

REPUBLIQUE DU BENIN



Fonds des Nations Unies
pour la Population

EVALUATION DU 8^{ème} PROGRAMME DE PAYS UNFPA/BENIN

Période évaluée : 1^{er} Janvier 2014 - 30 Juin 2017

RAPPORT FINAL D'EVALUATION

Décembre 2017



Equipe d'évaluation	
Tiburce NYIAMA	Chef de mission, Consultant International, Thématique SSR
Virgile CAPO-CHICHI	Consultant National, Thématique Population & Développement
Médessè Bruno DOUSSOH	Consultant National, Thématique Genre et égalité

Exception : Les jugements formulés dans ce rapport ne renvoient pas nécessairement à l'opinion de l'UNFPA. Ils expriment l'appréciation des consultants résultant des avis croisés des participants, des tendances des données collectées et des résultats des analyses.

Comité de lecture	
Koudaogo Ouédraogo	Représentant Résident, UNFPA Bénin
Alexandrine Dazogbo Lokossou	Représentante Assistante, UNFPA Bénin
Cyrille Agossou	Chargé de programme Dynamique de Population et Suivi du Programme. Point focal Suivi Evaluation, UNFPA Bénin
Dalomi Bahan	Chargé de Suivi Evaluation, UNFPA Burkina Faso
Assurance qualité	
Simon Pierre Tegang	Conseiller Technique en Suivi Evaluation, UNFPA Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre ; Dakar/Sénégal

REMERCIEMENTS

L'évaluation finale du 8^{ème} Programme de coopération entre l'UNFPA et l'Etat du Bénin a bénéficié de la contribution des parties prenantes multisectorielles concernées. A cet effet, l'équipe d'évaluation exprime sa gratitude à l'endroit du Bureau Pays de l'UNFPA au Bénin, du Bureau Régional et des membres du Groupe de Référence de l'Evaluation pour l'accompagnement rapproché qu'ils ont apporté tout le long du processus. Une appréciation particulière va à l'endroit de M. le Représentant Résident, Dr. Koudaogo Ouédraogo, de la Représentante-Assistante et Coordinatrice du Programme, Dr Dazogbo Alexandrine, du Chargé de Programme Dynamique de Population, Suivi du Programme et point Focal Suivi Evaluation, M. Agossou Cyrille pour la qualité de l'encadrement et de l'accompagnement du processus de l'évaluation, enfin du Conseiller Régional M. Tegang Simon Pierre pour son assistance technique de qualité durant tout le processus.

L'équipe d'évaluation témoigne également sa reconnaissance à l'endroit des Administrations Publiques dont les Ministères en charge de la Santé, de la Jeunesse, du Genre, de la Défense, des Affaires Sociales et du Plan ; des Agences des Nations Unies parmi lesquelles l'ONUSIDA, l'UNDSS et le PNUD, et des OSC dont Plan, ESSOR, PSI/ABMS, OSV Jordan, Bornefonden, GRAFED, ABPF, CERRHUD, APIDA, Equi-filles, Association des jeunes de Guêma, Association des jeunes de Tanguiéta, pour leur disponibilité et les informations et documents contribués pour renseigner l'évaluation.

Enfin, aux autorités administratives, aux prestataires des services en périphéries, aux acteurs communautaires et aux bénéficiaires rencontrés, l'équipe d'évaluation témoigne sa gratitude pour l'accueil et la contribution à l'information de l'évaluation.

L'équipe d'évaluation

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des graphiques	viii
ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	ix
RESUME ANALYTIQUE	1
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	5
1.1 Raison d'être, Objectifs de l'évaluation du programme pays.....	5
1.1.1. Raison d'être de l'évaluation	5
1.1.2. Objectifs de l'évaluation du 8 ^{ème} programme de pays UNFPA/Bénin.....	5
1.2 Champ de l'évaluation	5
1.3 Méthodologie et processus.....	6
1.3.1 Critères et questions d'évaluation	6
1.3.2 Méthodes pour la collecte et l'analyse des données.....	7
1.3.3 Sélection de l'échantillon des parties prenantes et bénéficiaires	9
1.3.4 Appréciation de l'évaluabilité, limites et risques.....	10
1.3.5 Processus de l'évaluation.....	11
CHAPITRE 2 : CONTEXTE DU PAYS	13
2.1 Objectifs du Développement et Stratégies Nationales.....	13
2.1.1 Population et Développement.....	13
2.1.2 Situation sanitaire	14
2.1.3 Situation du Genre et des Droits.....	15
2.1.4 Situation des Adolescents (es) et Jeunes	16
2.2 Rôle de l'aide extérieure	16
2.3 Evolution de l'environnement du programme au cours de l'implémentation	17
2.3.1 Evolution de l'environnement socio-politique de mise en œuvre du 8 ^{ème} PP.....	17
2.3.2 Evolution de l'environnement stratégique et financier du 8 ^{ème} PP.....	17
2.3.3 Changements de stratégies durant la MEO sous l'effet de l'environnement politique, financier et stratégique	17
CHAPITRE 3 : REPONSE STRATEGIQUE UNFPA ET PROGRAMME	19
3.1 Réponse stratégique de l'UNFPA	19
3.1.1 Orientation stratégique (au plan global)	19

3.2 Programme(s) de Pays UNFPA	20
3.2.1 Programme de Pays précédent (2009-2013)	20
3.2.2 Programme de Pays actuel (2014-2018).....	21
3.2.3 Structure Financière du Programme.....	22
CHAPITRE 4 : RESULTATS – REPONSES AUX QUESTIONS D’EVALUATION	24
4.1 Réponse à la question d’évaluation 1 sur la pertinence du 8ème PP.....	24
4.1.1 Prise en compte des besoins des populations cibles et des priorités nationales (H1-EQ1)	24
4.1.2 Adéquation des interventions par rapport aux résultats attendus (H2-EQ1)	27
4.2 Réactivité du 8ème Programme de Pays	28
4.2.1 Adaptation de la planification face à l’évolution des besoins des populations cibles (H2-EQ2).....	28
4.2.2 Adéquation des interventions par rapports aux résultats attendus (H2-EQ2).....	29
4.3 Réponse à la question d’évaluation 3 sur l’efficacité du 8ème PP	30
4.3.1 Contribution de l’utilisation des ressources à l’atteinte des résultats (H1-EQ3).....	31
4.3.2 Adéquation des outils et approches pour l’atteinte des résultats (H2-EQ3).....	35
4.3.3 Encadrement de la MEO vers les résultats par le Suivi-Evaluation (H3-EQ3).....	36
4.4 Réponse à l’EQ4, 1ère question sur l’efficacité du 8ème PP	39
4.4.1 Contribution des interventions à l’atteinte des cibles de progrès du Programme (H1-EQ4).....	40
4.4.1 Contribution des interventions à l’amélioration de la demande et de l’accès aux services de SSR de qualité chez les jeunes et les femmes.....	48
4.4.2 Contribution des interventions à l’appui des stratégies et plan par la génération des connaissances et la production des évidences (H3-EQ4)	51
4.4.3 Contribution des interventions à la prise en compte du genre et des VBG dans programmes de développement et les stratégies des partenaires clés (H4-EQ4).....	52
4.5 Contribution du programme à l’atteinte des résultats de l’UNDAF	54
4.5.1 Performances réalisées sur les indicateurs d’effet de l’UNDAF 2014-2018 de l’UNFPA(I1-H1-EQ5) 55 54	
4.5.2 Potentiel de contribution des produits du CPD aux effets correspondants de l’UNDAF (I2-H1-EQ5)..	55
4.5.3 Potentiel de contribution des produits du CPD aux effets correspondants de l’UNDAF (I3-H1-EQ5)..	56
4.6 Réponse à la sixième question d’évaluation sur la durabilité.....	57 56
4.6.1 Appui satisfaisant des partenaires dans le développement des capacités et l’établissement des mécanismes d’appropriation interne (H1-EQ6).....	57 56
4.6.2 Renforcement de la résilience nationale envers les risques affectant la durabilité des acquis du 8ème PP (H2-EQ6).....	58
4.7 Réponse à la 7 ^{ème} question d’évaluation sur la coordination UNCT	59
4.7.1 Mécanismes de coordination existants	59
4.7.2 Niveau de participation de l’UNFPA aux mécanismes respectifs de coordination	59
4.7.3 (I3) Effectivité du leadership du BP dans les mécanismes de coordination qui sont dans le champ de son mandat	60 59

4.7.4 Densité/Régularité /qualité dans la contribution stratégique au niveau des instances de coordination	60
4.7.5 Contribution à la prévention ou la résolution des dysfonctionnements ou goulots d'étranglement de l'UNCT/autres instance de l'UNDAF.....	60
4.8 Valeur ajoutée du programme au plan pays.....	61
4.8.1 Effectivité d'interventions relativement spécifiques à l'UNFPA (H1-EQ8)	61
4.8.2 Existence effective d'approches spécifiques à l'UNFPA	61
4.8.3 Existence effective d'avantages comparatifs dans les apports de l'UNFPA	61
4.9 Réponse à la neuvième question d'évaluation sur la valeur ajoutée au plan UNCT/DAO	62 64
4.9.1 Apports stratégiques/techniques et opérationnels particuliers comparé aux autres agences du SNU.....	62
CHAPITRE 5 : CONCLUSIONS.....	64
5.1 Principales leçons apprises	64
5.2 Conclusions de niveau stratégique	65
5.3 Conclusions de niveau programmatique	66
CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS	68
6.1 Recommandations de niveau stratégique	68
6.2 Recommandations de niveau programmatique	68
ANNEXES	<u>Error! Bookmark not defined.</u>74
Annexe 1 : Termes de référence	<u>Error! Bookmark not defined.</u>74
Annexe 2 : liste des personnes/institutions rencontrées	<u>Error! Bookmark not defined.</u>100
Annexe 3 : Liste des documents consultés	<u>Error! Bookmark not defined.</u>104
Annexe 4 : Matrice d'évaluation	<u>Error! Bookmark not defined.</u>106
Annexe 5 : Outils de collecte.....	<u>Error! Bookmark not defined.</u>115
Annexe 6 : Liste des projets atlas.....	<u>Error! Bookmark not defined.</u>121
Annexe 7 : Cartographie des parties prenantes	<u>Error! Bookmark not defined.</u>123
Annexe 8 : Agenda de l'EPP & plan de travail.....	<u>Error! Bookmark not defined.</u>157
Annexe 9 : Logique d'intervention	<u>Error! Bookmark not defined.</u>161

LISTE DES TABLEAUX

Tableau synoptique des principaux indicateurs du Bénin	xii
Tableau 1.1 : Champ de l'évaluation selon les aspects couverts et les éléments à investiguer.....	5
Tableau 1.2 : Formulation finale des questions d'évaluation.....	6
Tableau 1.3 : Eléments de la revue documentaire	7
Tableau 1.4 : Types et procédés d'analyse des données	8
Tableau 1.5 : Echantillon des acteurs périphériques (Entretiens & FGD des prestataires et bénéficiaires).....	9
Tableau 1.6 : Echantillon des Partenaires de Mise en Œuvre (IPs) : entretiens (EG, EIA)	10
Tableau 1.7 : Echantillon des Autres Partenaires et du SNU : entretiens (EG, EIA).....	10
Tableau 4.1 : Grille d'appréciation du niveau de performance des indicateurs du programme.....	24
Tableau 4.2 : Concordance entre produits CPD2014-2018, Effets PS2014-2017 et Effets UNDAF2014-2018	25
Tableau 4.3 : Incidents humanitaires, changements consécutifs, réponse du PP8 UNFPA/Bénin.....	29
Tableau 4.4 : Progrès sur le renforcement des capacités entre 2014 et le 30 juin 2017	31
Tableau 4.5: Quelques Matériels, équipements médicaux et intrants mis à disposition par le BP pour le compte du 8 ^{ème} programme.....	32
Tableau 4.6: Validation/aboutissement des consultations réalisées de 2014 à juin 2017.....	33
Tableau 4.7: Evolution des ressources (Budget, Mobilisations, Utilisation).....	33
Tableau 4.8 : Progrès et performance des produits 2 et 3	41
Tableau 4.9: Progrès et performance des produits 4 & 5.....	41
Tableau 4.10 : Progrès et performance des produits 6 & 7.....	42
Tableau 4.11 : Répartition des ressources humaines mobilisées et formées entre 2014 et Juin 2017	44
Tableau 4.12 : Evocation de l'importance des intrants mobilisés	45
Tableau 4.13 : Investissement des ressources financières	46
Tableau 4.14 : Niveau de réalisation des interventions prévues.....	46
Tableau 4.15: Performances de quelques indicateurs des effets de l'UNDAF 2014-2018	55
Tableau 4.16: Récurrence des extrants par les indicateurs suivis pour les produits PP8.....	56
Tableau 4.17 : Instances de coordination de l'UNCT et de l'UNDAF	59
Tableau 4.18 : Alignement des produits du CDP et des effets UNDAF	63 62

LISTE DES GRAPHIQUES

Carte administrative du Bénin	xiii
Graphique 1 : Etapes d'opérationnalisation des questions d'évaluation par la formulation des indicateurs.....	7
Graphique 3.1 : Répartition de la part de budget de l'UNFPA.....	22
Graphique 3.2 : Structure du budget par source et par année.....	23
Graphique 3.3 : Structure du budget par année.....	23
Graphique 3.4 : Evolution du budget et de la dépense (2014-30Juin2017)	23
Graphique 4.1 : Budget par Produit du 7 ^{ème} PP UNFPA/Bénin	33
Graphique 4.2 : Taux d'exécution budgétaire selon les produits	34
Graphique 4.4 : Performance réalisée sur le produit 1.....	Error! Bookmark not defined. 40
Graphique 4.3 : Progrès réalisé sur le produit 1	40
Graphique 4.5 : Progrès et performance globale des 7 Produits.....	43 42
Graphique 4.6: Relations entre les produits du CPD et les effets de l'UNDAF	55 54

Field Code Changed

Field Code Changed

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ABMS/PSI	Association béninoise pour le Marketing Social / Population Services International
ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
ACP/CEE	Afrique Caraïbes et Pacifique/Communauté Economique Européenne
BP	Bureau Pays
CCA	Common Country Assessment ou Bilan Commun de Pays
CEAO	Communauté Économique de l'Afrique de l'Ouest
CEDEAO	Communauté Économique Des États de l'Afrique de l'Ouest
CERRHUD	Centre de Recherche en reproduction Humaine et en Démographie
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CPD	Country Program Document
CPE	Country Program Evaluation
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Post Natale
CPS/CEIO	Centre de Promotion Sociale/Cellule d'écoute, d'information et d'orientation des femmes victimes de violence
CSW	Commission sur la Condition de la Femme
DDPD	Direction Départementale du Plan et du Développement
DH	Droits de l'Homme
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSSR	Droits relatifs à la Santé Sexuelle et Reproductive
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
EG	Entretien de groupe
EIA	Entretien Individuel Approfondi
EPP	Evaluation du Programme de Pays
EQ	Evaluation Question
ESDG	Enquête de Surveillance de 2 ^{ème} Génération
FAD	Fonds Africain de Développement
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FGD	Focus Group Discussion
FO	Fistules Obstétricales
FOSA	Formation sanitaire
GRAFED	Groupe de Recherche, d'Action et de Formation en Epidémiologie et en Développement
GRE	Groupe de Référence de l'Evaluation
HACT	Approche Harmonisée de Transfert de Fonds
IDH	Indice de Développement Humain
IIG	Indice d'Inégalité de Genre
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique

IP	Implementing Partners ou Partenaires de mise en Œuvre
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JIF	Journée Internationale de la Femme
JiFi	Journée internationale de la Fille
JMP	Joint Monitoring Program
MCEPPPD	Ministère Chargé de l'Evaluation des Politiques Publiques, du Plan et du Développement
MDN	Ministère de la Défense Nationale
MEO	Mise en œuvre opérationnelle
MESFTPRIJ	Ministère de l'Enseignement Secondaire, de la formation Technique et Professionnelle, de la Reconversion et de l'Insertion des Jeunes
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFASSNHPTA	Ministère de la Famille, de l'Action Sociale, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des Personnes du Troisième Age
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Enquête à Indicateurs Multiples
MJSL/MS	Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs/Ministère des Sports
MNT	Maladies Non Transmissibles
MPD	Ministère de Plan et du développement
MS	Ministère de la Santé
OCPM	Office Central de Protection des Mineurs
NPO	National Program Officer
OD	Observation Directe
ODD	Objectifs de Développement Durable
OFFE	Observatoire de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMT	Groupe de gestion des opérations
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
OSD	Orientations Stratégiques du Développement
P&D	Population et Développement
PAG	Programme d'Action du Gouvernement
PDC	Plan de Développement Communal
PF	Planning Familial
PIP	Programme d'Investissement Public
PNDS	Plan national de Développement de la Santé
PNG	Politique Nationale Genre
PNPG	Politique Nationale de Promotion du Genre
PNUAD	Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POS/VBG	Procédures Opérationnelles Standards sur les Violences Basées sur le Genre
PP	Programme Pays

PPS	Point de Prestation de Services
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
SCRIP	la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Humaine Acquis
SIGL	Système d'Information de Gestion Logistique
SMN	Santé maternelle et néonatale
SMNI	Santé maternelle et néonatale et Infantile
SNU	Système des Nations Unies
SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complet
SOP	Standard Operating Procedure
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et Jeunes
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UA	Union Africaine
UBRAF	Unified Budget, Results and Accountability Framework
UNCT	Equipe Pays des Nations Unies
UNDAF	Cadre global de la coopération avec le système des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violences Basées sur le Genre
VFF	Violence Faites aux Femmes
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone Sanitaire

Tableau synoptique des principaux indicateurs du Bénin

Pays		Source
Données géographiques		
Position géographique	Afrique de l'Ouest	
Nom officiel	République du Bénin	
Superficie	112622 km ²	
Capital politique	Porto-Novo	
Capital économique	Cotonou	
Données politiques		
Nature du régime	République	
Constitution	Loi N° 90-32 du 11 décembre 1990 portant constitution de la RB	
Chef de l'Etat et du Gouvernement	Patrice Talon (élu le 20 mars 2016)	
Fête nationale	1er Août	
Données démographiques		
Population totale	10 008 749	RGPH 2012 (INSAE)
Population féminine	5 120 929	RGPH 2012 (INSAE)
Population en 2017 (projection démographique)	11 186 785	INSAE
Proportion de la population rurale	55,4%	RGPH 2012 (INSAE)
Densité	87,2 habitants au km ²	RGPH 2012 (INSAE)
Taux de croissance démographique	3,5%	RGPH 2012 (INSAE)
Proportion des jeunes de moins de 15 ans	47,0%	RGPH 2012 (INSAE)
Espérance de vie à la naissance	63,84 ans	RGPH 2012 (INSAE)
Indice synthétique de fécondité	5,7 enfants par femme	MICS 2014 (INSAE)
Taux de fécondité des adolescents (15-19 ans)	94 pour mille	MICS 2014 (INSAE)
Données économiques		
Produit Intérieur Brut (2016)	8,58 milliards de dollars	Banque Mondiale
Produit Intérieur Brut par habitant (2016)	816 dollars	Banque Mondiale
Taux de croissance économique (2014)	6,5%	INSAE
Incidence de la pauvreté (2015)	40,1%	INSAE
Part des secteurs d'activité dans le PIB	Primaire (25,4%); secondaire (23,2%); tertiaire (51,4%)	Banque Mondiale
Données sociales		
Indice de Développement Humain	0,485 (167 ^{ème} sur 188 pays)	PNUD 2015
Taux de chômage élargi des jeunes de 15-29 ans	14,10%	ETAV 2014 (INSAE)
Taux de mortalité infanto-juvénile	115 pour mille	MICS 2014 (INSAE)
Rapport de mortalité maternelle	347 pour 100 000	MICS 2014 (INSAE)
Taux d'accouchement assisté	77,2%	MICS 2014 (INSAE)
Taux de prévalence contraceptive	17,9%	MICS 2014 (INSAE)
Taux d'alphabétisation des jeunes de 15-24 ans	Homme (59,6%); femme (43,9%)	MICS 2014 (INSAE)
Taux brut de scolarisation au primaire	Homme (76,9%); femme (72,7%)	MICS 2014 (INSAE)

Carte administrative du Bénin



RESUME ANALYTIQUE

CONTEXTE

Le 8ème programme de coopération 2014-2018 entre le Bénin et UNFPA s'inscrit dans le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement 2014-2018. L'évaluation indépendante due en cette 4ème année d'intervention, a été conduite entre Juillet et Août 2017 ; et ce rapport en présente les résultats. Il fournit à l'UNFPA Bénin, Bureau Régional et Siège et aux parties prenantes du programme, une mesure indépendante de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficacités, de la durabilité, de la synergie avec l'UNCT et la Coordination nationale des actions de développement, de la durabilité et de la valeur ajoutée du 8ème PP.

OBJECTIFS ET CHAMP DE L'EVALUATION

L'évaluation indépendante du programme pays a couvert la période d'intervention allant du 01/01/2014 au 30/06/2017 pour tous les 7 produits du programme soient: Produit 1 : SONU améliorés; Produit 2 FO-mieux géré ; Produit 3 : PF-Communautaire améliorée ; Produit 4 : Réponse VBG Renforcée ; Produit 5 : PF-Jeunes accrue ; Produit 6 : SSR-Ado/Jeunes Marginaux améliorée ; Produit 7 : Décisions & Politiques aux évidences renforcées.

L'objectif général est d'obtenir une mesure indépendante des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus du 8ème Programme du Bénin. A cet effet, les objectifs spécifiques suivants sont adressés : (i) renforcer la redevabilité du Bureau Pays par rapport à la pertinence et la performance du Programme vis-à-vis des donateurs, partenaires et parties prenantes ; (ii) tirer des enseignements et identifier des bonnes pratiques pour informer la conception du prochain cycle de programmation.

METHODOLOGIE

L'évaluation a été conduite conformément à la méthodologie élaborée par le Service de l'évaluation du FNUAP pour les évaluations de programmes de pays. Elle a été organisée autour de neuf (9) questions d'évaluations couvrant six critères que sont la pertinence, de l'efficacité, de l'efficacités, de la durabilité, de la synergie avec l'UNCT.

Les investigations ont couvert toutes strates géo-ethnoculturelles du Bénin et toutes catégories de parties prenantes et bénéficiaires des 8 ZS. L'évaluation a opté pour la triangulation des approches qualitatives et quantitatives en vue de la complétude et de la fiabilité des informations. Les techniques de collecte ont intégré la revue documentaire ; les entretiens (57) avec le personnel du SNU (15); les cadres de l'administration centrale (7); les partenaires de la société civile (6) ; les prestataires des services publics tels que FOOSA, CPS, CJLS/CMJ (29); les observations de sites de prestation des services (12); et les Focus groups avec les bénéficiaires (6 séances ; 70 participant(e)s).

PRINCIPAUX CONSTATS ET CONCLUSIONS

Le PP8 a été à la fois performant et pertinent concernant la prise en compte des besoins de la population, des priorités nationales exprimées dans l'UNDAF. Les interventions se sont fondées sur une analyse des besoins. Presque tous les résultats (12/13) sont portés par des interventions adéquates. Mais les besoins spécifiques des adolescents et des jeunes marginalisés n'ont pas suffisamment été pris en compte. Les interventions comme la SSRAJ, le renforcement des compétences médicales (approche atelier), les SONU, les SOP, n'ont pas réalisé les produits poursuivis, à cause de faible déploiement ; des choix d'approches et des contraintes contextuelles peu adaptés

La réactivité du 8ème PP, a été globalement bonne. Le bureau de pays, a pu s'adapter à l'évolution des besoins, face aux changements mineurs survenus (inondations, incendies, épidémie Lassa) en synergie avec le

SNU et l'Etat. Mais la réponse du SNU, de l'Etat et de l'UNFPA, aurait pu être plus pertinente, par une meilleure prise en compte des riverains, une meilleure rationalisation des besoins et dotations.

L'efficacité du programme a été bonne. La disponibilité des ressources humaines et financières est restée en deçà des besoins liés aux résultats; mais les ressources techniques et matérielles et la performance financière ont été satisfaisantes (mobilisation 100,5% ; exécution 81,85%). Un renforcement des capacités important et de qualité a été opéré sur les ressources humaines, matérielles et techniques. Cependant, la fidélisation du personnel formé, la promptitude dans l'accès aux financements, le plaidoyer pour des effectifs rationnels minimaux, la mobilisation des ressources publiques et privées nationales sont largement à passer à l'échelle. L'intégration des approches nationales et des services, l'adéquation des stratégies utilisées pour maximiser l'efficacité, l'harmonisation des outils et approches et la capitalisation des opportunités de partenariat et des synergies ont été satisfaisants. L'efficacité a été contrariée par la difficile mobilisation des fonds nationaux (contrepartie publique, ressources privées) ; les procédures administratives, les délais de mobilisation des ressources, avec impact sur la promptitude et la complétude de l'implémentation. Le système de M&E a passablement contribué à la conformité et à l'efficacité du PP8, du fait d'une faiblesse structurelle, et d'insuffisances dans la planification, le financement et l'accompagnement de la MEO.

L'efficacité a été presque suffisante avec 69,6% des cibles atteintes sur les différents produits du CPD. Malheureusement, plusieurs de ces cibles (11/23) ne mesurent pas les progrès sur les produits, mais des extraits. L'investissement des ressources par rapport aux prévisions est satisfaisant. Cependant, certaines formations n'ont pas été réalisées, des pratiques médicales apprises ne sont pas maîtrisées, la rotation du personnels est forte, le recyclage déficitaire. Malgré les quantités importantes d'équipements, de médicaments et infrastructures de qualité couvrant les besoins quantifiés du 8^{ème} PP, les prévisions n'ont pas entièrement été couvertes. Cela tient du rétrécissement des financements, absence de fonds UBRAF et exécution financière non exhaustive (81,5%). Par ailleurs l'approvisionnement en médicaments a dysfonctionné. La complétude des interventions prévues a été passable (57%), du fait des limites dans la couverture, l'encadrement opérationnel, la participation communautaire et l'approche. L'apport à l'amélioration de la demande/accès aux services SSR par les femmes et jeunes a été passable.

La pertinence des investissements, leur importance et leur influence se sont avérées satisfaisantes par rapport à la génération des connaissances et des évidences sur les questions démographiques émergentes et de la SSR chez les jeunes et les femmes, particulièrement les plus vulnérables, en appui aux stratégies et plans nationaux de développement. De nombreuses enquêtes sur les thématiques du programme et l'exploitation des données de recensement ont produit des données désagrégées selon le genre, l'âge et des paramètres de vulnérabilité, même si on doit signaler la non complétude des analyses thématiques du RGPH. De même, la documentation des bonnes pratiques et des leçons apprises pour des options probantes ultérieures ont été systématiques. Le renforcement des capacités de production des données et évidences a couvert les acteurs visés, malgré son incomplétude. Le plaidoyer a induit l'intégration des données dans les stratégies, politiques et plans de développement et a généré des décisions politiques facilitantes importantes et l'élaboration de plus d'une dizaine de documents de politique, de stratégie et planification du développement dans tous les secteurs concernés.

Dans le domaine de l'Egalité de genre et droits humains, les interventions du 8^{ème} PP ont été passablement efficaces à promouvoir la réponse aux VBG et positionner des problématiques VBG/Genre au centre des actions de développement, malgré l'initiative multisectorielle novatrice des POS/VBG. L'influence de l'atteinte des cibles des indicateurs sur les changements sociaux et comportementaux nécessaires n'est pas évidente due en partie aux résistances liées aux pesanteurs sociologiques et du caractère modeste des ressources financières.

L'efficacité de la contribution du PP8 à l'UNDAF 2014-2018 est peu lisible. Près de la moitié (11/23) des indicateurs des produits du PP8 de l'UNFPA sont des extrants. Ce qui compromet un peu la mesure des progrès au niveau des produits, du lien entre les produits du PP8 et les indicateurs d'effet UNDAF. Le renseignement des progrès sur les cibles UNDAF est déficitaire. Cependant le lien substantiel entre les interventions déployées et les effets UNDAF attendus, l'importance des investissements et la tendance suggestive de quelques indicateurs significatifs renseignés, fondent à admettre une contribution effective des produits du CPD aux effets UNDAF.

Au sujet de la durabilité, l'UNFPA a modérément appuyé les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne. L'on note l'absence d'une stratégie structurée et suivie en vue de la durabilité, même si les conditions de durabilité sont créées par endroits. Ainsi en est-il d'une intense action de renforcement des capacités. Globalement, la mise en place de mécanismes d'appropriation de l'effort de durabilité a été déficitaire. Le renforcement de la résilience de la partie nationale face aux risques relatifs à la durabilité n'a pas été suffisant. Il n'y a pas eu un plan de gestion des risques affectant la durabilité. L'UNFPA contribue aux mécanismes de **coordination du système des Nations Unies** de manière traçable et satisfaisante. Le bureau pays participe t aux instances de coordination. Il s'est positionné en leader sur plusieurs d'entre elles. L'UNFPA a mis en œuvre plusieurs interventions novatrices. Des limites ont été toutefois observées dans la participation à la résolution des dysfonctionnements de certaines instances de l'UNDAF.

La valeur ajoutée du 8^{ème} PP a compris des interventions spécifiques à l'UNFPA: (1) la prise en charge des fistules obstétricales ; (2) la mise en place des centres multifonctions pour jeunes ; (3) la mise en place des comités SOP/VBG ; (4) l'introduction du concept de dividende démographique dans la planification pour le développement ; (5) l'introduction de barques à moteurs pour le désenclavement des zones lacustres ; (6), l'introduction d'un logiciel intégré de réseautage cybernétique de la gestion logistique des produits de santé ; (7) le renforcement massif des capacités des maternités. Mais cette valeur ajoutée n'est pas assez associée à l'UNFPA dans l'opinion, l'institution n'étant pas assez visible.

Les avantages comparatifs de l'UNFPA et le 8^{ème} PP vis-à-vis d'autres agences et programmes des NU au Bénin incluent : l'effectivité d'apports stratégiques et opérationnels particuliers ; un rôle majeur d'initiation et de fundraising dans des initiatives communes ; l'introduction de pratiques novatrices (e-Roster des prestataires UNDAF, mise en place POS/VBG) ; l'inclusion du dividende démographique dans la planification du développement. L'UNFPA est leader plusieurs cadres de coordination de l'UNDAF. Mais, l'implication dans l'accompagnement de la mise en œuvre et la résolution des goulots d'étranglement sont à améliorer.

RECOMMANDATIONS

Relativement à la pertinence du programme, il y aura à : (1) améliorer la prise en compte des besoins des adolescents et des jeunes marginalisées, le déploiement, l'adéquation des approches et la maîtrise des contraintes contextuelles entravant la maturation de certaines interventions ; (2) Accompagner la partie nationale pour une meilleure intégration des riverains dans la prise en charge des principales victimes, une meilleure rationalisation de la réponse (quantification des besoins ; distribution des dotations).

En vue d'une efficacité optimale, un train de mesures est nécessaire : (1) l'exploration et la mise en place par voie de plaidoyer avec la partie nationale, des mécanismes d'allègement et d'accélération du processus de préparation et de signature des contrats ; (2) l'amélioration du coaching des PI pour l'accélération de la justification des dépenses ; (3) l'anticipation du processus de mobilisation des ressources, (3) la rationalisation de la budgétisation par rapport aux résultats.

En vue d'une meilleure efficacité sur les différents produits du PP8, il y aura à : (1) Rationaliser la planification : (a) des résultats par la détermination des effectifs des bénéficiaires, la systématisation d'indicateurs de produit avec des cibles réalistes ; et (b) de l'implémentation par des plans opérationnels prévoyant une couverture exhaustive des interventions, une participation communautaire et un encadrement opérationnel optimaux ; (2) Améliorer la formation par la mobilisation de ressources adéquates, l'intensification du tutorat, du recyclage et de la supervision formative ; (3) Appuyer l'implémentation d'une stratégie de fidélisation du personnel ; (4) Améliorer la performance financière par la réduction des obstacles à l'exécution exhaustive des budgets et la systématisation de la mobilisation des ressources alternatives aux financements habituels ; (5) Améliorer la performance logistique par la systématisation des approches palliatives aux dysfonctionnements du circuit des médicaments et un appui axé sur des résultats au renforcement du système GAS ; (6) Faciliter l'amélioration de la demande et de l'accès aux services de SSR de qualité chez les jeunes et les femmes à travers : (a) la recherche et l'application des stratégies d'optimisation de la demande/utilisation et de réduction des barrières; et (b) La Mise en place d'un groupe de travail stratégique intersectoriel de facilitation de l'utilisation des services SSR par les jeunes et les femmes ; (7) Améliorer la planification, la célérité et la mobilisation des ressources en vue de la complétude opportune des analyses thématiques du RGPH et du renforcement des capacités de production des données et évidences.

La lisibilité de l'efficacité de la contribution du PP à l'UNDAF nécessitera d'utiliser systématiquement des indicateurs du niveau des produits et de faciliter le renseignement des progrès de l'UNDAF. **La durabilité** nécessitera une stratégie participative et inclusive à tous les niveaux, accompagnée par l'UNFPA, contrôlée par le S&E. Il faudra renforcer la capacité et le positionnement de l'UNFPA dans la réduction des dysfonctionnements la coordination de l'UNDAF et de la mise en œuvre des initiatives communes du SNU. **La valeur ajoutée de l'UNFPA devra être capitalisée par** une stratégie de communication institutionnelle.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1 Raison d'être, Objectifs de l'évaluation du programme pays

1.1.1. Raison d'être de l'évaluation

Le Gouvernement du Bénin et le Fonds des Nations Unies pour la Population coopèrent dans le cadre du 8ème programme de pays 2014-2018, lequel offre des services dans cinq (5) composantes que sont (a) la santé maternelle et néonatale ; (b) la Planification familiale ; (c) l'Égalité des sexes et droits en matière de procréation ; (d) la Santé des jeunes en matière de sexualité et de procréation et éducation sexuelle et (e) la Production et l'analyse des données. À l'UNFPA, au moins une évaluation indépendante s'impose tous les 2 cycles de programme pays. Elle intervient au cours de la 4ème année d'implémentation, d'où la présente évaluation. Les résultats de l'évaluation fourniront au Gouvernement, à l'UNFPA bureau pays, bureau régional et siège, aux décideurs et aux autres partenaires de développement des informations nécessaires sur les acquis, les points à améliorer et les difficultés à surmonter en vue de faciliter l'atteinte des objectifs du programme à l'échéance de sa clôture et de faire une planification avisée du 9ème cycle de coopération.

1.1.2. Objectifs de l'évaluation du 8ème programme de pays UNFPA/Bénin

L'objectif général est d'obtenir une mesure indépendante des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus du 8ème Programme du Bénin. A cet effet, les objectifs spécifiques suivants seront adressés :

- a) Renforcer la redevabilité du Bureau Pays par rapport à la pertinence et la performance du Programme vis-à-vis des donateurs, partenaires et parties prenantes ;
- b) Tirer des enseignements et identifier des bonnes pratiques pour informer la conception du prochain cycle de programmation.

1.2 Champ de l'évaluation

L'évaluation finale du 8ème PP UNFPA/Bénin couvre les 5 composantes du programme. Le tableau 1.1 ci-dessous décrit le champ de l'évaluation.

Tableau 1.1 : Champ de l'évaluation selon les aspects couverts et les éléments à investiguer

Aspects couverts /Dimension	Éléments concernés
Programmatique	Interventions, réalisations et résultats du programme dans les zones cibles en relation avec les composantes du programme pays
Stratégique	Alignement et positionnement stratégique, gestion/coordination.
Envergure territoriale	L'ensemble du pays est considéré : parmi les 7 produits du programme 2 [produit 3 (PF) ; produit 7 (P&D, données) ont une couverture nationale (34 Zones Sanitaires) tandis que les 5 autres couvrent complémentirement 25/34 Zones Sanitaires.
Aspects conceptuels	(a) La dynamique programmatique en termes de qualité (pertinence, efficacité, durabilité, valeur ajoutée) et progrès (efficacité); (b) La logique d'intervention du programme (théorie du changement) quant à sa cohérence par rapport aux résultats escomptés et son respect durant l'implémentation ; et (c) La dynamique institutionnelle en termes de montage institutionnel, pyramide d'intervention et coordination/synergie des partenaires.
Parties prenantes	(a) Porteur de programme (UNFPA) ; (b) Parties prenantes stratégiques (Organisations du SNU impliquées dans la Coordination UNCT et la mise en œuvre du programme et des initiatives communes : UNAIDS, UNESCO, UNICEF, OMS, PNUD, PAM et FAO. (c) Les Partenaires d'Implémentation (PI) : Ministères en charge du genre, de la Santé, de l'Éducation, de la Jeunesse, du plan,.....les ONG ; (d) Les Partenaires opérationnels :

	FOSA publiques et privées, CPS/CF, Réseaux/ONG/associations de jeunes, ...); Communes, Comités SOP; Centres de Jeunes & Loisirs (CJL); Groupements féminins; (e) Acteurs Communautaires: Comité d'hommes; Relais Communautaires; leaders communautaires, (f) Bénéficiaires...
--	---

1.3 Méthodologie et processus

1.3.1 Critères et questions d'évaluation

1.3.1.1 Critères d'évaluation

L'investigation a concerné 6 critères qui ont été renseignés au travers de 9 questions d'évaluation. Quatre de ces critères sont programmatiques : la pertinence, l'efficacité, l'efficacé et la durabilité. Deux sont stratégiques : (1) la coordination avec l'Equipe du Pays des Nations Unies(UNCT) et (2) la valeur ajoutée de UNFPA.

1.3.1.2 Questions d'évaluation

Les consultants ont analysé l'adéquation des questions proposées par le BP en fonction des objectifs, critères d'évaluation, contexte du programme et de l'évaluation. Des reformulations, objets d'une concertation entre le bureau pays de l'UNFPA et le Groupe de Référence de l'Evaluation (GRE), ont été faites concernant les questions d'évaluation 1, 2, 4 et 6. Les libellés consensuels définitifs sont figurent au tableau 1.2 ci-dessous.

Tableau 1.2 : Formulation finale des questions d'évaluation

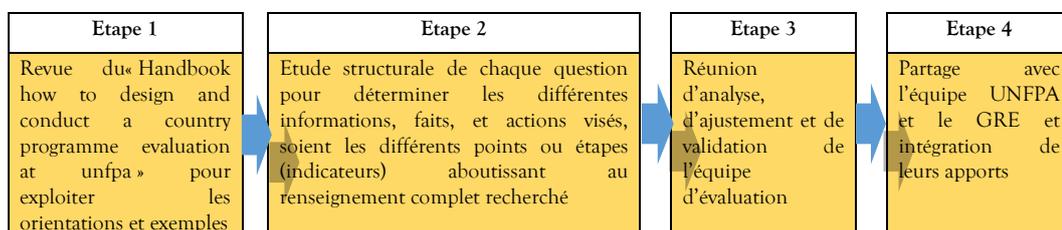
Questions finales
EQ1- Pertinence : Dans quelle mesure le programme pays est-il : (1) Adapté aux besoins de toutes les catégories de la population cible ; (2) En ligne avec le mandat et la stratégie de UNFPA ; (3) Adéquat pour contribuer aux priorités nationales exprimées dans l'UNDAF et son plan d'action commun ; (4) Cohérent au niveau de l'adéquation entre les interventions et les résultats attendus ?
EQ2-Réactivité : Comment le bureau pays a-t-il pris en compte l'évolution des besoins des populations cibles (adolescents/jeunes et femmes) dans la planification continue et dans la mise en œuvre ?
EQ3-Efficacité : Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il fait bon usage de ses ressources financières, humaines, matérielles et techniques et a utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches dans la réalisation des résultats définis dans le Programme Pays?
EQ4-Efficacité-Vs Cibles CPD : Dans quelle mesure les interventions soutenues par le Bureau Pays ont-elles contribué (ou sont susceptibles de contribuer) à : (a) L'atteinte des cibles de progrès fixées sur les différents produits ; (b) L'amélioration de la demande et de l'accès aux services de SSR de qualité chez les jeunes et les femmes ; (c) L'appui des stratégies et plans à travers la génération des connaissances et la production des évidences relatives aux questions démographiques émergentes et la SSR chez les jeunes et les femmes, particulièrement les plus vulnérables ; (d) La prise en compte du genre et des VBG dans les programmes de développement et les stratégies des partenaires clés, y compris les OSC.
EQ5-Efficacité vs UNDAF : Dans quelle mesure les interventions appuyées à travers le Programme Pays ont-elles contribué à l'atteinte des résultats (produits et effets) du plan d'action commun de l'UNDAF.
EQ6 -Durabilité: Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il contribué à la mise en place des capacités et des mécanismes pour assurer l'appropriation et la durabilité des acquis et effets de ses interventions?
EQ7-Coordination UNCT : Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et les autres instances de gouvernance de l'UNDAF (Outcome-Groups, Groupes thématiques et

Groupes effets) ?
EQ8-Valeur Ajoutée vs Pays : Quelle est la valeur ajoutée apportée par le Bureau Pays au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales?
EQ9 Valeur Ajoutée vs SNU: Quels sont les avantages comparatifs de UNFPA au Bénin, particulièrement vis-à-vis des autres agences des NU et prenant en considération l'approche pour l'initiative « Unis dans l'Action » ou «Delivering as One»?

1.3.1.3 Choix des questions d'évaluation

Sur la base des objectifs de l'évaluation et des critères retenus, des modèles de questions ont été choisis dans le « *Handbook how to design and conduct a country programme evaluation at UNFPA* ». La période à évaluer courait du 1^{er} Janvier 2014 au 30 Juin 2017, soit 3,5 ans. Les consultants ont procédé par 4 étapes consignées graphique ci-dessous.

Graphique 1 : Etapes d'opérationnalisation des questions d'évaluation par la formulation des indicateurs



1.3.2 Méthodes pour la collecte et l'analyse des données

1.3.2.1 Méthodes de collecte

L'approche de collecte a documenté l'information au niveau de l'ensemble des sources concernées (documents, institutions, prestataires, communautaires). Elle a ainsi permis de croiser des données pertinentes et inclusives. Quatre techniques pertinentes d'investigation ont été mises à contribution : (1) la Revue documentaire ; (2) Les Entretiens (de groupe, individuels, informels); (3) les Focus Groups Discussions (FGD) et (4) l'observation directe des sites de prestation des services. La triangulation des techniques a renforcé la fiabilité et la complétude des données. La fiabilité et la complémentarité sont améliorées par les fonctions de rapprochement et de complémentarité de la triangulation. La fonction de rapprochement de la triangulation des techniques/approches de collecte permet de croiser des déclarations ou observations issues des différentes sources /catégories de répondant(e)s et de comparer les variations de forme et de contenu liées aux approches/techniques respectives.

- Les techniques et outils de collecte
 - a) La Revue documentaire

Tableau 1.3 : Eléments de la revue documentaire

Approche	La revue documentaire s'est fondée sur une grille d'analyse, après recherche et triage de document portant sur le 8 ^{ème} programme. Ces documents ont par la suite été rapatriés entre consultants, pour éviter les doublons.
Outil	Une Grille intégrée de collecte a été élaborée. Elle comportait des items opérationnalisant les questions d'évaluation pour la collecte des données secondaires qualitatives et quantitative. Ces items ont concerné les résultats, le processus et la logique d'intervention ; les leçons apprises, les bonnes pratiques, les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces, ainsi que leurs évolutions dans le temps entre 2014 et le 30 Juin 2017.

Sources et Données	Les données ont été extraites de quatre (4) principales catégories de documents : <i>Les documents de programmes ; les documents de politique et de stratégies ; les études et recherche, les rapports thématiques.</i> La liste de ces documents est donnée en annexe.
---------------------------	---

b) Les Entretiens

Ils ont été appliqués à la collecte auprès des parties prenantes institutionnelles à différents niveaux de la pyramide d'intervention. Du fait de la variabilité de cette cible, l'équipe a eu recours à trois types d'entretien : (1) entretiens individuels approfondis ; (2) entretiens de groupe approfondis et (3) entretiens informels. Ces entretiens ont surtout porté sur la mise en œuvre du programme, ses acquis, ses défis, opportunités, menaces et les leçons apprises.

c) Les Focus Group Discussion (FGD)

Les guides de FGD modulés selon les cibles, ont été appliqués aux femmes de 15-49 ans ; aux jeunes, adolescents et jeunes marginalisées ; aux femmes traitées de fistule ; aux agents communautaires. Les FGD réunissaient en moyenne dix personnes autour des thématiques relatives à la mise en œuvre, l'efficacité et les effets du programme. L'on passait en revue (1) l'expérience, l'appréciation et la satisfaction des bénéficiaires vis-à-vis des services offerts par le programme et (2) les suggestions desdits bénéficiaires en vue du 9^{ème} programme.

d) L'Observation Directe (OD)

Une grille d'observation simplifiée a permis de documenter l'opérationnalité de la fourniture et la qualité des services (prestation des services aux bénéficiaires : FOSA, Centre d'écoute, Centre de Jeunes, Agents communautaires). Ses rubriques concernaient les intrants, les services et la procédure qualité : (a) les intrants : nature, qualité, conditions de conservation, procédures de rotation des stocks, ruptures (intrants concernés, durée, fréquence) ; (b) le service : les modalités d'accueil ; l'effectivité des services (type de services déclarés ; type de service presté) ; (c) l'existence d'une procédure qualité ; d'outils d'assurance qualité (normes/standard ; directives) ; l'effectivité de la supervision/revue/feedback/sanction sur la qualité des services.

1.3.2.2 Méthodes d'analyse des données

L'évaluation du 8^{ème} programme de pays (EPP8) du Bénin a eu recours aux méthodes qualitative et quantitative d'analyse. Concernant les données qualitatives, l'analyse de contenu, a permis : (1) **la description de la situation de réalisation des indicateurs qualitatifs** à partir des données non chiffrées ou déclaratives ; (2) **la mise en évidence les déterminants qualitatifs de la situation de réalisation** ; (3) **une appréciation de la mise en œuvre et de la performance basée sur deux échelles qualitatives (nominale et ordinale)**. L'analyse quantitative a eu recours à la statistique descriptive et à des simulations arithmétiques projectives. Elle a été développée par des opérations arithmétiques dans une base de données MS Excel. Il en est résulté : (1) la description de situation numérique de réalisation des indicateurs d'investissement et de performance ; (2) une appréciation de la performance basée sur une échelle quantitative par intervalle de niveau de succès ; (3) une analyse projective de la performance probable au terme de la période de programme. Le tableau 1.3 met en évidence les procédés d'analyses valorisés ici.

Tableau 1.4 : Types et procédés d'analyse des données

Type d'analyse	Procédés d'analyse
Description	L'analyse descriptive a informé la situation du 8 ^{ème} PP par critère d'évaluation, présentant des indicateurs qui renseignent les questions d'évaluation en termes de niveau de réalisation des cibles, de variations selon les profils d'acteurs, les sites et les années.
Identification des déterminants	L'analyse thématique de la survenue a permis de lier ces constatations aux déterminants sous-jacents.
Projection	L'analyse prospective a mis en évidence les évolutions possibles vers de meilleurs résultats à l'avenir. Lesdites évolutions ont été déterminées sur la base des progrès

	constatés et des leçons apprises, de manière systémique par les options de modulation ou équilibres les plus fécond(e)s des forces, faiblesses, opportunités et menaces du 8 ^{ème} PP.
--	---

1.3.3 Sélection de l'échantillon des parties prenantes et bénéficiaires

1.3.3.1 Cartographie des parties prenantes et bénéficiaires

Le 8^{ème} programme de pays a eu une couverture nationale, même si son extension diffère d'un produit à l'autre. Le programme a mobilisé des parties prenantes issues de tous les secteurs : public, privé et société civile. Dans l'organisation du partenariat avec l'UNFPA, trois catégories d'acteurs ont été déployées : « Implementing Partners » ou IPs (Partenaires d'implémentation), sous PTA avec l'UNFPA ; les autres partenaires en sous-contrat ou collaboration avec le IPs : Ministères (défense, éducation, Santé...); OSC, réseaux de jeunes...); d'autres parties prenantes comme les organisations du SNU. Le fichier « CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES DU 8^e PP UNFPA/BENIN » figure dans les annexes.

1.3.3.2 Cartographie des Points de Prestation des Services (structures/acteurs) du 8^e PP

Les structures de prestations des services du 8^{ème} PP sont : les Formation Sanitaires (FOSA), les Centres VBG, les CPS, les cases de la femme¹, les comités des hommes (« les hommes s'engagent ») les Centres de Jeunes et de Loisirs (CJL), OSC, les agents communautaires (femme relais communautaires). Des listes de ces différentes catégories de PPS figurent dans les annexes.

1.3.3.3 Échantillon de l'évaluation du 8^e PP UNFPA/Bénin

Cinq strates ont été définies pour l'échantillonnage, sur l'ensemble du territoire du Bénin. L'on a distingué le niveau central/national (1), essentiellement représenté par Cotonou où ont été échantillonnés les partenaires stratégiques, dont le SNU, les signataires des PTA et les autres parties prenantes nationales. L'on a ensuite distingué quatre aires géographiques du pays : (2) la ceinture nord : Alibori, Atacora ; (3) la ceinture - intérieure -2: Donga, Borgou ; (4) la ceinture intérieure -1: Collines, Couffo, Zou, Plateau ; et enfin, (5) la ceinture côtière : Mono ; Atlantique, Ouémé. Dans chacune des strates l'on a inclus un site, urbain et un site rural, parmi les communes retenues. Seule Cotonou fait exception, son environnement étant exclusivement urbain.

- Echantillon des acteurs périphériques du 8^e PP

Le tableau 4.3.2 propose la répartition des entretiens et des FGD pour les acteurs périphériques : prestataires et des bénéficiaires rencontrés dans 6 des 12 départements du pays, à travers 8 communes. En somme, 33 entretiens, impliquant 6 différentes catégories de prestataires institutionnels et communautaires ont été prévus, ainsi que 7 FGD pour 7 profils de bénéficiaires.

Tableau 1.5 : Echantillon des acteurs périphériques (Entretiens & FGD des prestataires et bénéficiaires)

Sites		Entretiens individuels ou de groupe							FGD							
Département	Commune	BZS	FOSA	CPS/CF	Acteurs Communautaires	Centre jeunes/DD/SL	Commune/DD/PPD	FGD-Fistules	FGDjeunes F	FGDjeunes G	FGDjeunes Marginalisés F	FGDjeunes Marginalisés G	49	FGD agents Communautaires	TOTAL	Séjour de travail (jour)
(1)Atacora	Tanguiéta	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1
(2)Alibori	Malanville	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	6	1
Alibori	Kandi	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1

¹ Case de la femme (institution communale ; ex. Case de la femme d'Aplahoué, Département du COUFFO) : structure impliquée dans la référence/ contre-référence SSR et VGB

S-Total	Ensemble	1	3	2	3	0	2	1	1	0	0	0	0	0	13	
(3)Borgou	Parakou	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	7	1
Borgou	Bembéréké	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	6	1
S-Total	Ensemble	2	2	2	1	2	2	0	0	0	1	0	1	0	13	
(4)Zou	Abomey	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	1
(5)Ouémé	Adjohoun	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1
S-Total	Ensemble	2	2	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	10	
(6)Littoral	Cotonou	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	
TOTAL		6	8	5	7	3	4	1	1	1	1	1	1	1	40	7

• Echantillon des acteurs du niveau central du 8è PP

L'inclusion des parties prenantes du niveau national a été systématique (100%) pour les IPs, titulaires de PTA avec l'UNFPA (tableau 1.6) et le SNU (tableau 1.7). L'on a inclus un (01) par secteur, parmi les autres partenaires en sous-contrat ou collaboration avec les IPs (public, privé, OSC) comme l'indique le tableau 1.7.

Tableau 1.6 : Echantillon des Partenaires de Mise en Œuvre (IPs) : entretiens (EG, EIA)

Partenaires du programme (Signataires PTA)																		
ABMS/PSI	ABPF	Bonfondend	CERRHUD	GRAFED	MCEPPDD	MESRS	MESFTRUJ	MFASSNHPT	MJSL	Ministère de la santé	ONUSIDA	OSV Jordan	Plan Bénin	Bonou-Dangbo	ZS Adjohoun	ZS Malanville	ZS Karimama	ENSEMBLE
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18

Tableau 1.7 : Echantillon des Autres Partenaires et du SNU : entretiens (EG, EIA)

Catégorie	Autres Partenaires			MDP	SNU						Ensemble	
	Public	OSC	Privé	UGC	PNUD	UNICEF	PAM	FAO	OMS	Coordi. UNCT		
Effectif	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

1.3.4 Appréciation de l'évaluabilité, limites et risques

1.3.4.1 Déficiences de données et risques

L'évaluation a mis en évidence des déficiences concernant un certain nombre d'aspects. Ces déficiences concernent : (1) l'absence ou l'insuffisance de la documentation ; (2) les discordances des valeurs déclarées sur le même indicateur entre rubriques d'un même support, tel le rapport annuel du BP ; (3) La fiabilité insuffisante de la qualification de l'offre SONU au niveau des FOSA du fait d'une normalisation tardive (enquête SONU, 2017). Lesdits déficiences affectent :

- L'accessibilité pour les évaluateurs de la synthèse du suivi des progrès dans le SIS ;
- Les données sur la structure financière par produit ;
- La synthèse des acquisitions et de leur ventilation ;
- La documentation sur les programmes conjoints ;
- La documentation des progrès quantitatifs sur les indicateurs d'effet UNDAF ;
- La documentation, tant au niveau national intégré de la coopération pour le développement au Bénin ; qu'au niveau SNU sur la coordination UNCT.

Concernant les risques, la compréhension relative des besoins en documentation et données de l'évaluation par les répondants, ainsi que la qualité et la complétude de l'enregistrement des progrès, n'ont pas permis de documenter à suffisance les progrès spécifiques au niveau des localités et points de prestation des services

visités. L'absence de contrôle qualité des données est un aléa supplémentaire qui affecte la qualité d'ensemble des données.

1.3.4.2 Mesures mises en œuvre pour compenser les déficits de données

L'équipe d'évaluation a maintenu la communication entre les différents niveaux de la collecte, en s'appuyant sur le Bureau Pays. Ce qui a permis d'améliorer la compréhension des exigences et des enjeux relatifs à la qualité et la complétude des données. Des efforts de collecte, de transmission, de correction et de mise à jour des données ont été faits. Ce qui a permis de réduire significativement les écarts dans la disponibilité des données, les incertitudes et les doublons. Par exemple, entre les phases de démarrage et de clôture de l'évaluation, l'on est passé d'une disponibilité nulle des données programmatiques pour le 1^{er} semestre 2017 à une disponibilité suffisante. Dans la même période, il a été noté un progrès significatif sur la disponibilité des données de la prise en charge sanitaire des VBG. Une évolution similaire a été observée sur la disponibilité des données financières désagrégées par produit et par année. Concernant les données sur l'offre SONU, un consensus a été obtenu avec les parties prenantes au cours de la validation du présent rapport. Il a permis de statuer sur le chiffrage définitif des progrès et de la performance concernant l'indicateur 1 du produit 1. Relativement aux autres déficits, quelques données ont été fournies sur la synthèse des acquisitions et de leur ventilation, tandis que le MICS2014 a été exploité pour documenter un minimum d'effets UNDAF.

1.3.4.3 Impact négatif des risques et déficits de données insolubles sur la validité et la crédibilité de l'évaluation

Au cas où les déficits de données citées resteraient insolubles, par exemple, les indicateurs de performance de l'UNDAF, et les valeurs antérieures des indicateurs dont la définition a été corrigée (ex. FOSA SONU), la mesure des résultats, l'appréciation de la performance et les projections sur l'efficacité du programme à l'échéance de sa clôture en seront sensiblement affectés. Cependant, l'étendue du problème étant relative, la validité globale de l'évaluation restera suffisante.

1.3.5 Processus de l'évaluation

1.3.5.1 Aperçu du Processus de l'évaluation

L'évaluation du programmes pays de l'UNFPA a suivi les 5 étapes suivantes: la préparation, la conception, le terrain, la préparation du rapport et la réponse de l'équipe de gestion, la dissémination et le suivi.

- **La phase de préparation (35 jours)** : gérée par l'équipe de l'UNFPA, elle a permis de : finaliser les termes de référence, recruter les consultants, finaliser les contrats, identifier, rendre disponibles les documents de référence à consulter, mettre en place le groupe de référence pour l'évaluation pour la revue de leurs livrables et l'appui technique aux consultants, et de produire une cartographie sommaire des différentes parties prenantes du programme pays.
- **La phase de conception (10 jours)** : elle a permis de finaliser les principales questions d'évaluation, ainsi que les stratégies et outils nécessaires à une bonne collecte des données. Elle a abouti à un rapport de démarrage. Au cours de cette phase, l'équipe de consultants, en collaboration avec les Chargés de programme du bureau de l'UNFPA à Cotonou, a finalisé les documents nécessaires à la collecte et à l'exploitation des données. Il s'est agi de : (1) La base de sondage ou cartographie détaillée, par composante, des parties prenantes et bénéficiaires avec les adresses des personnes ressources, réparties selon les localités couvertes et les structures de prestation des services ; (2) La logique d'intervention ajustée entre le document de projet initial et les changements durant la mise en œuvre selon les chargés de programmes; (3) Les outils de collecte; (4) La définition d'une feuille de route pour la collecte avec un chronogramme spécifique par consultant et une liste des besoins relatifs au soutien administratif et logistique.
- **La phase de collecte des données (18 jours)** : elle a été réalisée par les consultants aux différents niveaux de la pyramide d'intervention du programme à travers les entretiens, les FGD, les observations de site et

la revue documentaire. Un briefing avec le programme pays, des membres du groupe de référence de l'évaluation et des parties prenantes a permis d'échanger sur les constats principaux, ainsi que des recommandations sommaires peuvent.

- La phase de préparation du rapport (24 jours) : elle a permis aux consultants d'analyser en profondeur les données collectées. Des rapports provisoire, pré-final et final ont été soumis sous le format proposé par UNFPA. Les échanges entre les consultants, l'équipe de l'UNFPA et les membres du groupe de référence de l'évaluation ont fait évoluer le rapport vers une version satisfaisante.
- La dernière phase (réponses du management, dissémination et suivi), essentiellement gérée par l'équipe de l'UNFPA, a consisté à soumettre les principales recommandations aux différentes parties prenantes au sein de UNFPA (national, régional, siège) pour appréciation et réponses éventuelles. Ces observations ont été intégrées au rapport final avant dissémination à l'extérieur de l'UNFPA. Les principales recommandations seront suivies dans leur mise en œuvre selon les délais prévus.

1.3.5.2 Composition et répartition des tâches de l'équipe de l'évaluation

L'équipe d'évaluation était composée de trois (3) membres, dont un consultant principal (M. Tiburce NYIAMA) et deux (2) consultants nationaux (M. Virgile CAPO-CHICHI et M. Bruno DOUSSOH). M. NYIAMA a assumé la responsabilité globale du processus d'évaluation, de la préparation du rapport de lancement jusqu'à la production du rapport final. Il a dirigé et coordonné les travaux de l'équipe, garantissant la qualité des différents livrables de l'évaluation sur la base des dispositions du manuel d'évaluation de l'UNFPA, des conseils du Responsable du Suivi-Evaluation du Bureau Régional WCA/UNFPA et la synergie avec le bureau Pays. Le consultant Principal a aussi spécifiquement développé le processus d'évaluation pour la composante SSR. Les deux consultants nationaux (CAPO-CHICHI et DOUSSOH), ont contribué qualitativement et quantitativement à la conception méthodologique, à la collecte des données, à l'analyse et à la rédaction des différents rapports. M. CAPO-CHICHI a développé les aspects liés à la composante P&D, tandis que M. DOUSSOH a élaboré sur les aspects Genre et Egalité. Suivant la répartition des tâches chaque membres de l'équipe a contribué aux aspects transversaux (résumé analytique, contexte pays, réponse UNFPA, renseignement de la base des données, rédaction des liminaires et préparation des annexes des rapports...).

1.3.5.3 Les besoins en ressources et le soutien logistique

Sur la base des besoins en ressources et en soutien logistique des membres de l'équipe d'évaluation, l'UNFPA a pris trois des mesures de trois ordres. Premièrement, pour l'organisation du voyage, deux véhicules avec chauffeurs ont été mis affectés, y compris la dotation en carburant et les frais de subsistance ; des ordres de mission ont été fournis ; les autorisations ont été obtenues auprès des ministères concernés pour la participation des démembrés et des points de prestation des services (PPS). Deuxièmement, au sujet de l'organisation de la collecte, l'UNFPA s'est basé sur le plan de travail et l'itinéraire de la mission pour la mobilisation des répondants à travers des rendez-vous pour les entretiens individuels et des instructions aux structures bénéficiaires en vue de l'identification des participants, pour les discussions de groupes, dont les coûts ont été supportés par UNFPA. Troisièmement, les formalités administratives et sécuritaires ont été remplies par le BP dont la couverture de l'évaluation par le système de sécurité des Nations Unies (briefing de sécurité pour les consultants et surveillance radio de leur mission de collecte par l'unité chargée de la sécurité du personnel des Nations Unies).

CHAPITRE 2 : CONTEXTE DU PAYS

La République du Bénin, qui fait partie de l'Afrique de l'Ouest, est située dans la zone intertropicale entre l'Equateur et le Tropique du Cancer. Elle se situe entre les parallèles 6°30' et 12°30' de latitude nord, d'une part, et le méridien 1° et 3°40' de longitude est, d'autre part. Le Bénin couvre une superficie de 114 763 kilomètres carrés. Il est délimité au sud par l'Océan Atlantique, à l'ouest par le Togo, au nord par le Burkina-Faso et le Niger et à l'est par le Nigeria. Le relief du Bénin ne présente pas de grandes dénivellations.

Sur le plan hydrographique, le Bénin est arrosé par de nombreux fleuves appartenant à trois grands bassins : le bassin du Niger, le bassin de la Volta et le bassin côtier.

Le Bénin a un climat chaud et humide. Les températures sont constamment élevées, avec une moyenne de 25° C pour l'ensemble du pays. C'est en mars qu'elles sont les plus élevées et en août, les plus basses.

Sur le plan administratif, le Bénin compte 12 départements, divisés en 77 communes dont trois ont un statut particulier : Cotonou, Porto-Novo et Parakou.

L'activité économique dominante dans le pays est l'agriculture : elle occupe 47 % de la population active. Les principales cultures vivrières pratiquées sont le maïs, l'igname, le manioc, le haricot, le mil et le sorgho. Comme produits d'exportation, on peut citer le coton, l'arachide, les palmistes, l'huile de palme, etc. Le secteur secondaire (industriel) contribue seulement pour 13 % au produit intérieur brut (PIB) contre 55 % pour le tertiaire et 32 % pour le primaire (INSAE, 2006).

Le Bénin est membre de plusieurs organisations sous-régionales, régionales et internationales dont l'ONU, l'UA, la CEDEAO, la CEAO, la convention ACP/CEE et le Conseil de l'Entente.

2.1 Objectifs du Développement et Stratégies Nationales

Les défis socio-économiques du Bénin, restent centrés sur une persistance de la pauvreté, avec un peu plus du tiers des béninois vivant en dessous du seuil de pauvreté. L'on enregistre de fortes inégalités par sexe et par région. Le niveau de la pauvreté au Bénin est davantage un phénomène rural.

Le chômage et le sous-emploi demeurent préoccupants au Bénin. On note un déséquilibre du marché de l'emploi, induit par l'arrivée, chaque année, d'une forte proportion de demandeurs d'emploi peu qualifiés. L'accès aux services sociaux de base continue d'être un important défi de développement.

En 2006, le pays s'est doté d'une nouvelle politique de développement contenue dans le Plan d'Orientations Stratégiques de Développement du Bénin 2006-2011. Cette politique s'appuie sur des études de perspectives à long terme réalisées en 2000, intitulées « Bénin 2025 Alafia ». Ce document comporte un ensemble de stratégies de référence pour tout plan et programme de développement.

Depuis 2016, le Bénin s'est engagé pour les cinq années à venir dans une réforme structurelle caractérisée par la mise en œuvre de 45 projets phares, complétés par 95 projets sectoriels et 19 réformes institutionnelles, le tout décliné en 3 piliers et 7 axes stratégiques, pour la transformation économique et sociale du Bénin.

2.1.1 Population et Développement

Depuis l'indépendance du Bénin en 1960, les différents gouvernements ont pris conscience des liens existant entre la dynamique démographique et le développement socio-économique. La prise de conscience de la nécessité d'intégrer les variables démographiques dans les plans et programmes de développement économique et social, s'est concrétisée par la participation du Bénin aux conférences régionales et internationales sur les questions de population et développement et a adhéré aux résolutions qui en sont issues.

La population du Bénin se caractérise par un capital humain en lente progression. En effet, le rapport du Programme des Nations Unies pour le développement de 2015 au Bénin montre que l'Indice de Développement Humain (IDH) est de 0,485, ce qui situe le pays dans la catégorie « développement humain faible » et le place à la 166^{ème} position sur 188 pays et territoires. Entre 1990 et 2015, les efforts fournis ont permis à l'IDH du Bénin de progresser de 0,345 à 0,485, soit une croissance annuelle moyenne de 1,37%,

ces 25 dernières années. Sur la même période, l'espérance de vie à la naissance au Bénin a augmenté de 6,3 années, la durée moyenne de scolarisation a augmenté de 1,9 année et la durée attendue de scolarisation a augmenté de 5,4 années" précise le rapport.

2.1.2 Situation sanitaire

La vision du secteur de la santé pour la période 2009-2018 est fondée sur les orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) et sur la vision globale du Bénin contenue dans les Études Nationales de Perspectives à Long Terme, Bénin 2025. Cette vision est progressivement concrétisée grâce à la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) jusqu'en 2015, des ODD dès 2016 des perspectives décennales, de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRIP 2010-2015), des Orientations Stratégiques du Développement (OSD 2006-2011) et des différents Programmes d'Actions du Gouvernement. La situation sanitaire du pays est caractérisée par :

- **une couverture en infrastructures sanitaires satisfaisantes, avec une faible fréquentation et un déficit en ressources humaines**

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2015, la couverture en infrastructures sanitaires est satisfaisante (93,1%) avec un rayon² moyen d'action théorique de 6,6 km. Cependant le taux de fréquentation des centres de santé demeure faible (50,4%). Il existe cependant un déficit important en matière de ressources humaines. En 2015 par exemple, il existait 8,6 agents qualifiés (infirmiers et sages-femmes) pour 10 000 habitants alors que la norme OMS est de 23 agents qualifiés pour 10 000 habitants.

- **une mortalité infantile en baisse mais toujours élevée**

Le profil sanitaire au Bénin reste, de façon globale, caractérisé par des taux de morbidité et de mortalité élevés. Les données de la quatrième enquête démographique et de santé de 2012 révèlent qu'un enfant sur quatorze (70 ‰) n'atteint pas son cinquième anniversaire. Ce taux bien qu'étant en baisse demeure élevé. Il était respectivement de 160 ‰ et 125 ‰ en 2001 et 2006. Le niveau de mortalité infanto-juvénile est nettement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (83 ‰ contre 62 ‰ pour l'ensemble urbain et 59 ‰ à Cotonou).

Ces taux élevés sont essentiellement dus aux maladies transmissibles et aux anémies d'origine infectieuse et nutritionnelle. Chez l'enfant, le paludisme demeure la principale cause de morbidité³ et de mortalité. Par exemple, 34% des enfants de moins de cinq ans sont trop petits pour leur âge (INSAE, MICS 2014). Ils souffrent d'un retard de croissance et dans ces conditions, ils sont plus prédisposés à mortalité et à la maladie.

- **Une mortalité maternelle toujours élevée**

La mortalité maternelle reste élevée au Bénin. Elle est de 347 décès pour 100 000 naissances vivantes (Enquête MICS 2014). Tous les accouchements ne sont pas encore assistés par un personnel médical qualifié. Plusieurs facteurs (PNDS 2009 - 2018) favorisent le taux élevé de mortalité maternelle au Bénin :

- L'environnement social ou culturel actuel, les accouchements à domicile, la faible accessibilité des services de maternité, le dépistage insuffisant des grossesses à risque, le suivi insuffisant du travail d'accouchement à travers la non maîtrise des trois retards et l'insuffisance des ressources financières.
- causes médicales directes : Hémorragie 25%, dystocies 10%, Complication HTA sur grossesse 13%, complication d'avortement 13%, anémies et les infections sévères 14%.
- causes médicales indirectes : 25% (Diabète, Drépanocytose et Cardiopathie...).

² Rayon moyen d'action théorique : Distance moyenne qui sépare un habitant d'une structure sanitaire

³ 48% des motifs de recours aux soins et 42,4% des causes d'hospitalisation en 2011 chez les enfants de moins de 5 ans sont liés au paludisme.

- **Grossesses à risques chez les adolescentes et faible utilisation des méthodes contraceptives**

La santé des adolescents et jeunes est encore tributaire essentiellement de la vie féconde et l'adolescence est exposée à des grossesses à risques et aux risques de transmission du IST/VIH/Sida. De même, selon EDS IV, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est restée faible (7.9%) avec un taux de besoin non satisfait estimé à 32.6%.

- **La prévalence VIH stabilisé mais toujours féminisé**

La prévalence du VIH/Sida est restée stable avec 1.2% chez les 15-49 ans. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans (1,4 %) est légèrement plus élevé que celui des hommes du même âge (1,0 %), avec un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,4.

- **La Fistule obstétricale : un phénomène peu connu**

La fistule obstétricale demeure très peu connue des femmes. Seulement une femme sur cinq (21 %) a entendu parler de la fistule obstétricale et plus de la moitié des femmes (54,6%) souffrant de fistule en 2011 n'ont recherché aucun recours (ESDB IV)

2.1.3 Situation du Genre et des Droits

Le Bénin a ratifié les instruments internationaux et régionaux qui consacrent l'égalité et l'équité. Il s'agit entre autres de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes, la Résolution 1325...La Constitution de la République du Bénin stipule que « l'homme et la femme sont égaux en droit. L'Etat protège la famille, en particulier la mère et l'enfant » (Bénin 1990, art. 26). Le Code des personnes et de la famille du Bénin, adopté en 2004, accorde aux deux conjoints le droit de demander le divorce pour « mauvais traitements, excès, sévices ou injures graves rendant l'existence en commun impossible » (art. 233-234). En janvier 2012, le Bénin a adopté la Loi no 2011-26 du 09 janvier 2012 portant prévention et répression des violences faites aux femmes.

En mars 2009, le pays s'est doté d'une Politique Nationale de Promotion du Genre qui repose sur la Déclaration et le Programme d'Action de Beijing adoptés en Septembre 1995.

Malgré ces acquis, des grandes disparités sociales entre hommes et femmes persistent et se caractérisent par :

- **Une inégalité de statut dans la famille et dans la société**

Le partage des rôles dans la société béninoise continue de reposer sur inégalités entre les hommes et les femmes, du fait de persistance des mentalités populaires. Ce qui se traduit par une différence de ce statut entre hommes et femmes et d'éducation de la jeune fille.

- **Des violences basées sur le genre : un phénomène persistant**

Au Bénin, les Violences Basées sur le Genre (VBG) y compris les MGF, posent à la fois des questions de santé publique et de justice sociale. Un peu moins d'une fille sur dix (7%) continue d'être victime de mutilation génitale. Au sein des ménages, sept femmes sur dix (69%) déclarent avoir été victimes de violences basées sur le genre (Violences faites aux femmes, Ministère de la Famille, 2009). Les mesures gouvernementale pour éradiquer ce phénomène restent peu effaces, car les victimes ont des difficultés à accéder à des mécanismes de recours, à cause de l'impunité et des arrangements à l'amiable de base communautaire.

- **Une jouissance inégale des droits**

Même si la Constitution du 11 décembre 1990 prône l'égalité des sexes, malgré les dispositions du code des personnes et de la famille de 2004, la discrimination fondée sur le genre persiste non seulement dans les pratiques sociales mais également dans certains textes législatifs et réglementaires, comme les régimes matrimoniaux, les successions et les libéralités qui restent régis par la coutume.

- **Une faible représentation des femmes dans les instances de décisions**

Le droit à la participation politique des femmes est régi par : l'Accord d'Arusha et la Constitution du 11 décembre 1990.

Les femmes restent sous représentées au parlement béninois. Seulement sept femmes figurent parmi les 83 députés issus des élections législatives d'avril 2015. Ce qui représente un pourcentage de 8,4% pour la septième législature allant de 2015 à 2019.

En 24 ans, la proportion de femmes élues députés a varié entre 6,3% et 12,2%. Lors du premier mandat parlementaire (de 1991 à 1995), l'on n'a enregistré que 6,3% des femmes députés. Lors du deuxième mandat de 1995 à 1999, ce pourcentage est passé à 12,2%. Au cours des troisième et quatrième mandats, ce pourcentage a chuté à 7,2%. Au cours de l'avant-dernière législature de 2011 à 2015, il n'y a eu que huit femmes élues sur 83 députés, soit 9,6%. La même tendance est également observée au niveau des portefeuilles ministériels, où l'on n'enregistre actuellement que 14,3% femmes ministres.

2.1.4 Situation des Adolescents (es) et Jeunes

Les adolescents et les jeunes au Bénin font face à d'importants défis, en rapport avec leur santé, droits sexuels et reproductifs. Les principaux défis sont liés à l'accès à l'information correcte et à la disponibilité de l'offre de service en la matière. Les adolescents(e)s et jeunes de la tranche d'âge de 10 à 24 ans constituent 31,8% de la population totale en 2012⁴. Actuellement, cette tranche de la population se trouve confrontée à d'importants problèmes de santé sexuelle et de la reproduction, notamment la prolifération des IST/VIH/sida. Le recours à la contraception est peu effectif, avec un taux important de rapports sexuels non protégés, des grossesses non désirées, de complications obstétricales et des avortements provoqués. A cela, il faut ajouter l'utilisation de sources non fiables d'information en santé, le commerce sexuel du fait de la dégradation des mœurs et de la situation économique. Une telle situation affecte dans une grande mesure les indicateurs nationaux en SSRAJ/VIH qui sont encore faibles, eu égard aux moyens actuellement mis en œuvre.

Selon l'enquête MICS⁵ de 2014, le taux d'utilisation de la contraception est de 18% chez les femmes mariées ou en union. Environ 21% des femmes mariées en milieu urbain et 16% en milieu rural utilisent une méthode de contraception.

En ce qui concerne le cas spécifique des jeunes, on observe, suivant les résultats de l'EDS 2012 : (i) une prévalence contraceptive relativement faible (9,5% pour les 15-19 ans et 9,4% pour les 20 -24 ans) en 2011, (ii) une précocité des rapports sexuels, avant l'âge de 15 ans (16% des filles ont déjà eu des rapports sexuels contre 15% des garçons selon l'enquête MICS 2014) (iii) une prévalence des IST élevée chez les adolescents et les jeunes.

2.2 Rôle de l'aide extérieure

L'aide extérieure fait partie des ressources qui financent le développement au Bénin, suivant des cadres définis par des conventions signées. Elle se répartit entre les dons et subventions pour en moyenne 71,83% et les prêts pour en moyenne 28,17%. Les principaux donateurs sont : l'Union Européenne, l'Agence Internationale pour le Développement (AID), la Banque Ouest-Africaine de Développement (BOAD), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds Africain de Développement (FAD), l'Allemagne, le Danemark, les Etats Unis d'Amérique, la France, la Belgique, le Japon, les Pays Bas, la Suisse, la Chine. Une analyse du volume de l'aide reçue par le Bénin montre que le volume de l'aide publique au développement a connu une évolution erratique avec une tendance baissière sur la période de 2011 à 2013 (de 690 millions de dollars US en 2011 à 652 millions de dollars US en 2013⁶). Ces aides sont essentiellement constituées d'appui budgétaire (dons ou prêts) et d'investissements (projets et programmes).

⁴ Résultats RGPH IV

⁵Le rapport de cette enquête ne présente pas les données désagrégées par tranche d'âge d'où le recours à l'EDS pour donner une idée de l'évolution de cet indicateur au niveau de la couche juvénile.

⁶ Rapport d'évaluation à mi-parcours 2011+5 de mise en œuvre au Bénin du programme d'action d'Istanbul en faveur des PMA, Novembre 2015

Les interventions des différents donateurs multilatéraux comme bilatéraux, se sont articulées, entre 2003 et 2015, autour de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (SCRFP).

Les principaux défis pour un renforcement de l'impact de l'aide au développement restent la mise en place d'un cadre d'évaluation de la performance des donateurs, la transparence de l'information sur l'aide, la prévisibilité de l'aide à moyen terme et le renforcement de l'utilisation des cadres de résultats nationaux.

2.3 Evolution de l'environnement du programme au cours de l'implémentation

2.3.1 Evolution de l'environnement socio-politique de mise en œuvre du 8^{ème} PP

Le 8^{ème} programme de coopération entre le Bénin et l'UNFPA a été préparé en 2013. Sa mise en œuvre a démarré en 2014. La mise en œuvre a été sérieusement ralentie par la préparation et la tenue entre 2014 et 2016 des élections législatives (2015) et présidentielles (2016), avec des luttes de pouvoir en 2015. Le 6 avril 2016, le pays connaît un nouveau Président, dont les priorités de développement ont rendu caduques certains équilibres établis avec le PP8. L'articulation institutionnelle de la dimension genre et égalité des sexes a tardé à se concrétiser, d'où l'absence prolongée d'un interlocuteur gouvernemental pour la composante concernée au niveau du PP8, jusqu'à la création d'une Direction de Promotion du Genre et de la Femme au sein du Ministère du travail de la fonction publique et des affaires sociales au deuxième trimestre 2017 (MTFPAS). La personne nommée a été soutenue par l'UNFPA pour participer à la commission sur le statut de la femme à New-York. Le recadrage de fonctions à cheval entre plusieurs ministères n'est pas abouti, ce qui alourdi l'interaction du BP avec la partie nationale. Des interventions du 8^{ème} PP enjambent les mandats du ministère de la famille et d'autres ministères. Ceci nécessite la définition d'AOF (attributions ; organisation ; fonctionnement) qui reste attendue à la date de la présente évaluation, dont ceux du ministère de la santé. Ceci entrave la légitimité des interactions avec les cadres de la partie nationale et leur engagement. L'approche de délégation et d'appui, de l'UNFPA retourne des résultats peu probants dans ce contexte.

2.3.2 Evolution de l'environnement stratégique et financier du 8^{ème} PP

L'on a observé un accroissement de la dépendance financière vis-à-vis des bailleurs avec un amenuisement des ressources régulières de manière permanente et croissante. Des événements contraignants qui ont influencé le suivi des indicateurs proposés au départ. Le premier événement concerne l'avènement du GPS à la fin de 2014, qui n'a pu être mis en œuvre qu'à partir de l'année 2015. C'est un système qui donne une certaine traçabilité de la planification liée à la mise en œuvre et à la gestion du programme. Les dépenses sont suivies en fonction de ce qui est planifié. Ce système étant à sa phase d'expérimentation, n'a pas permis la planification du PTA suivant la logique de deux colonnes où figurent respectivement les montants disponibles et les montants à mobiliser ; de budgétiser le PTA sur la base des activités, afin d'aboutir à l'indicateur. En 2016, l'avènement du SIS s'est associé à l'exigence de l'inclusion des indicateurs de marque de l'UNFPA en 2015.

2.3.3 Changements de stratégies durant la MEO sous l'effet de l'environnement politique, financier et stratégique

Comme souligné supra, en 2015, l'approche antérieure (années 2010 à 2014) d'élaboration des PTA sur une budgétisation prévisionnelle (fonds réguliers attendus et compléments à mobiliser) a été abandonnée au profit de la gestion provisionnelle imposée par l'introduction du GPS par le Siège de l'UNFPA. En 2016, l'avènement du SIS s'est associé à l'exigence de l'inclusion des indicateurs de marque de l'UNFPA en 2015. Ce qui a eu pour conséquence le fait que les activités, dont les fonds sont mobilisés, n'ont pas été intégrées dans le système de planification/reporting du BP. Le BP a dû reformuler certains indicateurs selon l'exigence du siège de l'UNFPA pour répondre aux attentes/instructions de redevabilité des partenaires auprès desquels d'autres ressources sont mobilisées.

Du fait de l'amenuisement des ressources régulières et des problèmes politiques entravant l'implication des Administrations, des ressources à période d'exécution courte ont pu être mobilisées par le BP et mises à

dispositions des ONG capables de réaliser des résultats de qualité dans des délais courts, afin de permettre au BP de satisfaire à la redevabilité auprès de ses partenaires (ex. : projet RMNCAH ; 1 600 000 \$; exécution 12 mois). Ce choix a décuplé la performance sur plusieurs indicateurs initiaux, compte tenu de la réactivité, de l'engagement et de l'encrage communautaire des ONG.

L'accroissement de la dépendance financière vis-à-vis des bailleurs et l'évolution corolaire du système de planification, de suivi et de redevabilité, imposent une planification provisionnelle dans laquelle l'alignement exhaustif des plans sur les besoins du pays recensés par le BP ne saurait être satisfaisant. Le contexte politique, financier et stratégique du PP8 a connu des changements intervenus qui ont perturbé la mise en œuvre de ce qui a été prévu dans le CPD. Ces changements expliquent en partie, la dichotomie observée entre les besoins exprimés en terme d'indicateurs et les résultats obtenus après les efforts de mobilisation de ressources, afin de pouvoir faire face aux besoins initiaux exprimés par les populations et qui ne figurent pas nécessairement dans le GPS ou dans les PTA.

CHAPITRE 3 : REPOSE STRATEGIQUE UNFPA ET PROGRAMME

3.1 Réponse stratégique de l'UNFPA

La réponse stratégique du SNU au Bénin se fait à travers l'UNDAF 2014-2018. Il s'agit d'un cadre stratégique commun d'assistance qu'apporte l'ensemble des agences du SNU (dont l'UNFPA) au Bénin. L'UNDAF 2014-2018 constitue une réponse commune du Système des Nations Unies (SNU) aux problèmes de développement identifiés à travers plusieurs analyses communes de situation. Il a été élaboré sur la base de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP 3) 2011-2015, adopté par le gouvernement du Bénin en 2011. Tous les programmes d'assistance extérieure dont l'UNDAF ont été élaborés suivant ses orientations.

Le Programme de coopération pays 2014-2018 de l'UNFPA, a été préparé en référence à l'UNDAF. Il est également conforme au plan stratégique de l'UNFPA 2014-2017, aux objectifs du Millénaire pour le développement et aux principes relatifs aux droits de l'homme, l'égalité des sexes et l'équité entre les sexes. Dans l'ensemble, les effets du programme de coopération pays contribuent à ceux de l'UNDAF.

3.1.1 Orientation stratégique (au plan global)

L'UNFPA, en tant qu'Agence du Système des Nations Unies, dispose d'un plan stratégique élaboré pour la période 2014 - 2017. Les actions de ce plan répondent aux priorités du pays et couvrent cinq domaines que sont :

- la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale ;
- l'amélioration de l'accès à la planification familiale;
- la promotion de l'égalité des sexes et la défense des droits fondamentaux des femmes ;
- l'amélioration de l'accès des adolescents et des jeunes à des soins de santé sexuelle et reproductive; et
- l'amélioration de la production et de l'analyse des données.

Les stratégies et interventions reposent sur les priorités nationales concernant la croissance durable et l'amélioration du capital humain.

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

Les inégalités de sexe et les disparités de genre persistent-elles fortement malgré les progrès (même si mitigés) obtenus en matière de croissance économique et de réduction de la pauvreté. L'indice d'inégalité de genre (IIG) en 2012 au Bénin (75,9%) était supérieur à la moyenne observée au niveau de l'Afrique subsaharienne (75,3%)⁷.

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

La cible de l'UNFPA vise la réalisation de l'accès universel à la santé sexuelle et procréative, la promotion des droits en matière de sexualité et de reproduction et la réduction de la mortalité maternelle. Ce qui contribue

⁷ FAO Bénin, Cadre de programmation pays (2012 - 2015)

directement à l'accélération des progrès dans la mise en œuvre du programme de la Conférence internationale sur la population et le développement et l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le Développement.

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

3.2 Programme(s) de Pays UNFPA

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

3.2.1 Programme de Pays précédent (2009-2013)

Le septième programme de pays a aidé à améliorer les services de soins de santé de la procréation. Il couvrait notamment : i) la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles; ii) la lutte contre le sida; et iii) une intégration des questions de population, d'égalité des sexes et d'équité.

Selon la synthèse du CPD 2014-2018, l'évaluation finale du septième programme pays de l'UNFPA, 2009-2013, a permis de faire état des réalisations suivantes :

- i) la révision et la rédaction de nombreux documents de stratégie;
- ii) la prise en compte systématique des questions démographiques dans la stratégie de développement du pays;
- iii) un meilleur accès aux soins de santé néonatale, aux soins obstétricaux d'urgence et aux services de planification familiale;
- iv) une meilleure utilisation du logiciel CHANNEL (qui gère les fournitures médicales) ;
- v) la gestion efficace des urgences humanitaires (inondations de 2009 et de 2010) et des efforts vers le renforcement de la capacité nationale à mieux y répondre ;
- vi) la chirurgie réparatrice de la fistule obstétricale (ainsi, le programme a permis d'opérer 585 femmes sur 645 qui avaient été choisies dans la période 2009 - 2012);
- vii) l'obtention améliorée et la meilleure utilisation des données sociodémographiques pour une programmation fiable ;
- viii) La réduction de la violence contre les femmes et les filles.

L'évaluation a dégagé plusieurs autres résultats : i) la réalisation d'une étude des besoins de soins obstétricaux d'urgence et de soins de santé néonatale; ii) l'adoption d'une loi réprimant la violence contre les femmes; iii) la promotion des services de santé de la procréation auprès des adolescents et des jeunes des deux sexes;

Le septième programme de pays a également mis en place les conditions de développement d'alliances stratégiques avec les dirigeants politiques et religieux, les journalistes, les associations de jeunes et de femmes.

Concernant les problèmes observés et les enseignements tirés, l'on notera les défis suivants : (i) utiliser les données pour une plus grande équité; (ii) créer des capacités dans les centres de soins, pour réduire notamment la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales; (iii) assurer une bonne intégration des questions relatives à la jeunesse dans les politiques et programmes de développement; (iv) réduire la violence contre les femmes et les filles; (v) repositionner la planification familiale dans l'agenda national de développement; (vi) de mieux intégrer les droits de l'homme et les problèmes culturels dans les politiques, programmes et stratégies de développement ; (vii) remédier à ces problèmes par la mobilisation de ressources intérieures et extérieures, notamment des ressources humaines de qualité, et tirer meilleur parti de ces ressources.

3.2.2 Programme de Pays actuel (2014-2018)

Le programme s'efforce à : (i) élargir l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et aux soins aux nouveau-nés, ainsi qu'aux services de planification familiale ; (ii) aider les jeunes et les femmes à exercer leurs droits de façon équitable en matière de santé maternelle; (iii) intégrer les besoins des adolescents et des jeunes; et (vi) faciliter l'obtention de données ventilées de qualité sur la condition féminine et la population, notamment dans les crises humanitaires. Ces efforts visent à réduire la pauvreté chez les populations les plus vulnérables, améliorer la santé et la protection de la femme ainsi que l'égalité des sexes en répondant aux priorités du Bénin dans cinq domaines : (1) la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale; (2) l'amélioration de l'accès à la planification familiale; (3) la promotion de l'égalité des sexes et la défense des droits fondamentaux des femmes; (4) l'amélioration de l'accès des adolescents et jeunes à des soins de santé sexuelle et la procréative ; et (5) l'amélioration de la production et de l'analyse des données. Les stratégies et interventions reposent sur les priorités nationales concernant la croissance durable et l'amélioration du capital humain. Les 5 domaines ci-dessus concrétisent l'alignement du programme sur les priorités nationales consignées dans la stratégie 2011-2015 pour la croissance et la réduction de la pauvreté, le bilan commun de pays, les dispositions du Programme d'action de la CIPD, du plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA, des OMD et principes des droits de l'homme, de l'égalité et de l'équité entre les sexes. En 2015 l'alignement du programme sur les axes et résultats Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) 2014-2018 en application de l'approche « Unis dans l'action ».

Les résultats visés par le 8ème programme sont exprimés par les sept produits suivants :

- Produit 1 (SONU améliorés): La capacité nationale en matière de soins obstétricaux d'urgence et de soins néonataux est améliorée dans les zones d'intervention du programme ;
- Produit 2 (FO-mieux géré): La capacité nationale de prévenir et de gérer la fistule obstétricale et de promouvoir la réinsertion sociale des patientes améliorée ;
- Produit 3 (PF-Communautaire améliorée) : La capacité nationale d'interventions communautaires dans le domaine de la planification familiale est améliorée ;
- Produit 4 (Réponse VBG Renforcée) : La capacité nationale de lutter contre la violence basée sur le genre et d'offrir des services de qualité est renforcée, y compris en situation humanitaire ;
- Produit 5 (PF-Jeunes accrue) : L'accès des jeunes à la planification familiale est accru (Accès accru des adolescents et jeunes aux services de planification familiale) ;
- Produit 6 : (SSR-Ado/Jeunes Marginaux améliorée) La fourniture des services essentiels en matière de la santé de la procréation pour les adolescents et les jeunes marginalisés est améliorée ;
- Produit 7 (Décisions & Politiques aux évidences renforcées): La capacité institutionnelle et technique de collecte et d'analyse des données est renforcées pour mieux renseigner le processus de décision et la formulation des politiques dans les domaines de la dynamique démographique, de la jeunesse, de l'égalité des sexes et de la santé de la reproduction.

Le programme prend prioritairement en compte les populations vulnérables, en particulier les femmes en âge de procréer, les adolescentes et les jeunes. Ses stratégies de mise en œuvre sont axées sur :

- le renforcement des capacités institutionnelles et techniques (structures, acteurs, prestataires, bénéficiaires) ;
- le renforcement du plaidoyer, du dialogue de politique, de la communication ;
- la promotion de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et ;
- le partenariat.

Les principaux partenaires sont : les départements ministériels, les Agences du SNU, les ONGs et Réseaux.

La gestion du programme s'articule autour des trois principes fondamentaux : le leadership national, l'appropriation nationale et le développement des capacités nationales. La mise en œuvre privilégie

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

La coordination du programme, est basée sur les mécanismes définis dans l'UNDAF et communs au SNU :

- le Comité de pilotage au niveau politique;
- le Comité Technique Mixte Gouvernement/SNU au niveau technique et opérationnel;
- le Comité technique composé des partenaires clés et ;
- deux Comités de suivi thématiques des Plans de travail annuels.

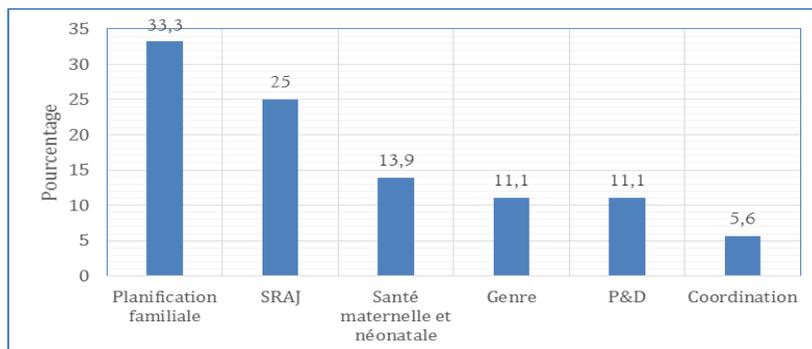
Au titre de la gestion financière du programme, des plans de travail annuels et des lettres d'intention constituent les bases de financement des interventions du Programme. Ainsi, la signature de ces deux documents représente un préalable pour toute transaction avec un partenaire d'exécution. Aussi,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

3.2.3 Structure Financière du Programme

3.2.3.1 Répartition par composante et sources des revenus du programme

Le 8^e programme de coopération UNFPA-BENIN a prévu un montant total d'environ 18 millions de dollars US. La moitié concerne les ressources ordinaires et l'autre moitié est à mobiliser sur d'autres ressources. La figure ci-dessous présente la répartition par composante de montant prévisionnel de l'assistance. Elle révèle que sur les 18 millions, le tiers environ serait consacré à la planification familiale (PF : 1/3) ; le quart à la santé sexuelle et reproductive adolescents et jeunes (SSSARJ : 1/4).

Graphique 3.1 : Répartition de la part de budget de l'UNFPA en millions de USD

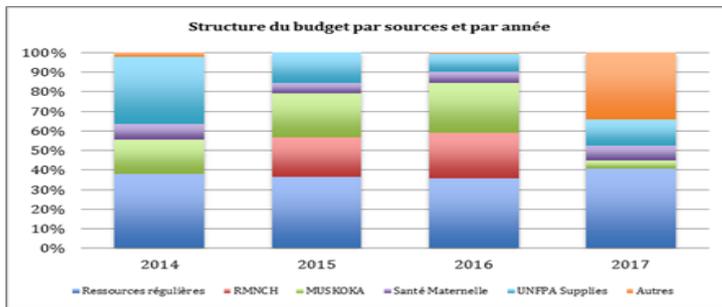


3.2.3.2 Répartition budget du programme par sources et par année

Les ressources régulières ont contribué au budget du programme à hauteur de 35% à 40% en moyenne chaque année. Les sources autres que régulières sont:

- UNFPA Supplies: environ 30% pour la première année puis entre 10 et 15% pour les autres années
- Le fonds MUSKOKA: 15% pour la première année puis environ 20% pour les deux années suivantes et moins de 5% pour 2017.
- RMNCH: entre 20 et 24% en 2015 et 2016
- La santé maternelle: environ 5% par an
- Des ressources nouvelles en 2017 (34%), notamment les fonds Belge et Hollandais qui représentent 11% et 23% respectivement du budget total de l'année

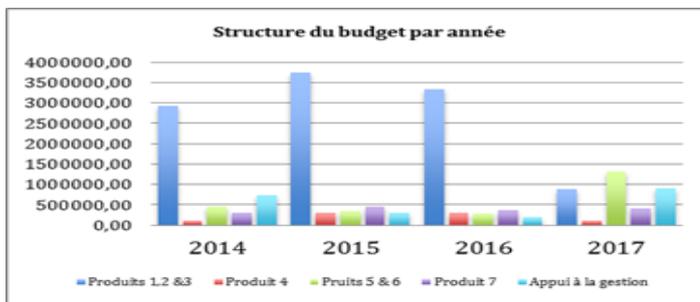
Graphique 3.2 : Structure du budget par source et par année



3.2.3.2 Répartition budget du programme par produit et par année

L'analyse de la structure du budget par composante et par année selon les regroupements: Produits 1, 2 & 3; Produit 4; Produits 5 & 6; Produit 7 et Appui à la gestion de cette décomposition, montre que les produits 1, 2 & 3 (Santé maternelle et PF) concentrent plus de la moitié des prévisions pour les trois premières années.

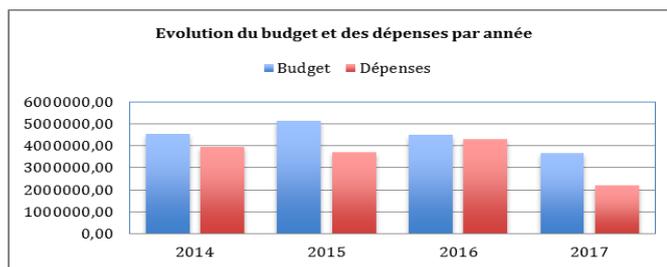
Graphique 3.3 : Structure du budget par année



3.2.3.3 Exécution du budget du programme par année et par produit

L'analyse de l'évolution du budget et des dépenses par année indique que le budget annuel du programme pays a été d'environ 4,5 à 5 millions de dollars US, pour les trois premières années, avec une baisse à 3,7 millions pour l'année 2017. Les niveaux de dépense sont également variables, entre 3,8 millions en 2015 et 4,2 millions en 2016. Les dépenses en 2017 évaluées au 30 Juin 2017, représentent respectivement plus de 50% des dépenses des années antérieures.

Graphique 3.4 : Evolution du budget et de la dépense (2014-30Juin2017)



CHAPITRE 4 : RESULTATS – REPONSES AUX QUESTIONS D’EVALUATION

Le chapitre 4 présente les résultats obtenus. Les réponses apportées par l'évaluation s'appuient sur les sources documentaires, les entretiens et les groupes de discussions dirigées. Pour une question d'évaluation donnée, le travail propose les constats faits concernant les hypothèses démonstratives. La performance du PP8 concernant les critères et questions d'évaluation est déterminée sur l'échelle de Likart comme suit :

Tableau 4.1 : Grille d'appréciation du niveau de performance des indicateurs du programme

SCORE	NIVEAU DE PERFORMANCE	EQUIVALENTS
5	Excédentaire	Excessif-ive
4	Excellent	Exhaustif, Complet (-ête)
3	Bon(ne)	Satisfaisant, Suffisant
2	Passable	Plus ou moins satisfaisant ; mitigé(e)
1	Faible	insatisfaisant(e) ; Insuffisante(e)
0	Nul(le)	Inexistant(e)

4.1 Réponse à la question d'évaluation 1 sur la pertinence du 8ème PP

Question d'évaluation EQ1 : Le programme pays est-il : (i) Adapté aux besoins de toutes les catégories de la population cible ; (ii) En lien avec le mandat et la stratégie de UNFPA ; (iii) Adéquat pour contribuer aux priorités nationales exprimées dans l'UNDAF et son plan d'action commun (iv) Cohérent au niveau de l'adéquation entre les interventions et les résultats attendus ?

La EQ1 trouve réponse dans la vérification des deux hypothèses suivantes : (H1) Le programme pays adresse de manière suffisante les besoins de toutes catégories de population cible, et les priorités nationales selon le mandat et la stratégie de l'UNFPA et (H2) Le programme pays a prévu des interventions adéquates par rapport aux résultats attendus.

4.1.1 Prise en compte des besoins des populations cibles et des priorités nationales (H1-EQ1)

La vérification de l'Hypothèse 1 se fait à travers 3 indicateurs analysés dans les sections suivantes.

4.1.1.1 (I1) Existence d'une analyse des besoins avant la planification des interventions

Au cours de l'élaboration du 8^{ème} PP, une analyse des besoins reposant sur la revue de documents stratégiques nationaux et internationaux et de politiques sectorielles a été faite : PNDS 2009-2018 ; DSRP 2011-2015 ; EDS IV ; RGPH 4 ; MICS 2014 ; stratégie nationale de passage à l'échelle pour l'assurance qualité en santé au Bénin 2010 - 2015 ; stratégie nationale multisectorielle SSRAJ 2010-2020 ; PNPG 2009 ; Plan d'action national PF 2014-2018 ; Agenda CIPD ; Nomes et pratiques ICM ; etc. Cette analyse davantage institutionnelle a été complétée par des consultations communautaires avec les OSC, des missions et visites de terrain par des équipes de l'UNFPA. Une enquête de base a été réalisée au démarrage du programme. Le rapport de ladite enquête a été discuté et validé avec les parties prenantes au cours d'un atelier en 2014. Au niveau périphérique, les partenaires de mise en œuvre du programme, bien que ne disposant pas toujours d'informations relatives à l'analyse des besoins, reconnaissent la pertinence du 8^{ème} programme. Il ressort des déclarations que les activités mises en œuvre par les institutions et ONG partenaires du programme intègrent bien des thématiques (SONU, FO, PF, VBG/égalité de genre, SSR adolescents et jeunes, production des données pour la planification du développement pertinentes) qui n'ont pas été prises en compte. Il ressort qu'au préalable de la planification, une analyse des besoins des cibles de l'UNFPA a été faite.

4.1.1.2 (I2) Couverture non exhaustive des besoins identifiés durant la période évaluée

La plupart des besoins identifiés par l'analyse ont été couverts. Les activités mises en œuvre par les ONG couvrent bien les besoins réels observés sur le terrain, notamment dans les zones rurales. Les déclarations à cet égard sont en cohérence avec les thématiques prioritaires dégagées par l'analyse de la situation (CCA, UNDAF). Mais il existe des besoins non couverts, relatifs : au non fonctionnement du centre multifonctionnel de Malanville, à l'interruption de l'appui au monitoring des SONU, au retard dans opérationnalisation des comités POS/VBG qui doivent appuyer aux comités les hommes s'engagent, à la faible couverture des CPN et la faible fréquentation des centres de jeunes par les filles.

Au plan géographique, le 8^{ème} PP couvre le territoire national en matière de PF et de collecte de donnée. La couverture partielle concerne : les activités de SONUB et de SOUC, qui sont concentrées dans 17 zones sanitaires, les activités de FO réalisées dans 8 hôpitaux et de SSR des adolescents et des jeunes dans 7 communes. Pour la plupart des zones sanitaires couvertes par le 8^{ème} programme, la stratégie avancée et les consultations foraines ont été les deux approches utilisées pour toucher les localités éloignées et/ou enclavées. En réponse à l'enclavement, le programme a, par exemple, doté la Zone Sanitaire Adjohoun-Bonou-Dangbo de deux barques cliniques mobiles. Il convient de souligner que la couverture nationale peut être atteinte dans le contexte d'une perspective de complémentarité effective, que le gouvernement et les agences du SNU, peuvent impulser.

4.1.1.3 (I3 & I4) Prise en compte suffisante du mandat et de la stratégie de l'UNFPA et des priorités nationales exprimées dans l'UNDAF et son plan d'action commun

Les produits et interventions du CPD ont été identifiés sur la base des prévisions du plan stratégique 2014 - 2017 de l'UNFPA. La planification des interventions du 8^{ème} programme a été faite sur la base des plans sectoriels et des séances de planification sectorielles. Cette planification repose sur les priorités identifiées et validées collégialement, avec les partenaires de mise en œuvre. Les 7 produits du programme, tous liés aux effets de plan stratégique de l'UNFPA, ont été assortis à quatre des six effets de l'UNDAF 2014-2018 (Effets 2, 3, 4 et 5) auxquels ils sont alignés et contribuent. Le tableau 4.2 montre l'alignement entre les produits du CPD2014-2018, les effets du PS2014-2017.

Tableau 4.2 : Concordance entre produits CPD2014-2018, Effets PS2014-2017 et Effets UNDAF2014-2018

Produit CPD	Effets PS UNFPA2014-2017 (X)				
	1	2	3	4	5
1 SONU améliorés	X	Y			
2 FO-mieux gérés	X	Y			
3-PF-Communautaire améliorée	X	Y			
4 Réponse VBG Renforcée			X	Y	
5 (PF-Jeunes accrue		XY			
6(SSR-Ado/Jeunes Marginaux améliorée		X	Y		
7 Décisions & Politiques aux évidences renforcées)				X	Y
	1	2	3	4	5
	Effets UNDAF 2014-2018 (Y)				

Sources de données: CPD 2014-2018, PS UNFPA 2014-2017 & UNDAF 2014-2018

La pertinence du 8^{ème} PP est jugée élevée pour les produits SR, qui sont directement liés à l'effet 1 du plan stratégique de l'UNFPA et au 2^{ème} axe stratégique de l'UNDAF, et aux préoccupations gouvernementales.

Pour le PNDS, le domaine stratégique 1 s'intitule aborde en son programme 2 dénommé une série d'interventions visant à réduire le ratio de mortalité maternelle, le taux de mortalité néo-natale, la mortalité et la morbidité infanto juvénile.

S'agissant du Plan d'action national budgétisé pour le repositionnement de la planification familiale 2014-2018 au Bénin, il aborde en sa section 5 les stratégies et activités pour : (i) améliorer la demande des services

de PF ; (ii) renforcer l'offre des services de PF ; (iii) rendre l'environnement habitant pour les services de PF et (iv) améliorer le suivi et la coordination des interventions en PF.

Pour réduire le taux de mortalité maternelle élevé (347 décès pour 100 000 naissances vivantes), le 8^{ème} PP a identifié l'accès aux SONU de qualité comme une stratégie efficace, en mettant un accent sur l'équipement et la dotation en intrants des formations sanitaires, le renforcement des capacités des ressources humaines.

Du fait de la faible prévalence contraceptive, les interventions en matière de promotion de la PF ont bénéficié d'une couverture nationale, touchant aussi bien les jeunes que les femmes.

Le programme a soutenu la sécurisation des produits de santé de la reproduction (renforcement des capacités des formations sanitaires sur le logiciel CHANNEL et les outils de gestion, l'approvisionnement et le suivi de la gestion des produits SR).

La prise en compte des femmes des zones rurales enclavées et/ou éloignées est assurée à travers la mise en place de structures SONUB dans des FOSA périphériques comme à Affamè (Bonou) et à Garou (Malanville), ce qui permet aux femmes de ces localités de bénéficier de soins et d'accouchements assistés.

Les interventions du programme ont également touché des femmes porteuses de fistules, qui ont souvent des besoins de prise en charge médicale et d'accompagnement pour la réinsertion socio-économique.

L'extension de la PF au niveau communautaire a été possible grâce aux efforts des acteurs communautaires. Les interventions ici sont caractérisées par le plaidoyer, la CCC et la mobilisation sociale.

Les interventions concernant composante Genre, ont également été aussi jugées pertinentes. Le produit relatif à l'Égalité de genre et les droits humains est lié au 3^{ème} effet du plan stratégique de l'UNFPA et à l'axe stratégique 5 de l'UNDAF, aux priorités nationales définies dans la Politique Nationale de Promotion du Genre de 2009, au SCRIP 2011-2015, aux OSD 2011-2016 et aux engagements internationaux et régionaux qui consacrent l'égalité et l'équité de genre.

Ces priorités se traduisent par l'impératif d'une réponse améliorative sur les problèmes⁸ suivants : (i) une inégalité de statut dans la famille et dans la société ; (ii) une forte prévalence des violences basées sur le genre et des MGF ; (iii) une jouissance inégale des droits.

Le 8^{ème} PP s'est également avéré pertinent concernant la composante population et développement. Le produit 7 répond à l'effet 4 du plan stratégique de l'UNFPA et à l'axe stratégique 5 de l'UNDAF.

Au plan national, le programme a soutenu la prise en compte des besoins en données sociodémographiques utiles pour la planification du développement. En particulier, l'appui technique et financier pour le traitement et l'analyse des données du RGP4.

Le programme a également introduit le concept de dividende démographique dans l'analyse des questions de P&D à travers les activités suivantes :

- la formation du staff SNU sur le dividende démographique ;
- le plaidoyer en direction du gouvernement pour une meilleure appropriation du concept et son intégration dans les politiques et programmes de développement ;
- la formation des cadres du ministère du Plan & Développement, du Ministère de l'Éducation, du Ministère de la Santé et des cadres de l'INSAE sur le concept du dividende démographique.

On voit donc que les interventions du 8^{ème} PP sont globalement pertinentes et en cohérence avec les priorités nationales béninoises. Elles correspondent aux domaines d'action prioritaires de l'UNFPA et sont en lien avec le Plan stratégique 2014-2017 de l'UNFPA et les axes stratégiques de l'UNDAF 2014-2018.

Conclusion partielle 1, EQ1

⁸ Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale, 2009, Les violences faites aux femmes au Bénin, 220 p.

Le programme pays a présenté une bonne performance concernant la prise en compte des besoins de la population cible, et des priorités nationales selon le mandat et la stratégie de l'UNFPA. Une analyse des besoins des cibles prioritaires de l'UNFPA (les femmes et les filles), prenant en compte le mandat de l'UNFPA et les priorités nationales exprimées dans l'UNDAF, a été réalisée. Toutefois cette identification n'a pas intégré toutes les spécificités des sous-groupes marginalisés parmi les cibles prioritaires de l'UNFPA (adolescents et jeunes de la rue, adolescents et jeunes en situation de handicap, adolescents et jeunes consommateurs de drogues)

4.1.2 Adéquation des interventions par rapport aux résultats attendus (H2-EQ1)

L'Hypothèse 2 de l'EQ1 est vérifiée par les indicateurs suivants : (I₁) et (I₂). Les interventions prévues sont à la hauteur des résultats prévus.

4.1.2.1 (I1) Bonne performance dans l'équilibrage des résultats prévus et des interventions prévues

Treize (13) paquets de résultats ont été prévus dans le CPD pour l'ensemble des sept (7) produits du 8^{ème} PP dont douze (12) ont été portés par des interventions spécifiques. Le seul résultat qui n'a pu être porté par des interventions spécifiques est intitulé "*L'application du plan de formation pour le perfectionnement professionnel sur le lieu de travail des soignants*". Dans la perspective d'une qualité améliorée des soins de SMNI/SSRAJ visée par l'EPP8, la stratégie du tutorat reste un besoin exprimé que le programme n'a pu couvrir.

4.1.2.2 (I2) Performance passable dans l'équilibrage entre interventions et résultats prévu(e)s

Un certain nombre d'indicateurs de cette composante sont des indicateurs de processus. Ces indicateurs ont été globalement été super-performants, sans que cela ne puisse refléter de changement sur les produits attendus. Les interventions prévues sont suivies par des indicateurs tantôt d'extrant et tantôt de produit. L'équilibre entre la nature des interventions, leur volume, leur couverture et les produits attendus du CPD est modéré. Les interventions telles que la formation, la CCC et la distribution des intrants de PF et de condoms n'ont pas été à la dimension des résultats recherchés.

Les formations déployées sous la forme d'atelier non pas permis de garantir systématiquement la compétence envisagée au niveau des prestataires. Concernant les SONU, l'UNFPA a appuyé la capacitation de 20 FS/125FS (p.10 ; Rapport SONU_BENIN 2016). Contrastant avec le reporting du programme de 2016 déclarait 51 FS renforcées dispensant les SONU, l'évaluation SONU 2016⁹, n'en a qualifié que 6.

L'UNFPA doit fournir 25% de la cible PF en produits et services de contraception, selon le Plan d'Action National la PF. Cela se traduit en 55600 nouvelles acceptantes de la PF à couvrir. Avec une réalisation de 167 530, la performance est de 452%. Ce qui souligne une planification et une mise en œuvre surdimensionnée par rapport aux résultats prévus.

L'accompagnement de la mise en œuvre a présenté des limites au niveau du montage et de l'implémentation du programme. Les dysfonctionnements de la chaîne d'approvisionnement et l'impréparation de la partie nationale ont induit une réponse réactive du programme quand leur effet d'obstacle s'est imposé à la mise en œuvre.

Ainsi, en réponse aux ruptures de stocks qui ont cours en périphérie, l'UNFPA a commis des ONG tel GRAFED et OSV Jordan pour suppléer le déficit d'approvisionnement.

Les difficultés de fonctionnement des comités SOP/ VBG à cause du déficit du financement public, n'ont pu être résolus par les solutions d'accompagnement déployées par le programme.

Conclusion partielle 2 EQ1

⁹ Evaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au Bénin, Décembre 2016

Le programme pays a prévu des interventions quasi-adéquates par rapport aux résultats attendus. Presque tous les résultats (12/13) sont portés par des interventions. Cependant, il se trouve des interventions dont le montage et la mise en œuvre ne garantissent pas de facto l'atteinte des résultats escomptés ; parmi lesquelles les formations en pratiques médicales, l'appui aux services SONU, le plaidoyer/accompagnement de la mise en œuvre. Inversement, les prévisions/actions PF ont été surdimensionnées par rapport aux résultats attendus au plan national pour l'UNFPA.

4.2 Réactivité du 8ème Programme de Pays

Question d'évaluation EQ2 (Réactivité) : Comment le bureau pays a-t-il pris en compte l'évolution des besoins des populations cibles (adolescents/jeunes et femmes) dans la planification continue et dans la mise en œuvre ?

La EQ2 est adressée par les deux hypothèses suivantes : (H1) Le bureau de pays a su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification continue du Programme et (H2) Le bureau de pays a su s'adapter à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la mise en œuvre de toutes les interventions appuyées dans le cadre du Programme.

4.2.1 Adaptation de la planification face à l'évolution des besoins des populations cibles (H2-EQ2)

Hypothèse 1 : elle est vérifiée par les 2 indicateurs analysés ci-dessous.

4.2.1.1 (I1) Absence de changements majeurs durant la mise en œuvre du programme, quelques événements mineurs affectant les besoins d'une partie des populations cibles

Il n'a pas été enregistré de changement majeur au cours de la mise en œuvre du programme, qui soit de nature à perturber la continuité des interventions de l'UNFPA. Quelques événements d'envergure limitée ont été toutefois enregistrés. Il s'agit des inondations et crues cycliques enregistrées chaque année dans un certain nombre de départements tels que l'Ouémé, le Couffo, le Mono, l'Alibori et le Zou ; des incendies à petite échelle ont été également enregistrés par endroit (Commune d'Adjohoun) ; des épidémies virales qui ont affecté l'offre des soins de santé.

4.2.1.2 Ajustement minimal de la planification adéquat pour intégrer les changements survenus

Malgré l'absence d'une crise humanitaire majeure, le bureau a contribué activement à l'élaboration des plans de contingence inter-agence, du plan de contingence national, et du plan de réponse du Bénin face à l'épidémie à virus Ebola (2014 UNFPA Annual Report, p.12).

Pour faire face aux inondations/crues et aux incendies, il y eu a introduction de nouvelles activités et approches dans les plans opérationnels pour assister les populations sinistrées : consultations foraines et stratégies avancées pour renforcer l'offre de soins à ces communautés, consultations gratuites suivi de distribution de kits d'hygiène ; cas de Garou dans la commune de Malanville et de Gbéko dans la commune de Dangbo. Cette capacité de réaction repose sur l'existence d'un Plan de Protection pour Urgences Humanitaires à jour. Des prévisions conséquentes sont inscrites dans les PTA du bureau, sur les fonds sécurisation, des ressources pour les urgences humanitaires. L'exécution a été suivie et recadrée par les revues périodiques et la supervision.

S'agissant de la fièvre hémorragique Ebola, des actions ponctuelles ont été menées au niveau des structures de référence de prises en charge. Des actions de sensibilisations ont été menées à l'endroit de la population, des actions également en appui en équipements pour apporter des réponses appropriées aux victimes.

Conclusion partielle 1 EQ2

Le bureau de pays s'est adapté de manière suffisante à l'évolution des besoins des populations cibles (Adolescents/jeunes et femmes) dans la planification continue du programme. La mise en œuvre des

interventions n'a pas connu de changements majeurs affectant de manière substantielle les besoins des populations cibles. Les quelques changements mineurs constatés par endroit (inondations, incendies, épidémie de la fièvre hémorragique à virus Lassa) ont bénéficié d'un ajustement minimal adéquat aux besoins exprimés par la partie nationale. Sans que cela ne soit directement imputable au PP8, de l'insatisfaction sur la quantification des besoins et la couverture des riverains a été notée chez certains acteurs et membres de la communauté.

4.2.2 Adéquation des interventions par rapports aux résultats attendus (H2-EQ2)

L'Hypothèse 2 de l'EQ2 : Elle est vérifiée au moyen de 3 indicateurs supra.

4.2.2.1 (I1) Effectivité d'interventions spécifiques pour faire face aux changements survenus

Des interventions spécifiques ont été effectives, en réponse aux changements induits par les événements humanitaires mineurs ayant eu cours entre 2014 et 2017. La spécificité de ces interventions est mise en évidence par l'analyse de concordance entre les incidents, les changements survenus et les actions (tableau 4.3).

Tableau 4.3 : Incidents humanitaires, changements consécutifs, réponse du PP8 UNFPA/Bénin

Incidents	Changements survenus	Interventions/actions
Inondations/crués	<ul style="list-style-type: none"> Coupure des populations touchées du reste de la zone sanitaire ou de la commune Inaccessibilité géographique des sinistrés à l'offre de services de soins 	<ul style="list-style-type: none"> Mise à disposition de logistique de transport pour l'évacuation des urgences Dotation de la zone sanitaire ABD de deux barques cliniques mobiles Dotation de la ZS Abomey -Calavi So-Ava d'une barque clinique mobile Offres de kit d'urgence Offres de service en stratégie avancée Consultations foraines
Epidémie de la fièvre hémorragique à virus Lassa Epidémie de Choléra	<ul style="list-style-type: none"> Psychose tant au niveau des acteurs de la santé qu'au niveau des populations touchées. Faible fréquentation des structures sanitaires dans lesquelles ces cas sont traités 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du système d'alerte précoce Appui à la prise en charge médicale des victimes (appui en équipements) et à la réduction des possibilités d'infection humaine Gestion de la désorganisation sociale par des actions de sensibilisation des populations touchées par l'épidémie.
Incendie de Tori Incendie du marché de Dantokpa	<ul style="list-style-type: none"> Affaiblissement circonstanciel du pouvoir d'achat des sinistrés avec pour conséquence l'incapacité à faire face aux besoins de soins 	<ul style="list-style-type: none"> Mise à disposition de logistique de transport pour l'évacuation des urgences Appui à la prise en charge médicale des victimes (appui en équipements) Offres de kit d'urgence

4.2.2.2 (I2) Pertinence (qualité/quantité) satisfaisante (bonne) des interventions mise en œuvre face aux changements survenus

Les données recueillies sur différentes sources concordent sur le fait que les interventions en réponses aux changements mineurs survenus dans les différentes zones sanitaires ont été appropriées et de qualité.

(a) Pertinence de la réponse à la nature des différents changements ayant affecté les populations

En réponse aux problèmes d'hygiène, d'enclavement, de SSR en situation d'urgence, l'UNFPA appuyé la distribution de Kits d'hygiène, des prestations en stratégie avancée pour offre gratuite de soins aux victimes,

des consultations foraines (PF, CPN, IST/VIH, surveillance SONU, CCC, Counseling) et la mise à disposition de barques motorisées pour la couverture des zones lacustres coupées d'accès par les crues/inondations (Rapport de progrès des ONG partenaires du programme).

(b) Complétude des intrants et prestations nécessaires selon le poids démographique

Pour les différents changements enregistrés, les groupes ou cibles frappés par la crise ont dans une large mesure bénéficié des services prévus. L'UNFPA, suivant plusieurs sources a fourni les intrants, quantifiés et requis par la partie nationale. Dans certaines zones sanitaires (ZS ABD), cependant, concernant surtout les inondations, les acteurs ont relevés que l'appui était parfois insuffisant par rapport aux besoins.

(c) Promptitude et continuité nécessaire

Les acteurs les victimes d'inondation déclarent l'UNFPA avait promptement réagis en faisant des dotations en kits d'hygiène et de protection.

En ce qui concerne la fièvre hémorragique à virus Lassa, il ressort des déclarations des acteurs (MCZS PN, acteurs communautaires) du département du Borgou (département le plus touché par l'épidémie en 2016 avec 16 cas de décès sur 28 pour tout le pays) que la riposte a, d'une part, manqué de promptitude et d'autre part que les actions qui devraient être menées au niveau des relais communautaires n'ont pas été effectives. De point de vue d'un acteur institutionnel de la zone concerné, le programme s'est contenté d'apporter des actions ponctuelles au niveau des structures de référence de prise en charge. Mais la communauté est restée livrée à elle-même.

L'on peut noter que la communication et à la sensibilisation de la population ont été déficitaire, puisque, qu'on continue d'observer les mauvaises pratiques déplorées.

4.2.2.3 (I3) Exhaustivité de la continuité des interventions de routine du programme

L'on a observé une continuité des interventions de routine dans toutes les zones sanitaires cibles, au cours incidents humanitaires mineurs. Il faut toutefois noter, du point de vue des cadres des BZS et des prestataires de santé, qu'après les crues/inondations, il s'est toujours trouvé un délai d'inaccessibilité complète du fait d'infranchissables bourbiers résiduels, compromettant jusqu'à l'accès à pied. Ce problème a été partiellement adressé par la mise en place du dispositif minimum d'urgence dans les ZS, y compris le pré-positionnement des kits minimum d'urgence dans les sites de prestation des services.

Conclusion partielle 2 EQ2

L'on relève une bonne adaptation du bureau pays à l'évolution des besoins des populations cibles. Des réponses appropriées ont été apportées aux requêtes exprimées par la partie nationale pour les populations sinistrées/victimes. Toutefois, dans certaines ZS les appuis ont été déclarés insuffisants au vu de l'envergure des besoins à couvrir. Les populations riveraines n'ont pas été prises en compte. Il y a eu des intervalles d'inaccessibilité complète des communautés en zones inondables du fait des bourbiers résiduels. La promptitude et la continuité de la réponse ont varié de l'excellence (inondation) à la relativité (Lassa).

4.3 Réponse à la question d'évaluation 3 sur l'efficacité du 8ème PP

Question d'Évaluation 3 (EQ3) : Efficacité du programme : « Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il fait bon usage de ses ressources financières, humaines, matérielles et techniques et a utilisé une combinaison appropriée d'outils et d'approches dans la réalisation des résultats définis dans le Programme Pays? ».

Deux hypothèses ont été formulées pour y répondre : L'utilisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières disponibles a suffisamment contribué à l'atteinte des résultats (H1); La combinaison d'outils et d'approches utilisée par le Bureau de Pays a été suffisamment appropriée pour

atteindre les résultats définis dans le Programme Pays (H2) et Le système de M&E a suffisamment orienté et accompagné la mise en œuvre vers et conformité et l'efficacité» (H3).

4.3.1 Contribution de l'utilisation des ressources à l'atteinte des résultats (H1-EQ3)

L'Hypothèse 1 est vérifiée au moyen de 3 indicateurs :

4.3.1.1 (I1) Alignement passable entre l'investissement des ressources humaines et le niveau d'atteinte des résultats

En droite ligne avec sa politique de « faire faire », le BP a procédé au renforcement des capacités aussi bien du personnel d'encadrement que des prestataires de services, et ce pour l'ensemble des interventions. Les partenaires de mise en œuvre ont dans cette perspective été identifiés au préalable, sur la base de compétences ciblées. Les différents PTA ont été libellés sous forme d'activités à réaliser avec budget. Certaines activités, comme l'intégration de la SR au curricula de formation des formations sanitaires, l'appui au renforcement des capacités dans les domaines de la SR et les SONU, ont été exécutées directement par le BP. Mais ces activités restent marginales par rapport à celles qui échoient aux partenaires de mise en œuvre. La répartition des ressources est présentée ci-dessous :

Tableau 4.4 : Progrès sur le renforcement des capacités entre 2014 et le 30 juin 2017

Renforcement de capacité	Prévisions	Réalisations	Performance
Soignants formés aux SONU	162	312	192,6%
Soignants formés au traitement des FO	26	32	123,1%
Soignants formés aux techniques de la PF	168	207	123,2%
Volontaire communautaires formés à la distribution communautaire des contraceptifs	830	1129	136,0%
Soignant formés à la gestion logistique des articles de SR	80	93	116,3%
Personnes formée à la PF et l'application de l'éducation sexuelle	84	744	885,7%

Sources de données: SIS UNFPA BENIN, 2017

L'on peut aisément constater que le niveau de réalisation des prévisions est généralement au-delà des attentes, ce qui témoigne d'une bonne performance du programme. Ces statistiques, quoique positives, cachent mal quelques limites qui ont été soulignées par les parties prenantes, relativement aux ressources humaines formées. Dans plusieurs formations sanitaires visitées, certains personnels formés n'étaient plus opérationnels pour diverses raisons : les mutations, les démissions. Ce qui affecte la qualité et l'offre des services. Quand bien même les intrants étaient disponibles, plusieurs FOSA périphériques ne disposent pas ou pas assez de personnels qualifiés. Plusieurs ASC abandonnent les activités à cause du manque de compensations financières.

4.3.1.2 (I2) Alignement satisfaisant (bon) entre l'investissement des ressources matérielles et le niveau d'atteinte des résultats

L'une des principales actions du 8^e programme est la mise à disposition des intrants devant faciliter la mise en œuvre des diverses interventions. Le BP a mis à disposition du Ministère de la Santé du matériel, des équipements médicaux et des intrants pour les SONU, le VIH et des produits contraceptifs, qui ont été distribués du niveau central au niveau périphérique du système de santé, ainsi qu'aux partenaires de mise en œuvre pour l'exécution de leurs PTA. Un accent a été mis sur la SSR, en vue de la réduction de la mortalité maternelle. D'importants lots des produits ont été fournis (cf. tableaux 4.5 et 4.6).

Du matériel ludique et d'apprentissage (mobilier, ordinateurs, matériel de couture) a été également mis à la disposition du centre multifonctionnel des jeunes d'Adjohoun, ce qui n'est pas le cas dans d'autres localités

telles que Parakou et Bembèrèkè. L'investissement en matériels a été important mais pas toujours à la hauteur des prévisions, comme l'indique le tableau 4.5 ci-après.

L'évaluation a permis de constater l'effectivité de ces matériels et équipement au niveau des formations sanitaires et chez les partenaires d'exécution, qui manifestent tous une grande satisfaction à leur égard. Aucun matériel défectueux à la livraison, incomplet ou non fonctionnel n'a été enregistré par l'évaluation.

Plusieurs formations sanitaires ont indiqué avoir connu des ruptures de stock d'intrants, notamment concernant les produits contraceptifs. En 2015, 69% des points de prestation de services étaient en rupture de stock de contraceptifs au jour de l'enquête, selon l'enquête sur la sécurité des produits de santé reproductive au Bénin. Ce taux est passé à 59% en 2017 malgré toutes les mesures prises par le BP et la DSME. Ces ruptures sont essentiellement liées aux dysfonctionnements du système d'approvisionnement des formations sanitaires et une rupture dans la chaîne de communication avec les dépôts répartiteurs. Les délais de mobilisation des ressources ont, dans certains cas, retardé l'acquisition et la mise à disposition des équipements pour les FOSA et les centres multifonctionnels des jeunes (cas de Malanville). L'une des actions prises par le BP et l'OSV Jordan pour résoudre ce problème, est la mise à disposition d'un tricycle convoyant les médicaments auprès des FOSA.

Tableau 4.5: Quelques Matériels, équipements médicaux et intrants mis à disposition par le BP pour le compte du 8^{ème} programme

Matériels et intrants	Prévisions	Réalisations	Performance
Equipements/matériels pour maternité			
Ventouses obstétricales	-	837	-
Kits AMIU	-	865	-
LOGISTIQUE DE TRANSPORT			
Barques motorisées	2	2	100%
Ambulances	0	1	-
Véhicule pour supervision	3	3	100%
Médicaments/produits			
Nombre de traitements contraceptifs	1.634.730	1.363.487	83,4%
Nombre de préservatifs masculins	257.715	257.715	100,0%
Nombre de préservatifs féminin	9.536	2.000	21,0%
Intrants pour urgences			
Ordinateurs (fixes/portables)	19	8	42,1%
Serveurs de base de données	1	1	100,0%
Connexion internet	6	3	50,0%
Générateurs	2	2	100,0%
Kits audio/visuel de communication	13	2	15,4%

Sources de données: Plan Annuels 2014-2017, SIS/UNFPA

4.3.1.3 (I3) Alignement satisfaisant (bon) entre l'investissement des ressources techniques et le niveau d'atteinte des résultats

Pour les acteurs à différents niveaux, le BP a fourni une assistance technique à la hauteur des attentes. Le BP a contribué substantiellement à la réalisation de documents de normes et standards, de documents didactiques, de registres des données, de plateformes d'information, de matériaux de C4D pour les 7 domaines thématiques mesurés par les produits du programme. Ces documents de référence sont, pour la plupart, souvent disponibles auprès des parties prenantes et des prestataires, y compris communautaires. De même, les acteurs estiment que les formateurs et consultants mis à leur disposition sont généralement très compétents. Le tableau 4.6 propose un panorama des consultations réalisées et de leur validation/complétude.

Tableau 4.6: Validation/aboutissement des consultations réalisées de 2014 à juin 2017

Année	Nombre de consultations réalisées	Nombre de consultations validées/abouties	Performance
2014	20	20	100%
2015	26	25	91,1%
2016	33	32	96,1%
2017	13	13	100%
Total	92	90	97,8%

L'on peut observer une bonne performance de cette composante. L'activité la plus appréciée par les agents de santé, leurs superviseurs et les partenaires d'exécution est la supervision formative. Pour les superviseurs, la supervision formative permet d'améliorer immédiatement la qualité des prestations dans les formations sanitaires ainsi que la satisfaction des bénéficiaires. Pour les partenaires d'exécution, les supervisions formatives permettent d'améliorer la qualité des rapports d'activités mais aussi la qualité de la mise en œuvre des interventions sur le terrain. Elle facilite également la préparation des demandes de fonds et réduit considérablement les délais d'approbation et de mise à disposition des ressources.

4.3.1.4 (I4) Alignement entre l'investissement (qualité/quantité) des ressources financières et le niveau d'atteinte des résultats

Le budget initial du programme est de 18 millions de dollars US pour la période allant de 2014 à 2018. La répartition de ce budget sur les cinq composantes du projet est présentée sur le graphique ci-dessous. Il révèle que la PF bénéficie d'environ un tiers du budget global suivi de la santé reproductive des jeunes et adolescents (25%). Les trois autres composantes ont bénéficié de 11% à 14% du budget et la coordination environ 6%. Cette répartition est en conformité avec l'importance de chaque composante par rapport au plan stratégique de UNFPA, mais également aux besoins nationaux.

Graphique 4.1 : Budget par Produit du 7^{ème} PP UNFPA/Bénin

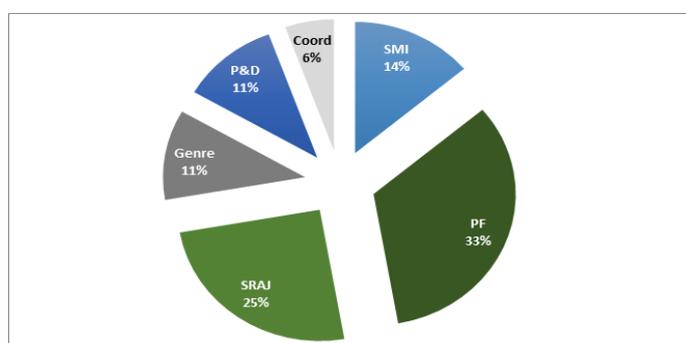


Tableau 4.7: Evolution des ressources (Budget, Mobilisations, Utilisation)

Année	Budget	Mobilisations	Taux de mobilisation	Utilisation	Taux de consommation
2 014	4 346 639	4 804 068	110,5%	4 154 697	86,5%
2 015	4 143 092	5 143 331	124,1%	3 726 484	72,5%
2 016	4 519 950	4 516 741	99,9%	4 327 245	95,8%
2 017	3 967 970	2 591 764	65,3%	1 751 454	67,6%
Ensemble	16 977 651	17 055 904	100,5%	13 959 881	81,9%

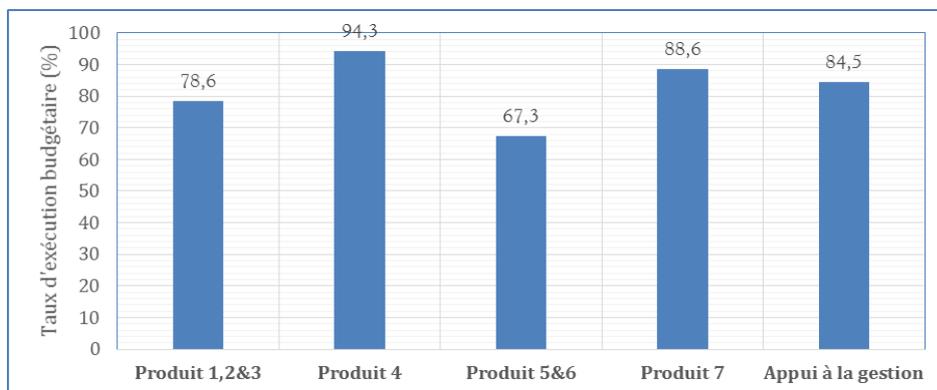
Sources de données: ATLAS/GPS, Octobre 2017

Le tableau ci-dessus présente les ressources du programme en termes de budget, de mobilisation et d'utilisation de Janvier 2014 au 30 Juin 2017. Les données indiquent que pour les deux premières années, les ressources mobilisées ont dépassé le budget. Pour la troisième année, il est presque en équilibre et à mi-chemin de la quatrième année, ce taux est de 65%. Pour ce qui est du taux de consommation, il varie de 68% à 96% environ avec une moyenne sur la période de 82%.

Les partenaires de mise en œuvre du programme sont globalement satisfaits de la gestion des PTA. Les ressources prévues sont généralement mises à disposition. Certains partenaires affirment cependant que les ressources ne sont pas toujours disponibles. Pour la plupart des partenaires de mise en œuvre, une fois les PTA signés, il faut attendre le troisième mois de l'année, voire le quatrième pour recevoir les premiers transferts. De même, dès la fin du troisième trimestre, les activités de clôture de compte démarrent, ce qui ne leur laisse que deux trimestres pour consommer réellement les fonds prévus pour quatre. Cette observation doit être pondérée par la logique de mise à disposition des ressources, en fonction de la capacité de consommation des partenaires : ceux qui ont une grande capacité de consommation reçoivent les ressources sur les quatre trimestres ; ceux qui ont une capacité moyenne reçoivent les ressources sur trois trimestre et ce qui ont de faibles capacités, les reçoivent deux trimestre sur quatre. In fine, le taux consommation du budget est en moyen d'environ 80%. Ce taux varie toutefois par partenaires et par produits. Il varie de 67% pour les produits 5 et 6 à 94% pour le produit 4.

Malgré la promptitude de la mise à disposition des ressources dès réception des requêtes des IP par le BP (au plus tard 2 semaines), les délais de soumission au niveau des IP affecte le calendrier financier et de mise en œuvre. Certains IP en l'occurrence les structures des Ministères, déposent des liasses comptables et techniques incomplètes et espèrent recevoir de nouveaux financements. La production des compléments grâce au suivi/relance du BP peut durer un (1) mois avant que le reste des pièces ne soient prêts. Les normes et principes de l'atlas rendent impossible tout nouveau financement avant justification complète du précédent.

Graphique 4.2 : Taux d'exécution budgétaire selon les produits



Conclusion partielle: L'utilisation des ressources humaines, matérielles, techniques et financières disponibles a **modérément** contribué à l'atteinte des résultats. Le programme a réussi à mettre à disposition du pays, des ressources matérielles, équipement et intrants en quantité suffisante pour atteindre les résultats en matière de SONU et de PF. Cependant, des problèmes de disponibilité du personnel persistent au niveau des formations sanitaires, du fait de la rotation et des départs liés à des opportunités de carrière. Le renforcement massif des compétences a permis d'améliorer quantitativement et qualitativement les ressources humaines. Les ressources techniques mises à disposition des partenaires de mise en œuvre sont très appréciées. Le programme a également réussi à mobiliser suffisamment de fonds par rapport à ses prévisions initiales.

Certains obstacles contraignent la mise à disposition des fonds à temps pour l'exécution des activités. Le calendrier d'exécution en est affecté.

4.3.2 Adéquation des outils et approches pour l'atteinte des résultats (H2-EQ3)

L'Hypothèse 2 de l'EQ3 postule est vérifiée par les indicateurs analysés infra.

4.3.2.1 (I1) Adéquation satisfaisante du niveau d'intégration des services pour l'atteinte des résultats

L'intégration des services est l'une des priorités du Bureau pays. Ce qui a pour conséquence le fait que dans la quasi-totalité des interventions, les opportunités d'intégration sont recherchées et recommandées aux partenaires de mise en œuvre. Sur le terrain, l'intégration des services est constatée dans plusieurs domaines. Par exemple, pour le counseling en matière de PF, les prestataires ont déclaré systématiquement inclure les questions sur le VIH. La PF est également intégrée de manière systématique aux consultations post-natales. Le dépistage du VIH dans le cadre du suivi prénatal est également un acquis. Il en est de même dans la mise en œuvre de la SSRAJ. Pour ce qui est des VBG, divers corps de métier collaborent pour la prise en charge des victimes, notamment la santé, l'action sociale, la police/gendarmerie et la justice. Ces différentes formes d'intégration sont conçues au niveau central, mises en œuvre aux niveaux intermédiaire et périphérique.

Dans le cadre des programmes conjoints, les intérêts croisés des agences induisent une pluralité des indicateurs qui émettent le suivi et le reporting. De même l'absence de certains indicateurs dans les systèmes nationaux de suivi (CCC, FO, VBG en santé ; discrimination des VBG dans le système des données du Ministère et des PPS en charge du genre) introduit des outils et opérations de collecte et exploitation verticale. La verticalisation de l'action sous la forme de programmes différenciés démultiplie les outils de collecte et les documents de référence pour bonne pratique. La tâche des personnels en ressort complexifiée. Le facteur d'erreur s'en trouve aggravé, d'où des problèmes de fiabilité des données ; lequel est complexifié par la prépondérance de l'exploitation manuelle dans un contexte de faible informatisation partielle.

En somme, le niveau d'intégration des services résultant est **quasi-suffisant** d'une manière générale

4.3.2.2 (I2) Adéquation satisfaisante des stratégies utilisées pour maximiser l'efficacité

Le 8^{ème} programme de coopération entre le Bénin et UNFPA a été élaboré pour démarrer le 1^{er} Janvier 2014. Il démarre environ deux ans avant les élections présidentielles de mars 2016. Compte tenu des perturbations électorales souvent enregistrées en contexte électorale au Bénin, notamment du fait de l'implication des acteurs du secteur public, le BP a choisie d'impliquer les acteurs de la société civile dans la mise en œuvre du programme à travers des PTA. Ce qui a permis d'éviter les difficultés d'exécutions liées à l'indisponibilité des acteurs étatiques. Ce choix a également rendu plus flexible la gestion du programme et permis d'atteindre plus facilement les objectifs de résultats. Les campagnes de masse et les stratégies avancées organisées par les différents prestataires de services de PF ainsi que l'utilisation des ONG comme relais d'approvisionnement en produits contraceptifs, ont permis d'augmenter assez rapidement le nombre de personnes couvertes et, d'une certaine manière, le nombre de nouvelles acceptantes de PF. L'utilisation des relais communautaires dans certaines localités a permis d'augmenter le nombre de cas de VBG déclarés. L'utilisation des regroupements des cadres de l'administration pour introduire des activités de formation et d'échanges sur la population a permis d'augmenter le taux d'exposition à ces problématiques. Ce qui a facilité leur intégration dans les documents stratégiques.

Les données suggèrent toutefois que les stratégies d'IEC restent superficielles et ne permettent pas de lever les résistances des populations lorsque celles-ci apparaissent. Elles suggèrent également que le BP reste relativement peu flexible en matière budgétaire. La gestion des procédures au niveau des administrations et les exigences pour la conformité de la planification et de la justification de la dépense, l'organisation et l'efficacité relative dans la mobilisation et la promptitude de la disponibilité des financements compromettent la mise en œuvre d'activités complémentaire censées booster les interventions prévues d'une part, et d'autre part l'optimisation du temps imparti pour la MEO. Par exemple, dans au moins deux cas, le BP n'a pas pu accompagner une demande de motivation de pairs éducateurs jeunes visant à booster la

couverture d'une campagne de communication. De l'autre côté les contraintes procédurales ont réduit à un semestre ou juste un peu plus, les périodes annuelles d'implémentation.

4.3.2.3 (I3) Degré d'harmonisation suffisant des outils et approches pour l'atteinte des résultats prévus

Les interventions du BP n'ont pas eu pour vocation de créer de nouvelles approches ou outils, mais plutôt de s'intégrer et de renforcer l'existant. L'existence d'un dispositif central de normes et outils permet d'harmoniser les pratiques et de collecter les informations nécessaires pour la gestion des différentes composantes du programme. Par exemple, les données utilisées dans le cadre des composantes SMI, PF et SRAJ sont celles du système national d'information et de gestion sanitaire. De même, les données produites pour la composante P&D sont issues des analyses de l'INSAE et reflètent les pratiques nationales. Au plan des approches, le BP s'intègre aussi parfaitement dans l'armature nationale en termes de SMI et PF où les normes sont celles définies par le ministère de la santé. En matière de VBG également, les SOPs ont été définies au plan national et constituent l'outil principal de gestion adopté par les partenaires de mise en œuvre du BP. Cependant, les contraintes de la multiplicité des programmes évoquées plus haut, les atteintes différentielles de suivi entre agence du SNU dans le cadre des programmes conjoints, les difficultés d'accès aux données sectorielles pour le suivi de certains indicateurs rendent difficiles la collecte et le rapportage.

Par ailleurs, vu la dotation disparate des PPS de service en RH compétentes, les approches de soins en matière de PF et de SONU sont altérées ici et là par le déficit de la compétence, des effectifs du personnel et de l'observance des bonnes pratiques. Les délais entre formation, fourniture en équipements et prestation ont induit d'importantes déviations par rapport à l'observance des pratiques au même titre que l'absence de personnel qualifié. L'interruption de certains financements (monitoring SONU) ou l'absence de certaines opportunités (FBR) créent aussi une disharmonie entre les approches de prestation des SONU et de la PF entre ZS et FOSA à capacités différentes d'appliquer la gratuité ou la compensation.

En définitive, il en ressort que le degré d'harmonisation des outils et approches est suffisant.

4.3.2.4 (I4) Capitalisation satisfaisante des opportunités de partenariat et de synergie

La mise en commun des ressources, lorsqu'elle est possible, constitue une source de démultiplication des résultats qui profitent à tous les intervenants. Dans le cadre du 8^{ème} programme, plusieurs opportunités de capitalisation ont été identifiées. Au niveau stratégique, l'UNDAF et l'UNCT sont les principaux mécanismes de synergie et de partenariat. L'UNFPA a mis en œuvre plusieurs projets, en partenariat avec d'autres agences du système des Nations Unies telles que l'UNICEF, dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, avec les fonds MUSKOKA, le PNUD, le PAM, la FAO et l'ONUSIDA.

Le programme a également développée plusieurs axes de collaboration avec d'autres partenaires. Il en est ainsi de la réalisation du MICS 2014 et plus récemment du financement de la feuille de route du dividende démographique pour lequel six partenaires (SWEDD, BM, AFD, Coopération Allemande et UNICEF) ont déjà annoncé leurs contributions au budget proposé.

Au niveau local, les formations sanitaires ont saisi l'opportunité des fonds FBR pour financer les campagnes de PF, s'approvisionner en produits PF et ainsi booster l'acceptation des méthodes contraceptives. A Parakou et Malanville, par exemple, l'équipe d'évaluation a identifié des cas où les relais communautaires, payés sur les d'autres fonds, ont été utilisés pour réaliser des activités relatives au programme de coopération. On doit toutefois signaler que le BP n'arrive pas toujours à mobiliser la contrepartie nationale. Il en est de même de la mobilisation des ressources privées locales.

La capitalisation des opportunités de synergie avec d'autres institutions a favorisé les surperformances observées, soutenues par l'implication des OSC.

4.3.3 Encadrement de la MEO vers les résultats par le Suivi-Evaluation (H3-EQ3)

L'Hypothèse 3 de l'EQ3 est analysée ci-dessous.

4.3.3.1 (I1) Adéquation du Dispositif Conceptuel et Technique du S&E pour orienter et accompagner le PP8

Le cadrage stratégique du suivi a été passable. On a noté des forces et des faiblesses d'importance.

Concernant les forces, l'on note :

(1) L'intégration du système de M&E du programme au système national de suivi et d'évaluation en place, assorti des budgets programmes depuis l'an 2000. Ce système repose sur l'approche GAR (Gestion Axée sur les Résultats) adoptée par le Bénin depuis 2005 (PSEPP2013-2015).

(2) L'exploitation d'une documentation de cadrage stratégique et opérationnel qui canalise le système de S&E. Cette documentation a contribué à l'élaboration du CPD, des documents des différents projets du PP8. Elle a aussi permis d'élaborer les PTA. Le S&E et ses outils, s'est également fondé sur les documents nationaux de référence (guides/manuels de S&E, outils de collecte).

(3) L'expertise M&E disponible au niveau stratégique dans les Ministères en charge de la planification nationale (Développement et Finances) et des directions des DPP des Ministères Sectoriels a été mise en contribution pour l'élaboration du cadre des résultats du programme.

Concernant les faiblesses, l'on relève:

(1) L'absence d'une planification stratégique et des limites dans la planification opérationnelle du PP8. L'on a ainsi constaté l'absence d'un plan de suivi-évaluation et la non prise en compte de la gestion des écarts dans la performance. On notera malgré la saturation des cibles prévues, le fait que certaines interventions ont été poursuivies (cf. indicateur 1 et 2 sur le renforcement des FOSA pour l'offre SONU, saturé depuis 2015 quasiment ; et l'indicateur 8 sur la mise en place d'OSC sensibilisant homme/garçons sur l'égalité des sexes, saturé depuis 2013), tandis que d'autres activités peinaient à être mise en œuvre ou à atteindre les cibles fixés. Certaines activités de S&E n'ont pas été menées ou ont insuffisamment été structurées. Dans certains cas, la rationalisation de la planification par rapport aux objectifs visés a été insuffisante. Par exemple, les stratégies de communication déployées ont été faiblement adaptées, pour la maîtrise des résistances sociales. De même l'omission de l'aménagement de cadres conviviaux pour les jeunes dans le réseau des FOSA a compromis l'efficacité sur le produit 6.

(2) Une faible appropriation de la GAR chez les acteurs aux différents niveaux. Elle s'est caractérisée entre autres par (a) la tendance à mobiliser/utiliser des ressources disproportionnées par rapport aux délais de faisabilité des interventions correspondantes et aux cibles ; (b) les lenteurs et manquements dans la justification des fonds, le rapportage et le renseignement des indicateurs ; (c) une faible lisibilité de la contribution du programme à la réduction des problèmes constatés par l'analyse de la situation.

4.3.3.2 (I2) Adéquation du Dispositif Institutionnel de suivi-évaluation pour orienter et accompagner le PP8

Concernant ce point, des **forces appréciables** ont été relevées parmi lesquelles : (1) **Une pyramide extensive, déployée du niveau central au niveau communautaire** ; (2) Des personnels qualifiés au niveau stratégique ; (3) La disponibilité et le renforcement de matériel de gestion pertinent (parc bureautique, logiciels/programmes d'analyse des données, kits de présentation, accès à internet...).

Le dispositif de S&E du PP8 se déploie sur 4 paliers du niveau national au niveau communautaire. (1) Au niveau national, il est coiffé par une Unité de Gestion de la Coopération. Cette structure coordonne l'action des parties prenantes dont le porteur de programme (UNFPA) et les partenaires nationaux (Ministères en charge de la santé, de la jeunesse, du genre, de la population et du développement). (2) Au niveau intermédiaire, l'on retrouve les Directions Départementales et les zones sanitaires. (3) Au niveau périphérique, se trouvent les services d'arrondissement et les points de prestations des services (CPS, FOSA, CJLS, Mairie...). (4) Enfin, au niveau communautaire, interviennent les ASC, les animateurs, les groupements de femmes, les comités d'hommes... Concernant le porteur de projet, l'on a au niveau national,

2 NPOs impliqués dans le S&E dans le Bureau Pays et 3 cadres programmes dans le bureau régional de Parakou. Les partenaires OSC disposent de responsable de programme et de gestionnaire de données selon le cas ; au niveau national.

Malgré ce dispositif, d'importantes **faiblesses** sont à relever : (1) l'irrégularité/insuffisance de la formation continue ; (2) l'insuffisance de la logistique et des fonds pour la supervision en périphérie (ZS, DD) ; (3) les effectifs insuffisants le S&E, depuis les ministères sectoriel jusqu'à la périphérie ;(4) la faible appropriation des outils de collecte (5) la faible fonctionnalité de l'interface Ministères sectoriels et le BP, par défaut d'ASF.

4.3.3.3 (I3) Adéquation de l'implémentation du suivi-évaluation pour orienter et accompagner le PP8

L'adéquation de l'implémentation du S&E pour orienter et accompagner le PP8 a été soutenue par les **points forts** suivants ; (1) Une planification opérationnelle participative et décentralisée y compris la micro planification au niveau des ZS (ex. projet RMNCH) ; (2) le déploiement des approches de supervision formative, de monitoring, de recherche opérationnelle et de revue à tous les niveaux. Concernant la planification et la coordination, l'on a observé (a) l'élaboration systématique et participative des PTA ; (b) l'élaboration de PDC intégrant les questions P&D et SSRAJ au niveau des mairies; (c) l'intégration du suivi du programme dans la routine des structures déconcentrées. Ladite intégration a compris, entre autres, les efforts des BZS pour inclure (i) les indicateurs PP8 dans les plans business des ZS sous PBF (PN, DAA...) ; (ii) les activités PP8 dans la programmation trimestrielle ; (iv) le monitoring des SONU dans le monitoring de routine des ZS ; et les efforts des CPS pour suivre les CH, les groupements féminins et les animatrices communautaires.

La supervision, le monitoring, les revues périodiques, le rapportage périodique à tous les niveaux et des évaluations ont été effectivement réalisées. Un système de collégialité avec le Gouvernement a été mis en place, concernant les supervisions trimestrielles. Le PP8 s'est aligné sur la pratique des missions de suivi semestrielle du niveau stratégique. Des activités d'importance ont été réalisées en matière d'évaluation dont les enquêtes d'évaluation des SONU (2016).

Les points faibles du S&E concernent : (1) la non utilisation par certaines ZS des documents cadres nationaux tel le plan d'action national pour la PF ; (2) la multiplicité des supports de collecte qui lasse les prestataires et induit des omissions ; (3) la définition et la compréhension insuffisante des indicateurs qui affecte leur renseignement (cas des indicateurs 1 et 13.bis etc)¹⁰ ; (4) l'absence d'une action orientée vers des résultats chez les acteurs périphériques (ZS sans PTA, CJLS), les agents des PPS et les acteurs communautaires ; (5) Une planification dont la quantification des cibles n'obéit pas nécessairement standard garantissant l'impact ; (6) une réalisation insuffisante/irrégulière des activités de suivi pour insuffisance des ressources ; (7) l'absence d'une approche formelle et exhaustive de vérification de la qualité des données.

4.3.3.4 (I4) Efficacité des opérations de S&E dans la réduction des écarts à la conformité et à l'efficacité de la MEO

Les données montrent que le S&E a faiblement maîtrisé les écarts affectant les mesures de la MEO et la performance du PP8. Ceci a concerné la planification et le suivi/ajustement du programme.

L'inclusion d'indicateurs, ou unités de mesure, inadaptés dans la quasi moitié des cas (11/23) a induit un déséquilibre de la mesure prévisionnelle entre les ressources prévues et les résultats recherchés. Ces indicateurs correspondent au palier inférieur (extrants) sur l'échelle classique des résultats, plutôt qu'au palier des produits au niveau duquel le PP8 est conçu. Les délais de réalisations sont souvent inadéquats (tantôt longs pour les cibles de nature extrant, tantôt courts dans les requêtes de fonds pour le T4) pour l'atteinte des

¹⁰ 1. % de centres de soins qui dispensent des soins de santé obstétricaux d'urgence de base: Nombre de centres soins qui dispensent des soins de santé obstétricaux d'urgence de base ; et 13.bis. Nombre d'adolescents et de jeunes par tranche d'âge (10-14 ans, 15-19 ans et 20-24 ans) ayant bénéficié des services de SSRAJ/PF/VIH dans les centres d'information, d'écoute et de conseils. (Simulation évaluateur: baseline: 0 cible finale : 112560 (réalisation 2016*3 ans)

cibles et la réalisation de différentes activités. Au sujet de la MEO du 8ème PP, la régulation des écarts à la conformité a défailli du fait de la continuité de la programmation et de l'implémentation d'activités dont les cibles prévues étaient déjà saturées (cf. 4.3.3.1, cas des indicateurs 1, 2 et 8). Les procédures de gestion ne laissent pas une marge de manœuvre suffisante pour faire des réajustements programmatiques pouvant permettre de reporter les ressources sur d'autres indicateurs moins performants ou présentant des besoins plus importants en ressources. Dans ce contexte, l'objectif de la consommation maximale des ressources entraîne un surinvestissement sur certains indicateurs. L'on a enregistré une disponibilité des données de qualité, pour la planification et les réajustements :

(a) La génération des données a été suffisante, le rapportage effectif ; plusieurs enquêtes ont été menées sur les thématiques SONU, PF, SPSR, RGPH, Genre/égalité, dans toutes les composantes (SSR, Genre, P&D) ;

(b) La lenteur de la remontée des données a été cause de retards répétés aux échéances de reporting trimestriel, particulièrement chez les IP du secteur public. La collecte a connu des gaps au niveau communautaires, due à des démotivations et des abondons/départ. Ce qui a affecté la qualité et de la complétude des données.

(c) Une définition lacunaire des indicateurs a rendu difficile la mesure du progrès, la collecte de certaines données (exemple: indicateurs 1 et 13.bis). L'indicateur 1, formulé comme un effet n'a pas été renseigné en 2014 (cf. 2014 Annual Report). De plus, les dénominateurs de référence ont manqué pour apprécier la significativité des progrès par rapport aux besoins des zones couvertes par les différentes interventions.

(d) la non vérification de la qualité des données a impacté sur leur fiabilité, ce qui a induit des incohérences, des valeurs incertaines, des qualifications/décomptes erronés (ex. Indicateurs 1, 13 bis...), des doublons

La supervision formative été effective, intégrée et régulière pour le niveau central et les zones de santé, par services préfectoraux, aux CPS et FOSA et acteurs communautaires. L'efficacité a été très sensible au niveau des ZS et CPS ; elle a été plus mitigée dans les PPS et chez les acteurs communautaires. Cette disparité a affecté l'offre à la demande et à l'observance.

Conclusions sur l'EQ3

La combinaison d'outils et d'approches utilisée par le Bureau de Pays a été assez appropriée pour atteindre les résultats définis. Un renforcement important et de qualité des capacités, a été observé quant aux ressources humaines, matérielles, financières et techniques. La fidélisation du personnel formé, la promptitude dans l'accès aux financements, le plaidoyer pour des effectifs de rationnel minimum de personnel, la mobilisation des ressources publiques et privées nationales sont largement à passer à l'échelle. Le niveau d'intégration des services est remarquable. De bonnes stratégies et approches sont utilisées pour maximiser les résultats du programme. Il y a une bonne capitalisation des opportunités de partenariat et de synergie, même si la contrepartie du budget est souvent difficile à mobiliser tout comme les fonds privés nationaux.

Le système de M&E, doté d'une bonne expertise au sommet, d'une pyramide d'intervention extensive du niveau national à la périphérie, d'une fonctionnalité effective, n'a pas suffisamment orienté et accompagné la mise en œuvre vers la conformité et l'efficacité. Les gaps de fonctionnalité dudit système ont induit l'insuffisance de l'appropriation de l'approche GAR, l'absence de planification stratégique, une rationalisation limitée de la planification opérationnelle, des limites dans l'ajustement programmatique, l'absence d'une stratégie de vérification de la qualité. Il faut signaler l'insuffisance des ressources pour le S&E aux niveaux sectoriels, des SAF et périphérique (...). Ce qui a eu un impact négatif sur la disponibilité et la qualité des données, la capacité des indicateurs à traduire les progrès du PP8, l'amélioration de la qualité des pratiques des prestataires et l'efficacité.

4.4 Réponse à l'EQ4, 1ère question sur l'efficacité du 8ème PP

Le critère d'évaluation portant sur l'efficacité, imposait une réponse à deux questions d'évaluation, respectivement l'EQ4 et l'EQ5. La présente section porte sur l'EQ4, formulée comme suit :

Question d'évaluation EQ4 : Dans quelle mesure les interventions soutenues par le Bureau Pays ont-elles contribué (ou sont susceptibles de contribuer) à : (i) l'atteinte des cibles de progrès fixées sur les différents produits ; (ii) l'amélioration de la demande et de l'accès aux services de SSR de qualité chez les jeunes et les femmes ; (iii) l'appui des stratégies et plans à travers la génération des connaissances et la production des évidences relatives aux questions démographiques émergentes et la SSR chez les jeunes et les femmes, particulièrement les plus vulnérables ; (iv) La prise en compte du genre et des VBG dans les programmes de développement et les stratégies des partenaires clés, y compris les OSC ?

Les quatre premières sections ci-dessous vont adresser la 1^{ère} question d'évaluation sur l'efficacité. Quatre hypothèses permettent de répondre à la question d'évaluation sur l'efficacité.

4.4.1 Contribution des interventions à l'atteinte des cibles de progrès du Programme (H1-EQ4)

L'Hypothèse 1- est vérifiée par 4 indicateurs :

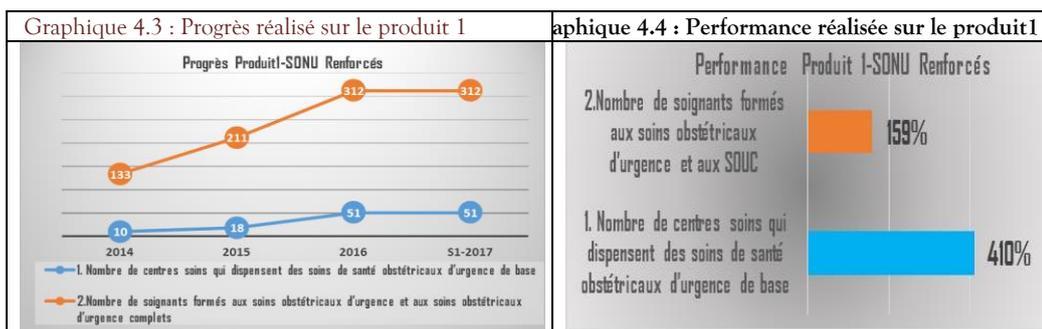
4.4.1.1 (I1) Progrès et (I2) performance¹¹ réalisées sur les indicateurs des 7 produits du CPD 2014-2018

Les progrès vers les 7 produits attendus ont été suivis par 23 indicateurs au total. Il y en avait 17 au départ. Des compléments et remplacements sont survenus depuis 2015. Les données des rapports annuels de l'UNFPA, du Rapport de la Revue des indicateurs pour le semestre 1 de 2017 et des rapports des acteurs de mise en œuvre, ont abouti aux constats présentés ci-dessous sur le niveau d'atteinte des cibles fixées par indicateur de produit.

Il convient de noter que pour l'évaluation, la période du 1^{er} Janvier 2014 au 30 Juin 2017 représente une proportion de 70% (7 semestres/10) de la durée du programme. Ce qui induit un dénominateur plafonné à 70% par rapport à la performance attendu en 2018. Tout indicateur qui est donc réalisé à 70% (i=70%) au 30 Juin 2017 est performant ; tout indicateur réalisé à plus de 70% (i>70%) est surperformant ; enfin, tout indicateur réalisé à moins de 70% (i<70%) de sa cible finale à la même échéance est contre-performant (en contreperformance).

a. Progrès et performance sur les indicateurs du produit 1 (SONU-Améliorés)

La capacité nationale en matière de soins obstétricaux d'urgence et de soins néonataux est améliorée dans les zones d'intervention du programme (produit 1) est suivie par 2 indicateurs de progrès : l'indicateur 1 et de l'indicateur 2. Les graphiques 4.3 et 4.4 montrent les progrès et la performance enregistrés entre 2014 et le semestre 1-2017. Au semestre 1 de 2017, les 2 indicateurs ont largement dépassé les cibles fixées pour la date de clôture du programme (31/12/2018) et réalisé des performances excédentaires (indicateur 1 : 410% ; indicateur 2 : 159%).



¹¹ La performance a été calculée selon la formule : $P = (R-B)/(C-B)$; (B=Base ; C=Cible ; R=Résultats obtenus au 31 Juin 2017; P=Performance ».

b. Progrès et performance sur les indicateurs produits 2 et 3

Le produit 2, été surperformant sur tous les 2 indicateurs retenus. L'indicateur 3 a enregistré une performance de 200%; l'indicateur 4 de 119%. Pour ce qui est du produit 3, l'indicateur 5 a connu un taux de réalisation de 104%; l'indicateur 6 de 115%; l'indicateur 7 de 93%; l'indicateur 7a, rajouté en 2016, de 301%; l'indicateur 7b, introduit en 2017, n'a pas atteint la cible fixée (33%). Le tableau 4.8 illustre lesdits progrès.

Tableau 4.8 : Progrès et performance des produits 2 et 3

Produit	Indicateur	Base	Progrès S1-2017	Cible 2018	Performance ¹²
2	3. Nombre de soignants formés au traitement de la fistule obstétricale (valeur de référence : 10 ; cible : 30)	10	50	30	200%
	4. Nombre de patientes dont la fistule a été traitée et guérie (valeur de référence : 136 ; cible : 500)	136	570	500	119%
3	5. Nombre de soignants formés aux techniques de la contraception (valeur d référence : 40 ; cible : 200)	40	207	200	104%
	6. Nombre de volontaires communautaires formés à la distribution communautaire des contraceptifs (valeur d référence : 150 ; cible : 1000)	150	1129	1000	115%
	7. Nombre de soignants formés à la gestion logistique des articles de santé de la procréation (valeur d référence : 0 ; cible : 100)	0	93	100	93%
	7. a. Nombre d'acceptantes additionnelles de PF; Nouvel indicateur de produit en 2017 mais ancien milestone depuis 2014. (valeur de référence : 99.090; cible : 167.530; réalisation 2016*3ans)	0	167 530	55 600	301%
	7. b. Nombre de formations sanitaires ayant intégré la PF aux services de SR; Nouvel indicateur (simulation évaluateurs: valeur de référence : 0; cible : 24; réalisation 2016*3ans)	0	8	24	33%

Sources de données: UNFPA Annual Reports 2014-2016, Revue des Indicateurs PP8 Semestre 1 2017 ;

c. Progrès et performance sur les indicateurs des produits 4 et 5

Le produit 4 (Réponse VBG Renforcée) et le produit 5 (PF-Jeunes accrue) sont suivis par 7 indicateurs (4 pour le 1^{er} et 3 pour le 2nd). Deux indicateurs du produit 4 et un du produit 5 ont enregistré une contreperformance.

Le produit 4 (tableau 4.9) : le libellé 8 a atteint une performance de 267%; le libellé 9 a enregistré une performance de 100%; le libellé 9 bis 1 de 53,5%; le libellé 9 bis 2 a enregistré une sous-performance de 34%. Le produit 5 (tableau 4.9) : le libellé 10 a connu une performance de 162,5%; le libellé 11 de 111%; enfin, le libellé 11 bis a enregistré une cindre performance de 25%.

Tableau 4.9 : Progrès et performance des produits 4 & 5

Produit	Indicateur	Base	Progrès S1-2017	Cible 2018	Performance ¹
---------	------------	------	-----------------	------------	--------------------------

¹² Performance=(R-B)/(C-B)

4	8. Nombre d'organisations et de réseaux de la société civile soutenus par le FNUAP qui sensibilisent les hommes et les garçons à la notion d'égalité des sexes (valeur de référence: 6; cible: 12)	6	22	12	267%
	9. Existence d'un programme multisectoriel national chargé de prévenir et réduire la violence sexiste et gérer ses conséquences (valeur de référence: 0; cible: 1)	0	1	1	100%
	9. bis1. Nombre de femmes ayant bénéficié d'une prise en charge sanitaire liées aux violences basées sur le genre lors des situations de crise (simulation évaluateurs: valeur de référence: 0; cible finale: 200)	0	107	200	53,5%
	9. bis2. Nombre de femmes ayant bénéficié des services de prévention sur les violences basées sur le genre. Nouvel Indicateur issu de l'étude base INSAE (simulation de l'évaluation: valeur de référence : 0; cible: 450)	0	155	450	34%
5	10. Nombre de soignants dans les centres de jeunes qui sont formés aux techniques de la contraception. (valeur de référence: 20; cible: 100)	20	150	100	163%
	11. Nombre de volontaires formés à la distribution communautaire de contraceptifs (valeur de référence: 100; cible: 1000)	100	1100	1000	111%
	11. bis. Nombre de jeunes par tranche d'âge (10-14 ans, 15-19 ans et 20-24 ans) recrutés pour la PF au cours des activités de CCC/SSRAJ/PF/VIH dans les centres de jeunes	0	36592	146 368	25%

¹Performance=(R-B)/(C-B); Sources de données: Rapports annuels 2014-2016, Revue des Indicateurs PPS Semestre 1 2017

d. Progrès et performance sur les indicateurs des produits 6 et 7

Le produit 6 et le produit 7 sont suivis par 3 et 4 indicateurs respectivement. Le produit 6 a 2 indicateurs en contreperformance ; un des indicateurs du produit 7 est en surperformance. L'indicateur 1(libellé 12) a enregistré une sous-performance de 50%; l'indicateur 2 (libellé13) a connu une surperformance de 905%; l'indicateur 3 (libellé13 bis) a enregistré une sous-performance de 33%.

Le produit 7 (tableau 4.10) a enregistré une performance mitigée sur les deux premiers indicateurs. Le premier indicateur de ce produit (libellé 14) a enregistré une performance de 73,7%; l'indicateur 2 (libellé15) de 62,5%; l'indicateur 3 (libellé16) 270,5%; l'indicateur 4 (libellé17), de 86,7%.

Tableau 4.10 : Progrès et performance des produits 6 & 7

Produit	Indicateur	Base	Progrès S1-2017	Cible 2018	Performance ¹
6	12. Existence d'un programme d'éducation sexuelle adapté à l'âge (valeur de référence: Pas de programme disponible; cible : programme disponible)	0	0,5	1	50%
	13. Nombre de personnes formées à la conception et l'application de programmes d'éducation sexuelle (valeur de référence: 20; Cible: 100)	20	744	100	905%
	13.bis. Nombre d'adolescents et de jeunes par tranche d'âge (10-14 ans, 15-19 ans et 20-24 ans) ayant bénéficié des services de SSRAJ/PF/VIH dans les centres d'information, d'écoute et de conseils. (Simulation évaluateur (Valeur de référence: 0 ; cible: 112560 (réalisation 2016*3 ans)	0	37 520	112 560	33%
7	14. Nombre de personnes formées à la production, l'analyse approfondie et la diffusion des données de recensement et d'enquête (Valeur de référence: 40; cible: 200)	40	158	200	73,7%

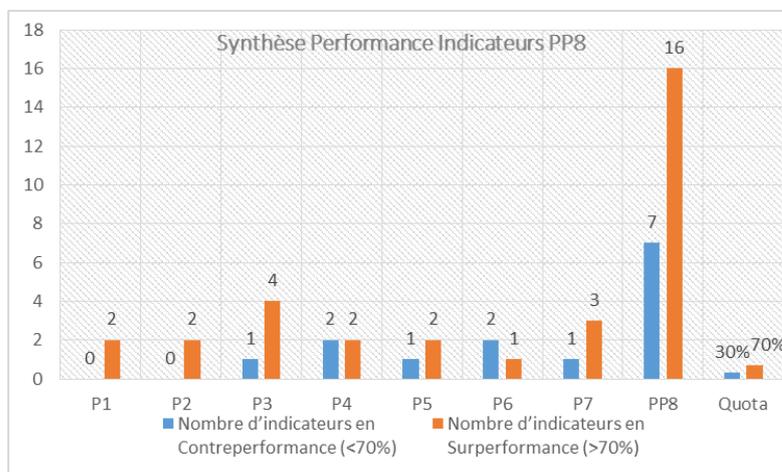
15. Nombre d'études et d'analyses approfondies des données d'enquêtes et de recensements réalisées (valeur de référence: 4; cible: 20)	4	14	20	62,5%
16. Nombre de personnes formées à la prise en compte systématique des questions de dynamique démographique dans les politiques et programmes de développement (valeur de référence: 30; cible: 200)	30	490	200	270,5%
17. Nombre de séances de plaidoyer pour la prise en compte systématique de la dynamique démographique dans les politiques et programmes. (valeur de référence: 5; cible: 20)	5	18	20	86,7%

¹Performance=(R.B)/(C.B); Sources de données: Rapports annuels 2014-2016, Revue des Indicateurs PP8 Semestre 1 2017

e. Progrès et performance globale des 7 produits du 8ème Programme

Les 7 produits du PP8 UNFPA/Bénin présentent, une atteinte satisfaisante des cibles. Une proportion de 16/23 indicateurs, soit 69,6% présente des résultats excédentaires. Les 7 autres indicateurs, soit 30,4%, sont sous-performant (voir graphique 4.3 pour synthèse analytique par produit des indicateurs).

Graphique 4.5 : Performance globale des 7 Produits



NB: Le nombre d'indicateurs par produit se répartit comme suit: P1=2; P2=2; P3=5; P4=4; P5=3; P6=3; P7=4

Conclusion sur les indicateurs 1&2 de l'hypothèse 1 sur l'efficacité

Les interventions soutenues par le BP ont contribué à une atteinte suffisante pour 69,6% des indicateurs des cibles de progrès. Cependant, dans près de la moitié des cas (11/23) les cibles du programme sont des extrants, ne permettent pas de mesurer les progrès sur les produits. Ceci est d'autant plus palpable que les progrès et performance largement excédentaires observés, concernent essentiellement les indicateurs d'extrants choisis pour suivre les produits.

4.4.1.2 (I3) Niveau d'investissement humain, matériel, financier par rapport aux prévisions

Concernant l'indicateur 3 (I3), les données permettent de constater que le niveau d'investissement humain, matériel, financier par rapport aux prévisions est suffisant.

(a) Investissement humain suffisant :

(a.1) Evidences favorables en matière d'investissement des ressources humaines:

Relativement aux prévisions du 8^{ème} PP, le niveau d'investissement en ressources humaines a été de 117% ; pour les données disponibles. En vue d'adresser les besoins au niveau des différents produits par catégorie, il a été prévu de mobiliser et de former des leaders communautaires, des pairs-éducateurs, des Relais communautaires, des personnels de santé, des personnels des partenaires de mise en œuvre et des personnels de l'UNFPA.

Selon une répondante, depuis l'introduction de l'approche SOP/VBG, les activités ne sont plus organisées séparément pour chacun des secteurs impliqués dans la prévention et la réponse aux VBG. Environ dix représentants de chacun des cinq secteurs clés sont réunis dans chaque activité d'en moyenne 50 participants, en vue d'une opérationnalisation des SOP plus harmonisée et plus cohérente. On peut considérer au minimum une dizaine d'activités pour la période, suivant les rapports disponibles.

Dans l'ensemble, près de 3.692 personnes ont été mobilisées et formées pour des prévisions partiellement traçables. La répartition desdites prévisions et des réalisations correspondantes par catégorie figure dans le tableau 4.11.

Tableau 4.11 : Répartition des ressources humaines mobilisées et formées entre 2014 et Juin 2017

Catégorie de Ressource Humaine	Effectif Prévu	Effectifs Formés
Personnel de planification	113	168
Personnel de programmes/projet	50	50
Staff BP/UNFPA	20	30*
Personnel d'encadrement Jeunesse	80	99
Personnel éducatif	100	20
Personnel multisectoriel de l'Etat pour les SOP : (Forces de l'Ordre, Justice, santé, Genre	± 500	± 500*
Personnel Genre (Etat, OSC)	-	119 ¹
Personnel de santé (Etat, Autres)	218	472 ²
Personnel de logistique	-	93
Relais communautaires	-	442*
Pairs-éducateurs & Paires-Tutrices	-	76*
Volontaires	-	2153*
Ensemble		4222 (avec doublon)
		3692 (proxi. Sans doublon)
¹ 119 dont 71 Agents de CEIO & 20 staffs CPS ; ² 472 dont 380 prestataires en général et des staffs blocs opératoire SMNI ;		

Sources de données: Rapport annuel 2014-2016, Revue des Indicateurs PPS Semestre 1 2017, Synthèse Bureau Parakou

Les parties prenantes ont généralement estimé que le taux de couverture de la formation par rapport à la planification était suffisant.

(a.2) Evidences défavorables en matière d'investissement des ressources humaines:

Un certain nombre d'obstacles à l'optimisation des prévisions et réalisations en matière de ressources humaines a entravé la mise en œuvre du 8^{ème} PP. Il s'agit de :

- Défaut de réalisation de certaines formations prévues dont celle de 80 acteurs en matière de mise en œuvre du programme d'éducation sexuelle adaptée à l'âge (Rapport & Plan Annuels 2016, UNFPA). Ceci est lié à des problèmes de planification et d'extension du niveau scolaire des cibles.
- L'insuffisance de profils compétents, la forte rotation aux postes et le déficit de recyclage. Les mesures palliatives introduites : (1) délégation des tâches ; (2) supervision formative n'ont pas inversé la tendance.

- L'insuffisance des efforts d'anticipation et de maîtrise des obstacles en ressources humaines :
 - ✓ Le recyclage a été déficitaire ; il n'y a pas eu d'effort spécifique pour fidéliser les acteurs communautaires (Relais Communautaires, membres des comités d'hommes...).
 - ✓ Des échanges ont été suscités par le Staff du BP, mais il a manqué de stratégie de plaidoyer et d'accompagnement de l'Etat pour de fidéliser les personnels formés dans le cadre du 8ème PP.

Un certain nombre obstacles du milieu a persisté. Les effectifs restent insuffisants aux niveaux des sites d'encadrement et de prestation des services. L'on note que : (a) la DSME ne dispose que de 2 médecins ; (b) les maternités des arrondissements ne disposent pas de sages-femmes ; (c) les CPS sont généralement en sous-effectif ; (d) L'effectif dans les Centres de Santé d'arrondissement comporte souvent un seul personnel qualifié ; (e) les centres de jeunes ne disposent presque pas de personnel propres (par ex. les localités d'Adjohoun). Pour pallier à cela, les mairies et les Médecins Coordonnateurs de Zone de Santé (MCZ) doivent mobiliser des personnels pour y rendre des services à temps partiels. Faute de ressources, les membres des comités SOPS n'ont pas pu assurer une réponse optimale aux VBG. Ces gaps, ont impacté l'offre et la qualité des services.

(b) Investissement suffisant en matière de ressources matérielles:

(b.1) Evidences favorables en matière d'investissement des ressources matérielles:

Des d'équipements, en nombre, les médicaments, infrastructures ont été mis à disposition par le bureau pays, pour satisfaire les besoins quantifiés de la MEO, avec un accent sur les produits survie (tableau 4.12). Si les intrants ont souvent couvert la majorité des besoins planifiés, il n'en est pas ainsi de tous. On peut citer l'absence complète de financement du « Unified Budget, Results and Accountability Framework » (UBRAF).

Tableau 4.12 : Evocation de l'importance des intrants mobilisés

Catégorie d'intrants	Parmi lesquels
Des médicaments pour SONU	Ocytocine ; Misoprostol, Sulfate de Magnésium, 11.000 doses, kits matériels gynécologique
Des médicaments et dispositifs pour PF comme	496 implants Jadelle ; 1755 Noristerats ; 83 000 Cycles de Microlut 35 (1.5-Levonorgestrel 0.03 mg) 39 000 DIU, 1021 microgynons
Des intrants SSRAJ	270.000 Tests du VIH, 58.947 préservatifs masculins ; 2.000 préservatifs féminins.
Des équipements pour transport	5 barques motorisées pour la desserte des zones lacustres, 2 ambulances, 2 véhicules de supervision, 1 clinique mobile.
Matériels médico technique pour les centres conviviaux	3 tables d'examens, 3 Boîtes de matériel DIU, 6 Spéculum pour boîte DIU, 6 Hystéromètre pour boîte DIU, 6 Pince de Pozzi pour boîte DIU, 6 Pince porte tampon pour boîte DIU, 6 Paires de ciseaux pour boîte DIU, 3 Tensiomètre + stéthoscope médical ordinaire, 3 Pèse-personne SECA, 30 Spéculum pour examen gynécologique, 9 Pince porte tampon, 9 Pince de Kocher, 12 Pince de Kelly pour retrait de Jadelle, 6 Minuterie électronique, 75 Phallus en bois,
Des appareils informatiques	39 ordinateurs de bureau ; 35 ordinateurs portables; 6 imprimantes), 35 routeurs avec 1 an de forfait internet, 1 site internet avec base de données pour les centrales de distribution des MEG au niveau départemental ; 01 serveurs de base de données
Des appareils TIC pour C4D pour les centres conviviaux	9 ordinateurs ; xxxx Téléviseurs ; 3 vidéo-projecteurs ; 6 imprimantes, 3 Antennes paraboliques + décodeur, 3 groupes électrogènes ;
Des matériels ludiques pour centre de jeunes	3 tables baby-foot ; 12 consoles de jeu électroniques ; 18 ballons (football, basket) ; etc.
Des supports de communication dont	Boîte à image SR ; Boîte à image PF ; 3 Affiches géantes; Kit IEC/SP ;
Autres matériels pour les centres conviviaux	66 chaises, 24 tables avec tiroirs, 6 armoires de rangement

(b.2) Evidences défavorables en matière d'investissement des ressources matérielles:

Ces évidences portent essentiellement sur les dysfonctionnements de la chaîne d'approvisionnement. Les données recueillies montrent une disponibilité des intrants pour la prestation auprès des bénéficiaires n'est pas continue au niveau des points de prestation de service, en particulier les FOSA et le RC. L'enquête sur la sécurisation des produits révèle que 67,8% des Points de Prestation de Services disposent des sept (7) médicaments vitaux pour la santé maternelle et reproductive. Les ruptures de stock affectent une proportion importante de FOSA, de moins de 60% ont pu éviter une rupture sur les 6 mois précédents l'enquête.

(c) Investissement suffisant en matière de ressources financières:

Le CPD avait prévu un budget de 18 000 000 \$US. La planification opérationnelle a ramené ces prévisions à 16 977 651,45\$US. Au total 17 055 903,66 \$US ont été mobilisés au 30 Juin 2017. L'on note un taux de mobilisation de 100,5% par rapport aux budgets opérationnels annuels. De ces fonds mobilisés, 13 959 880,64 \$US ont été utilisés, d'où un taux d'exécution de 81,5%.

Tableau 4.13 : Investissement des ressources financières

Année	Budget CPD \$US	Budget \$US	Mobilisations \$US	Taux de mobilisation	Montant Exécuté \$US	Taux d'exécution
2 014	-	4 346 638,89	4 804 068,00	110,5%	4 154 697,43	86,48%
2 015	-	4 143 091,88	5 143 331,04	124,1%	3 726 484,19	72,45%
2 016	-	4 519 950,26	4 516 741,03	99,9%	4 327 244,66	95,80%
2 017	-	3 967 970,42	2 591 763,59	65,3%	1 751 454,36	67,58%
Ensemble	18 000 000	16 977 651,45	17 055 903,66	100,5%	13 959 880,64	81,85%

4.4.1.3 (14) Niveau de réalisation des interventions prévues

a. Répartition des interventions selon le niveau de réalisation

Sur les 23 interventions majeures proposées par le CPD, près de 96% (22/23) ont été implémenté, avec une complétude sur près de 57% (13/23), une incomplétude dans 9 cas (39%). Une n'a pas été mise en oeuvre.

Tableau 4.14 : Niveau de réalisation des interventions prévues

Implémentation optimale	Implémentation partielle	Implémentation nulle
1. Expansion des SONU et soins néonataux	1. Offre systémique sur modèles de services pour FO	1. Formation sur le lieu de travail des soignants
2. Equipement médical pour système d'aiguillage et de contraiguillage des patients	2. Création d'un SIGL fiable pour SPSR	
3. Formation des soignants à la gestion globale du problème de la fistule	3. Distribution locale de contraceptifs	
4. Amélioration de l'accès à la PF	4. Appui aux entités chargées du marketing social	
5. Renforcement des droits de l'homme (plaidoyer & partenariats stratégiques)	5. Prévention et gestion des VBG	
6. Mise en place des SOP's	6. Communication pour Lutte VBG et protection droits SR	
7. Soutien capacités plaidoyer jeunes et offre soins Ado jeunes	7. Renforcement capacités de mobilisation sociale des jeunes	
8. Coordination et partenariats améliorés pour besoins ado jeunes	8. Disponibilité des services PF	
9. Encouragement la CCC		
10. Fourniture de services SSR en situation		

d'urgence 11. Facilitation des études P&D 12. Préconisation de l'utilisation de données sociodémographiques dans la prise des décisions 13. Renforcement des capacités de conception, coordination, du S&E des politiques et programmes P&D (en tenant compte des jeunes)	jeunes 9. Soutien aux systèmes permanents et périodiques de collecte et d'analyse des données	
--	--	--

b. Analyse de la non complétude de l'implémentation de certaines interventions

Certaines interventions ont connu une implémentation partielle. Concernant la *Distribution locale de contraceptifs*, l'encadrement opérationnel et l'effectivité de l'implication des acteurs communautaires ont présenté des gaps. En particulier, disponibilité des préservatifs au niveau des ASC et des animateurs communautaires. L'accompagnement des pairs éducateurs et ASC par les ONG de mise en œuvre était insuffisante du point de vue des acteurs communautaires, qui y ont vu un certain abondons (FGD, Jeunes bénéficiaires, Abomey).

Au sujet de l'intervention « 8. Appui aux entités chargées du marketing social », le programme a mis en œuvre un PTA avec l'ABMS/PSI. Dans le cadre dudit PTA, des actions en soutien à l'approche marketing ont été déployées. L'on citera :

- (1) l'implication de professionnels du marketing (ci-contre);
- (2) l'alimentation d'un circuit d'approvisionnement.

Les résultats n'ont pas permis la couverture universelle des bénéficiaires. Les indicateurs sont litigés : 54% (CCC) ; 69% (Nouvelles acceptantes PF) et 60% (test VIH), à cause de l'inadéquation de l'appui à l'approche marketing.

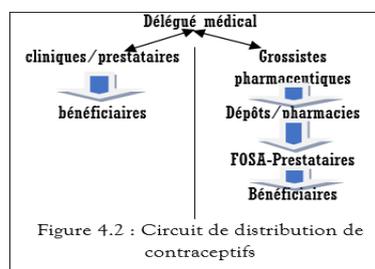


Figure 4.2 : Circuit de distribution de contraceptifs

L'évaluation n'a enregistré aucun plan de marketing mis en œuvre pour les intrants SR/PF. Aucune analyse du marché/demande n'est disponible. Les actions proposées n'ont pas reposé sur des évidences tirées d'une investigation sur l'acceptabilité/désirabilité des intrants, approches et prestataires auprès des bénéficiaires et prestataires. L'on n'a pas noté de processus de développement d'une stratégie de communication/promotion spécifique et testée, sensible aux milieux, reposant sur une segmentation probante des cibles. La prise en compte des conditions de faisabilité saisonnières est déficitaire ; la réticence/résistante a été importante dans nombre de localités et groupes ; le personnel utilisé n'était pas toujours apte à la prestation (turn over)...En somme, il apparaît que le marketing mix qui aurait dû optimiser les paramètres des 4 P (Produit, Prix, Promotion, Place), n'a pas été appuyé/renforcé de manière significative.

Le renforcement de capacités de mobilisation sociale des jeunes a été soutenu par la mise en réseau YOUTH PANEL des associations et réseaux de jeunes, la formation des jeunes pairs-éducateur et paires-tutrices, l'implication d'association de jeunes dans les campagnes de mobilisation pour la PF et la SSRAJ. Cependant, l'implication et la couverture des jeunes marginalisés et des filles par les Centres de Jeunes ont été déficientes. Concernant les jeunes marginalisés, un ciblage et des approches spécifiques ont fait défaut pour leur implication et leur couverture par les actions de mobilisation sociale pour les services offerts par le 8^{ème} PP. Quant aux filles, les tabous sociaux et le contrôle parental sont restés des obstacles majeurs.

Relativement à l'intervention sur la disponibilité des services PF jeunes, quoique le Programme ait prévu d'appuyer le PMA en matière de SRAJ selon une intégration graduelle sur la base du PMA, et que plusieurs modèles sont en expérimentation en vue de la durabilité, ce dispositif est insuffisant pour les 17 DS cibles du

programme visé par l'ensemble du paquet SSRAJ. Il est davantage disproportionné par rapport à une intervention à vocation nationale comme la PF. L'absence mécanisme prenant en compte jeunes marginalisés a été une contrainte.

L'indicateur 4 Niveau de réalisation des interventions prévues a été modéré, la complétude a été partielle.

Conclusion partielle 1-EQ4 : Conclusion sur l'hypothèse 1 de la 4ème question d'évaluation

Environ trois quart (69,6%) des interventions du CPD ont été mises en œuvre par le BP. Ce qui traduit une atteinte suffisante des cibles de progrès fixées pour les 7 produits. Mais la complétude partielle de 57% des interventions et la difficulté pour près de 50% des cibles à mesurer les progrès sur les produits, tout comme le manque de réalisation d'une intervention, contribuent à mitiger ce résultat. Le niveau d'investissement humain, matériel, financier par rapport aux prévisions est suffisant. L'investissement en RH est affecté par un déficit en staff qualifié, la rotation des effectifs et l'insuffisance du recyclage. D'importantes réalisations en d'équipement, médicaments et infrastructures ont couverts les besoins quantifiés. La qualité, la complétude, l'efficacité de l'investissement et de l'implémentation ont été limitées par le rétrécissement des financements, les dysfonctionnements de la chaîne d'approvisionnement, une exécution financière non exhaustive (81,5%), des insuffisances dans la couverture, l'encadrement opérationnel, la participation communautaire et l'approche.

4.4.1 Contribution des interventions à l'amélioration de la demande et de l'accès aux services de SSR de qualité chez les jeunes et les femmes

L'hypothèse 2 de l'EQ4 est vérifiée par les 2 indicateurs analysés ci-dessous :

4.4.1.1 Apport des investissements à l'amélioration de la demande des Services SSR chez jeunes & femmes– (I1-H2-EQ4)

- a. Apport des investissements à l'amélioration de la demande aux services de SSR de qualité chez les jeunes et les femmes.
 - **Amélioration quantitative passable de la demande**

Les efforts d'amélioration quantitative de la demande ont abouti à une évolution mitigée comme ci-après :

- (1) (+) Une fréquentation accrue des services SSR par les femmes, jeunes et hommes des localités ayant bénéficié des campagnes PF/SSR et de la recherche communautaire des cas de FO, immédiatement après lesdites activités communautaires. Ces actions menées par la DSME et les ONG (PSI, ABPF...) ont mobilisé les personnels de santé, les acteurs communautaires et les populations et contribué à la croissance du nombre de consultations en matière de PF, CPN, accouchement en formation sanitaire ;
- (2) (+) L'augmentation de l'exposition à l'information sur les problèmes de SSR de 57.727 personnes sensibilisées en 2014 à 251412 en 2017 (SIS/UNFPA/Bénin) ;
- (3) (+) L'augmentation du nombre d'adolescents couverts par un service SSRAJ de 62790 en 2015 à 124879 en 2017 (UNFPA, SIS, S1-2017¹³ ;
- (4) (-) L'insuffisance de fréquentation de la CPN, par exemple pour la ZS de MK l'on est passé de 10440 en 2014 à 10989 en 2016 en passant par un recul à 9745 en 2015 (Fiche SynoptiqueMK.doc).
- (5) (-) La persistance des accouchements à domicile, malgré les efforts de communication et de disponibilité accrue des intrants, qui se traduit en une évolution non satisfaisante des accouchements assistés par un

¹³ La dissociation n'est pas garantie entre le chiffre des ado/jeunes couverts par la CCC et ceux couverts par un soin préventif/curatif SSRAJ

personnel de santé qualifié. Dans le cas de la ZS MK, l'on est parti de 5453 cas en 2014 à 5716 en fin 2016 ; en passant par une légère baisse en 2015 (5433) ;

- (6) (-) Les cas d'abandon récurrents de la PF pour cause de rejet par le mari et/ou la belle-famille ;
- (7) (-) La faible fréquentation des services SSR par les jeunes filles dans les CJLS/CMFJ pour cause de refus parental suite à l'utilisation de la permission de fréquenter ces sites pour des écarts de conduite.
 - Amélioration qualitative de la demande

Les initiatives en vue de l'amélioration qualitative de la demande des services de SSR se sont traduites par :

- (1) (+) L'amélioration satisfaisante de l'accès à l'information des potentiels (le)s bénéficiaires y compris :
 - (a) (+) Une couverture en information étendue à toutes les localités couvertes par le 8^{ème} PP ;
 - (b) (+) Une dispensation de l'information par un ensemble de sources couvrant les différents cadres de vie.
 - (c) (+) La distribution de supports communicationnels dans les principaux média de masse ;
 - (d) (-) La faible couverture des groupes marginaux : les enfants/jeunes de la rue/abandonnés/orphelins/handicapés ;
 - (e) (-) L'absence d'une stratégie de suivi de l'impact des campagnes ;
- (2) (+) Le renseignement sur la disponibilité des services en dehors du milieu communautaires ou leur stigmatisation est important : Certaines catégories, notamment au nord, ne pouvaient pas accepter l'offre PF en communauté, par risque de stigmatisation. Le recours ultérieur, en confidentialité, à la FOSA a opéré comme solution de rechange pour l'exercice de leur droit à la PF, à l'écart des tabous socioculturels.
- (3) (+/-) L'amélioration plutôt mitigée de l'acceptabilité des services SSR y compris :
 - (a) Des efforts pour assurer la confidentialité,
 - (b) La disponibilité mitigée d'opportunités adaptées aux contraintes et statut des jeunes et femmes en union.

4.4.1.2 Apport des investissements à l'amélioration de l'accès aux Services SSR chez femmes et jeunes— (I2-H2-EQ4)

Les constats sur ce volet indiquent un apport passable des investissements à l'amélioration de l'accès aux services de SSR de qualité chez les jeunes et les femmes.

a. Amélioration quantitative passable de l'accès aux SSR

L'amélioration quantitative de l'accès aux services repose sur les évidences suivantes :

- (1) (+) L'augmentation des effectifs des personnels formés à l'offre des services SSR : Elle a concerné les personnels de santé dans toutes (PF) ou certaines (SMN, SSRAJ) formations sanitaires (cf. données hypothèse 1). Il y a aussi eu la couverture de la majorité des communautés/communes par les RC et les pairs-éducateurs pour la dispensation du paquet des services communautaires.

- (2) (-) La rotation des personnels au niveau des FOSA et de la communauté, le déficit de la motivation des RC donnant sur des abandons, en dehors des zones ou un partenaire prend en charge leur motivation, limite les acquis ci-dessus de l'accessibilité du personnel formé promu par le programme.
- (3) (+/-) La mise à disposition d'équipements et intrants dans toutes les FOSA pour la PF et celles des 17 DS cibles du programme pour les autres actions. Cet important effort a été entravé par le dysfonctionnement de la chaîne d'approvisionnement, en particulier la persistance des ruptures de stock dans certaines FOSA et dans le circuit d'approvisionnement ;
- (4) (+) La mise à disposition de l'énergie solaire par les autorités, grâce au plaidoyer, pour les salles d'accouchement sans électricité (Rapport campagne PF/CDV, 2015, ZS ABD)¹⁴.
- (5) (+) La réduction de l'effet des barrières physiques à l'accès pour les zones enclavées par un certain nombre d'actions. Par exemple, dans la ZS ABD, l'on relève : (1) l'aménagement des voies menant aux Formations Sanitaires, à travers le plaidoyer et la mobilisation des maires, chefs d'arrondissement et de village ; (2) la mise à disposition de deux barques motorisées et des gilets de sauvetage pour les Fosa de ces zones lacustres, en vue de pallier au retard observé lors des références des patientes vers l'hôpital de zone ; (3) L'équipement des deux ambulances de la ZS ABD en deux obus d'oxygène pour la sécurité des évacuations. Les bénéficiaires, RC et Personnel de santé déplorent toute fois des extorsions d'argent par les opérateurs des barques motorisées.
- (6) La réduction de la barrière économique à l'accès des produits PF par la pratique de la gratuité.
- (7) (+/-) L'augmentation de la disponibilité des FOSA qualifiées pour rendre les paquets de services nécessaires promus. Les réalisations déterminantes incluent : (a) le passage de 10 à 51 FOSA dispensant des SONUB, mais, dans la majorité des cas, le paquet des 7 fonctions est incomplets (AMIU et ventouse obstétricale faisant défaut) ; (b) la continuité de la PF dans toutes les FOSA du pays ; malgré l'insuffisance de la maîtrise des technologies PF dans plusieurs FOSA et l'insuffisance/absence des personnels qualifiés qui prive d'accès à certaines méthodes (implants, DIU). La persistance des ruptures de stocks concoure à entraver l'accès des femmes et jeunes aux services PF.
- (8) (+) L'augmentation du nombre des jeunes et femmes bénéficiant des services des SSR, y compris les évolutions suivantes entre autres : (a) chirurgie de la FO de 233 en 2014 à 570 en 2016 ; (b) adolescents couverts par SSRAJ : de 57727 en 2014 à 251417 au 1^{er} semestre 2017 ; (c) Nombre d'acceptantes additionnelles de PF : de 23.308 en 2014 à 167 530 en 2017 ; (d) nombre d'utilisateurs de méthodes modernes de PF : de 99090 en 2014 à 167528 en 2017. La prévention, le dépistage et la réparation ont induit une raréfaction des cas de fistules lors des dépistages communautaires.
- (9) (-) L'insuffisance de la confidentialité et de la convivialité des services SSR : L'offre n'isole pas assez de la stigmatisation ambiante, privant ainsi d'accès plusieurs et induisant beaucoup de perdus de vue.
- (10)(+) La forte fréquentation enregistrée lors des campagnes, stratégies avancées et consultations foraines

b. Amélioration qualitative passable de l'accès à la SSR

L'appréciation de l'amélioration qualitative de l'accès à la SSR a donné lieu à des constats variables qui incluent des avancées nettes d'indicateurs, des avancées ambiguës et des stagnations/reculades.

(1) Relativement aux avancées nettes l'on note : (a) La mise en évidence des besoins inavoués des femmes en matière de PF/SSR (espacement/limitation des naissances) dans un contexte communautaire nataliste et coercitif vis-à-vis du contrôle des naissances ; et (b) La mise à disposition des outils d'assurance qualité des SONU.

¹⁴ Rapport de la campagne tam-tam PF avec offre gratuite des services PF intégrée de dépistage volontaire du VIH dans la zone sanitaire de Malanville-Karimama, du 30 novembre au 4 décembre 2015

(2) Au sujet des avancées mitigées on observe : la réduction de l'impact des tabous suite aux campagnes de plaidoyer et de communication de masse, avec participation des décideurs familiaux et sociaux :

(a) l'implication des hommes, leaders traditionnels et de leaders religieux dans le cadre des activités de RC.

(b) le déploiement d'action décisives par ces hommes impliqués (des causeries éducatives, mobilisation sociale en faveur de l'utilisation des services de SR ;

(d) la persistance des abandons des femmes ayant commencé l'utilisation des services PF dont particulièrement la PF, sous l'effet des pressions familiales et sociales.

(3) Concernant les stagnations ou reculades l'on enregistre :

(a) l'insuffisance de la surveillance des grossesses à risque et du suivi du travail d'accouchement

(b) Le manque maîtrise des technologies contraceptives (ex. DIU) et des règles d'asepsies (rapport campagne ZS Malanville-Karimama, 2015).

Conclusion partielle 2-EQ4 : Conclusion sur l'hypothèse 2 de l'EQ4– (CP2-EQ4)

L'apport du 8^e PP à l'amélioration de la demande et de l'accès aux services SSR par les femmes et jeunes a été quantitativement et qualitativement mitigé. Les facteurs de contrainte restent nombreux. L'on observe une diminution des effectifs couverts par la SSRAJ entre 2014 et 2015, une fréquentation de la CPN et de la PF peu satisfaisante, la stagnation de la demande en accouchement assisté, une fréquentation insuffisante des postes fixes. Les acquis ont concerné surtout, une fréquentation accrue des services SSR durant les campagnes et immédiatement après, une augmentation de la couverture communicationnelle, la promotion du recours aux services stigmatisés dans des sites plus discrets. Les défis restent : l'amélioration de l'acceptabilité des services SSR pour les jeunes et les femmes, surtout en union, le déficit des pratiques clés parmi les prestataires. L'amélioration quantitative et qualitative de l'accès aux SSR a été passable du fait des contraintes : (a) la rotation/abandon des personnels à cause de l'absence de stratégie de maintien/fidélisation du déficit quantitatif et qualitatif des effectifs ; (b) des dysfonctionnements de la GAS et de la qualité de l'offre chez les prestataires ; (c) une réduction partielle du poids des tabous. Les avancées incluent : (a) l'expression et la prise en charge des besoins SSR inavoués chez les femmes en union ; (b) la garantie d'assurance qualité des services SR.

4.4.2 Contribution des interventions à l'appui des stratégies et plan par la génération des connaissances et la production des évidences (H3-EQ4)

L'hypothèse 3 de l'EQ4 est adressée par 2 indicateurs suivants :

4.4.2.1 Contribution des investissements à la génération des connaissances et évidences démographiques et SSR/jeunes/femmes en appui à la planification du développement–(I1&I2-H3-EQ4)

a. Pertinence suffisante des investissements par rapport à la génération des connaissances et des évidences et à l'appui aux stratégies et plans de développement

Les investissements mis en place ont été suffisamment pertinents, par rapport à la génération des connaissances et des évidences sur les questions démographiques émergentes et de la SSR chez les jeunes et les femmes.

Les données recueillies montrent qu'un certain nombre d'actions ont été menées dans ce sens : (1) les Enquêtes sur les questions démographiques émergentes ; (2) la documentation des bonnes pratiques ; (3) la documentation des leçons sur l'intérêt des interventions déployées ; (4) les enquêtes sur les questions SSR (adolescents/jeunes et femmes adultes ; y compris les plus vulnérables) ; (5) l'exploitation des données du RGPPH (analyses standards et approfondies) ; (6) le renforcement de la production des données et évidences ; (7) le renforcement des capacités des acteurs de la planification (exemple : DGPD) en vue de l'intégration des connaissances et évidences produites sur les adolescents et les jeunes, les femmes et les questions démographiques émergentes et (8) le plaidoyer pour leur prise en compte dans les plans de développement comme dans le cadre de l'Atelier de consensus national sur le dividende démo (du semestre 1, 2017) et les 3 séances de plaidoyer pour la prise en compte des données de la dynamique dans les

politiques et programmes de développement. Ce qui suggère que les résultats escomptés relativement à la production des connaissances ont été satisfaisants.

b. Importance/influence satisfaisante (bonne) des investissements par rapport à la génération des connaissances relatives aux questions démographiques émergentes et la SSR chez les jeunes et les femmes, particulièrement les plus vulnérables en appui aux stratégies et plans nationaux de développement;

Les actions déployées par l'UNFPA ont établi une culture de la planification basée sur les évidences. Le principe du tableau de bord communal/départemental est passé dans la routine des administrations concernées et est devenu un préalable au processus de planification administrative. Le plaidoyer de l'UNFPA est fondamentalement en train de révolutionner la pratique de planification du développement au niveau du gouvernement. Les données selon le genre et les problématiques jeunes sont transversalement incluses dans les différents documents de stratégies et de politique : la Politique Nationale de Population, 2014 ; la Politique Nationale de la Promotion du Genre, 2014 ; le Plan Action National PF du Bénin. Les supports de collectes des données administratives intègrent la désagrégation des variables par sexe et âge pour refléter les problématiques genre et jeunes concernant le développement humain, la SSR pour jeunes et femmes.

Les systèmes de production des données ponctuels (RGPH, enquêtes transversales répétitives) et permanents (systèmes d'information sectoriel : Santé, Famille, Plan) ont été appuyés à travers des formations et la fourniture de logiciels et d'équipement informatiques/TIC pour la génération des données de qualité. Le sous-système de collecte de données en SMI de la DSME a été appuyé par un atelier semestriel de validation des données, le renforcement de la surveillance des décès maternels dans les ZS et le monitoring des SONU, finalement intégré dans le système de supervision des ZS. Mais l'on a enregistré des dysfonctionnements de logiciel, des contraintes de remontée des données, la faiblesse de système communautaire des données, qui entravent ce processus.

Le 8^{ème} PP a bénéficié à des dizaines d'études sur les questions de population et de développement, de SR adolescents/jeunes et femmes. Les cadres des administrations partenaires de la santé, du Plan et de la Famille/Genre ont bénéficié de la promotion de l'utilisation de données sociodémographiques dans la prise des décisions. Dans les administrations partenaires en charge du Genre, de la Jeunesse, de la Santé, de la Défense, du Plan, les capacités ont été renforcées, en tenant compte des besoins des jeunes.

Conclusion partielle 3-EQ4 : Conclusion sur l'hypothèse 3 de l'EQ4— (CP3-EQ4)

Les investissements du 8^e PP se sont avérés pertinentes, par rapport à la génération des connaissances et des évidences sur les questions démographiques émergentes et de la SSR chez les jeunes et les femmes, particulièrement les plus vulnérables. Toutes les actions pertinentes attendues ont été implémentées. Des dizaines d'enquêtes, tout comme l'exploitation des données de recensement, ont produit des données désagrégées par genre, l'âge. Des paramètres de vulnérabilité, malgré la non complétude des analyses thématiques du RGPH, ont été mis en évidence. La documentation des bonnes pratiques et des leçons pour l'avenir ont été systématiques. Le renforcement des capacités de production des données et évidences a eu cours dans services compétents. Le plaidoyer, a permis l'intégration des connaissances produites dans une dizaine de documents.

4.4.3 Contribution des interventions à la prise en compte du genre et des VBG dans programmes de développement et les stratégies des partenaires clés (H4-EQ4)

L'hypothèse 4 de l'EQ4 (I_1) suivante :

4.4.3.1 Contribution des investissements à la prise en compte du genre et des VBG dans les programmes de développement et les stratégies des partenaires clés, y compris les OSC— (I1-H4-EQ4)

L'évaluation a mis en exergue, le fait que les investissements orientés vers ces rubriques avaient une pertinence satisfaisante, une importance effective et influence modérée

Trois projets (dont deux conjoints) ont été mis en œuvre sur cette composante : (i) Programme conjoint - UNFPA-OMS-UNICEF PNUD ; (ii) Projet - UNFPA-PAM-FAO ; (iii) Lutte contre le mariage des enfants et promotion de la planification familiale dans le Mono, Couffo, Borgou Alibori.

Quatre paquets d'interventions sont prévus dans le CPD pour contribuer à l'atteindre du produit 4 : (1) Renforcement des droits de l'homme (plaidoyer & partenariats stratégiques) ; (2) Prévention et gestion des VBG ; (3) Mise en place/application des POS et (4) Communication pour Lutte VBG et protection droits SR.

- a) Concernant le renforcement des droits de l'homme (plaidoyer & partenariats stratégiques), toutes les interventions sur la composante Genre sont orientées vers l'appui au renforcement des capacités nationales et locales. L'UNFPA appuie également les ONG et OSC (Plan International Bénin, IFMA...) disposant des relais plus proches des populations. Au titre des actions, il est relevé : (i) Lancement de l'élaboration du plan d'actions sur la résolution 1325 sur les femmes, la paix et la sécurité ; (ii) Evaluation du plan d'action de lutte contre les VFF ; (iii) Appui à la participation de la Directrice Générale de la Famille et des Affaires Sociales et de la Vice Coordonnatrice de l'ONG WILDAF Bénin à la 61ème session de la commission sur la condition de la Femme (CSW) à New-York aux Etats-Unis (12 au 27 mars 2017) ; (iv) Formation de 207 leaders d'opinion dont 74 femmes sur les lois protégeant les femmes et les filles (relatives aux VFF, au code des personnes et de la famille, au mariage des enfants) ; (v) Création et opérationnalité de la section Bénin du groupe de travail « Femmes, Paix et Sécurité composé de 42 femmes leaders et formés sur les contenus des résolutions 1325, 2242 et 2250 ; (vi) Formation de 150 femmes relais communautaires, membres de 10 groupements d'Aplahoué, de Dogbo et de Djakotomey, en VBG, SR, PF et renforcement de leurs capacités de leadership relationnelles et communicatives ; (vii) Installation de la première Case de la Femme respectivement aux CPS d'Aplahoué, de Dogbo et de Djakotomey et remise de matériels de communication, pour le renforcement des capacités relationnelles et communicatives des femmes ; (viii) Formation de 452 d'acteurs communautaires sur les méfaits des mariages d'enfants, les MGF et autres abus sexuels.

Ceci contribue à la création d'un environnement plus favorable à l'égalité de genre.

- b) Sur la prévention et gestion des VBG, les formations et renforcement de capacités des acteurs institutionnels, des femmes, des jeunes et des hommes, ainsi que les actions de mise en place ou de renforcement de l'exploitation des plates-formes de dénonciation visent la prévention des VBG. Les femmes, et les jeunes formés deviennent des relais pour porter les messages sur la prévention dans leurs familles et communautés respectives. Au titre des activités : (i) 555 femmes ont bénéficié de services de prévention sur les violences basées sur le genre ; (ii) 1919 acteurs non médicaux ont été formés sur la protection contre les violences ; (iii) une plateforme de dénonciation des violences mis en place dans les zones pilotes des départements du Borgou, Alibori, Zou et Littoral ; (iv) Equipement de l'Office Central de Protection des Mineurs (OCPM) en matériel de connexion pour renforcer l'exploitation de la plateforme de dénonciation des VBG.

L'offre de services légaux et sanitaires aux victimes de VBG s'est matérialisée par : (iv) la prise en charge avec l'aide des centres de promotion sociale, dans les communes de Cotonou, Kandi, Malanville, Parakou et So-Ava de 179 victimes de VBG ; (vi) la prise en charge de 1437 filles et garçons dont 237 d'assistance juridique et judiciaire, de formation professionnelle et de réinsertion socio-professionnelle.

- c) Sur la mise en place et l'application des POS/VBG, les POS/VBG adoptées sont en cours d'opérationnalisation, pour harmoniser chez les partenaires, les approches d'intervention. : (i) 459 acteurs de lutte contre les VBG des secteurs de la santé, de la justice, de la sécurité et du psychosocial sont formés sur les dispositions des POS/VBG ; (ii) 10 comités POS/VBG et 5 comités "les hommes

s'engagent" mis en place dans les départements du Borgou, d'Alibori, du Mono et du Couffo. Ces comités appuyés par le programme, sont formés et agissent sur les problématiques de défense des droits des femmes exposées aux VBG.

Ces actions contribuent à renforcer la collecte et le traitement des données sur les VBG, et à accroître leur dénonciation. Dans le département de l'Alibori par exemple, les CPS ont enregistré 259 cas de VBG au premier trimestre 2017, contre 828 cas pour toute l'année 2016.

- d) L'UNFPA assume le lead sur la communication pour la lutte contre les VBG et protection droits SR/PF. Les célébrations des journées statutaires appuyées par le bureau pays et impliquant les PTFs sont des opportunités de mobilisation sociale et de communication sur les droits des femmes et des filles à l'intégrité et à la SR/PF. Ces actions sont relayées par les médias. Les actions réenregistrées concernent: (i) communication communautaire pour un changement de comportement (CCC) sur les VFF lors des journées statutaires (JIF, JMP, JiFi, etc) ; (ii) formation de 35 journalistes des radios communautaires des départements du Borgou et de l'Alibori sur les actes qualifiés de VBG et sur l'utilisation de la plateforme de dénonciation en ligne ; (iii) dialogues communautaires sur le mariage des enfants (16) dont 8 en milieu communautaire et 8 en milieu scolaire dans les communes de Zakpota, Bohicon, Karimama, Ségbana, Gogounou, Malanville, So-Ava et Cotonou.

La performance du Produit 4 reste toutefois mitigée. Les sources consultées révèlent une appropriation limitée de la problématique du genre au niveau des acteurs, y compris le ministère en charge. Ceci est corolaire de la faible participation/représentativité des femmes dans les sphères décisionnelles la vie publique (exemple: 8,4% au parlement et 14,3% au gouvernement) ; une faible capacité technique des acteurs de la Direction de la promotion de la Femme et du Genre à tenir le leadership requis. Les efforts du ministère sont plus orientés vers l'autonomisation des femmes que vers l'opérationnalisation des POS/VBG). Ce qui est cause de limites à la gestion et la dénonciation des VBG : (a) inexistence d'un mécanisme fiable de dénonciation et de prise en charge des victimes de VBG ; (b) inexistence d'un système fiable de collecte et de traitement des données sur les VBG ; (c) coût de la prise en charge médicale/et ou des certificats de santé prohibitifs. Ce qui interroge la pertinence des indicateurs. Par exemple, le lien de causalité entre l'atteinte des cibles desdits indicateurs et les changements sociaux et comportementaux nécessaires, n'est pas immédiat. L'accoisement de la taille des OSC soutenus par le 8^{ème} programme, sensibilisant les hommes et les garçons à l'égalité des sexes, n'est pas toujours synonyme de recul des VBG, tout comme «l'existence d'un programme multisectoriel national chargé de prévenir et réduire la violence sexiste et gérer ses conséquences ».

Les résistances aux changements constituent également d'importants facteurs de contrainte (par exemple, les trafics d'influences observées au cours des poursuites pour VBG, les interférences entre les communautés en vue de règlements à l'amiable...). On doit aussi souligner la limitation dans le temps de certaines interventions qui n'ont pas le temps de produire des changements escomptés, pour des problématiques qui s'enracinent dans le noyau dur des représentations et conduites sociales (exemple du projet de lutte le mariage des enfants et promotion de la planification familiale dans le Mono, Couffo, Borgou Alibori)

Conclusion partielle 3-EQ4 : Conclusion sur l'hypothèse 4 de l'EQ4– (CP4-EQ4)

Les interventions soutenues par le BP ont passablement contribué à la prise en compte du genre et des VBG dans les programmes de développement et les stratégies des partenaires clés, y compris les OSC et à produire des documents de référence qui encadrent l'approche genre. Les POS/VBG introduites suggèrent une prise de conscience sensible. L'on y a observé une synergie d'action. Mais plusieurs interventions sont à court terme, et ne bénéficient pas de mécanismes de suivi régulier. Le système d'information est déficitaire, l'adhésion communautaire reste à construire, tout comme le leadership du Ministère en charge de genre. Ce qui a eu pour conséquence, le fait que le processus de changement social et comportemental reste limité.

4.5 Contribution du programme à l'atteinte des résultats de l'UNDAF

EQ5 (EFFICACITE PP vs UNDAF) : « Dans quelle mesure les interventions appuyées à travers le Programme Pays ont-elles contribué à l'atteinte des résultats (produits et effets) du plan d'action commun de l'UNDAF ? ».

L'EQ5 est la 2^{ème} question d'évaluation portant sur l'efficacité. L'hypothèse qu'elle formule est : « Les résultats du CPD ont suffisamment contribué à l'atteinte des résultats (produits et effets) du plan d'action commun de l'UNDAF2014-2018. ». La vérification cette hypothèse constitue le moyen de réponse à la question. Sa vérification se fait au travers des 3 indicateurs suivants :

4.5.1 Performances réalisées sur les indicateurs d'effet de l'UNDAF 2014-2018 de l'UNFPA(I1-H1-EQ5)

Concernant ce point, les données de performances réalisées sur les indicateurs d'effet de l'UNDAF 2014-2018 de l'UNFPA, ne sont pas disponibles, du fait de l'absence d'évaluation des indicateurs de produit et d'effet.

Les effets UNDAF sont élaborés de manière globale et ne peuvent être mesurés par un indicateur unique. Les valeurs de base sont, pour la plupart issues de l'enquête démographique et de santé de 2011-2012 (EDSB 4). Les données de l'enquête MICS de 2016 ont été utilisées pour apprécier les progrès. Ces indicateurs concernent essentiellement l'effet 2 et, dans une moindre mesure, les effets 4 et 5 dont certains indicateurs ont été rapportés par la dernière évaluation à mi-parcours de l'UNDAF en 2015. Le tableau 4.15 présente les niveaux de base, des cibles et des réalisations pour chaque indicateur, ainsi que la performance par rapport aux prévisions.

Tableau 4.15: Performances de quelques indicateurs des effets de l'UNDAF 2014-2018

Indicateurs	EDS4 2012	MICS 2016	Cible 2018	Performance
Quotient de mortalité néonatale	23,0	38,0	-	-
OMD4.2: Quotient de mortalité infantile	42,0	67,0	-	-
OMD4.1: Quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans	70,0	115,0	-	-
Indice synthétique de fécondité	4,9	5,7	-	-
OMD5.4: Taux de fécondité des adolescentes	98,0	94,0	-	-
OMD 5.3: Taux de prévalence contraceptive	7,9%	17,9%	20%	82,6%
OMD5.6: Besoins non satisfaits	32,6%	33,1%	25%	-6,6%
OMD5.5a: Consultation prénatale par du personnel qualifié	83,5%	82,8%	-	-
OMD5.5b: Au moins 4 consultations prénatales	58,2%	58,7%	-	-
OMD5.2: Assistance qualifiée durant l'accouchement	80,9%	77,2%	90%	-40,7%
Victimes qui utilisent les services d'assistance sociale*	31826	45000	-	-
Communes d'intervention disposant de TBS*	0,0%	0,0%	100%	0,0%

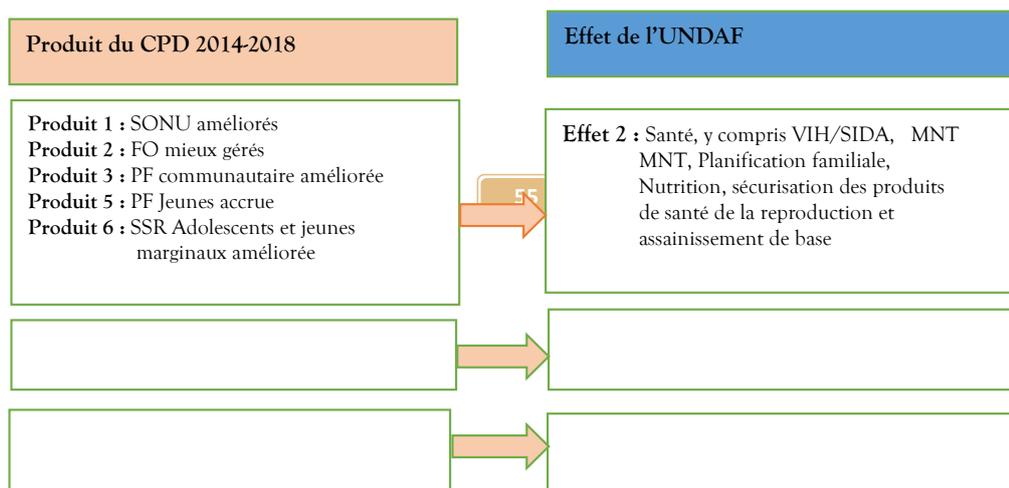
Source de données: Evaluation à mi-parcours UNDAF 2016

Le tableau montre que la plupart des indicateurs clés devant permettre d'apprécier l'effet 2 de l'UNDAF n'ont pas de valeur cible. Le taux de prévalence contraceptive a connu un progrès remarquable. Les données indiquent également une dégradation des indicateurs des besoins non satisfaits, et du taux d'accouchements assistés.

4.5.2 Potentiel de contribution des produits du CPD aux effets correspondants de l'UNDAF (I2-H1-EQ5)

L'articulation entre la chaîne des résultats de l'EPP8 de l'indicateur 2 est globalement pertinente et cohérente, comme le montre la figure ci-dessous.

Graphique 4.6: Relations entre les produits du CPD et les effets de l'UNDAF



On voit que chaque produit du CPD est parfaitement en lien avec un effet spécifique de l'UNDAF, en particulier, les produits 1, 2, 3, 5 et 6. Pratiquement la moitié (11/23) des indicateurs des produits du PP8 de l'UNFPA sont des extrants, ne permettant pas de mesurer, ou de rendre compte des progrès au niveau des produits (tableau 4.16).

Tableau 4.16: Récurrence des extrants par les indicateurs suivis pour les produits PP8

Produits	Nombre d'indicateurs	Nombre d'extrants	Ratio d'extrants
Produit 1 (SONU améliorés)	2	1	1/2
Produit 2(FO-mieux géré)	2	1	1/2
Produit 3 (PF-Communautaire améliorée)	5	3	3/5
Produit 4 (Réponse VBG Renforcée)	4	0	0/4
Produit 5 (PF-Jeunes accrue)	3	2	2/3
Produit 6 (SSR-Adolescents/Jeunes marginaux améliorée)	3	1	1/3
Produit 7 (Décisions & Politiques aux évidences renforcées)	4	3	3/4
Ensemble	23	11	11/23

Cette situation rompt le lien entre quasiment la moitié des indicateurs de produit du PP8 et les indicateurs d'effet auxquels ils sont censés contribuer. Les produits 7 (3/4) et 3 sont les plus affectés. Seul le Produit 4 est épargné.

4.5.3 Potentiel de contribution des produits du CPD aux effets correspondants de l'UNDAF (I3-H1-EQ5)

La disponibilité des données n'est pas suffisante pour un constat valide sur tous les indicateurs. Toutefois, pour au moins un indicateur, l'hypothèse d'alignement adéquat entre les progrès du produit et celui de l'effet correspondant semble être confirmée. Dans le domaine de la PF, tous les indicateurs de produits sont en surperformance: 123% pour la formation aux techniques contraceptives, 136% pour la formation des volontaires communautaires à la distribution des contraceptifs, 116% pour la gestion logistique de produits de la santé de la reproduction. Ce qui a pour corolaire de nouvelles acceptantes de méthodes modernes de contraception, évalués à 167530 soit environ 50% de la valeur cible pour 2018 obtenus à la fin de 2016.

Conclusion

L'insuffisance de la documentation des cibles et progrès de l'UNDAF et l'utilisation d'extrants pour mesurer les produits du CPD ne permettent pas un constat global valide sur l'adéquation de l'alignement entre les progrès des produits du CPD et les progrès des effets correspondants de l'UNDAF. Cependant, la cohérence des interventions prévues dans le CPD vis-à-vis des effets de l'UNDAF, l'importance des réalisations dans le cadre de ces interventions du CPD et la concordance entre certains progrès quantifiables de part et d'autres (PF) suggèrent une tendance à la contribution des produits du CPD aux effets correspondants de l'UNDAF.

4.6 Réponse à la sixième question d'évaluation sur la durabilité

Question d'évaluation EQ6 : Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il contribué à la mise en place des capacités et des mécanismes pour assurer l'appropriation et la durabilité des acquis et effets de ses interventions ?

Cette question est renseignée par la vérification de deux hypothèses :

4.6.1 Appui satisfaisant des partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne (H1-EQ6)

L'hypothèse 1, est vérifiée par 3 indicateurs d'évaluation.

4.6.1.1 (I1) Absence d'une stratégie/approche en vue de la durabilité, mais création de conditions de relatives durabilité par endroit

L'indicateur a été analysé par les 5 justifiant les 5 constats suivants :

- (a) Existence d'une stratégie pour la durabilité : Le 8^{ème} PP ne dispose pas d'une stratégie de durabilité, du fait de raisons technique, institutionnel et financier, mais a parfois créé des conditions de durabilité.
- (b) Intégration des interventions et dans les mécanismes existants : Les interventions ont souvent été intégrées dans les mécanismes existants (synergies avec des structures publiques et des OSC/ONG).
- (c) Réalisation d'activités contribuant à la durabilité : Certaines activités réalisées sont considérées comme contributives à la durabilité du programme. Il s'agit pour l'essentiel de (i) renforcement du dispositif politico-stratégique au niveau national, (ii) du renforcement des systèmes, (iii) du renforcement des capacités ; (iv) de la fourniture d'équipements et matériels de qualité.
 - (i) En matière de renforcement du dispositif politico-stratégique, le 8^{ème} PP a contribué :
 - à la normalisation de la formation des sages-femmes par l'introduction du système LMD, à la standardisation de l'évaluation des SONU et à l'introduction des POS en matière de genre et droit ...
 - au développement de documents de politique, de stratégie;
 - (ii) Les systèmes de données sectorielles en santé ont bénéficié de la mise en place du logiciel Channel et de la formation du personnel pour la gestion des données des produits de PF et de santé. Des révisions du SNIS pour intégrer des indicateurs manquants du suivi des services SR. Des équipements informatiques ont été fournis pour assurer la gestion électronique des données.
 - (iii) Le renforcement des capacités du personnel dans tous les départements ministériels partenaires a couvert plusieurs centaines de cadres et de prestataires des services SR, Genre et droit et planification.
 - (iv) différentes sources indiquent que des équipements technico-sanitaire, de haute qualité ont été mis à disposition par l'UNFPA, contribuant à la durabilité des interventions concernées.
- (d) Le déploiement du plaidoyer pour rendre l'environnement facilitateur : a abouti à une certaine appropriation. Certaines décisions des maires et médecins coordonnateurs (détachement de personnel de la ZS pour offre de services SSRAJ, prise en charge par les mairies du fonctionnement des centres multifonctionnels, intégration des services SSRAJ dans les statistiques de la ZS) visent également, à travers la continuité des services, une certaine durabilité.
- (e) le renforcement des capacités pour la durabilité : Les parties prenantes sont généralement pessimistes quant aux capacités des partenaires nationaux à mobiliser les ressources de remplacement. Ce qui traduit un risque d'arrêt des activités en cas de retrait du programme, en particulier pour le fonctionnement des comités POS/VBG, l'offre des services SONUB et SONUC, l'offre de services SSRAJ.

4.6.1.2 (I2) Adéquation suffisante de l'appui au développement des capacités par rapport aux défis en matière de durabilité des interventions

Le programme a réalisé beaucoup d'activités de renforcement de capacité. Mais leur focalisation sur le renforcement de compétences spécifiques pour la durabilité n'est pas acquise. Cependant, les appuis fournis en matière de renforcement de capacités techniques, d'équipements et d'intrants constituent un capital aux effets durables tout comme un ensemble d'acquis sur lequel des stratégies de durabilité pourraient être bâties.

4.6.1.3 (I3) Insuffisance de l'établissement des mécanismes d'appropriation à la hauteur des défis relatifs à la durabilité

Les mécanismes d'appropriation des défis à la durabilité ont manqué. Le suivi des compétences formées n'est pas effectif. Ce qui a pour conséquences les déperditions des personnes formées. Les parties prenantes et les bénéficiaires sont unanimes sur la contribution significative des agents des formations sanitaires à l'amélioration de la qualité des services. Mais, aucune disposition n'existe actuellement pour assurer le maintien/la fidélité au poste de ces agents. Pour les comités POS/VBG par exemple, l'on pourrait mettre en place un mécanisme de représentativité institutionnelle induisant un remplacement immédiat en cas de mutation d'un membre par son suppléant. Ceci éviterait des absences de coordinateur des comités POS/VBG (exemple : comité POS/VBG, Parakou).

Il existe cependant des mécanismes d'appropriation basés sur l'existant. Concernant la SR, la notification des décès maternels dans les activités de routine est intégrée, tout comme la revue des SONU, à la supervision intégrée, dans deux zones sanitaires (ZS ABD et ZS MK). Concernant le P&D, l'on note l'intégration de la production des TBS et l'appui à la réalisation des PDC dans le cahier de charge des DDPD.

Sur la composante Genre et droits humains, l'appropriation des POS/VBG est en cours. Avec la contribution des autorités locales, les CPS disposent de tranches horaires dans les radios communautaires pour la sensibilisation sur les dispositions et textes de lois réprimant les VBG. L'implication des hommes dans la lutte contre les VBG est-elle de plus en plus observée. Il est, par ailleurs, observé un mécanisme d'accompagnement pour la résilience en cas de crise humanitaire. Pour l'ensemble des sept produits, il a été noté une faible appropriation des résultats du programme par la partie nationale. Concernant la composante P&D, les mairies ont appris à intégrer l'actualisation du tableau de bord des indicateurs sectoriels de développement, innovation de l'UNFPA, dans l'élaboration des Plans de Développement Communaux (PDC). Il en est de même de l'intégration des questions de développement sur la SSR pour les femmes, adolescents et les jeunes, de l'épanouissement multifonctionnel des jeunes et les questions de population dans le PDC. L'intégration du tableau de bord du développement sectoriel dans la production des évidences et de planification est remonté jusqu'aux Délégations Départementales du Plan. Mais la contrepartie nationale pour appuyer ces ressorts de durabilité en matière de dépenses de collecte et de coordination ne suit pas. Le plaidoyer a permis d'intégrer la question du dividende démographique dans la planification du développement et l'intégration du pays dans le projet régional « autonomisation des femmes et dividende démographique au Sahel » est en cours de négociation entre le gouvernement et la Banque Mondiale.

Conclusion partielle 1 EQ6

L'UNFPA a appuyé les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne à la hauteur des besoins. Mais les données collectées révèlent l'absence d'une approche de la durabilité efficiente. Des conditions de durabilité existent cependant par endroits. Le programme a réalisé beaucoup d'activités de renforcement de capacité, favorisé l'intégration dans l'existant. Mais les mécanismes de mobilisation des ressources, de continuité, d'encadrement et d'initiative restent à construire/renforcer. Les mécanismes d'appropriation des défis à la durabilité sont donc encore à développer.

4.6.2 Renforcement de la résilience nationale envers les risques affectant la durabilité des acquis du 8ème PP (H2-EQ6)

4.6.2.1 (I1) Inexistence d'une analyse des risques globaux compromettant la durabilité

L'exploitation des documents du/sur 8^{ème} PP, ne montre pas d'analyse explicite des risques couvrant la durabilité des acquis et effets. Elle révèle toutefois, pour la période 2016 - 2017, l'existence de trois plans de contingence : (i) Plan de contingence inter agences du SNU, révisé en juin 2016 et couvrant la période allant de Juillet 2016 à Juin 2017 ; (ii) Plan de Contingence National couvrant la période allant de Juin 2016 à Juin 2017 ; (iii) Plan départemental de contingence des fièvres virales hémorragiques de Lassa/Ebola du Borgou/Alibori. Ce qui suppose une prise en compte implicite des risques potentiels, sans un focus sur la durabilité.

4.6.1.3 Inexistence et impossibilité de l'évaluation d'un plan de gestion des risques affectant la durabilité

Malgré l'orientation donnée par les indicateurs **I2** & **I3**, en la matière, on note une absence d'analyse des risques sur la durabilité des interventions et acquis du 8^{ème} PP. L'on note également l'absence d'un plan de gestion de ces risques. Ce qui permet de conclure que le 8^{ème} PP ne dispose pas de système de gestion approprié des risques.

Conclusion partielle 2 EQ6

Le renforcement de la résilience de la partie nationale face aux défis et risques relatifs à la durabilité n'est pas suffisant. Le programme, non seulement n'a pas procédé à une analyse des risques, mais ne dispose pas d'un plan de gestion des risques affectant la durabilité.

4.7 Réponse à la 7^{ème} question d'évaluation sur la coordination UNCT

Question d'évaluation EQ7 (Coordination UNCT): Dans quelle mesure le Bureau Pays a-t-il contribué au bon fonctionnement de l'UNCT et les autres instances de gouvernance de l'UNDAF (Outcome-Groups, Groupes thématiques et Groupes effets) ?

L'EQ7 est analysée à travers l'hypothèse (H1-EQ7), laquelle est vérifiée par les 5 indicateurs suivants :

4.7.1 Mécanismes de coordination existants

Dans le cadre de l'UNDAF, plusieurs instances de gouvernance sont institutionnalisées et sont opérationnelles.

Tableau 4.17 : Instances de coordination de l'UNCT et de l'UNDAF

Instances de coordination	Groupes de travail correspondants
UNCT	Représentant
Comité Programme	RA et NPOs pour UNFPA
Groupe de gestion des opérations (OMT)	Groupe ITC,
Groupes Effets	Groupe effet 2, 4 et 5 pour UNFPA
Groupes thématiques	Genre et Protection sociale ; Groupe VIH/SIDA

4.7.2 Niveau de participation de l'UNFPA aux mécanismes respectifs de coordination

Le niveau de participation de l'UNFPA est apprécié par 2 sous-indicateurs dont (1) la participation institutionnelle, membership et (2) l'assiduité ou taux de fréquentation/participation aux assises ou réunions.

- Membership ou participation institutionnelle exhaustive : La revue documentaire tout comme les échanges avec les parties prenantes montrent que l'UNFPA a une bonne participation institutionnelle au système de coordination des Nations Unis.
- L'assiduité ou taux de fréquentation/participation en rapport aux assises: Le bureau pays de UNFPA participe activement aux activités des différentes instances de coordination. Des avis contrastés ont toutefois été enregistrés concernant le taux de participation de l'UNFPA. L'on a toutefois noté certains cas d'absence, confirmées par certains collègues d'autres

agences du SNU et reconnu par le BP. En recoupant les différents avis et documents, l'on pourrait estimer à 90% une telle participation.

4.7.3 (I3) Effectivité du leadership du BP dans les mécanismes de coordination qui sont dans le champ de son mandat

Institutionnellement l'UNFPA exerce un leadership à plusieurs niveaux des mécanismes de coordination. En 2017, l'institution est leader du Groupe effet 4 (Genre/VBG) de l'UNDAF; du groupe HACT/OMT ; du groupe thématique éthique du sous-groupe LTA, du projet conjoint MUSKOKA en 2017; du groupe de travail sur les technologies de l'information (IT) et co-leader du Groupe effet 2 (Santé/VIH-Sida), dont il était leader au cours de l'année 2015. L'UNFPA a également assuré le leadership du groupe thématique "Genre et protection Sociale" entre 2014 et 2015. Concernant le leadership naturel/technique ou thématique, au sein du système des Nations Unies au Bénin, l'UNFPA est à l'avant-garde de l'intégration des questions de population dans les programmes de développement, ainsi que la prise en compte des questions démographiques émergentes. Suivant son mandat, l'UNFPA est leader : (1) du projet Elimination VBG et promotion droits humains (UNFPA-PNUD-UNICEF-OMS) ; (2) du projet sécurité alimentaire et renforcement des capacités relationnelles, communicatives et de leadership des femmes (FAO-PAM-UNFPA) ; (3) du projet de fourniture de services essentiels en matière de SSRAJ aux adolescents et jeunes marginalisés dans la commune d'Abomey-Calavi financé par les pays Bas. En somme, l'UNFPA a su se positionner à l'avant-garde sur des thématiques faisant partie de son mandat, et sur lesquelles l'organisation détient une expertise technique et des ressources humaines et financières.

4.7.4 Densité/Régularité /qualité dans la contribution stratégique au niveau des instances de coordination

L'on a noté sur cette rubrique, des apports appréciables, parfois très novateurs. La densité et la régularité des contributions stratégiques de l'UNFPA aux instances de coordination de l'UNDAF ont été suffisantes. Les contributions de l'UNFPA ont été suffisamment denses et régulières. La densité des contribution s'est révélé dans : (1) l'initiation et l'accompagnement à la création de l'e-Roster des prestataires UNDAF en matière de gestion des opérations ; (2) la promotion de la capitalisation du dividende démographique dans l'effort de développement ; (3) l'introduction de la surveillance des décès maternels ; (4) la lutte contre la fistule obstétricale ; (5) la formation académique et continue des ressources humaines en santé ; (6) la mise en place d'un système de gestion logistique des produits contraceptifs ; (7) le développement de normes et standards en matière de santé de la reproduction ; (8) le rôle moteur dans la production des données nécessaires pour le développement des plans de contingence de UNCT ; (9) un important concours à la publication du bulletin de l'UNDAF. Dans la perspective de collaboration avec les autres agences, l'UNFPA s'est aligné sur la zone de confluence UNCT ; a adopté une approche de promotion et de participation systématique aux actions communes avec plusieurs projets conjoints, dont ceux sous financement Muskoka et l'Ambassade Suisse.

Les contributions stratégiques de l'UNFPA aux instances de coordination de l'UNDAF ont été jugées de grande qualité par les parties prenantes. En particulier, l'importance critique des données mises à contribution, l'expertise données/M&E aux agences sœurs, l'introduction d'approche qualité dans l'appui à la coopération, le leadership sur l'appui à l'amélioration de la qualité des données, ont été jugées satisfaisantes. En termes de limites, l'appui institutionnel apporté par UNFPA a été davantage restreint aux partenaires stratégiques.

4.7.5 Contribution à la prévention ou la résolution des dysfonctionnements ou goulots d'étranglement de l'UNCT/autres instance de l'UNDAF

Les entretiens montrent que le bureau pays de l'UNFPA n'est pas suffisamment impliqué dans l'accompagnement de la mise en œuvre et la résolution des goulots d'étranglement pour assurer la disponibilité des intrants dans système national. L'on peut aussi noter une contribution insuffisante du BP à la prévention et à la résolution des dysfonctionnements/goulots d'étranglement de l'UNCT et autres instances de l'UNDAF. Par exemple, on a (i) la non implication de l'UGC aux assises du Comité de

Programme depuis 2015 et son exclusion des décisions stratégiques; (ii) la perception de la partie nationale, d'un poids trop important du SNU dans la prise de décision au sein des instances des communes de planification; (iii) La perception de part belle auto-octroyée de l'agence élaborant le rapport d'une assise du SNU au détriment des autres.

Conclusion EQ7

L'UNFPA contribue aux mécanismes et instances de coordination du système des Nations Unies de manière traçable et satisfaisante. Le bureau s'est positionné en leader sur plusieurs d'entre elles. Le 8^e PP a permis de mettre en œuvre plusieurs interventions novatrices dans le contexte de l'UNDAF et d'apporter des contributions stratégiques remarquables. Mais, quelques limites observées dans l'encadrement opérationnel des actions des communes sur le terrain, en particulier la disponibilité des intrants, l'implication dans la résolution des goulots d'étranglement/ et difficultés de certaines instances de l'UNDAF, ont constitué des limites.

4.8 Valeur ajoutée du programme au plan pays

Question d'évaluation EQ8: « Quelle est la valeur ajoutée apportée par le Bureau Pays au niveau national dans les différents domaines relevant de son mandat telle que perçue par les parties prenantes nationales ? »

La vérification de l'Hypothèse correspondante, passe par le renseignement des trois indicateurs.

4.8.1 Effectivité d'interventions relativement spécifiques à l'UNFPA (H1-EQ8)

L'évaluation a mis en évidence la valeur ajoutée du 8^{ème} PP concernant le leadership dans les domaines de la SR, la SRAJ, de P&D, la réduction des inégalités de genre et lutte contre les VBG. La valeur ajoutée dans le domaine de la SR concerne la spécificité et la qualité de son intervention. On note les apports en renforcement des capacités du capital humain et en intrants de qualité en matière de SR. En matière de genre et droits humains, la valeur ajoutée découle de l'appui institutionnel et opérationnel au ministère en charge de la famille, à l'Observatoire de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (OFFE) et à la mise en application des POS/VBG. La valeur ajoutée de P&D, consiste dans son appui constant à l'INSAE et au Ministère du Plan pour la prise en compte systématique de la dynamique démographique dans les politiques et programmes, la production des données sectorielles de qualité pour le développement.

4.8.2 Existence effective d'approches spécifiques à l'UNFPA

Les approches spécifiques d'intervention de l'UNFPA concernent la SE, le genre, droits humains, P&D. Concernant la SR, on peut citer le renforcement des formations sanitaires en équipements et appui à la sécurisation des produits SR, le monitoring des SONU, les campagnes gratuites de PF, la distribution des kits de dignité, l'offre de services SR/PF en situation d'urgence. Concernant le genre et droits humains, on a la mobilisation pour la prévention et la prise en charge médicale, psychosociale et juridique des victimes des VBG, le renforcement des capacités techniques et institutionnelles du Ministère en charge des affaires sociales. Relativement à la P&D on a le plaidoyer pour la prise en compte des questions de populations et des jeunes dans les politiques et stratégies de développement, le renforcement des capacités techniques des cadres de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) et du ministère du Plan.

4.8.3 Existence effective d'avantages comparatifs dans les apports de l'UNFPA

Les parties prenantes ont identifié trois avantages comparatifs : (i) le renforcement du suivi programmatique des partenaires ; (ii) le renforcement du système de gestion financière des partenaires et (iii) l'accompagnement des partenaires de mise en œuvre dans l'élaboration des PTA, le processus de redevabilité programmatique et financière. Elles ont souligné dans la gestion de l'UNFPA, une rigueur dans l'accompagnement et la vérification du respect des normes et des procédures. Certains partenaires (DSME) bénéficient d'une mise à disposition d'experts dans la planification des activités, l'élaboration des TDR ; d'autres d'un accompagnement direct dans l'élaboration des PTA. L'existence et l'application du manuel de procédures témoignent de cette rigueur.

Conclusion EQ8

Les interventions du 8^{ème} PP ont eu un apport spécifique suffisant par rapport aux interventions des autres acteurs du développement. La valeur ajoutée apportée par le 8^{ème} PP dans les domaines relevant du mandat de l'UNFPA est reconnue par les parties prenantes et les bénéficiaires à tous les niveaux. Mais les acteurs relèvent que cette valeur ajoutée des interventions du PP n'est pas assez associée à l'UNFPA dans l'opinion, l'institution n'étant pas véritablement visible du fait d'une communication institutionnelle peu porteuse.

4.9 Réponse à la neuvième question d'évaluation sur la valeur ajoutée au plan UNCT/DAO

Question d'évaluation (EQ9) : « Quels sont les avantages comparatifs de UNFPA au Bénin, particulièrement vis-à-vis des autres agences des NU et prenant en considération l'approche pour l'initiative « Unis dans l'Action » ou « Delivering as One » ? ».

La vérification de l'hypothèse suivante en constitue la réponse : « L'UNFPA et son 8^{ème} PP ont présenté des avantages comparatifs vis-à-vis autres agences et programmes des NU au Bénin et dans le cadre des programmes conjoints et de l'approche pour l'initiative « Delivering as One ». » La vérification de cette hypothèse passe par quatre indicateurs.

4.9.1 Apports stratégiques/techniques et opérationnels particuliers comparé aux autres agences du SNU

Comme chef de file de l'effet 4 de l'UNDAF, l'UNFPA assure l'inclusion de l'approche genre dans les interventions des partenaires, qui bénéficient d'un appui en termes de suivi programmatique et de renforcement du système de gestion financière. La partie nationale est accompagnée dans l'élaboration des PTAs. Dans les formations sanitaires couvertes, une promotion de la délégation des tâches est observée, dans un contexte de rareté des ressources humaines qualifiées ou spécialisées. Les capacités des prestataires sont renforcées de manière spécifique. Le 8^{ème} PP a également soutenu l'introduction de réformes dans la formation des Sages-femmes, la fabrication locale d'équipements et offert des appuis en dotation d'appoint.

Un autre avantage du 8^{ème} PP concerne le caractère national de son intervention concernant la PF et P&D. La capitalisation des avantages comparatifs de chaque agence du SNU permet une mise en œuvre concertée et complémentaire des interventions. Les avantages comparatifs de l'UNFPA concernent la prise en compte de ses cibles stratégiques, les femmes et les jeunes, ainsi que la réalisation d'activités de son ressort : l'accès aux services de SR de qualité (SONU, PF, SSR), la réparation des fistules obstétricales, l'intégration du genre dans la planification et la gestion du développement local, la prévention et de la prise en charge des VBG.

4.9.1.1 Apports particuliers aux initiatives et programmes conjoints et à l'approche « Delivering as one »

L'UNFPA assure le leadership technique de la question genre dans le cadre du programme conjoint pour l'élimination des violences basées sur le genre et la promotion des droits humains. Il a également introduit l'outil e-Roster, la question de dividende démographique dans les politiques et programmes de développement et a joué un rôle de premier plan dans le domaine de la disponibilité et de l'analyse de données d'envergure nationale.

L'UNFPA est par ailleurs le principal initiateur et mobilisateur des ressources dans le cadre des projets conjoints et du projet de fourniture de services essentiels en matière de santé de la procréation aux adolescents et jeunes marginalisés dans la commune d'Abomey-Calavi, financé par les pays Bas. Les deux projets conjoints sont menés avec une synergie d'actions d'autres agences du SNU dans le cadre de l'approche « Delivering As One » et s'inscrivent dans la réalisation des objectifs stratégiques déclinés dans l'UNDAF 2014-2018.

4.9.1.2 Leadership de l'UNFPA sur les effets/produits de l'UNDAF liés à son mandat dans le plan stratégique 2014-2018 UNDAF

Les 7 produits du 8^{ème} PP visent à contribuer essentiellement à trois des six effets de l'UNDAF 2014-2018 (effets 2, 4 et 5). De fait, l'UNFPA s'est positionné comme leader, soit institutionnel, soit technico-stratégique par rapport aux 3 effets ou produits UNDAF sur lesquels les produits de son CPD s'alignent (tableau 4.18).

Tableau 4.18 : Alignement des produits du CDP et des effets UNDAF

Effet UNDAF	Produits /Composantes PP8 -UNFPA
Effet 2: Santé y compris VIH/sida, maladies non transmissibles (MNT), nutrition, planification familiale, assainissement de base	Produit 1-SONU Améliorés ; Produit 2- FO mieux gérés ; Produit 3-PF Communautaire améliorée ; Produit5-PF Jeunes accrue; Produit 6 : SSR-Adolescents/Jeunes Marginaux améliorée
Effet 4: Protection contre la vulnérabilité sociale, les violences et les abus	Produit 4-VBG/réponse renforcée
Effet 5: Gouvernance, participation et décentralisation	Produit 7 : Décisions & Politiques aux évidences renforcées

En matière de SR (Effets 2 de l'UNDAF), l'UNFPA se positionne comme leader stratégique en contribution aux effets est l'agence du SNU qui s'investit spécifiquement le plus dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale (SONU : soins post avortement et monitoring ; approche de désenclavement : barques cliniques mobiles dans la ZS ABD ; PF...). Il se distingue par l'importance des investissements déployés en appui à la SSR en termes d'intrants, de renforcement des capacités des formations sanitaires en SONU, d'appui à l'amélioration de la sécurisation des produits de SR, de promotion des centres multifonctionnels pour adolescents/jeunes. Du point de vue du leadership institutionnel, l'UNFPA est co-leader du Groupe Effet 2 de l'UNDAF (Santé/VIH-Sida), leader/président du groupe thématique VIH/SIDA.

Le produit 4 du CPD contribue à l'effet 4 de l'UNDAF sur la **Protection contre la vulnérabilité sociale, les violences et les abus** dont l'UNFPA assure le leadership. En matière de genre et droits humains (Effet 4 de l'UNDAF), l'UNFPA s'investit dans le plaidoyer et actions visant le respect des droits humains, la création d'un environnement législatif favorable à l'égalité et à l'équité de genre, à la lutte contre les VBG et les mariages des enfants. La plus grande contribution du 8^{ème} PP réside dans la mise en place des POS/VBG. En matière de P&D (Effet 5 de l'UNDAF), l'UNFPA est perçu comme l'agence du SNU qui a pour mandat la collecte et l'analyse des données statistiques et démographiques. Sa plus grande contribution dans le cadre du 8^{ème} PP est l'initiation du débat sur le dividende démographique. L'UNFPA est également leader du groupe HACT sur les procédures harmonisées de transfert de fonds. L'institution est à l'avant-garde de l'amélioration de la gouvernance du SNU à travers des contributions innovantes dont l'introduction de l'outil e-roster, le leadership technique sur les questions de suivi-évaluation et de renforcement des système de données sectorielles à travers l'appui au Ministère en charge du Plan et aux Administrations dont l'action recoupe son mandat (Santé, Jeunesse, Femme/Famille).

4.9.2.3 Leadership institutionnel et technique/stratégique effectif au niveau des instances de coordination UNCT/UNDAF

Le leadership institutionnel de l'UNFPA au niveau des instances de l'UNDAF est effectif. Dans le SNU, l'ancrage institutionnel de l'UNFPA est perçu à travers les interventions focalisées sur la SR, la SSRAJ, les VBG et les questions de P&D. C'est dans cette optique que la coordination de l'Effet 4 de l'UNDAF a été confiée à l'UNFPA. Mais dans cette coordination, l'UNFPA reste fragilisé par le fait que les ressources financières affectées ne sont pas à la hauteur des défis. L'UNFPA assure actuellement le rôle de chef de file de deux projets conjoints : (1) Elimination de VBG et promotion droits humains (UNFPA-PNUD-UNICEF-OMS) ; (2) Sécuritaire alimentaire et renforcement des capacités relationnelles, communicatives et de leadership des femmes (FAO-PAM-UNFPA). Le fonds est, par ailleurs, leader du sous-groupe TIC et du groupe HACT (Approche Harmonisée de Transfert de Fonds (HACT)). L'UNFPA avait également présidé avec beaucoup de brio le groupe sectoriel genre dont la composition va au-delà du SNU et dont le mandat est arrivé à terme en janvier 2017. En outre, la contribution de l'UNFPA à l'amélioration de la SR est également bien appréciée par l'ensemble des partenaires. Enfin, l'UNFPA apporte une contribution substantielle qualitative au débat sur le dividende démographique. La qualité du leadership institutionnel de l'agence

concernant le groupe TIC et HACT a été globalement satisfaisante. L'assiduité de la participation de l'agence a été exhaustive au niveau de la coordination UNCT/UNDAF. Cependant, l'implication de l'UNFPA n'a pas été optimale dans l'accompagnement de la mise en œuvre et la résolution des goulots d'étranglement, y compris au sujet d'aspects clés tel l'assurance de la disponibilité des intrants.

CHAPITRE 5 : CONCLUSIONS

Le chapitre 5 propose en passage liminaire, les leçons apprises dans le cadre du 8^{ème} Programme de pays entre le 1^{er} Janvier 2014 et le 30 Juin 2017, et, à titre substantiel les conclusions résultant des constats sur les différentes hypothèses d'évaluation. Lesdites conclusions comprennent deux catégories : la première, stratégique, regroupe les conclusions sur les questions d'évaluation portant sur la coordination UNCT/UNDAF et la valeur ajoutée, la deuxième, opérationnelle, rassemble les conclusions relatives à la pertinence, la réactivité, l'efficacité et la durabilité du 8^{ème} PP.

5.1 Principales leçons apprises

La mise en œuvre du 8^{ème} programme UNFPA/Bénin a permis de tirer des leçons sur l'organisation managériale, le renforcement des capacités, l'organisation opérationnelle et la prestation des services :

1. Le processus actuel des PTA à 4 étapes [(1) programmation PI ; (2) négociations PI/UNFPA; (3) procédure de signature PI ; (4) Procédure de signature UNFPA] dont les lourdeurs sont plus marquées aux étapes 1 et 3 impacte négativement les délais et la complétude de la mise en œuvre. Une assistance technique de l'UNFPA à l'étape 1 et un suivi direct de l'UNFPA auprès de l'autorité signataire sont à considérer ;
2. La forte dépendance du 8^{ème} PP aux financements extérieurs a abouti au report ou à l'abandon de plusieurs activités pertinentes programmées. Une stratégie participative de mobilisation des ressources et des partenariats contributeurs impliquant les acteurs et les sources (Privé, Etat, pays) est à considérer ;
3. La formation par briefing des personnels des PI sur les procédures de gestion financière n'a pas garanti l'obtention des produits de programmation et de rapportage de la dépense attendu, l'effort de coaching ayant eu un bon impact correcteur, il est à accentuer ;
4. Les stratégies actuelles de plaidoyer ne sont pas assez efficaces pour mobiliser les fonds de contrepartie nationale. Le recours à une meilleure expertise en plaidoyer/engagement/suivi est nécessaire. L'UNFPA devrait mieux intégrer la nouvelle approche de gouvernance de l'Etat en termes de planification, d'allocation des fonds et interagir avec les décideurs et mécanismes pertinents pour faciliter le déblocage des PIP ;
5. Les sites conviviaux pour les jeunes sont encore peu disponibles, du fait de l'expérience des CMFJ de l'UNFPA en phase d'initiation. Là où lesdits sites sont fonctionnels, des déterminants genre induisent une barrière familiale, qui contraint l'effort d'augmentation de l'accès aux services de SSRAJ ;
6. Les actions menées par l'UNFPA ne lui sont pas toujours attribuées dans la conscience collective ;
7. Les formations en atelier, malgré leurs sessions pratiques, renforcent davantage des aptitudes théoriques. De fait, les pratiques médicales transmises au cours des formations restent approximatives ;
8. Les gaps dans l'appui de l'UNFPA au système communautaire fragilisent l'accès aux services de niveau communautaire. L'appui discontinu et à couverture géographique partielle des autres acteurs

au système communautaire, détermine largement la disponibilité des services du portefeuille UNFPA à ce niveau ;

9. Une approche d'intégration à deux vitesses du PP8 a induit des fortunes diverses. Tantôt un bénéfice maturé résultant de la prise en compte d'un besoin intégré (service PF, complété par une offre CPN et une évacuation pour urgence obstétricale) comblait les bénéficiaires, tantôt un bénéfice immature faisant prédominer le désarroi au bout de l'offre (guérison de FO assorti de PF, mais sans services de réinsertion) plongeant dans une resocialisation sans appui à la résilience psychique ni socioéconomique (revenu).
10. L'exploitation des opportunités de synergie entre le 8^{ème} PP et les autres programmes, en particulier le FBR, le financement des ASC par l'UNICEF, la promotion du genre par la coopération suisse,... a amélioré l'accessibilité (économique, physique) et la durabilité des interventions (PF, FO, CPN, VBG-Egalité Genre).
11. L'intégration des gardiens de la norme/valeur et du pouvoir social couplée à la disponibilité, à l'accessibilité, la confidentialité et à l'information, facilitent la mutation socio comportementale vers le dépassement des barrières culturelles aux services de promotion de la qualité de vie sanitaire, genre et droit.
12. Les faiblesses systémiques (RH, GAS, financement public décentralisé) laissées sans palliatif sont une entrave d'envergure au processus de changement dont le programme a la charge.
13. La stigmatisation autour des FO compromet l'acceptabilité de la prise en charge dans de nouveaux environnements, les patientes y voyant un passage à l'échelle de l'exposition de leur honte à davantage de localités et de regards dédaigneux ;
14. La promotion de stratégies novatrices ou compensatrices (tutorat, relais de circuit d'approvisionnement, délégation de tâches, restitution aux collègues, logistique de transport pour bravé les écueils naturels...) a levé des goulots d'étranglement de la disponibilité et de la qualité des services.

5.2 Conclusions de niveau stratégique

Trois conclusions se dégagent au niveau stratégique, respectivement sur la coordination UNCT, et la valeur ajoutée. Elles portent sur les questions d'évaluation 7, 8 et 9.

Conclusion 1 ; EQ7 (Coordination UNCT) :

L'UNFPA contribue aux mécanismes de coordination du système des Nations Unies de manière traçable et satisfaisante. Le bureau pays participe activement aux instances de coordination et s'est positionné en leader sur plusieurs desdits mécanismes. L'UNFPA a mis en œuvre plusieurs interventions novatrices dans le contexte de l'UNDAF, servi de source et de référence majeure en matière de données et fait des contributions stratégiques remarquables. Cependant, quelques limites ont été observées notamment dans l'encadrement opérationnel des actions communes sur le terrain, en particulier les dysfonctionnements de la disponibilité des intrants ; et la participation à la résolution des goulots d'étranglement/ et difficultés de certaines instances de l'UNDAF.

Conclusion 2, EQ8 (Valeur ajoutée contexte pays) : Les interventions du 8^{ème} PP ont eu un apport spécifique suffisant par rapport aux interventions des autres acteurs du développement. L'UNFPA a transformé l'environnement de développement humain du Bénin grâce des apports spécifiques tels : (1) la prise en charge des fistules obstétricales ; (2) la mise en place des centres multifonctions pour jeunes ; (3) la mise en place des comités SOP sur les VBG ; (4) l'introduction du concept de dividende démographique dans la planification pour le développement ; (5) l'introduction de moyens logistiques pour le désenclavement des zones lacustres ; (6), l'introduction d'un logiciel intégré de réseautage cybernétique de la gestion logistique des produits de santé ; (7) l'appui massif des maternités en produits, équipements, logistiques de transport et formation etc. Cette valeur ajoutée apportée par le 8^{ème} PP dans les domaines relevant du mandat de l'UNFPA est reconnue par les parties prenantes et les bénéficiaires à tous les niveaux. Mais les acteurs

relèvent que cette valeur ajoutée des interventions du PP n'est pas assez associée à l'UNFPA dans l'opinion, l'institution n'étant pas véritablement visible du fait d'une communication institutionnelle peu porteuse.

Conclusion 3, EQ9 (Valeur Ajoutée vs UNCT) : L'UNFPA a présenté des avantages comparatifs vis-à-vis d'autres agences et programmes des NU au Bénin, dans le cadre des programmes conjoints et de l'approche pour l'initiative «Delivering as One». L'Agence s'est démarquée par l'effectivité d'apports stratégiques et opérationnels particuliers dont l'inclusion de l'approche genre, la délégation des tâches face au déficit de RH, des interventions particulières (FO, Ventouse, réforme de la formation des sages-femmes...). L'agence a marqué de son sceau particulier des initiatives et programme conjoints à travers : (a) un rôle majeur d'initiation et de mobilisation des ressources (VBG/DH ; sécurité alimentaire, autonomisation des femmes, SSRAJ Abomey-Calavi), (b) l'introduction de nouvelles pratiques (e-Roster des prestataires UNDAF, mise en place des POS/VBG), (c) l'inclusion du dividende démographique dans la planification du développement. L'UNFPA s'est positionné comme leader soit institutionnel soit technico-stratégique de nombre d'instances de l'UNDAF (Effet 2 et 3 ; groupe thématique VIH/SIDA, groupe HACT, groupe TIC). Cependant l'implication de l'UNFPA n'a pas été optimale dans l'accompagnement de la mise en œuvre et la résolution des goulots d'étranglement, ce qui a affecté entre autres la disponibilité des intrants.

5.3 Conclusions de niveau programmatique

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

Conclusion 4, EQ1 (Pertinence) : Le programme pays présente une bonne performance sur la prise en compte des besoins de la population cible, et des priorités nationales (UNDAF), selon le mandat et la stratégie de l'UNFPA au moyen d'interventions d'une adéquation remarquable au regard des résultats attendus. Une analyse des besoins des cibles prioritaires de l'UNFPA et prenant en compte le mandat de l'UNFPA et les priorités nationales exprimées dans l'UNDAF, a été réalisée. **Toutefois, cette identification n'a pas tenu compte des spécificités des sous-groupes marginalisés parmi les cibles prioritaires de l'UNFPA (adolescents/jeunes de la rue, adolescents/jeunes en situation de handicap, adolescents/jeunes consommateurs de drogues).** De plus, presque tous les résultats (12/13) sont portés par des interventions adéquates. Cependant, certaines interventions prévues, du point de vue du montage, du déploiement; des choix d'approches et des contraintes contextuelles (SSRAJ, renforcement des compétences en pratiques médicales, appui aux SONU et aux SOP/VBG ; plaidoyer/accompagnement de la MEO...) ne sont pas à la hauteur des défis/résultats attendus. **Inversement, les prévisions/actions PF ont été surdimensionnées par rapport aux résultats attendus au plan national pour l'UNFPA.**

Conclusion 5, EQ2 (Réactivité) : La réactivité du 8^{ème} PP a été globalement satisfaisante. Le bureau de pays, a pu adapter à l'évolution des besoins, même s'il ne s'agissait que de changements mineurs (inondations, incendies, épidémie de la fièvre hémorragique à virus Lassa). L'UNFPA a répondu aux besoins exprimés par l'Administration et maintenu les interventions régulières du 8^{ème} PP. Cependant, des acteurs et membres de la communauté ont relevé des écarts dans l'évaluation des besoins, l'affectation des dotations et la prise en compte des riverains. Des bourbiers post-inondation ont ponctuellement coupé l'accès à certaines communautés. Des acteurs sanitaires estiment que la promptitude et la continuité de l'encadrement par le BP ont varié du meilleur (inondation) à la relativité (Lassa).

Conclusion-6 EQ3 (Efficience) : Le programme a été d'une efficience satisfaisante. Les aspects favorables à l'efficience ont surclassé ceux défavorables. Ainsi, l'adéquation des ressources techniques et matérielles ; la qualité de la performance financière (mobilisation 100,5% ; exécution 81,85%) ; une bonne combinaison d'outils et d'approches ; une bonne qualité de l'intégration des services, de l'harmonisation des outils et approches et la qualité modérée de la capitalisation des opportunités de partenariat et de synergie ont boosté les résultats. Cela, malgré le poids des procédures administratives, la lenteur de la mobilisation des

ressources, les limites de la promptitude et de la complétude des activités/interventions., le déficit au niveau des ressources humaines et financières. Par ailleurs, le système de M&E a passablement contribué à la conformité et à l'efficacité du PP8, malgré des forces institutionnelles au niveau stratégique et une pyramide à extension nationale. Les principaux dysfonctionnements sont l'insuffisance de la GAR, de la planification et de l'efficacité du S&E (absence de plan de S&E, planification opérationnelle peu rationalisée, incohérence dans la chaîne des résultats induisant une faible lisibilité des progrès sur les produits, insuffisance des ressources pour le S&E aux niveaux sectoriels et périphérique et faible efficacité sur l'ajustement de la programmation, des pratiques des prestataires et des bénéficiaires).

Conclusion 7, 'EQ4 (Efficacité Vs Produits CPD): Plus de 9/10^{ème} des interventions du CPD ont été mises en œuvre par le BP contribuant à une atteinte suffisante (16/23 ; 69,6%) des cibles de progrès fixées pour les 7 produits, malgré une complétude partielle de l'implémentation (57%). Le Niveau d'investissement humain, matériel, financier par rapport aux prévisions est suffisant. La RH est déficitaire en qualifié, quantité et stabilité et recyclage. D'importantes réalisations en d'équipement, médicaments ; documentation et infrastructures ont couverts les besoins quantifiés du 8^{ème} PP UNFPA/Bénin. Le 8^{ème} PP a passablement amélioré la demande et l'accès aux services SSR chez les femmes et jeunes. Cependant, les connaissances et évidences ont été suffisamment générés pour une planification du développement intégrant les défis démographiques émergents et de SSR des femmes et jeunes. Les interventions soutenues par le BP ont passablement contribué à la prise en compte du genre et des VBG dans les programmes de développement et les stratégies des partenaires clés et à produire des documents de référence qui encadrent l'approche genre. Dans un contexte d'insuffisance du leadership du ministère en charge du genre.

La qualité, la complétude et l'efficacité des investissements et de l'implémentation ont été limitées par : le déficit financier (rétrécissement des financements extérieurs, difficultés de mobilisation des fonds intérieurs et alternatifs, faiblesses des montants, absorption non exhaustive (81.5%)) ; les barrières du milieu culturel et socio-politique ; la faiblesse des systèmes sectoriels et communautaires (RH, GAS, Données) ; les déficits de la mise en œuvre (qualité, acceptabilité, accessibilité économique, l'approche, la couverture et l'encadrement opérationnel de l'offre) de la participation communautaire.

Conclusion 8 EQ5 (Efficacité vs UNDAF) : L'insuffisance de la documentation des cibles et progrès de l'UNDAF ainsi que l'utilisation d'extrants pour mesurer les produits du CPD ne permettent pas un constat global valide sur l'adéquation de l'alignement entre les progrès des produits du CPD et les progrès des effets correspondants de l'UNDAF. Cependant, la cohérence des interventions prévues dans le CPD vis-à-vis des effets de l'UNDAF, l'importance des réalisations dans le cadre de ces interventions du CPD et la concordance entre certains progrès quantifiables de part et d'autres (PF) suggèrent une tendance à la contribution des produits du CPD aux effets correspondants de l'UNDAF.

Conclusion 9 EQ6 (Durabilité) : L'UNFPA a passablement appuyé les partenaires dans le développement des capacités et l'établissement des mécanismes d'appropriation interne à la hauteur des besoins. L'on note l'absence d'une approche en vue de la durabilité. Toutefois, des conditions de durabilité sont créées par endroits. Le programme a réalisé beaucoup d'activités de renforcement de capacité et favorisé des mécanismes d'intégration dans l'existant. Mais les mécanismes de mobilisation des ressources, de continuité et d'encadrement et d'initiative restent à construire/renforcer. Ainsi, globalement les mécanismes d'appropriation des défis à la durabilité sont à développer. Le renforcement de la résilience de la partie nationale face aux défis et risques relatifs à la durabilité n'a pas été suffisant. Le programme n'a pas fait d'analyse des risques et s'est trouvé sans plan de gestion des risques affectant la durabilité.

CHAPITRE 6 : RECOMMANDATIONS

Le renseignement des questions d'évaluation, a abouti à dix (10) recommandations.

6.1 Recommandations de niveau stratégique

Recommandation 1 sur la Conclusion 1 relative à l'EQ7 (Coordination UNCT) : *Corriger les limites de la contribution de l'UNFPA à la coordination UNCT à travers :*(a)Une implication concrète dans le repérage des goulots d'étranglement, la proposition, la participation à la mise en œuvre et le suivi des solutions, (b) la Mise en place d'un mécanisme surveillance-réponse des obstacles opérationnels et systémiques à l'implémentation des initiatives communes du SNU sur le terrain, en particulier les dysfonctionnements de la disponibilité des intrants. **Priorité « moyen » ; Responsable : Bureau Pays de l'UNFPA.**

Recommandation 2 sur les Conclusions 2 et 3 relatives à l'EQ8 et à l'EQ9 : Afin d'optimiser la valeur ajoutée de l'UNFPA et de ses interventions par rapport au contexte pays et à l'initiative delivering as one de l'UNCT, le bureau pays devraient prendre les mesures suivantes : (a) Développer une stratégie de communication institutionnelle visant à améliorer la visibilité et la lisibilité des interventions et l'intégrer dans le cahier de charge des différents postes de travail concernés ; (b) Passer à l'échelle les avantages comparatifs acquis ; (c) Renforcer sa capacité à résoudre les goulots d'étranglement. **Priorité « élevé » ; Responsable : Bureau Pays de l'UNFPA.**

6.2 Recommandations de niveau programmatique

Recommandation 3 sur la Conclusion 4, relative à l'EQ1 (Pertinence) : Renforcer la pertinence des interventions à travers : (a) L'inclusion des spécificités des adolescents/jeunes et marginalisés dans la planification et l'implémentation, (b) L'amélioration de l'adéquation de la SSRAJ, le renforcement des compétences médicales (approche atelier), l'appui aux SONU et les SOP/VBG ; le plaidoyer/accompagnement de la MEO aux moyens : (i) d'une planification qui adresse les faiblesses recensées, (ii) de la mise en place d'investissements et approches appropriées en : (1) incluant une approche sensible aux adolescents/jeunes marginalisés ; (2) intensifiant l'offre de services conviviaux pour les adolescents/jeunes ; (3) intensifiant l'approche tutorat dans la formation aux pratiques médicales ; (4) proposant des stratégies et plaidoyer pour leur mise en œuvre par la partie nationale ; (5) développant un partenariat facilitateur, concernant les obstacles contextuels à la disponibilité des ressources financières et humaines, y compris les SAF, pour SONU, SOP, interface entre l'UNFPA et les ministères sectoriels ; (iii) d'un accompagnement à la hauteur des défis et résultats visés ; (c) la rationalisation des prévisions pour la mise en œuvre des services PF. **Priorité « élevé » ; Responsable : Bureau Pays de l'UNFPA.**

Recommandation 4 sur la Conclusion 5, relative à l'EQ2 (Réactivité) : Renforcer le potentiel et l'efficacité de la réactivité en : (a) accompagnant la partie nationale dans la rationalisation de : (i) identifiant les besoins en cas de crise ; (ii) affectant les dotations et la prise en compte des riverains ; (b) renforçant le positionnement des kits d'urgence et la disponibilité des intrants dans les zones inondables ; (c) améliorant la promptitude et la continuité de l'encadrement de la périphérie par le BP. **Priorité « faible » ; Responsable : Bureau Pays de l'UNFPA.**

Recommandation 5 sur la Conclusion 6, relative à l'EQ3 (Efficience/MEO) : Mettre en œuvre des mesures adressant les dysfonctionnements relevés en vue d'une efficacité optimale des interventions/programme : (a) explorer et faire instaurer par voie de plaidoyer avec la partie nationale, des mécanismes d'allègement et d'accélération du processus de préparation et de signature des PTA ; (b) améliorer le coaching des PI pour l'accélération de la justification des dépenses ; (c) intégrer les délais de maturation du financement dans la planification des activités de mobilisation des ressources (proposition de projets etc.), (d) mettre en œuvre une stratégie inclusive de gestion des risques menaçant la performance du programme ; (e) développer une stratégie de plaidoyer en direction des décideurs locaux et centraux pour la disponibilité de RH dans les sites

d'intervention du programme, selon les standards. **Priorité « moyen » ; Responsable : Bureau Pays de l'UNFPA.**

Recommandation 6 sur la conclusion-6 EQ3 (Efficience/S&E) : Renforcer la conformité, la fonctionnalité et l'efficacité du système de suivi-évaluation de la coopération UNFPA/Etat du Bénin en : (a) renforçant les ressources et capacités pour la MEO du S&E aux niveaux sectoriels et périphérique et la planification stratégique et opérationnelle (la planification devra être fondée sur la GAR ; rationalisée par une chaîne des résultats opérationnalisées et une projection réaliste des résultats dans le temps) ; (b) complétant la batterie des stratégies de S&E par la vérification de la qualité et mécanisme de monitoring de la performance du S&E ; (c) améliorant l'efficacité de la coordination du S&E en la dotant d'indicateurs de performance du S&E et en centrant l'agenda des cadres de prise de décision sur les résultats du S&E, l'amélioration des pratiques/comportements des prestataires et bénéficiaires et l'ajustement programmatique ; (d) Mettant en place une approche de mobilisation des ressources et opportunités pour la complétude de la mise en œuvre du S&E à tous les niveaux. **Priorité « élevé » ; Responsable : Bureau Pays de l'UNFPA**

Recommandation 7 sur la Conclusion 7, relative à l'EQ4—Atteintes des cibles fixées (Efficacité vs PP) : Pour améliorer la contribution du programme à l'atteinte des cibles de progrès sur les produits, il faudra :

- a) Rationaliser la planification des résultats par la détermination des effectifs des groupes bénéficiaires, la systématisation d'indicateurs de produit avec des cibles réalistes ; rationaliser l'implémentation par l'élaboration des plans opérationnels incluant des mesures pour une couverture exhaustive des interventions, une participation communautaire et un encadrement opérationnel optimaux ;
- b) Améliorer la formation aux pratiques médico-sanitaires en SSR par une planification et une mobilisation des ressources adéquates, l'intensification du tutorat, du recyclage et de la supervision formative ;
- c) Proposer et appuyer l'implémentation d'une stratégie de fidélisation du personnel ;
- d) Améliorer la performance financière par la réduction des obstacles à l'exécution exhaustive des budgets et une approche systématique de mobilisation des fonds auprès d'autres sources que celles habituelles ;
- e) Améliorer la performance logistique par la systématisation des approches palliatives aux dysfonctionnements du circuit des médicaments et un appui axé sur des résultats au renforcement du système GAS.

Priorité « moyen » ; Responsable : Bureau Pays de l'UNFPA

Recommandation 8 sur les Conclusions 7, relative à l'EQ4—contribution à l'amélioration de la demande/accès à SSR jeunes & femmes et production des données pour la planification du développement (Efficacité vs PP):

Faciliter l'amélioration de la demande et de l'accès aux services de SSR de qualité chez les jeunes et les femmes (H2) et améliorer la planification, la célérité du processus et la mobilisation des ressources en vue de la complétude opportune des analyses thématiques du RGPH et du renforcement des capacités de production des données et évidences (H3). Spécifiquement pour la demande et l'accès à la SR, les mesures suivantes sont à prendre : (a) l'optimisation de l'acceptabilité et de l'utilisation des services de SR par les groupes sensibles dont les adolescents/jeunes, les femmes enceinte (CPN/accouchement assisté) et les femmes en union (PF) au moyen d'une analyse des problèmes et la proposition de stratégies adaptées ; (b) La mise en place d'un groupe de travail stratégique intersectoriel de facilitation de la demande, de l'accès et de l'utilisation des services SSR par les jeunes et les femmes. Sa mission sera de : (1) fixer le cap de la part de l'UNFPA dans les résultats de produit et d'effet nationaux ; (2) d'analyser les problèmes pour réduire les obstacles aux niveaux RH, logistique, culturel, comportemental, prestation ; (3) développer des stratégies/approches solutions ; (4) mobiliser les synergies, les partenariats et les ressources pour la mise en œuvre des stratégies/approches solutions. **Priorité « élevé » ; Responsable : Bureau Pays de l'UNFPA**

Recommandation 9 sur la Conclusions 8, concernant l'EQ5 (Efficacité vs UNDAF) : Améliorer la conception des interventions et la lisibilité de la contribution du PP à l'atteinte des résultats de l'UNDAF à travers les mesures suivantes : (a) explorer et inclure des mécanismes de durabilité dans la conception des interventions Genre et Droits Humains ; (b) Inclure un mécanisme de suivi régulier/ajustement; (c) renforcer la logique d'intervention en sorte que le changement social, comportemental escompté soit observé une fois que les cibles des indicateurs de programme sont atteintes ; (d)opter systématiquement pour des indicateurs de suivi de la nature des produits, et (d) renseigner les progrès sur les indicateurs de produit et d'effet de l'UNDAF. **Priorité « élevé » ; Responsable : Bureau Pays de l'UNFPA.**

Recommandation 10 sur la Conclusion 9, EQ6 (Durabilité): Développer et accompagner la mise en œuvre d'une stratégie de durabilité au niveau stratégique et opérationnel à travers une approche participative et inclusive. **Priorité « moyen » ; Responsable : Bureau Pays de l'UNFPA.**

ANNEXES