

■ Certificat en :

Montage de projets intégrant l'égalité
entre les femmes et les hommes.

Cas d'étude

Formation impulsée par l'Organisation Internationale de la Francophonie

Alexandrie, Mars 2022

Table des matières

INTRODUCTION (RÉSUMÉ DE L'ANALYSE CONTEXTE ET BESOINS)	3
Contexte démographique, socioéconomique et sanitaire	3
APPROCHES	10
THÉORIE DE CHANGEMENT DU PROJET	17
Narratif de la théorie de changement	17
Visuel de la théorie de changement	20
Hypothèses	21
Cadre logique	22
ANALYSE DES ACTEURS	30
Cartographie des acteurs au niveau zone sanitaire	30
Analyse globale des acteurs	33
ANALYSE DES RISQUES & MITIGATION	39
INDICATEURS AVEC BASELINE ET CIBLES	42
****	45

INTRODUCTION (RÉSUMÉ DE L'ANALYSE CONTEXTE ET BESOINS)

1) Contexte démographique, socioéconomique et sanitaire

Avec une population de 10. 008. 749 habitants (RGPH4, 2013), le Bénin est un pays pauvre avec un taux modéré de croissance économique qui varie entre 4% et 5 % depuis deux décennies (RGPH4, 2013). La population est à 51% féminine avec environ 45% de moins de 15 ans (RGPH4, 2013). La prévalence contraceptive moderne est très faible (12,9% par l'enquête MICS 2014), contre des besoins non satisfaits de 33,1%. L'indice de fécondité évaluée en 2014 à 5,7 (MICS 2014) explique cette forte croissance démographique qui a connu une évolution en dents de scie entre 1996 et 2012 : 3% en 1996, 7% en 2001, 6% en 2006 (EDS IV, 2016) et 12,5% en 2014 (MICS, 2014). Selon la projection à l'horizon 2050, la population du Bénin serait de 22 millions de personnes avec 2 fois plus de jeunes (RGPH4, 2013).

Bien que qualifiée de bombe à retardement, le Bénin pourrait tirer profit de cette jeunesse à travers le dividende démographique. Dans le contexte béninois, ce dernier est défini comme l'accélération de la croissance économique qui peut résulter d'une baisse rapide de la fécondité et l'évolution ultérieure de la structure par âge de la population. C'est le bénéfice social et économique que la communauté tire de sa croissance démographique. Avec moins de naissances chaque année, la population du Bénin en âge de travailler grandit par rapport à la population jeune et dépendante (Environ 300 000 naissances par année). Avec plus de personnes dans la population active et moins de jeunes à prendre en charge, le Bénin peut profiter pour une croissance économique rapide.

Ce profit n'est possible qu'avec de bons investissements économiques, sociaux et politiques en matière de santé, d'éducation, de la gouvernance et de l'économie. Si les avantages d'un dividende peuvent être grands, les gains ne sont ni automatiques ni garantis, il faudra plusieurs années voire des décennies. Toutefois, les profits pourraient être à moyen terme quantifiable au niveau des communautés voire des familles. Il s'agit du dividende au niveau familial.

Selon le MICS (2014), parmi les femmes de 20-24 ans, 19,4% ont eu au moins une naissance avant l'âge de 18 ans. Le taux de fécondité des femmes de 15-19 ans/adolescentes (TFA) est de 94 pour mille. Elle est plus élevée dans le département du Borgou (152 pour mille).

La mortalité maternelle reste encore très élevée à 397 pour 100 000 naissances vivantes (EDSB, 2011-2012). Ce ratio est de 367 décès pour 100 000 naissances vivantes en milieu rural contre 288,7 décès pour 100 000 naissances vivantes en milieu urbain (EDSB IV, 2012). Elle est essentiellement due à des causes médicales directes (Hémorragie du post-partum, Eclampsie, Infections, Dystocie)¹, mais également à des causes indirectes structurelles et culturelles notamment l'insuffisance d'agents de santé qualifiés, la couverture insuffisante des services de santé et les normes socio-culturelles.

A l'instar de plusieurs pays africains, les filles qui accouchent avant 15 ans courent 5 fois plus de risque de mourir lors de l'accouchement que les femmes de plus de 20 ans.

Les grossesses précoces/non désirées chez les jeunes filles de 15-24 ans contribuent fortement à ce taux élevé de mortalité maternelle. En effet, dans l'ensemble de la population des 10-17 ans, près de 2 % sont déjà en union : 3 % des filles et 0,4 % des garçons selon l'EDSB IV. La même source montre que 0,4 % d'adolescentes de 10-14 ans sont déjà mariées ou vivent avec un partenaire. Cette situation engendre des grossesses précoces chez les jeunes filles de cette tranche d'âge mariées plus tôt que prévu. Ces grossesses engendrent très souvent des complications du fait de leur âge et de leur immaturité physique et émotionnelle. Également, les comportements à risque chez les jeunes filles et

¹ Arbre à problème UNFPA Bénin 2016

garçons du fait de l'insuffisance en éducation sexuelle (connaissance et respect/estime de soi) et du manque d'information de qualité sur la sexualité engendrent les grossesses précoces chez les filles scolarisées et non scolarisées. Les récentes statistiques au plan national évoquent que près de 2. 763 cas de grossesses ont été enregistrés en milieu scolaire au cours de l'année scolaire 2016-2017 (SOSP/DESG 2017) avec les départements de l'Atacora, Donga et des Collines en tête, totalisant près de la moitié des cas. Le rapport de la dernière mission conjointe multi acteurs effectuée en octobre 2017 fait état de pratique de relations transactionnelles banalisées pour la survie des filles (100F à 500F pour avoir un rapport sexuel avec une fille). Le mariage précoce augmente en fait l'exposition des filles à la coercition sexuelle car elles doivent répondre aux demandes sexuelles de leurs maris (très souvent plus âgés qu'elles) et bien souvent sans des précautions de méthodes contraceptives, ce qui engendre les grossesses précoces. L'âge de la mère est fortement et négativement corrélé avec la mortalité infantile. Ce constat indique que les connaissances, compétences et pratiques des mères qui sont des variables déterminantes dans l'état de santé des enfants s'acquièrent avec l'âge et qu'il est crucial de lutter contre les grossesses précoces. Les mêmes tendances s'observent lorsqu'il s'agit de l'intervalle inter-génésique entre les naissances. Plus les intervalles inter-génésiques sont grands, plus l'enfant a des chances de survivre et de bien grandir. C'est dire que les mariages précoces et donc les grossesses précoces contribuent également à l'augmentation de la mortalité infantile qui selon le MICS 2014 est à 37,8 pour 1000 naissances.

Les normes socio-culturelles défavorables à une jouissance des droits sexuels chez les jeunes contribuent aussi fortement à la précocité des grossesses, par ricochets à la mortalité maternelle chez les jeunes filles.

Les grossesses précoces en milieu scolaire sont des causes de l'abandon de l'école par ces dernières. De même, dans le contexte socio-culturel les parents favorisent la scolarisation des garçons que celle des filles ; ces dernières ne sont donc pas souvent encouragées dans leurs efforts de scolarisation, car pour des parents, « *une fille à l'école ne servira pas à grande chose dans l'avenir* ». Par ailleurs, d'autres barrières structurelles, notamment la distance de l'école secondaire, combinée à l'insécurité sur la route, ainsi que les abus sexuels par les enseignants et les camarades de classes, contribuent à la survenue de grossesses précoces et à l'abandon des classes.

Les difficultés rencontrées par les jeunes dans la jouissance de leurs droits sexuels et de la santé de la reproduction sont également liées aux pesanteurs socio-culturelles. En effet, il existe de nombreuses barrières socioculturelles défavorables à la jouissance de ces droits. Le sexe dans les familles est tabou et les parents n'osent pas en parler avec les enfants (filles comme garçons). Ainsi, les adolescent(e)s et jeunes ne sont pas soutenu(e)s par leur environnement immédiat (parents, enseignant(e)s, responsables de formation professionnelle, etc.) qui eux-mêmes ne sont pas conscient(e)s de leurs rôles auprès de cette tranche d'âge du fait de l'éducation reçue auparavant. Cette éducation, en effet, fait abstraction totale de la sexualité dans l'initiation à la vie sociale. Les normes sexistes et de genre amplifient davantage ce phénomène.

Les analyses de genre liées aux programmes SDR se concentrent utilement sur les normes sociales qui motivent, en commençant par la façon dont le patriarcat et les privilèges sont construits. Ces analyses montrent qu'il existe des inégalités dans les communautés qui entravent la jouissance des droits sexuels des jeunes et adolescent(e)s. Des différentes normes de genre pour filles et garçons limitent le contrôle des jeunes sur leur vie sexuelle et reproductive, leur capacité à recevoir une éducation, leur sécurité économique et leur état de santé général et de bien-être.

En droit coutumier béninois, l'union matrimoniale confère un statut social plus élevé aux maris. Le chef masculin de la famille jouit du droit de contrôler à la fois les corps et le travail des jeunes filles et

des femmes, y compris décider quand et comment contracter des alliances matrimoniales et pratiquer la violence sexiste. Les filles sont considérées comme des biens familiaux et leur valeur économique et sociale est calculée par leur virginité et leur capacité à se conformer aux notions de féminité et à la « femme idéale » (moule du genre). Les filles sont considérées comme des biens sociaux et économiques et doivent être soignées jusqu'à ce qu'elles quittent leur maison natale et génèrent des prix de mariée. Les « bonnes filles » confèrent un statut social aux aînés qui les ont éduquées et leur permettent de bâtir la réputation générale de la famille. A l'inverse, les filles sont un risque de réputation si elles ne sont pas conformes à un idéal et surtout si elles tombent enceintes en dehors d'une union socialement sanctionnée avec la peur d'avoir une réputation familiale endommagée. Les garçons bénéficient de plus de liberté.

Une culture du silence reste quant à la santé sexuelle et reproductive. Selon une étude du projet Tekponon Jikuagou mis en œuvre par XXXXX (pour répondre aux besoins de planification familiale non satisfaits), 36% des femmes interrogées ont déclaré qu'il n'est pas acceptable de parler de planification familiale avec un conjoint. Ni les femmes, ni les hommes dans cette étude n'ont déclaré qu'il était acceptable de parler à leurs enfants ou à leurs conjoints de la sexualité, de la santé génésique ou des sujets connexes. Cela crée une contradiction où les parents s'attendent à ce que les filles respectent un code moral ou un idéal féminin sans les munir de l'information ou de la compréhension pour faire leurs propres choix.

Les mutilations génitales féminines (MGF) et les mariages précoces constituent des cas de violences basées sur le genre dont sont victimes les filles et les femmes. Environ 9,2% des femmes de 15-49 ans ont subi une quelconque forme de mutilation génitale féminine contre 0,2% des filles de 0-14 ans (MICS, 2014). La pratique est plus répandue en milieu rural (13%) qu'en milieu urbain (5%). Les départements du Borgou et de la Donga affichent les taux les plus élevés de MGF avec 38% et 37%.

Par ailleurs, la prévalence du VIH/Sida est de 1,2% au sein de la population générale avec 1,4% chez les femmes contre 1,0% chez les hommes (EDSB IV, 2012). Pour ce qui est des populations clés, on note que les prévalences sont de 15,7% pour les travailleuses de sexe (TS), 7,7% pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), 4,7% pour les utilisateurs de drogues injectables (UDI), 1,4% pour les personnes privées de liberté (*Rapport GARPR/CNLS Bénin, 2016*). Les jeunes de 15 à 24 ans représentent plus de la moitié de l'ensemble des nouvelles infections par le VIH (EDSB, 2012). De même, environ 15% de jeunes de 15-24 ans ont eu des relations avant l'âge de 15 ans (MICS 2014). Cette vulnérabilité des jeunes plus marquée chez les jeunes filles est due à un faible accès à des services adaptés à leurs besoins en termes d'informations de qualité, d'éducation sexuelle et de l'utilisation des services Santé Sexuelle et Reproductive (SSR)/Planification Familiale/VIH y compris l'accès aux produits SSR/PF. Cette situation s'explique par les rapports sexuels non protégés plus fréquents, la persistance des inégalités sociales liées au genre, des pesanteurs socioculturelles ainsi que du faible pouvoir de décision de cette cible.

La précocité des rapports sexuels associée aux mariages précoces, aux violences basées sur le genre et à l'absence/l'irrégularité de l'utilisation de contraceptifs est à l'origine de nombreuses grossesses précoces et non désirées qui entraînent des avortements à risques. En effet, selon le MICS 2014, 31,7% des femmes dont l'âge est compris entre 20-29 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans (mariage d'enfants). En comparaison, ce taux est de 6,1% pour les hommes de la même tranche d'âge. Au Bénin, 16,9% des femmes actuellement mariées ou en union ont entre 15-19 ans d'âge (MICS, 2014). En plus des mariages précoces, les relations intergénérationnelles sont un facteur de la sous-utilisation des méthodes PF ; parmi les jeunes femmes qui sont mariées ou en union et dont les conjoints sont plus âgés qu'elles d'au moins 10 ans, 25,8% ont entre 15 – 19 ans et 25,4% ont entre 20 – 24 ans (MICS, 2014).

Sur le plan politique, le Bénin dispose d'un ensemble de textes, de lois et de documents normatifs qui favorisent l'utilisation de la contraception. Nous pouvons citer : (i) *le plan d'action national budgétisé pour le repositionnement de la planification familiale 2014-2018*, (ii) *la stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes y compris le VIH/Sida au Bénin 2018-2022*, (iii) *la loi N° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la Reproduction*. Cet environnement politique bien que riche de quelques initiatives n'est pas encore favorable pour la jouissance des droits et l'élimination des barrières socioculturelles. En effet, ces documents normatifs et textes sont encore très peu connus par les communautés et ne sont pas encore utilisés dans le quotidien pour la jouissance des droits liés à la Santé sexuelle et reproductive.

Les engagements des Ministres de la Santé des 9 Pays du Partenariat de Ouagadougou constituent une avancée importante des gouvernements qui doit être accompagnée par les organisations actives dans le domaine de la SDRS, par l'actuel Projet et d'autres organisations telles que UNFPA, APRESSA, CeRADIS, OSV Jordan, OCJ, -, PBJ, ROAJELF entre autres.

Depuis le 1^{er} recensement de la population du Bénin en 1979, la population béninoise ne cesse d'augmenter selon un taux d'accroissement annuel moyen qui est passé de 2,82% (entre 1979 et 1992) à 3,5% entre 2002 et 2013 (RGPH IV 2013). Selon la même source, les jeunes de 10–24 ans représentent 33% de la population et 51% de femmes. Cette répartition de la population béninoise traduit une forte nécessité d'agir au niveau des femmes, des jeunes et des adolescents (féminins et masculins) pour impulser le développement du pays. Ainsi, des actions concertées menées en synergie sont nécessaires pour aider la jeunesse à adopter des comportements responsables et contribuer ainsi à améliorer les indicateurs de santé, notamment celui de la mortalité maternelle. Pendant ce temps, le taux de croissance économique présente un PIB de 4% en 2016.

Une jeunesse en bonne santé et bien formée est une opportunité certaine de développement économique et social. La réalisation d'un dividende démographique repose sur l'autonomisation, l'éducation, la santé et l'emploi des personnes ainsi que sur une augmentation de l'épargne et des investissements en faveur des catégories productives.

Pour améliorer les conditions de vie des populations béninoises, le gouvernement du Bénin a initié des programmes dans le domaine de la santé : la gratuité des soins de santé des enfants de moins de 5 ans et celle des femmes enceintes en passant par la gratuité de la césarienne, le programme d'Assurance et de Renforcement du Capital Humain (ARCH) du Gouvernement.

La gratuité des méthodes contraceptives est amorcée dans certaines zones sanitaires.

Actuellement, les adolescent(e)s se trouvent confronté(e)s à d'importants problèmes de santé sexuelle et de la reproduction notamment la prolifération des IST/VIH/Sida, la non utilisation de méthodes contraceptives dans un contexte de rapports sexuels non protégés, la fréquence des grossesses non désirées et les complications des avortements provoqués, l'utilisation de sources non fiables d'informations en santé des adolescents et jeunes, le commerce sexuel du fait de la dégradation des mœurs et de la situation économique précaire des parents et tuteurs.

Les faibles niveaux de contraception sont dus à divers facteurs socio-culturels et économiques, les rumeurs sur les effets secondaires, le stigma social et communautaire sur l'utilisation des méthodes contraceptives. De même, des facteurs liés aux services comme le mauvais accueil de la part des prestataires/temps d'attente, les ruptures de contraceptifs, la mauvaise gestion des effets secondaires et de la pharmacovigilance, le manque de matériels et d'agents qualifiés, l'insuffisance d'informations sur la PF, y contribuent.

Cette analyse de la situation montre clairement qu'il urge de mener des actions ciblées sur les jeunes filles et garçons en vue de leur permettre d'avoir un plein épanouissement, d'être plus responsables et de participer efficacement au développement du pays. En effet, bien que la croissance démographique chez les jeunes et adolescent(e)s constitue une bombe à retardement pour le Bénin, il n'en demeure pas moins que l'on puisse en tirer profit. Ceci à la seule condition que cette jeunesse soit capable d'apporter sa pierre à l'édifice. Le présent projet vient donc y contribuer efficacement à travers des stratégies innovantes et participatives.

Par ailleurs, des actions sont également utiles à l'endroit des femmes qui, du fait des normes sexistes de genre, ne prennent pas une part active dans les actions de développement du pays. Ces normes sexistes ont une forte influence sur leur santé, impactant du coup les principaux indicateurs socio-sanitaires. Le projet élaboré par le Projet servira à réaliser des activités pour un accès plus équitable aux services de santé.

L'offre de services dans les structures sanitaires (privées ou publiques) est tributaire de la disponibilité des produits de santé à savoir les consommables médicaux et les méthodes contraceptives pour le cas de la santé sexuelle et reproductive. Le système sanitaire béninois dispose d'un bon circuit de distribution des produits pharmaceutiques tant dans le secteur public que dans le secteur privé. La CAME approvisionne les dépôts répartiteurs des 32 zones sanitaires qui à leur tour desservent les formations sanitaires publiques qui relèvent de leur aire d'intervention. Les structures privées également peuvent aller se ravitailler auprès de cette grossiste publique. Parallèlement, il existe d'autres structures/grossistes qui approvisionnent les structures sanitaires et autres qui offrent les services de SR. Particulièrement chez les jeunes, XXXXX et XXXXX approvisionnent les centres XXXXX, les cliniques privées XXXXX, les Centres Socio-éducatifs et autres.

Malgré ce dispositif impressionnant, la disponibilité des méthodes contraceptives pose encore problème. Ce constat est dû à des situations d'ordre logique à savoir :

- ⇒ La rupture de stocks de méthodes contraceptives ;
- ⇒ La péremption d'énormes quantités de méthodes contraceptives, notamment celles à longue durée d'action ;
- ⇒ La préférence dans l'approvisionnement de certaines méthodes au détriment d'autres.

Les problèmes sont beaucoup plus liés aux compétences du personnel en charge de la gestion des stocks de produits contraceptifs dans les différentes structures sanitaires d'une part, mais d'autre part du fait des mauvaises conditions dans lesquelles les produits/consommables sont stockés surtout dans les centres de santé. Il est important que le présent projet se penche sur la résolution de ces problèmes.

Par ailleurs, la disponibilité des consommables pour l'offre des méthodes contraceptives est une autre difficulté à laquelle les structures font face. En effet, les centres ne disposent souvent pas de consommables (coton, gant, compresses, alcool, etc...) pour offrir convenablement les méthodes. Cette situation qui pourrait engendrer des risques d'infection résulte d'une part de l'absence d'une ligne claire d'approvisionnement des consommables, mais également de la mauvaise gestion de ces consommables ; la gestion de ces consommables comme tout produit de santé devrait être faite par des fiches de stocks, ce qui n'est pas le cas pour les consommables qui sont gérés sans aucune orthodoxie. Le projet devrait pouvoir travailler à l'amélioration de la gestion de ces consommables.

Le tableau ci-dessous résume les grandes problématiques et leur lien avec les causes et facteurs.

Tableau 1 : Résumé des problématiques en lien avec les causes et les facteurs.

Problématiques	Causes directes	Facteurs niveau 1	Facteurs niveau 2
Croissance démographique	- Taux de fécondité élevé		
	- Prévalence contraceptive basse		
Mortalité maternelle élevée	- Grossesses précoces, Proportion élevée de la grossesse des adolescentes avec leurs problèmes psychologiques, physiologiques)	- Habitudes et valeurs culturelles (mariage précoces, fécondité)	
	- Insuffisance des ressources humaines qualifiées	Faible qualité des soins et iniquité	Pauvreté des ménages
	- Faible éducation sexuelle	Faible disponibilité des produits	Faible disponibilité des données
	- Besoins non satisfaits en PF	Pesanteurs socio-culturelles	
			Faible coordination des interventions
	- Grossesses non désirées (avortements clandestins non sécurisés)	- Abus sexuels des filles - Insuffisance éducation sexuelle, connaissance et non-respect de soi - Tabou - Abandon scolaire - Stigmatisation de l'avortement	- Abandon scolaire (filles et garçon) - Manque autonomie des filles - Distances écoles secondaires et insécurité - Insécurité à l'école
	- Anémie, éclampsie, infections fistules obstétricales		
	- Couverture de services insuffisants		
	- Conception de la virginité et virilité		
	- Abus d'alcool		
VBG et non-respect des droits sexuels	- Abus de pouvoir des hommes (enseignants)	- Inefficacité du système judiciaire - Méconnaissance des textes et de loi sur harcèlement sexuel - Peur de dénoncer Peur des violences physique des auteurs Stigmatisation de la société	
	- Impunité des abus		
	- Abus des droits (VBG, droits, sexuels, identité)		
	- Rapports sexuels non protégés		
Prévalence VIH et VIH	- Accès difficile des groupes clés aux services adaptés (LGBT, TS, UDI)		

	Faible recours des cibles à la double protection/double méthode.
--	--

APPROCHES

Le Projet promoteur, souhaite compléter les différentes initiatives du gouvernement et des autres acteurs du système de santé et en particulier de la santé sexuelle et reproductive au Bénin. Le projet contribuera à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) relatifs à la bonne santé et au bien-être (ODD 3 : *Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge*) et l'égalité entre les sexes (ODD 5 : *Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles*), et au partenariat pour la réalisation des objectifs (ODD 16 : *Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous*). Les activités qui seront mises en œuvre renforceront les actions qui sont en cours à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (CS, ZS, DDS, DSME, DNSP y compris les programmes spécifiques).

La théorie du changement du projet décrit comment le Projet atteindra les 02 résultats d'impact d'ici 2020. Plus précisément il décrit les chemins du changement, met en exergue les interventions et les bénéficiaires et les acteurs concernés. Pour exécuter ces interventions selon les chemins du changement, le Projet développera plusieurs approches en fonction des bénéficiaires directs et indirects. Dans ce projet, les membres du Projet organiseront une formation en santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s et des jeunes dans les clubs scolaires et par d'autres forums. Cette formation comprendra des modules et des discussions sur les questions de genre, les mythes et les stéréotypes, et travaillera avec des filles et des garçons pour construire des idées nouvelles et plus égales de masculinité et de féminité. Les agents de santé recevront une formation intensive et continue sur les questions de genre dans la prestation des services de SDSR dans le cadre d'un programme de renforcement des compétences qui comprend un coaching et une évaluation continue. Les agents de santé seront invités à utiliser des exercices participatifs pour évaluer et gérer les problèmes de genre dans la façon dont les services actuels sont fournis ainsi que pour évaluer leurs propres attitudes. Nous utiliserons l'analyse sociale et le cycle d'action complets pour évaluer leurs propres biais sexuels, élucider et discuter des biais avec les communautés, et créer et mettre en œuvre des plans d'action pour le changement d'égalité entre les sexes. Cela sera renforcé par une recherche d'action plus approfondie sur les normes sociales qui affectent les SDSR. Les équipes, les agents de santé et les communautés sont responsables des plans d'action de genre de la ASA (Analyse Sociale et Action) pour éditer des sketches, faire de la vidéo, utiliser le théâtre et d'autres techniques afin de créer et mettre en œuvre un programme d'activités et histoires de changement de genre dans les villages. Les membres du Projet procéderont à un examen approfondi des services actuels pour les adolescentes, et qui traitent de manière constructive des normes sexistes et des stéréotypes négatifs. Cela comprendra un programme de formation, identifier les concepts fondamentaux de genre ; comprendre comment les stéréotypes sexistes affectent les options, le contenu et les choix de la prestation de services ; et construire de nouveaux mécanismes et améliorer les options de prestation de services pour offrir aux filles adolescentes un choix et une résilience plus importants, ainsi qu'une capacité d'agir sur leurs droits.

Un regroupement des approches similaires contribuant aux mêmes résultats sera fait dans un esprit d'apprentissage mutuel pour une plus-value.

Les membres du Projet développeront des activités qui contribueront à l'obtention des résultats pour permettre aux jeunes filles et garçons dans les zones d'intervention du projet de jouir de leurs droits sexuels, d'une part, et aux Filles/femmes et garçons/hommes en âge de procréer de jouir de leurs droits reproductifs. Le Projet travaillera avec les parents, la communauté, les autorités politico-administratives, les enseignant(e)s et les adolescent(e)s et les jeunes filles et garçons dans le

but d'amener les parents et l'environnement social direct des jeunes à respecter les choix reproductifs et sexuels, y compris des choix d'identité sexuelle des jeunes filles et garçons. Aussi des activités de développement des capacités, des compétences et attitudes et d'offre de services cliniques et d'écoute seront-elles réalisées avec et pour les jeunes filles et garçons et par des jeunes filles et garçons pour les mettre à l'abri des violences sexuelles et basées sur le genre.

Pour amener les parents, les leaders d'opinion, les enseignant(e)s et la communauté tout entière à abandonner les pratiques socio-culturelles nuisibles à la santé des jeunes, à dénoncer et punir les cas de violences et à apporter leur soutien social, psychologique et matériel/financier pour permettre aux jeunes filles et garçons de jouir de leur de leurs droits sexuels, des approches innovantes seront développées.

⇒ **Le CSC, l'approche "Ecoles des Maris et des futurs époux"**

Sont des approches qui seront utilisées. Sous le leadership respectif de XXXXX International -, de l'XXXXX et de l'XXXXX. Ces approches viseront l'engagement des autorités, les prestataires de services, les parents/leaders d'opinions et les jeunes filles et garçons dans l'offre des services de qualité aux adolescent(e)s, jeunes filles, jeunes garçons et femmes en âge de procréer.

Le CSC est un outil développé par XXXXX pour améliorer la responsabilisation et la qualité des services de santé. Cette approche sera élargie pour inclure l'engagement des jeunes filles et garçons et mettra l'accent sur l'offre de services de SSR et la redevabilité. Nous évaluerons les impacts de l'amélioration de la qualité et de l'acceptabilité des services de SSR pour les jeunes filles et garçons et nous mesurerons la valeur perçue de la participation à la fois chez les jeunes filles et garçons et chez les fournisseurs de soins de santé impliqués. Cette approche sera étendue pour inclure l'engagement des jeunes filles et garçons avec les agents de santé dans un processus mutuel.

Les membres du Projet croient aux droits des personnes, en particulier des jeunes filles et garçons, à accéder à l'information complète et une éducation sexuelle de qualité. Et, l'implication et le leadership des jeunes garçons et des jeunes filles sont essentiels dans ce processus. À travers ce document, les membres du Projet ont pris l'engagement ambitieux de promouvoir, à l'horizon 2020, la santé sexuelle et reproductive, des adolescents et les jeunes en particulier.

Les actions prévues dans le cadre du projet du Projet concernent prioritairement les points ci-après :

- Demander des comptes au gouvernement sur la mise en œuvre des politiques, des stratégies et des programmes en matière d'ESC ;
- Lever les obstacles juridiques, sociologiques et culturels auxquels les jeunes filles et garçons sont confrontés, en particulier ceux ayant un accès limité (notamment les filles) aux programmes d'ESC ;
- Atteindre un maximum de jeunes filles et garçons avec des messages d'ESC ;
- Renforcer les liens entre les activités d'ESC, l'accès aux services de santé, les actions de plaidoyer et les autres initiatives des jeunes ;
- Améliorer l'accès des jeunes filles et garçons, des parents et d'autres communautés aux programmes d'ESC, en particulier aux discussions sur les sujets sensibles
- Mobiliser des ressources supplémentaires en vue de l'accès des adolescent(e)s à une éducation sexuelle complète ;
- Améliorer les programmes d'ESC afin de répondre aux besoins de groupes spécifiques de jeunes tels que les jeunes LGBT, les jeunes filles et garçons vivant avec un handicap, les jeunes filles et garçons vivant avec le VIH, les jeunes filles et garçons faisant l'objet de violences basées sur le genre, etc.

⇒ Ecoles des Maris : Cibler les hommes pour atteindre les femmes

Quant à l'approche Ecole des Maris et des Futurs époux (EDM), elle est une approche qui sera développée sous le lead de l'XXXXX pour cibler les hommes, les maris modèles en vue de faciliter l'accès des services de qualité aux femmes, adolescent(e)s et aux jeunes filles et garçons sans distinction de sexe. L'EDM est un regroupement d'hommes mariés identifiés par les structures de santé et les communautés qui se réunissent régulièrement pour discuter et trouver des solutions en faveur d'un meilleur accès des femmes et des enfants aux services de santé. La stratégie consiste à toucher les hommes pour qu'ils permettent aux femmes et aux enfants de fréquenter les services de santé. Il s'agit d'une stratégie novatrice reposant sur une adhésion volontaire et une implication communautaire, pour faire des hommes des acteurs responsables de leur développement. « L'Ecole des maris n'a ni classe, ni élève, ni maître, ni hiérarchie. Il s'agit plutôt d'un espace de réflexions et de décisions pour des maris modèles désireux d'entraîner d'autres maris et hommes à favoriser l'accès des femmes aux soins, conseils et assistance professionnelle dans le domaine de la santé et améliorer la fréquentation des structures sanitaires pour elles et leurs enfants », selon Mohamed Haïdara, Coordonnateur de l'ONG SongeS du Niger. L'initiative des « Ecoles des maris » repose principalement sur des techniques de Communication pour le Changement de Comportement basées sur des réunions et des visites à domicile de sensibilisation pour promouvoir la santé de la reproduction auprès des conjoints par les conjoints dits « maris modèles » en raison de la régularité de la fréquentation des services de santé reproductive par leurs femmes. La stratégie « Ecole des Maris » a pour objectifs de :

- Impliquer et responsabiliser les hommes dans la promotion de la santé de la reproduction ;
- Favoriser un changement de comportement chez les hommes au niveau communautaire.

L'Ecole des Maris'' sera composée d'au moins 8 maris modèles et au plus 12 de groupes divers : notables, religieux, jeunes et des personnes âgées. Les maris modèles seront identifiés par les agents et la communauté selon des biens définis. Les différents maris identifiés seront formés sur les thématiques : dynamique de groupe et le travail en équipe, technique communication, de plaidoyer et de négociation, le leadership et le coaching.

Chaque « Ecole des Maris » fera une analyse locale de la situation. Ainsi, à l'école, l'analyse de cas concrets rencontrés au sein de la communauté dans le domaine de la santé de la reproduction est au centre des discussions. Elle consiste à faire étudier par les membres des situations ou problèmes concrets et de provoquer, à partir de chaque analyse de situation, une prise de conscience ajustée de celle-ci. Les maris sont censés rechercher les solutions efficaces et adaptées en se basant sur des connaissances avérées disponibles en leur sein ou auprès d'un modérateur, spécialisé en la matière concernée, pour encadrer l'analyse des cas.

⇒ Approche dialogue en famille

Le dialogue en famille est une discussion entre tous les membres d'une famille en vue de prévenir ou corriger un problème qui menace un ou plusieurs membres de la famille. Il facilite la communication entre les parents et les enfants. Elle se fera à travers les étapes suivantes :

Phase préparatoire

- Identification des quartiers d'intervention
- Réalisation de focus group dans chaque unité de dénombrement
- Elaboration des supports d'animation (guides d'animation, les faits vécus) en collaboration avec les ONG, les CPS : sur la base des déterminants de l'étude TRAC sur le dialogue parent enfant en matière de sexualité et en fonction de la nature de l'approche 3 thèmes ont été identifiés.

Ainsi 3 guides ont été élaborés sur ces thèmes à savoir : la séance introductive, les étapes de développement de l'enfance à la jeunesse et la prévention des IST/VIH/Sida

- Identification des facilitateurs/trices et des points focaux
- Formation des acteurs/trices principaux
- Forum des leaders (séance d'information et de plaidoyer auprès des leaders dans chaque unité de dénombrement)
- La mise en place d'un comité de suivi de 3 membres par unité de dénombrement
- Identification des familles bénéficiaires (familles ayant au moins un enfant de 8 ans)
- Séances d'information des conjoints/conjointes des membres des ONG et des facilitateurs/facilitatrices

Organisation des séances d'animations familiales

Chaque famille reçoit 3 visites en fonction des thèmes ci-dessus cités. Chaque visite est animée par un binôme de facilitateurs. Les éléments qu'on retrouve dans une séance d'animation familiale et qu'on a pas dans les causeries ordinaires sont : au début de la séance la parole est donnée au chef de famille qui ouvre la séance et invite les enfants à bien participer ; il y a une histoire/fait vécu qui est raconté de manière vivante et sert d'introduction à la séance ; à la fin de la séance, chaque membre de la famille prend un engagement qui est suivi par les facilitateurs à la prochaine séance ; clôture de la séance par le Chef de famille.

Supervision des séances par les responsables des ONG, des CPS et l'équipe de l'XXXXX

- Chaque binôme reçoit de la part de l'ONG au moins 3 visites de supervision par mois
- Les équipes des CPS font au moins 2 visites de supervision par mois
- L'équipe de l'XXXXX fait des descentes Bi/trimestrielles
- Organisation de rencontres mensuelles entre les facilitateurs et les membres du comité de suivi
- Organisation des rencontres bimestrielles d'échange entre les facilitateurs, les points focaux et les membres du comité de suivi et l'ONG

Organisation des sondages auprès des familles ayant reçu déjà les 3 visites

Un sondage est fait auprès de chaque famille par trimestre pour s'assurer que les familles poursuivent les échanges et les aider en cas de difficultés éventuelles.

⇒ **L'approche Analyse Sociale et Action**

L'Analyse Sociale et Action (ASA) est une Approche Transformatrice de Genre, comportant un ensemble de stratégies et d'outils qui permettent d'identifier les normes socio-culturelles et de genre défavorables à l'amélioration des conditions de vies des communautés et à renforcer les attitudes sociales, les comportements et les structures qui soutiennent l'égalité de genre pour les personnes et les communautés.

Cette approche conçue par XXXXX est utilisée avec succès par de nombreuses communautés pour régler les questions de genre, de pouvoir et des normes sociales qui affectent la santé et le développement, en particulier la Santé de la Reproduction.

L'Analyse Sociale et Action (ASA) cherche à résoudre les facteurs sociaux, économiques, et culturels qui influent sur les pratiques de genre qui entravent, la santé nutritionnelle, l'inégalité de genre et de développement. C'est une approche communautaire qui facilite le dialogue, permettant ainsi la pensée critique et la réflexion à propos de comment les conditions sociales peuvent perpétuer les défis de la santé de la reproduction. Des outils spécifiques, des activités et la discussion permettent aux individus, à travers la réflexion et le dialogue, d'explorer les causes sociales sous-jacentes des questions

communautaires, et des mesures sont prises pour déterminer ce qui peut être fait à propos de ces questions sociales et comment cela doit être fait. ASA permet de partager les émotions et de faire émerger la motivation. Elle reconnaît les valeurs partagées ou variantes dans une communauté, et révèle une compréhension complexe des normes sociales et comment elles influent sur la santé et le bien-être des individus, des ménages et des communautés.

L'aspect le plus important du ASA est qu'il peut conduire à motiver l'action communautaire. Il faut plus d'informations pour changer les idées, les attitudes et les comportements ; il faut des changements dans les perceptions, les expériences pratiques, l'environnement social, et une compréhension de la façon dont les valeurs et les attitudes personnelles sont alignées avec les normes et aux attentes de la communauté. Lorsqu'elle est associée à une connaissance appropriée, aux services et à l'appui, l'ASA favorise un environnement propice au changement social. Lorsqu'elle est réalisée efficacement, cet environnement favorable peut conduire à des améliorations dans les relations de pouvoir et de genre qui affectent la santé de reproduction notamment chez les adolescents et jeunes.

L'approche EDM et celle de l'Analyse Sociale et Action sont des approches transformatives du genre qui reposent sur l'utilisation de la masculinité positive pour promouvoir les droits des femmes, filles, garçons/hommes, de lutter contre les violences basées sur le genre et d'améliorer la santé reproductive des adolescent(e)s, jeunes filles et garçons et des femmes par l'implication et l'engagement des hommes, des leaders d'opinion. Ces approches permettront de lever les barrières liées à l'impunité des VBG, à l'accès équitable à des services de santé aux filles/femmes et garçons/hommes et toutes considérations socio-culturelles empêchant une pleine jouissance des droits sexuels et reproductifs.

Pour offrir des services de qualité aux jeunes filles, femmes et garçons, les approches prometteuses suivantes seront mises en œuvre :

⇒ **Marketing Social des services et produits : une approche pour changer les comportements**

Le marketing social se définit comme l'application des techniques et des outils du marketing commercial à des problématiques sociales, environnementales et/ou culturelles. Cette approche sera développée par l'XXXXX pour offrir des services et des produits de qualité aux bénéficiaires du projet à travers le réseau des Franchise sociale des Cliniques XXXXX, les Centres de Jeunes XXXXX de l'XXXXX, les Cliniques Amies de Jeunes de l'ABFP et d'autres cliniques Privées. Le secteur privé un maillon très important dans l'approche du marketing social en ce sens qu'il est mis à contribution pour favoriser la disponibilité et l'accessibilité des produits de santé aux populations vulnérables. L'approche marketing social permettra aux consommateurs de produits de santé de prendre les décisions éclairées et libres.

⇒ **La franchise sociale**

C'est une stratégie qui est utilisée depuis les années 1990 par des organisations non gouvernementales dans le but d'améliorer l'utilisation des services de santé de reproduction par les populations. La franchise sociale est une stratégie de renforcement des systèmes de santé qui puise dans la portée et maximise le potentiel du secteur privé pour améliorer l'accès aux services de santé. La franchise sociale s'efforce d'offrir des services de santé abordables, équitables et de haute qualité. Elle permet de renforcer le système de santé en consolidant et en réglementant la qualité dans les centres de santé. Cette approche sera poursuivie voire renforcée dans le cadre de ce projet. Le réseau des Cliniques XXXXX, des Centres Jeunes XXXXX qui sont des franchises sociales de l'XXXXX seront renforcées et utilisées pour offrir les services aux femmes, filles, garçons et la communauté tout entière.

⇒ **L'approche SEED**

Le Modèle de programmation SEED repose sur le principe que les programmes de SSR seront plus efficaces et durables s'ils abordent globalement les facteurs déterminants de la santé et s'ils comprennent des interventions synergiques qui :

- Tiennent compte de l'accessibilité et de la qualité des services ainsi que des autres questions relatives à l'offre ;
- Renforcent les systèmes de santé et favorisent un environnement favorable pour les comportements de recherche de PF/SSR ;
- Améliorent la connaissance de la PF/SSR et encouragent la demande pour ces services.

Le Modèle de programmation SEED reconnaît clairement et prend en compte que l'amélioration des résultats sanitaires est un processus complexe, Le Modèle SEED (Environnement favorable –Demande – Offre) pour la programmation de la planification familiale faisant ainsi écho à une reconnaissance grandissante à travers le monde du besoin d'une approche holistique à la programmation de la SSR. Le Modèle de programmation SEED reconnaît aussi que ces trois composantes (offre, environnement favorable et demande) sont interdépendantes et se renforcent mutuellement. Il suggère que l'association des interventions dans ces trois domaines permettra aux personnes de satisfaire leurs intentions génésiques. Le Modèle de programmation SEED s'appuie sur une grande partie de la réflexion qui a été suscitée par des décennies d'expérience des programmes de PF/SSR. En particulier, cette approche vient d'une itération précédente — le Modèle Offre–Demande– Sensibilisation

⇒ **Approches pour l'implication, le renforcement des capacités, aptitudes et des compétences des jeunes**

Pour faire porter la voix des jeunes, renforcer leurs compétences, l'estime de soi et développer le leadership des jeunes Filles et garçons et rendre autonomes les filles, les jeunes Filles et garçons seront impliquées et exposées aux activités à travers la paire éducation dans les clubs jeunes, l'approche. En dehors de la généralisation du renforcement des compétences, "la monnaie du défi" pour autonomiser les filles-mères et le Girl Rooster Tool cibleront spécifiquement les filles mères et celles qui sont vulnérables et en dehors des systèmes classiques de formation académique et professionnelle (domestiques, mineures vendeuses ambulantes, filles placées etc.).

⇒ **L'éducation par les pairs**

Cette stratégie est basée sur le fait que les jeunes ont la facilité d'apprendre entre eux et par eux-mêmes parce que partageant les mêmes réalités (vécu quotidien, problème de santé, d'emploi, difficultés relationnelles avec les adultes...). L'objectif poursuivi en utilisant cette approche est d'atteindre un plus grand nombre de jeunes informés sur les questions de santé et droits en matière de sexualité et de développement de compétences de la vie courante. Cette approche sera intégrée et dans les activités des Mouvement d'Action des Jeunes (-/XXXXX) et des Clubs - & Vie (XXXXX).

⇒ **Approche Monnaie pour le défi : autonomisation des filles-mères**

Le processus d'identification et réinsertion des filles-mères sera aligné sur le Human Centered Design ou, une approche qui fait appel à un processus itératif de construction de solutions innovantes et s'articulant autour des trois phases de l'HCD. Pendant la première phase, avec l'appui des ONG partenaires et des Centres de Promotion Sociale CPS des communes cibles, on répertoriera les filles-mères des communes cibles remplissant les critères définis et surtout leurs besoins réels et leurs centres d'intérêts, leurs aspirations, etc. en matière d'activités génératrices de revenus AGR (recueil d'informations sur ce qu'est une fille-mère pour la communauté, les interactions avec leur environnement, les personnes qui ont de l'influence dans leur vie, leurs besoins, les personnes

ressources par rapports aux domaines d'AGR, leurs problèmes fondamentaux , les solutions ou recours habituels, etc.). Cette phase permettra donc de connaître les AGR porteuses de leur milieu et, les débouchés proches possibles pour ces AGR. La deuxième phase, celle d'idéation servira pour la réinsertion des filles : elle permettra de catégoriser en fonction de leurs besoins/problèmes prioritaires par commune les filles mères réelles, ceci à la lumière des informations recueillies ; cartographier les AGR et leur faisabilité, et les débouchés possibles. De même, cette phase permettra d'identifier les stratégies mieux appropriées pour la communication, la sensibilisation des cibles, la responsabilisation des influenceurs à divers niveaux : discussion avec les mères/ pères des filles, échanges avec les filles sur les compétences de vie courante par le biais des séances sur AGR, émission radio, CIP par suivi rapproché. La phase **d'implémentation** ou de mise en œuvre permettra l'expérimentation à petite échelle dans chaque commune cible des stratégies identifiées pour la formation suivant les AGR retenues, la communication avec les cibles et l'installation des filles après la formation. La flexibilité et l'itération seront observées pour documenter les succès / échecs et les leçons apprises, les commentaires des différentes cibles afin d'améliorer continuellement la stratégie de réinsertion des fille-mères.

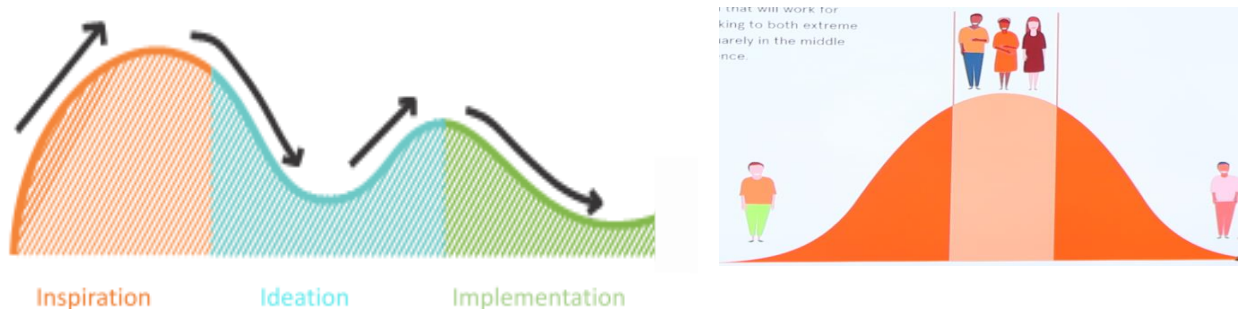


Figure 4 : Phases de l'approche HCD.

⇒ L'approche Girls Roster

The Girl Roster Toolkit, développé par le Population Council et ses partenaires, est un outil pratique pour aider les filles - surtout les filles pauvres - à accéder à des ressources, des installations et des services essentiels. Elle permet de voir l'univers complet des filles dans une localité où le programme est mis en œuvre, en utilisant des paramètres significatifs que sont l'âge, la scolarité et la situation matrimoniale, les conditions de vie conjugale, l'âge de procréer et le statut d'habitation ; Et, grâce à un engagement communautaire approprié, accroître l'accès des filles à une part équitable des ressources communautaires. L'outil peut aider les programmes de tous types à devenir plus efficaces, à atteindre plus les cibles (les filles) qui en ont le plus besoin.

L'outil peut être mis en œuvre par le personnel existant du programme en utilisant un téléphone Android ou, dans certains cas, juste du crayon et du papier. Il est convivial, facile à mettre en œuvre, et a déjà été appliqué dans divers pays, avec des succès marqués. Les différentes étapes de ce processus sont les suivantes :

- Effectuer une analyse initiale de la communauté afin de déterminer les limites de la zone géographique d'intervention et ses caractéristiques importantes ;
- Énumérer l'univers des filles dans la communauté du programme ;

- Sélectionnez les segments de filles pour une attention prioritaire ;
- Articuler les orientations programmatiques supérieures ;
- Effectuer un inventaire plus approfondi des actifs de la communauté (y compris les programmes qui pourraient, mais qui ne le permettent pas actuellement, atteindre les filles) et évaluer leur portée auprès des filles et ;
- Commencez à identifier comment les programmes peuvent lier différentes sous-populations de filles avec services.

THÉORIE DE CHANGEMENT DU PROJET

Narratif de la théorie de changement

La théorie de changement tient compte des thématiques identifiées à la suite de l'analyse du contexte et des expériences empiriques des jeunes impliqués dans le processus de son élaboration. Sa vision de faire des jeunes et adolescents du Bénin des vecteurs de développement s'exprime ainsi que suit :

Vision du projet : D'ici 2022, l'environnement socio-politique encourage les jeunes hommes et femmes du Bénin à accéder aux services SR de qualité, assure le niveau d'autonomisation et d'épanouissement nécessaire à la libération de leur plein potentiel.

Afin de contribuer à l'atteinte de sa vision, le Projet a identifié deux grands résultats portant sur le droit à la santé reproductive et les droits sexuels. Pour la santé de reproduction, le projet couvre la population des zones d'intervention dans sa totalité, en tenant compte des intérêts et rôles différents des filles, garçons, femmes et hommes et notamment de la position défavorable des jeunes filles et des femmes. En ce qui concerne les droits sexuels, l'accent est mis sur les jeunes filles et garçons, pour ainsi contribuer à leur plein épanouissement. Ces deux résultats sont formulés comme suit :

R.1: Les jeunes filles et garçons, ainsi que les femmes et hommes dans les zones d'intervention du projet jouissent de leur droit à la santé reproductive.

R.2: Les jeunes filles et garçons dans les zones d'intervention du projet jouissent de leurs droits sexuels.

Dans la TdC du projet, plusieurs outcomes interconnectés doivent conduire à l'atteinte de ces deux résultats.

Afin de pouvoir jouir de la santé reproductive (SR) il est nécessaire d'abord que les jeunes et adultes se protègent effectivement des IST et le VIH/Sida (OC.1) ainsi que Ainsi que OC2: Les jeunes font des choix reproductifs et sexuels bien informés, à l'âge qui convient et en toute liberté. Ils pourront le faire si les méthodes contraceptives et les services de qualités adaptés sont disponibles et facilement accessible (OCI.12). Cela veut dire qu'une très bonne distribution est nécessaire, même en dehors des prestataires de services de santé (comme par exemple des kiosques/PDV) et que le prix soit abordable, aussi pour les plus vulnérables. Le projet œuvrera pour la gratuité des produits et soins de SR selon l'initiative en préparation au niveau de la DSME. Il faudra également que les populations acceptent de faire le dépistage volontaire et au besoin suivent des traitements appropriés. L'expérience du Projet montre que les jeunes et adultes le feront si les centres (aussi bien publics que privés) sont suffisamment équipés de matériels avec un personnel qualifié (OCI.11). Toutefois, une autre condition est un bon cadre d'accueil, notamment pour les jeunes (OCI.10). A cause du même tabou, les parents ne conçoivent pas le fait qu'une fille non mariée visite un centre SR. Aussi bien pour des raisons de contraception que pour la protection des filles contre les IST/VIH/Sida et en tenant compte de la réalité actuelle des relations pré-nuptiales, il s'avère important que la fréquentation des centres devienne une

pratique acceptée. Pour y arriver le projet compte engager les parents (OP.7) et influencer l'opinion à travers des campagnes médiatiques (OP.6) ainsi que du travail avec des cadres de concertation communaux (OP.5). Afin d'assurer la qualité des services dans les centres et la bonne distribution des produits, le projet compte aussi sur les cadres de concertation communaux pour inciter les élus à inclure la SDSR dans leur planification et budget communal.

L'engagement des parents ne portera pas seulement sur la SDSR et l'importance de fréquenter les centres de SR, mais aussi sur l'intérêt d'une éducation équitable et la valorisation des filles (OP.7). Le projet cherche ainsi à inciter les parents d'encourager les filles à poursuivre leur scolarité et une vie économique active, pour rompre avec la culture de dépendance économique des femmes, qui les empêche de s'épanouir et de faire des choix reproductifs libres. Si cela est important pour toutes les filles, il l'est encore plus pour les filles mères qui se retrouvent souvent sans soutien. L'abandon ou parfois même le rejet des filles mères ne gêne pas seulement l'épanouissement des jeunes mamans, mais aussi celui de leurs enfants. Il en suit facilement un cercle vicieux de pauvreté, de dépendance et d'abus sexuel, avec des maternités non désirées comme conséquence. L'acceptation des filles mères dépendra de la déconstruction du complexe culturel de virginité-virilité et la protection de l'honneur de la famille qui en fait partie. Ce sujet sera alors intégré dans les initiatives en faveur des parents, le travail de mobilisation des communautés (OP.5) et la campagne médiatique (OP.6) tout en associant les leaders religieux, traditionnels, les groupements hommes et femmes.

Deux autres résultats sont attendus de ces interventions. D'abord, elles conduiront à l'acceptation des parents de discuter effectivement de la sexualité et de la SR avec les enfants, malgré la gêne traditionnelle à propos de ce sujet (OCI.15). Ensuite, les activités imprèneront les hommes de l'importance pour leurs femmes de veiller sur la santé reproductive à travers les services disponibles (OCI.16). Cela permettra de rompre avec l'idée qu'une femme qui fréquente un centre de SR (même pour le suivi de ses maternités) n'est pas bien entourée et doit donc être de mœurs dubitatives.

Tout cela fera que les jeunes et adultes seront bien informés sur les questions de SDSR y inclus les infections sexuellement transmissibles (OCI.2) et qu'ils bénéficient de services de qualité au sein des centres (OCI.1). Par conséquent, ils se protégeront contre les IST/VIH/Sida (OC.1) et feront des choix responsables en matière de santé sexuelle et reproductive, à l'âge qui convient et en toute liberté (OC.2). Ensuite, les jeunes filles et les femmes ont des grossesses désirées, planifiées espacées et bien accompagnées.

Afin de pouvoir jouir pleinement de leur droit à la santé reproductive, il faudra également que les jeunes aient des relations sexuelles consentantes et sécurisées ou s'abstenir (OC.4) et que les parents et l'environnement social direct (niveau communautaire, leaders, les enseignants, etc.) des jeunes respectent leurs choix reproductifs et sexuels y compris des choix d'identité sexuelle (OC.5). Pour y arriver, l'information et l'accès aux services et produits jouent un rôle, mais spécifiquement pour les filles, avec deux autres préalables. Elles sont souvent victimes d'abus sexuel parce qu'elles manquent de soutien matériel des parents pour subvenir à leurs besoins. Cela est lié à la priorité donnée aux garçons et relatif à leur rôle traditionnel de gagne-pain, mais aussi au sentiment dans les familles patriarcales qu'en investissant dans les garçons, on investit dans la famille, parce que les filles sont condamnées à "partir" après leur mariage. Cette réalité en combinaison avec le manque de valorisation des filles et de leur corps conduit à des pratiques sexuellement abusives pour des petites sommes d'argent (100F à 500F par endroit). Paradoxalement, les parents contribuent ainsi à la perte de la virginité des filles qui est considérée si précieuse. Le projet cherche à influencer l'éducation des filles afin de la rendre plus équitable et valorisante ; que les filles n'aient plus besoin de se livrer à des pratiques abusives (OCI.3) et qu'elles développent confiance en elles et sachent dire "non" (OCI.4). Non

seulement, l'engagement des parents doit y contribuer, mais également le travail de sensibilisation, d'éducation et de mise en réseau dans les communautés et dans les écoles.

Une éducation sexuelle complète (ESC) est visée pour tous les jeunes (OCI.18). Le Ministère de l'Enseignement Secondaire travaille sur le développement de modules à intégrer dans le curriculum du collège avec l'appui de l'UNFPA. En même temps, les OSC offrent des modules en ESC aux jeunes scolarisés et non scolarisés (OP.8). Cela se fait dans les centres des jeunes et les centres de formation professionnelle. Le projet fera des efforts spécifiques pour répertorier les jeunes qui se trouvent en dehors de ces structures, parce qu'ils n'ont jamais fréquenté l'école ou font des travaux (OP.11). Le projet travaillera en complémentarité avec les efforts du ministère pour l'élaboration des modules (OP.9) et la formation des animateurs communautaires, sans oublier l'ESC extra curriculaires (OP.10).

Tout ceci touche également au domaine des droits sexuels. La confiance en soi, l'estime de soi et le soutien des parents aideront les jeunes à faire des choix sexuels et reproductifs délibérés, y compris le choix de leur identité sexuelle et ce, malgré les tabous qui entourent le sujet. Il faudra également que l'école devienne un cadre sûr et équitable, qui encourage les filles à poursuivre leur scolarité et qui s'oppose à des pratiques sexuellement abusives, non seulement des camarades de classe, mais aussi de la part des enseignants (OCI.5). Pour changer les pratiques courantes, un système de suivi strict est nécessaire. Il demande l'appui des directions des collèges et universités. Le Projet pense que le cadre de concertation des acteurs de la commune (OP.5) ainsi que la mise en réseau et le renforcement de capacité des organisations de jeunes (OP.2) pourront aider à créer la pression nécessaire pour réaliser ces changements.

Afin de pouvoir jouir de leurs droits sexuels, les jeunes doivent être à l'abri des violences sexuelles et basées sur le genre (OC.6). Cela nécessite, en plus de tout ce qui précède que le climat de tolérance vis-à-vis des abus sexuels change, aussi bien au niveau de la communauté, des leaders d'opinion (OCI.7) qu'au niveau des autorités. Ces dernières assurent un système judiciaire efficace et les victimes utilisent effectivement ledit système pour faire juger les coupables. Actuellement, peu de cas sont amenés en justice pour des raisons socioreligieuses (réticences contre la dénonciation, la stigmatisation des victimes de VBG (OCI.9)) et l'inefficacité des procédures. En dehors du travail de mise en réseau, plaidoyer et sensibilisation, le projet accompagnera des victimes dans la poursuite en justice (OP. 4), afin de, non seulement résoudre des cas individuels, mais aussi créer des précédents qui contribueront à des changements dans le discours et les pratiques de tolérance (OC.7 et OC.6).

Enfin, la mise en place d'un bon système de coordination fonctionnel reste nécessaire avec l'implication de toutes les parties prenantes (OC6).

Cette mise en place nécessite le renforcement et l'appui au fonctionnement du cadre institutionnel SRAJ resté non opérationnel depuis des années. Afin d'éviter la multiplicité des comités, organes de coordination et de suivi, ce cadre pourra être une solution pour un système de coordination unique (OCI.20). En renforcement, un cadre de suivi évaluation sera indispensable pour le monitoring et le partage des acquis au niveau national, régional et international (OCI.21).

Visuel de la théorie de changement

PROMOTION DE LA SANTÉ ET DES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS AU BÉNIN (PSDSR)

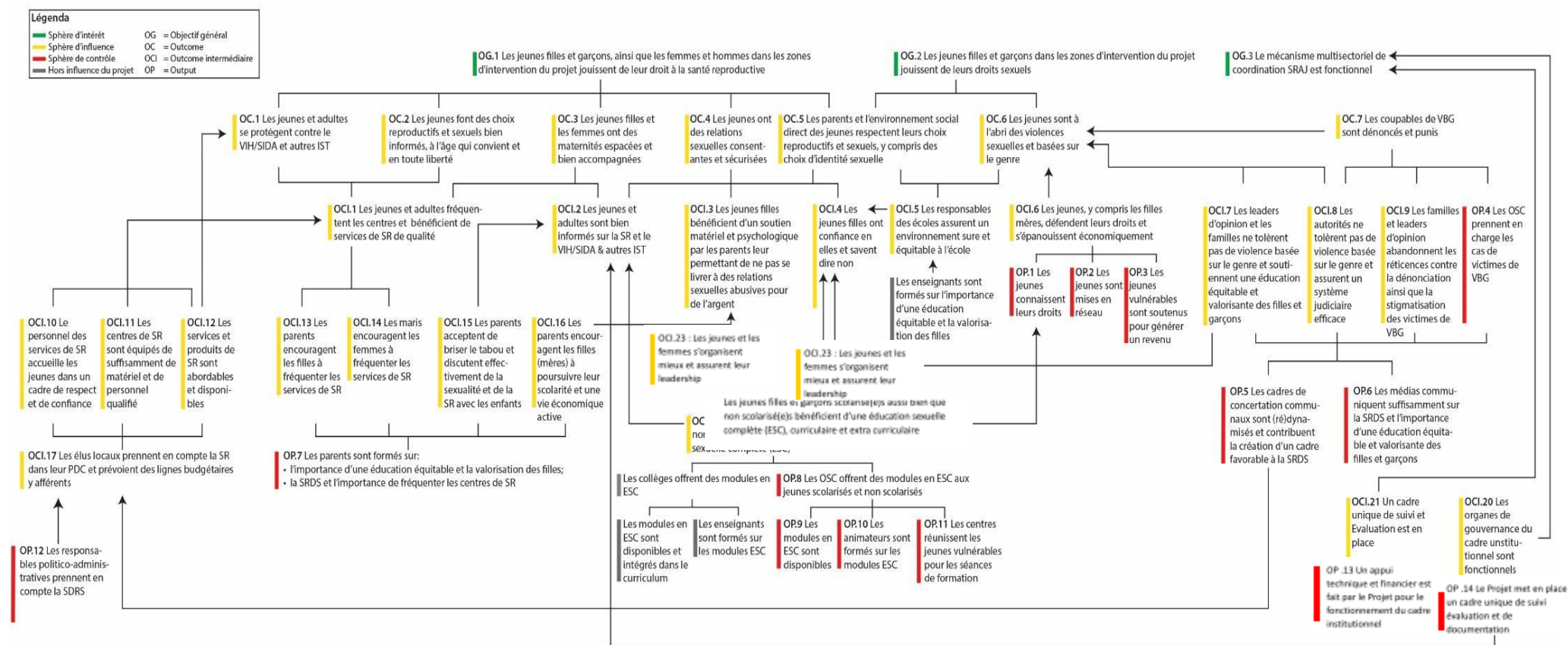


Figure 2 : Visuel de la théorie de changement du projet de Projet.

Hypothèses

- ⇒ Réticence à la dénonciation des cas : la promotion des dispositifs de la loi sur les auteurs et complices de violences amène la communauté à briser les facteurs socioculturels favorables à la non-dénonciation et le renforcement (empowerment) des leaders/parents ;
- ⇒ Engagement des parents/communautés : les communautés comprennent les avantages de l'ESC pour la réduction des grossesses non désirées ;
- ⇒ Enseignants acteurs d'abus : une formation des enseignants dans le domaine de ESC renforce la capacité des enseignants ; ils seront motivés à respecter les règles de conduite, et en plus les autorités scolaires et communales (y inclus les APE), ainsi que la communauté veilleront la mise en œuvre des règles ;
- ⇒ Changement des perceptions : les activités ciblant le renforcement des capacités des acteurs du niveau communautaire, scolaire et sanitaire, leur motivation, changent les perceptions grâce aux différentes stratégies spécifiques, y inclus le Community score Card qui a déjà fait ses preuves dans d'autres pays ;
- ⇒ Cadre institutionnel ESC : le Benin respecte son engagement et met en œuvre l'ESC avec l'appui de l'UNFPA ;
- ⇒ Cadre institutionnel SSRAJ : le cadre institutionnel SSRAJ fonctionne à tous les niveaux grâce à l'appui technique du Projet et la concentration sur les niveaux décentralisés ;
- ⇒ Participation accrue des jeunes : les efforts visant à transformer les vies des jeunes sont ancrés dans leurs expériences réelles en lien avec leurs communautés ;
- ⇒ Estime de soi des filles : des multiples expériences ont montré que renforcement de l'estime de soi constituent un facteur important de l'autonomisation des filles ;
- ⇒ Pérennisation administrative et de qualité : Les élus locaux sont prêts à prendre des actes communaux favorables à la pérennisation de la qualité des services pour respecter leurs engagements ;
- ⇒ Cadre de concertation : toutes les instances du cadre de concertation du Projet fonctionnent avec l'appui technique du Projet ;
- ⇒ Pratiques et croyances culturelles : les pratiques et croyances sont influencées par les approches ciblant l'environnement (Community score card).

Prenant appui sur les trois piliers du cadre écologique de la SRAJ et de l'analyse du contexte, les initiatives du projet aborderont trois principaux piliers qui interagiront pour produire le maximum d'effets. I) le premier pilier de cette théorie de changement tient compte de l'individu, c'est-à-dire du /de la jeune ou de l'adolescent(e) II) le second pilier se trouve être celui de l'environnement dans lequel vivent les adolescent(e)s et jeunes filles et garçons et III) le troisième pilier vise essentiellement l'amélioration de la qualité des services de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents.

Cadre logique du projet PROJET Projet et son descriptif (Page 25 à 28 et 81 à 86)

Cadre logique

Tableau 12 : Cadre logique

CADRE LOGIQUE DU PROJET : XXXXX XXXXX XXXXX					
Titre du Projet : Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs au Bénin (PROJET) Date : 14/11/2017 Partenaires d'exécution : XXXXX – XXXXX – XXXXX -					
Impact .	Taux de mortalité maternelle	397 pour 100000 NV	125 pour 100000 NV	INSAE/EDS/MICS	
	Prévalence contraceptive actuelle est accrue de 5%	12,5%	22,5%	INSAE/EDS/MICS	
	Prévalence contraceptive actuelle dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans est accrue de 10%	18%	28%	INSAE/EDS/MICS	
	Prévalence actuelle du VIH dans la tranche de 15 à 24 ans est réduite de 50% d'ici 2020	1,2%	0,6%	INSAE/EDS/EDSG	
	La prévalence des grossesses précoces chez les filles de 15 à 24 ans du système formel d'éducation est réduite de 8% en 2020	19,4%	11%	INSAE/EDS/MICS	

CADRE LOGIQUE DU PROJET : XXXXX XXXXX XXXXX

Titre du Projet : Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs au Bénin (PROJET)

Date : 14/11/2017

Partenaires d'exécution : XXXXX – XXXXX – XXXXX -

	La prévalence de grossesse non désirées chez les adolescents et jeunes est réduite de 50%	X% (Enquête Ex ante légère)	X-50%	Rapport d'Etude	
	Pourcentage de femmes et de filles de moins de 15 ans ayant subi une violence physique, sexuelle ou psychologique par un partenaire intime actuelle ou ancien au cours des douze derniers mois par type de violence et par âge	16,2%	10%	INSAE/EDS	
OG 1 (Effets) : Les jeunes filles et garçons, ainsi que les femmes et hommes dans les zones d'intervention du projet jouissent de leur droit à la santé reproductive	Proportion de structures (centres de jeunes, de santé) offrant le paquet minimum d'activités SRAJ et disposant des informations de qualité en SRAJ/VIH y compris les IST dans les 12 ZS	X% (Enquête Ex ante légère)	X+50%	Rapport d'Etude	
OG 2 (Effets) : Les jeunes filles et garçons dans les zones d'intervention du projet jouissent de leurs droits sexuels	Proportion de jeunes filles et garçons/femmes prenant leurs propres décisions (éclairées) concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation des contraceptifs, la	X% (Enquête Ex ante légère)	X+10%	Rapports d'études d'XXXXX/XXXXX/XXXXX X et Rapports Annuels	

CADRE LOGIQUE DU PROJET : XXXXX XXXXX XXXXX					
Titre du Projet : Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs au Bénin (PROJET) Date : 14/11/2017 Partenaires d'exécution : XXXXX – XXXXX – XXXXX -					
	prévention des violences basées sur le genre et les soins de santé procréative				
	Disponibilité des ressources allouées au Projet à tous les niveaux du cadre institutionnel			<i>Rapports Annuels</i>	
	Part du financement des collectivités locales			<i>Rapports Annuels</i>	
OG 1: Les jeunes filles et garçons, ainsi que les femmes et hommes dans les zones d'intervention du projet jouissent de leur droit à la santé reproductive					
OC.1 : Les jeunes filles et garçons et adultes(femmes et hommes) se protègent contre les IST/VIH/SIDA et font des choix sexuels et reproductifs bien informés, à l'âge qui convient et en toute liberté	Proportion des jeunes filles, femmes et des garçons ayant augmenté leurs connaissances en PF	85,4%	95,4%	Rapports d'études	
	Proportion des jeunes filles, femmes et des garçons ayant augmenté leurs connaissances en IST/VIH/SIDA	90,7%	95,7%	Rapports d'études	

CADRE LOGIQUE DU PROJET : XXXXX XXXXX XXXXX

Titre du Projet : Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs au Bénin (PROJET)

Date : 14/11/2017

Partenaires d'exécution : XXXXX – XXXXX – XXXXX -

	Nombre d'établissements scolaires mettant en œuvre le programme d'éducation complète à la sexualité responsable dans les 12 ZS	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
	Nombre de jeunes scolarisés qui ont été formés sur l'éducation sexuelle complète par sexe dans les 12 ZS	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
	Nombre de structures mettant en œuvre le programme d'éducation complète à la sexualité responsable en milieu non-scolaire dans les 12 ZS	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
	Nombre de jeunes non scolarisés formés sur l'ESC par sexe dans les 12 ZS			Rapport d'activités	
OC.2 : Les jeunes filles et les femmes ont des grossesses désirées, planifiées espacées et bien accompagnées	Proportion des adolescent(e)s et jeunes filles et garçons sexuellement actif dépistés au VIH/SIDA y compris les IST	24,6%	90%	Rapports d'études/ Rapport d'activités	

CADRE LOGIQUE DU PROJET : XXXXX XXXXX XXXXX

Titre du Projet : Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs au Bénin (PROJET)

Date : 14/11/2017

Partenaires d'exécution : XXXXX – XXXXX – XXXXX -

	Proportion de femmes enceintes qui ont été dépisté au VIH et qui ont reçu leur résultat lors des CPN	46,2%	90%	Rapports d'études/ Rapport d'activités	
	Proportion de nouvelles utilisatrices des Méthodes modernes de PF par tranche d'âge et par type de méthode est accrue de 11% dans les 12 ZS	12%	23%	Rapports d'études/ Rapport d'activités	
OC.3 : Les jeunes filles et garçons ont des relations sexuelles consentantes et sécurisées	Proportion des jeunes filles mariées avant l'âge de 18 ans	18%	13%	Rapports d'études	
	Proportion des jeunes filles, femmes qui rejettent les violences faites et aux femmes et aux filles	96%	98%	Rapports d'études	
	Proportion d'adolescents et jeunes de 15 à 24 ans exprimant une vie sexuelle positive	X% (Etude de Enquête Ex ante légère)	X+20%	Rapports d'études	
OG. 2: Les jeunes filles et garçons dans les zones d'intervention du projet jouissent de leurs droits sexuels					
OC.4 : Les parents et l'environnement social direct des jeunes respectent leurs choix reproductifs et sexuels, y compris des choix d'identité sexuelle	Nombre de ménages pratiquant le modèle de dialogue parent-enfant selon les catégories d'âges des adolescents et jeune	(Confère plan de travail) X+15%		Rapports d'études	

CADRE LOGIQUE DU PROJET : XXXXX XXXXX XXXXX

Titre du Projet : Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs au Bénin (PROJET)

Date : 14/11/2017

Partenaires d'exécution : XXXXX – XXXXX – XXXXX -

	Nombre de leaders communautaires et religieux effectivement engagés dans la promotion de la SRAJ et de la lutte contre le VIH	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
OC.5 : Les jeunes sont à l'abri des violences sexuelles et basées sur le genre et les coupables de VBG sont dénoncés et punis	Nombre de cas de violences faites aux filles recensés et traités	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
	Nombre de cas violences basées sur le genre pris en charge chez les jeunes vulnérables de 20-24 ans (médicale, psychologique, juridique et économique)	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
Système de coordination fonctionnel	La proportion des structures de jeunesse effectivement engagées et participant au processus de prise de décisions dans la promotion des activités de SRAJ, des droits sexuels et de la lutte contre le VIH est accrue de 30%	X% (Enquête Ex ante légère)	X+30%	Rapports d'études	
	Nombre d'organisations d'adolescents et jeunes positionnées sur le Dividende démographique	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
	Nombre d'organisations de jeunes disposant de pairs éducateurs formés et actifs	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	

CADRE LOGIQUE DU PROJET : XXXXX XXXXX XXXXX

Titre du Projet : Promotion de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs au Bénin (PROJET)

Date : 14/11/2017

Partenaires d'exécution : XXXXX – XXXXX – XXXXX -

	Pourcentage des municipalités des 12 ZS intégrant effectivement la SRAJ et la lutte contre le VIH dans leur programme de travail	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
	Pourcentage des ministères sectoriels intégrant effectivement la SRAJ et la lutte contre le VIH dans leur programme de travail	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
	Existence d'une base de données sur la mise en œuvre du projet	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
	Complétude des données sur la mise en œuvre du projet	(Confère plan de travail) XXXXX :		Rapport d'activités	
	Nombre de travaux d'études de recherche en SRAJ publiés	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	
	Nombre de succes stories, de leçons apprises et capitalisation rapportés	(Confère plan de travail)		Rapport d'activités	

ANALYSE DES ACTEURS

Cartographie des acteurs au niveau zone sanitaire

L'analyse des parties prenantes est un processus systématique de collecte et d'analyses des données sur les personnes qui ont une influence et un intérêt pour le projet et dont la prise en compte permet d'augmenter les chances de réussites du projet. Ainsi, une identification des parties prenantes est faite au niveau des zones sanitaires et communes d'intervention du projet en tenant compte des domaines tels que la santé/les affaires sociales, l'éducation, l'organisation de jeunes, l'emploi. Les résultats de cette cartographie des parties prenantes sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 6 : Répartition des acteurs

Parties prenantes du secteur privé	Parties prenantes du secteur public	Parties prenantes de la société civile
Cliniques Privées Réseau XXXXX Pharmacies AVEC Cliniques Affiliée MTN Moov	Ministre de la Santé Ministère de l'Enseignement Secondaire Ministère de l'Action Sociale Ministère du développement DSME CAME CAME départementale Dépôts répartiteurs DNSP Hôpital de zone CPS Pharmacies Ministère de la Justice Tribunaux Mairies Parti politique Direction Départementale de la Santé Direction départementale Enseignement secondaire Direction départementale Enseignement Maternelle et primaire Centre de loisirs et des Jeunes Ministère de la Jeunesse Zone sanitaires Centre de santé de la Communes Maternités Centre de l'Arrondissement Militaire Collèges Ecoles Primaires Université Infirmerie Universitaire Infirmerie scolaires ENI ENS FNPEJ CPS Lycée techniques (Agricoles et Commerciales) ANCB	Radio Télévision Église Mosquée Temple Vodoun Ecoles Coraniques Groupements des femmes Groupements d'hommes Associations des Jeunes COSI CERADIS APESSA-ONG WILDAF AFJB Social Impact Plateformes Leaders religieux APC OCJ PJB - Clubs - & Vie ROAKEF Hirondelle BESYP JCI Croix Rouge Scoutisme Atelier de formation Professionnelle Associations des jeunes YWCA SOS-Village d'Enfants Centres d'Alphabétisation Hôpitaux confessionnels Centres Jeunes Fondation Ajavon Fondation Claudine TALON

Tableau 7 : Répartition des infrastructures et acteurs selon les 12 zones sanitaires du projet

N°	COMMUNES	SANTE/AFFAIRES SOCIALES	EDUCATION	STRUCTURES JEUNES
1	Porto-Novo-Aguégués-Sèmè Kpodji	03 Autres hôpitaux 01 CHD 26 Centres de santé complets 02 dispensaires seuls 31 officines pharmaceutiques 03 Centre de Promotion Social 02 Centres Jeune XXXXX 01 - _-o-éducatifs XXXXX	09 écoles maternelles publiques 07 écoles maternelles privées 120 écoles primaires publiques 53 écoles primaires privées 23 CEG publiques 13 CEG privés 06 lycées techniques et professionnels 01 établissement de formation technique privée 06 centres de formation universitaire publique 03 centres de formation universitaire privée 28 centres d'alphabétisation 01 ENI	02 maisons des jeunes Centre de loisir 03 Centres jeunes
2	Adjohoun-Bonou-Dangbo	03 Centres de Promotion Social 01 Hôpital de Zone 20 Centres de santé complets 11 Dispensaires seuls 01 Formation sanitaire confessionnelle 02 officines pharmaceutiques Infirmierie scolaire 01 Centre Jeune XXXXX 01 - _-o-éducatifs XXXXX	04 écoles maternelles 50 écoles primaires publiques 01 école primaire privée 02 écoles maternelles publiques, 07 collèges d'enseignement général (CEG) publics 06 collèges d'enseignement secondaire général privés 01 Lycée technique ONG 01 ENI	02 maisons des jeunes 03 Centres jeune
3	Tchaourou	01 Centre de Promotion Social 01 Hôpital de Zone 07 Centre de santé complet 03 Dispensaire seul 01 officine pharmaceutique Infirmierie scolaire 01 Centre Jeune XXXXX	03 écoles maternelles 31 écoles du secteur public 3 collèges d'enseignement Général 01 centre d'alphabétisation	01 maison des jeunes 01 Centre jeune BeCYP JCI
4	Natitingou Boucoumbé-Toun countouna	03 Centre de Promotion Social 01 Hôpital de Zone 01 CHD 27 centres de santé complets 07 dispensaires seuls 12 centres de santé confessionnels 03 officines 01 dépôt privé 02 ONG 01 centre de santé communautaire 30 pharmacies 01 orphelinat catholique 02 Centres Jeune XXXXX 01 - _-o-éducatifs XXXXX	08 écoles maternelles publiques 03 écoles maternelles privées 156 écoles primaires publiques 06 écoles primaires privées 01 Ecole SOS 10 collèges publics 02 établissements privés d'enseignement moyen général 02 collèges publics d'enseignements techniques 01 ENI 70 centres d'alphabétisation	03 maisons des jeunes 01 Centre jeunes
5	Dassa-Glazoué	02 Centre de Promotion Social 01 Hôpital de Zone 02 autres Hôpitaux 18 Centre de santé complet 01 Dispensaire seul 13 Maternité seule	10 Ecoles maternelle publique 152 Ecole primaire publique 15 Ecole primaire privée 12 Collège d'Enseignement Général (CEG) 01 Ecole SOS	02 maisons des jeunes 03 Centres jeune

		01 Formation sanitaire confessionnelle 01 Centre Jeune XXXXX	02 UAC ONG 03 ENI	
6	Klouékanmè- Toviklin-Lalo	03 Centre de Promotion Social 23 Centre de santé complet 03 Dispensaires seul 02 Maternités seule 01 -_-o-éducatifs XXXXX	99 Ecole primaire publique 09 CEG 06 CEG publique 15 centres d'alphabétisations publiques 17 centres d'alphabétisation privés	03 maisons de jeunes
7	Savalou-Bantè	02 Centre de Promotion Social 01 Hôpital de Zone Hôpital 18 Centre de santé complet 03 Dispensaire seul 04 Maternité seule 22 unités villageoises de santé 01 officine pharmaceutique 01 -_-o-éducatifs XXXXX	10 Ecole maternelle publique 01 école maternelle privée 148 Ecoles primaire publique 09 Ecoles primaire privées 10 Collège d'Enseignement Général (CEG)	03 vidéos clubs 02 maisons des jeunes 03 Centres jeune
8	Parakou-N'dali	01 CHU 01 CHD 01 HZ Centre de Promotion Social 12 Centres de santé complets 01 Dispensaire seul 01 Maternité seule 15 officines pharmaceutiques 04 Centre Jeune XXXXX 01 -_-o-éducatifs XXXXX	138 écoles primaires 01 école primaire catholique 04 écoles maternelles 16 écoles secondaires dont 2 avec deuxième cycle 1 école professionnelle (ENIAB) ; 10 CESE	02 maisons des jeunes 06 Centres jeune
9	Abomey Calavi So Ava	01 hôpital 01 centre de santé communale 05 CCS ; 01 dispensaire isolé ; 14 dépôts pharmaceutiques 02 centres de protection sociale 02 Centres Jeune XXXXX 01 -_-o-éducatifs XXXXX	24 Ecole maternelle 244 écoles primaires 42 CEG (dont 8 avec 2è cycle) 18 centres d'alphabétisation 01 Ecole SOS Lycée technique Ecole coranique 1 UAC ONG 02 ENI	02 Centres de loisir 01 Centre jeunes
10	Aplahoué-Dogbo- Djacotomè,	03 Centre de Promotion Social 01 Hôpital de Zone 02 autres Hôpitaux 16 Centre de santé complet 01 Dispensaire seul 01 Maternité seule 03 Dépôt de pharmacie 01 -_-o-éducatifs XXXXX	04 Ecole maternelle 214 Ecoles primaire 08 Ecole primaire privés Ecole primaire privée 09 Collège d'Enseignement Général (CEG) publique 43 centres d'alphabétisation initiale et de quinze 15 centres de post-alphabétisation 01 ENI	03 maisons des jeunes 03 Centres jeunes
11	Lokossa-Athiémié	02 Centre de Promotion Social 01 Hôpital de Zone 01 CHD 12 Centre de santé complet 02 Dispensaire seul 03 Maternité seule 02 officines pharmaceutiques	05 Ecoles maternelle publique 02 Ecoles maternelle privés 94 Ecoles primaire publique 01 Ecole primaire privée 09 Collège d'Enseignement Général (CEG) Publique	02 maisons des jeunes 03 Centre jeunes

		Association des femmes 01 - _o-éducatifs XXXXX	01 Lycée technique 03 ENI	
12	Djougou-Ouaké-Kopargo	03 Centre de Promotion Social 01 CHD 01 Hôpital de Zone 21 Centres de santé complets 05 Dispensaires seuls 06 Maternité seules 01 semi public communautaire 13 Formation sanitaire professionnelle 01 officine pharmaceutique 03 dépôts privés	15 Ecoles maternelle 268 Ecole primaire publique 02 Ecole primaire privée 12 CEG publique 01 CEG privé 06 Centres d'alphabétisation 02 centres de promotion rurale 01 centre de promotion féminine	03 Maison des jeunes 01 Centre culturel

● Analyse globale des acteurs

Les parties prenantes sont classées comme suit :

- Les parties prenantes primaires directes : les principaux bénéficiaires du projet
- Les parties prenantes primaires indirectes : ne sont pas les bénéficiaires du projet mais seront affectés par les interventions du Projet ; et
- Les parties prenantes secondaires : sont les autres parties prenantes du processus.

Les parties prenantes énumérées dans le tableau sont classées selon leur importance et leur influence respectives et illustré dans le graphique ci-après.

Les parties prenantes directes les bénéficiaires que sont les adolescent(e)s et jeunes y compris les populations-clés, les femmes en âge de procréer, les organisations de femmes, les mouvements, associations et organisations de jeune. Ils utiliseront le système de changement mis en place et les livrables.

Pour ce qui est des parties prenantes indirectes, il s'agit de celles qui ont un pouvoir politique à quelque niveau que ce soit pour influencer le projet et ceux qui sont intéressés par ses résultats. Le Gouvernement béninois à travers les ministères sectoriels, les Directions de tutelle, les municipalités à travers l'ANCB, les leaders religieux et communautaires, les parents, les Universités, les Collèges d'enseignement les Centres de Formation professionnelle et artisanale, les Centres d'alphabétisation, les Centre de promotion sociale, les Fondations, les Instituts de recherche, les structures d'offre de services adaptés en SR, les Partenaires techniques et financiers, les OSC de promotion de la SR et genre.

L'importance indique le point auquel les attentes et les intérêts de l'acteur affectent les droits et santé sexuelles au Bénin. L'influence est la puissance de l'acteur à impacter positivement ou négativement les composants liés aux droits et santé sexuelle des cibles du projet. Bien qu'ils aient un intérêt, ces acteurs ne ressentent pas eux-mêmes la nécessité d'agir.

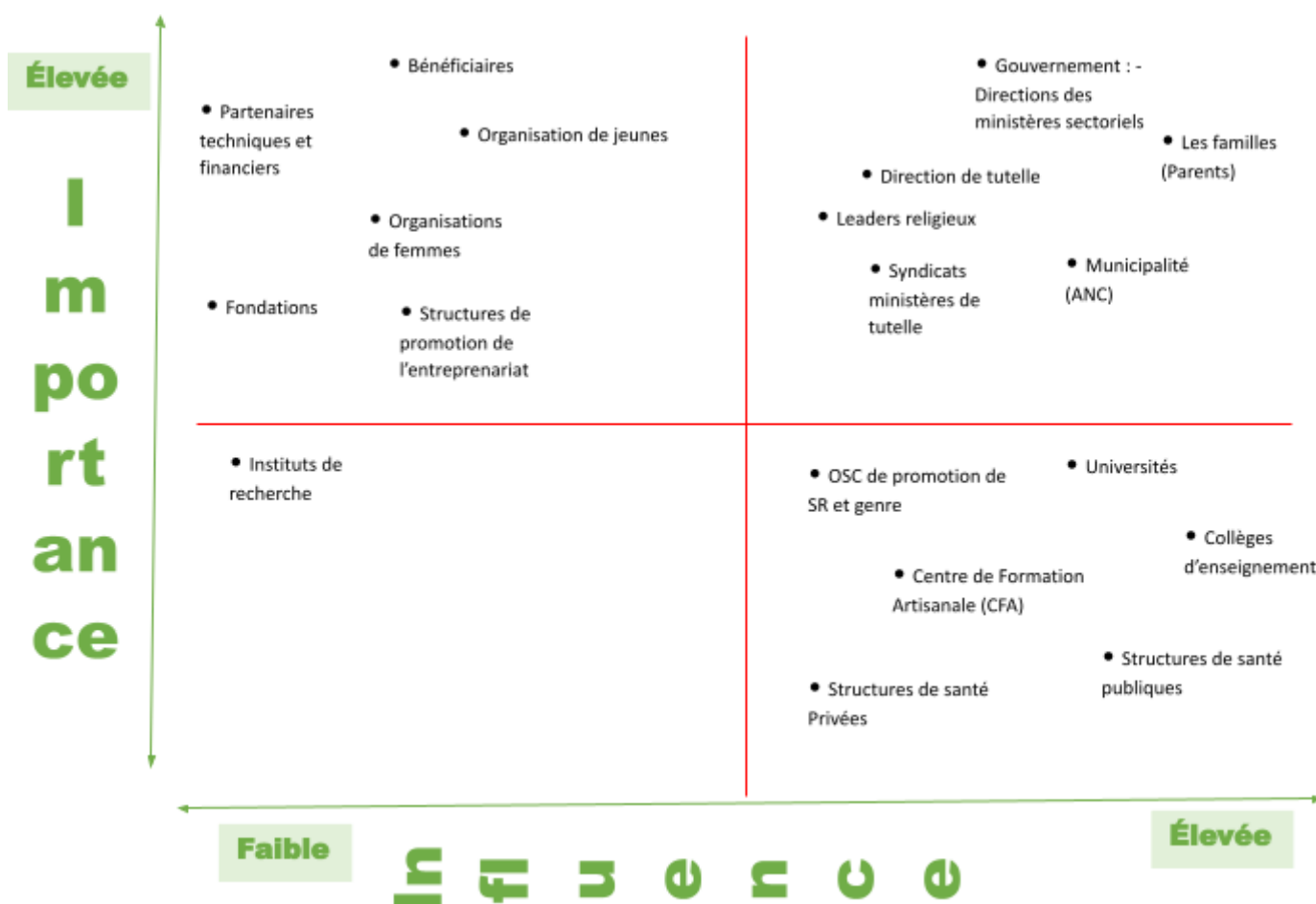


Figure 6 : représentation graphique de la position des parties prenantes

Il ressort de l'analyse que la plupart des acteurs qui ont une forte influence sur les questions de droits et santé sexuelle des adolescents et jeunes sont différemment affectés.

- Ceux directement affectés (parties prenantes directes) ont une faible influence sur la mise en place, le développement des approches de changement.
- Par contre, le gouvernement, les directions de tutelles, les leaders religieux et communautaires, les municipalités qui ne sont pas directement affectés par les problèmes adressés, affichent une influence certaine et des avantages pour l'atteinte des objectifs du projet. Bien qu'ils aient un intérêt pour la réduction du taux de mortalité maternelle et pour l'incidence des IST/VIH ces acteurs ne ressentent pas encore individuellement la nécessité de les prioriser chez les jeunes et d'agir. Il est possible que le problème des jeunes soit senti comme une urgence et priorité par ces structures si des actions tendant à les éclairer leur sont spécifiquement adressées.
- Les PTF, les OSC et des bailleurs de fonds qui financent ou interviennent dans des programmes de développement sont de plus en plus intéressés par la santé reproductive des jeunes pour la capture du dividende démographique. Le fait que beaucoup d'organismes sont de plus en plus intéressés les thématiques qui seront adressées sur le projet, aura certainement un impact positif sur l'exécution des politiques et stratégies au niveau central, décentralisé et communautaire.

L'implication et l'utilisation de l'appui ciblé de chacune des parties prenantes influenceront directement ou indirectement la création d'un environnement favorable à un changement durable.

Tableau 8 : Intérêt, motivation des parties prenantes et actions pour la prise en compte dans le projet

Groupes Parties prenantes	Structures	Comment elles sont affectées	Quel intérêt pour le projet	Pris en compte dans le projet
Gouvernement : ministères sectoriels	En charge de : Jeunesse, Éducation, Santé, Famille, Décentralisation, Emploi, Justice	Maintenir et améliorer l'accès des populations aux services sociaux de base et le bien-être des populations Engagements internationaux Les décisions affectent positivement le changement au niveau global	Intérêt pour les mesures de contrôle de la démographie Influence politique très faible Manque de priorisation des problèmes ciblés valorisation des ressources humaines et des actions qui contribuent à la réduction de la pauvreté	Lobbying et plaidoyer des organisations de jeunes (OCJ, PJB) et de la coalition OSC Pour la priorisation des initiatives visant la réduction de la mortalité maternelle et la promotion de dividende démographique Pour la prise d'actes pour l'exemption de couts directs des méthodes contraceptifs Pour l'affection de ressources domestiques nécessaire à la pérennisation financières et matérielles des initiatives du projet
Direction de tutelle	DFEAA, DJVA, MESFTP, DSME, DTFPAS, DPE, DGRCE, DAOP, EEZS	Mandater et évaluer sur les services sociaux de base Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique nationale Rendre l'accès facile et rapide aux services	Intérêt pour l'amélioration des indicateurs relatifs à l'éducation, à la santé, droits, loisir, emploi etc.	Lobbying et plaidoyer des organisations de jeunes et les membres du Projet Pour la mise en place et fonctionnement du cadre institutionnel à tous les niveaux Contractualisation pour le renforcement et l'ancrage des initiative au niveau décentralisé (CPS par exemple)
Municipalités	ANCB	Mandater pour la décentralisation et l'accès des administrés aux services sociaux de base déconcentrés et le développement des communes	Capture de dividende démographique au niveau familiale Autosuffisance alimentaire Augmentation des recettes d'impôts Control modéré des ressources et la préservation de l'environnement	Plaidoyer des organisations de jeunes (OCJ, PJB) et de la et les membres du Projet, missions conjointes, organisation de diagnostics communautaires, co-responsabilisation et implication dans le dispositif de suivi de l'approche de rayonnement pour un bon ancrage et appropriation communale l'octroi de ligne budgétaire pourvue pour le financement de charge des services

Leaders religieux	Plateforme des leaders religieux	Garant de la morale, de l'équilibre spirituel, de la prise en charge sociale et du bien-être des croyants	Motivés pour accompagner la promotion des services de santé de reproduction parfois avec des limites et réserves	Leur organisation en plateforme, leur renforcement de capacité par les membres du Projet et l'appui technique et financier nécessaire à La mise en œuvre des actions de promotion d'un environnement favorable à l'offre de services Leur implication dans les actions de plaidoyer, de CIP et de témoignage pour la documentation et la diffusion dans la sous-région des résultats du projet
Organisations de femmes	Social Watch/Alcreer, WILDAF, OXFAM, RIFONGA	Promotion du genre et la lutte contre les formes de violences basées sur le genre. Ont des indicateurs clés à renseigner sur cette thématique	Recherche de partenaires pour le renforcement et la couverture de leurs actions	Contractualisation pour : Lobbying et plaidoyer des organisations de jeunes (OCJ, PJB) et de la coalition OSC L'identification des cas de violence et les prises en charge Implication dans la promotion du leadership féminin et prise en compte du genre d'autonomisation des jeunes femmes adolescentes Appuyer les initiatives de bonne gouvernance
Mouvement et organisation de jeunes	JCI, OCJ, PJB, Scoutisme béninois, RABEJ/SD, JA/PF, -, - & Vie, ROAJELF, CSB	Directement affectés mais très peu impliqués avec un faible pouvoir dans les instances	Organisés pour donner de la voix Faible capacité et moyens pour agir	Implication dans les différents comités de pilotage et de suivi du projet Contractualisation pour la mise en œuvre des activités du terrain relatif au rayonnement Contractualisation pour le renforcement du leadership féminin et de l'autonomisation des jeunes femmes Implication directe dans le développement des activités terrain à travers l'approche du faire-faire
Bénéficiaires	Populations clés, Ado et jeunes, Femmes en âge de procréer, Parents, Prestataires de services	Directement affectés mais très peu impliqués Ressources équitablement répartie moins vers les plus vulnérables Approches et services peu adaptés aux besoins réels et pressentis	Conscients de leur situation de vulnérabilité Expriment leurs besoins ressentis et sont à la recherche de solutions adaptées	Touchés à travers les OSC communautaires recrutées pour le faire faire, ils sont Impliqué comme acteurs directs dans le diagnostic communautaire, représenté dans les instances de suivi et promotion de l'ancrage, bénéficient directement des services, produits et retombés du projet, apprennent des initiatives et changent de comportements Impliqués dans la mobilisation et la médiation communautaire Impliqués dans l'offre de services

				Impliqués dans la promotion du dialogue parents enfants et dans l'éducation par les pairs.
Universités	Publiques (UAC, UNIPAR...) Universités privées	Cadre d'apprentissage et de formation des bénéficiaires avec la vocation et l'objectif de le faire dans un environnement sécurisé et sans risque de grossesses, violences et IST	Motiver par les résultats scolaires et l'avenir des apprenants Engagement et devoir morale envers les parents de leurs apprenants	Plaidoyer par les membres du Projet pour la mise en place des services adaptés au niveau des infirmeries universitaires Implication dans les initiatives de lutte contre les violences et l'identification des victimes Octroi de ligne pour appuyer la mobilisation des cibles et la communication pour le changement social
Centres de formation	Collèges d'enseignement, Centre de Formation, Artisanale, Centre d'alphabétisation, Centre de promotion sociale	Indexés par la communauté pour les cas de grossesses Perte des apprenants et baisse des résultats scolaires Sont évalués et sanctionnés pour les mauvais résultats	Projet est une opportunité pour eux de corriger les problèmes de grossesse Obtention de bons résultats pour les examens et promotion Fierté réussite de leurs apprenants et apprentis	Plaidoyer par les membres du Projet pour la mise en place des services adaptés au niveau des infirmeries et centres (stratégie de rayonnement) Pour l'adhésion au projet de promotion de l'ESC curriculaire et extra curriculaire Implication dans les initiatives de lutte contre les violences et l'identification des victimes
Fondations	MTN ADJAVON	Maintenir et augmenter les avantages Recherche d'une marge positive	Disposent des ressources financières pour appuyer l'utilisation de la technologie au service du bien-être de la population Faible motivation pour le changement (actuellement)	Plaidoyer pour le financement des acquis du projet Implication dans la promotion des messages et dans l'assistance des cibles à distance (ligne verte 7344) Financement de campagnes thématiques (par exemple la lutte contre les substance psychotropes) Financement de la construction des infrastructures d'offre de services adaptés
Structures de promotion de l'entrepreneuriat	ANP, PADME, CPPE, FNM, FNPEEJ, OEF, FODEFCA, FNDAJSL, ANPME, CCIB, CPA	Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique nationale de l'emploi Rendre l'accès facile et rapide aux services financiers pour les microentreprises et toutes les personnes à faible revenu	Conscient de l'impact des maladies sur les financements et le remboursement des prêts Tenus d'assurer la mise en œuvre de la politique de l'État en matière d'entrepreneuriat	Projet opportunité pour les aider à maintenir leur créancier en bonne santé et sans grossesses qui menaces les remboursements Impliquer dans le financement des AGR d'autonomisation des cibles surtout vulnérables comme les filles mères

Instituts de recherche	Universités, INIFRCF, INSAE	Mission de coordonner et de développer l'activité statistique et l'information socio-économique. Appui à l'information sur des informations factuelles	Faible intérêt pour la question de SR	Impliqués dans le suivi et la dissémination des résultats du projet Fourni des évidences pour la justification des effets du projet Aide à alerter les zones de forte vulnérabilité thématique
Partenaires techniques et financiers	OMS, IPPF, PSI, APB, XXXXX International, Plan International, USAID, AFD, UNFPA, ONUSIDA, UNICEF, HCR	Appui à la définition des orientations et priorités nationales sur la base des évidences Avocat du respect des engagements internationaux et nationaux Appui technique et financier pour les ressources	Assurer le respect des droits humains à travers Renforcement de coopération Recherche d'impact des appuis Grand intérêt aux questions de la jeunesse et du dividende démographique Forte intérêt pour la capitalisation	Plaidoyer des membres du Projet et des structures de jeunes pour le soutien financier et technique de la mise en œuvre de la nouvelle Stratégie Nationale SRAJ, l'exemption des coûts directs des méthodes de contraception et le renforcement institutionnel matériel des organisations des jeunes Organisation de fora de dissémination à leur profit par le Projet Soutien technique pour le Projet et pour la diffusion de ses acquis au cours des fora internationaux Appui du gouvernement pour la dotation de médicaments, consommable et test
OSC de promotion de SR et genre	ABDD, APESSA, CeRADIS, Coalition OSC/PF, CSB, FAPHB, THP, SV/Jordan, RACINES, Plateforme Média-Santé, RAPHAL, WANEP BENIN, MED SC, JELED, AFJT BENIN, AB-BENIN, IFMA, RODD, AGIPROD, ONG, CASPIYA, TDH, CCJAL, ESAM.	Vocation d'être les moteurs de changement à tous les niveaux Forte expériences en matière de bonnes pratiques et pratiques prometteuses pour le transfert à la base (commune) Faibles structuration et répartitions inégales Faible spécialisation Approches souvent en top down.	A la recherche des retombées sociales Recherche de cibles vulnérables	Accord de partenariat pour la promotion de l'ESC et la mise en œuvre du plan de communication ECS communautaire ; implication de leurs structures dans la stratégie de rayonnement ; appui pour les références pour les services non délivrés par le Projet (prise en charge médicamenteux du PVVIH) Contractualisation pour le faire faire Elles profiteront de la synergie et dès l'organisation de la coordination des actions induites par le Projet

