s d'atelier ont été intégré-e-s dans ces formations.
1223 Capacités renforcées des associations	# groupements FaFaWa et # membres des groupements FaFaWa formés sur la gestion des AGR	0	20 FaFaWa 200 F 100 H	21 groupements	1	Cible dépassée.

Énoncé	Indicateurs du cadre de mesure du rendement	Données de base	Cibles du projet	Données réelles cumulatives (01 avril 2018 – 31 mars 2021)	Écarts	Explication des écarts
villageoises d'épargne et de crédit (FaFaWa) pour soutenir les survivantes de mariages précoces et forcés	# groupements et # membres groupements formés sur la réintégration des survivantes de MPFE	0	20 Groupements 200 F 100 H	65 groupements[29] 4 401 F 2 122 H	Groupements : 25 F : 4201 H : 2 022	Cibles dépassées. Le projet a travaillé avec plus de groupements qu'initialement prévu pour répondre à la demande des communautés.
1311 Appui technique fourni aux cadres de concertation décentralisés sur la SSRAJ et les MPFE	# réunions du cadre départemental de la SSRAJ	0	4	7	3	Cible dépassée. Les réunions sont convoquées par les DDS.
	# réunions du cadre communal des acteurs de lutte contre les MPFE	0	8	16	8	Cible dépassée. Les réunions sont convoquées par les communes.
	# notes techniques élaborées sur des questions-clés liées à la SSRD et/ou aux MPFE	0	3	3	0	Cible atteinte.
1312 Recherche menée sur l'intégration des adolescents ruraux, particulièrement les filles, dans les programmes de SSR au Bénin	# recherche menée	0	1	1	0	Cible atteinte.
	# adolescentes et adolescents (15-19 ans) ayant été consultés lors de la collecte de données	0	75 F 75 G	83 F 87 G	F : 8 G : 12	Cibles dépassées.
1313 Consultations menées sur la SSR des adolescents, particulièrement les filles, et les mariages précoces et forcés d'enfants	# adolescents et jeunes (F/G) et intervenants (F/H) ayant participé aux consultations	0	10 F 10 G/H	16 F 14 G/H	F : 6 G/H : 4	Cibles dépassées.
	# rapport élaboré et diffusé sur les consultations	0	1	1	0	Cible atteinte.
1321 Cartes communautaires de performance sensibles au genre élaborées	# participants aux réunions communautaires menées avec des adolescent-e-s, JF, JH, fournisseurs de	0	240 F 240 H	484 F 472 H	F : 244 H : 232	Cibles dépassées. Il y a eu plus de réunions CCP que prévu car les besoins identifiés étaient importants.

[29] Parmi lesquels 21 groupements FaFa Wa.

Énoncé	Indicateurs du cadre de mesure du rendement	Données de base	Cibles du projet	Données réelles cumulatives (01 avril 2018 – 31 mars 2021)	Écarts	Explication des écarts
avec des groupes de jeunes, filles et garçons	services de santé, des services sociaux, des membres de la communauté (F/H)					
1322 Petites subventions données aux groupes de jeunes pour développer des projets à base communautaire	# petites subventions accordées aux organisations de jeunes	0	3	4	1	Cible dépassée. Du fait de la pandémie de COVID-19, YC ne pouvait pas se rendre au Bénin. L'organisation a donc dû revoir ses stratégies d'intervention et a confié une partie de son paquet d'activités à deux organisations locales de jeunes.
	# outil de gestion d'une organisation de jeunes produit	0	1	1	0	Cible atteinte.
1323 Plans de plaidoyer sur les mariages précoces et forcés d'enfants développés par les jeunes	# colloque organisé sur la SSRD et les MPFE	0	1	1	0	Cible atteinte.
	# plans de plaidoyer développés	0	3	3	0	Cible atteinte.
	# organisations de jeunes formées au plaidoyer sur la SSRD et les mariages précoces et forcés d'enfants	0	5	20	15	Cible dépassée. La demande a été forte au niveau des organisations de jeunes.

Annexe 4 : Communications

Les documents suivants ont été produits avec l'appui du projet :

Organisme	Titre de publication	Description	Support fourni par le projet
CARE	Rapport des données de base du projet, rapport de 86 pages, français	L'enquête auprès des ménages visait à collecter les données de base par sexe, par âge et par groupes cibles dans les communautés bénéficiaires du projet PROJEUNES, afin de renseigner les indicateurs du CMR du projet.	Appui technique et financier
CARE	Évaluation structurelle des centres de santé couvrant les 20 villages d'intervention du projet, rapport de 48 pages, français	Le rapport présente les résultats de l'évaluation des capacités humaines et en termes de matériels et équipements des CS, mais aussi institutionnelles et de gestion.	Appui technique et financier
Aramide Odutayo	Adolescent Inclusion in Sexual and Reproductive Health Programming in Rural Benin, rapport de 20 pages, anglais	Les objectifs de cette recherche étaient de répondre aux deux questions suivantes : 1) Dans quelle mesure les adolescents des zones rurales ont-ils été inclus dans les programmes de SSR ? ; et 2) Comment les adolescents des zones rurales aimeraient-ils être inclus dans les programmes de SSR ?	Appui-conseil technique et logistique
Youth Coalition	Les organisations dirigées par les jeunes et la SSDR, français	Il s'agit d'un guide séquentiel pour créer des organisations durables dirigées par les jeunes œuvrant pour la SSRAJ. Le guide tient compte du fait que les organisations ont peu d'expérience de plaidoyer, mettant en avant l'importance d'alterner entre acquisition de savoirs théoriques et mise en pratique de compétences acquises.	Appui technique et financier
Youth Coalition	Watchdog : CIPD+25 & ProJeunes	Une brochure décrivant la participation de trois jeunes à la CIPD+25	Technique et financier
ROAJELF	Bande dessinée	« Mariage, pas maintenant »	Financier
CARE	Note technique 1	État de la situation dans les zones d'intervention du projet concernant les MPFE, les VBG et la SSRAJ	Technique

CARE	Note technique 2	Résultats-clés de l'étude sur l'intégration des adolescents ruraux, particulièrement les filles, dans les programmes de SSR au Bénin	Technique
CARE	Note technique 3	Résultats-clés de l'évaluation des adolescentes à risque et survivantes de MPFE accompagnées par le projet	Technique
CARE	Module de formation des encadreurs des clubs scolaires	-	Technique et financier
CARE	Module de formation des pairs éducateurs	-	Technique et financier
CARE	Manuel d'orientation des CPS	Manuel d'orientation des CPS pour identifier et accompagner les survivantes de mariage précoce et forcé d'enfants (MO)	Technique et financier
CARE	Support technique des catalyseurs	-	Technique
Groupe de jeunes béninois (sous la coordination de Youth Coalition)	Mon memento de plaidoyer sur la SSRD au Bénin	Confectionné particulièrement par et pour les jeunes et les organisations de jeunes du Bénin, le guide se focalise sur les réalités des jeunes au Bénin face à l'organisation et la mise en œuvre de plaidoyers en matière de SSRD. L'objectif primaire de ce guide est de renforcer les capacités des jeunes et des organisations de jeunes du Bénin en matière de plaidoyer sur la SSRD. Il vise aussi le partage d'informations sur le plaidoyer et la SSRD ainsi que la mobilisation des jeunes et des organisations de jeunes à s'investir dans des activités de plaidoyer. Finalement, à travers sa création et son partage, ce guide favorise le réseautage entre les jeunes et les organisations de jeunes du Bénin.	Technique
Youth Coalition	Watchdog récapitulatif	Ce Watchdog est une brochure récapitulant le projet et les activités mises en œuvre par Youth Coalition pendant les trois années. Youth Coalition a recueilli des témoignages de différent-e-s participant-e-s du projet et a partagé ces témoignages dans le Watchdog. Celui-ci a été imprimé et partagé lors du colloque ainsi que sur les réseaux sociaux de Youth Coalition.	Financier

CARE	Film documentaire	Un film documentaire a été réalisé pour capitaliser les acquis importants obtenus sur le projet par rapport à la thématique de la SSRAJ et des MPFE.	Technique et financier
CARE	Kakémono	3 kakémonos qui orientent sur les grands résultats du projet, les cibles attendues et atteintes à mi-parcours ainsi que quelques réalisations phares exprimées en chiffres.	Technique et financier

Annexe 5 : Partenaires au projet

Structures	Responsabilités dans le projet	Personne de référence	Adresse email
CARE Canada	Est l'agence d'exécution canadienne pour ce projet et porte la responsabilité globale de la gestion, l'administration, la mise en œuvre, et l'assurance-qualité du projet.	Mme Fatou Alfa Cissé, gestionnaire de programmes en santé globale	fatou.alfacisse@care.ca
CARE Bénin/Togo	A la responsabilité principale de la mise en œuvre du projet au Bénin. CARE Bénin/Togo assure la liaison avec les autorités béninoises concernées et s'assure que les activités du projet restent conformes aux stratégies et priorités gouvernementales, coordonne les activités du projet avec les autorités et ONG locales et les soutient dans la prestation des interventions, fournit un soutien technique et une formation aux partenaires du projet.	M. Modeste Anato, gestionnaire de projet	modeste.anato@care.org
Youth Coalition	Est un partenaire canadien de mise en œuvre du projet qui a la responsabilité des activités de mobilisation et de plaidoyer avec les groupes de jeunes.	Mme Carole-Ann Filiatreault, gestionnaire de projet	carole-ann@youthcoalition.org
SIA N'Son	Les ONG locales partenaires travaillent avec les structures communautaires, communales et départementales dans les zones d'intervention du projet selon le cahier des charges et les modalités convenus avec CARE Bénin/Togo.	M. Salomon BALOGOUN, directeur exécutif	balosal@yahoo.fr
Vie et Environnement		M. BOURAIMA MIDOU Souleymane, directeur exécutif	vieenviron@yahoo.fr
ROAJELF	Ces deux organisations locales de jeunes sont des partenaires locaux venant en appui à Youth Coalition pour la mise en œuvre des activités de plaidoyer avec les organisations locales de jeunes.	Mme Mariette Montcho, présidente	bignon6@gmail.com
PJB		M. Duconois Adjakossa, président	ducoa@yahoo.com
Ministère de la santé	• Offrir un accompagnement psychologique, médical et sanitaire aux survivantes/victimes de MPFE et/ou de VBG • Accompagner et former le personnel des centres de santé pour un meilleur accompagnement des survivantes/victimes de MPFE et/ou de VBG • Participer aux comités directeurs	Dr AHOUNOU Gaston, chef service planification familiale, santé des adolescents et jeunes, DSME	gaston.ahounou@gmail.com
Ministère des affaires sociales	• Offrir un accompagnement psychosocial aux survivantes/victimes de MPFE et/ou de VBG	Mme Carmelle ZOHOU-VODOUHE, chef division du	majvod@yahoo.fr

et de la microfinance	• Accompagner et former le personnel des centres de promotion sociale pour un meilleur accompagnement des survivantes/victimes de MPFE et/ou de VGB • Participer aux comités directeurs	service de valorisation du statut juridique de la femme à la Direction de la promotion de la femme et du genre	
Ministère des enseignements secondaire, technique et de la formation professionnelle	• Autoriser l'installation des clubs scolaires dans les Collèges d'enseignement généraux • Veiller à ce que les enseignants puissent participer aux activités de formation et de sensibilisation des élèves • Participer aux comités directeurs	M. Blaise Coovi DJIHOUESSI, directeur de l'Institut national d'ingénierie de formation et de renforcement des capacités des formateurs	inifrcf2018@gmail.com