

CARE BENIN TOGO



CONSULTATION

EVALUATION FINALE DU PROJET HINNOU VIVO DANS LA ZONE SANITAIRE ADJOHOUN-BONOU-DANGBO

RAPPORT D'EVALUATION

Dr. HOUNTOHOTEGBE GANYEHESSOU Godefroy Clément P., Sociologue du Développement, Consultant principal,
M. ZANKLAN Hadnaïne, MPH/Epidémiologiste, Consultant Associé
Dr. LEGONOU H. E. G. Maria, Sociologue du Développement, Assistante
Tel: 00229 97766947 E-mail: hgodcl@live.fr

Décembre 2019

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES FIGURES	4
RESUME.....	5
1. INTRODUCTION	7
1.1. Contexte et justification	7
1.2. Rappel des objectifs de la mission	7
1.2.1. Objectif général	7
1.2.2. Objectifs spécifiques	7
2. DEMARCHE METHODOLOGIE ADOPTEE POUR LA REALISATION DE L'EVALUATION	8
2.1. Cadre de réalisation de la mission d'évaluation	8
2.2. Type d'étude.....	8
2.3. Population, stratégie d'échantillonnage et taille de l'échantillon.....	8
2.3.1. Population cible.....	8
2.3.2. Méthodes et techniques d'échantillonnage	8
2.3.2.1. Description de la méthode probabiliste avec une technique de grappe à deux degrés adaptée de l'OMS.....	9
2.3.2.2. Description de la méthode non probabiliste : le choix raisonné.....	10
2.4. Mise en œuvre pratique de l'évaluation finale	11
2.4.1. Revue documentaire	11
2.4.2. Elaboration et validation du protocole et des outils de collecte/ conception du masque de saisie	11
2.4.3. Identification et formation des agents enquêteurs	12
2.4.4. Collecte de données primaires et saisie des données.....	12
2.4.5. Traitement, analyse des données et rédaction du rapport de l'évaluation finale	13
2.4.5.1. Traitement des données.....	13
2.4.5.2. Analyse des données	13
2.4.5.3. Rédaction du rapport de l'évaluation.....	13
3. PRESENTATION DES RESULTATS (DONNEES COLLECTEES / ANALYSEES) DE L'EVALUATION	14
3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population (les FAP et les enfants) ayant servi à réaliser l'évaluation	14
3.2. Performances obtenues sur le projet à travers l'amélioration du taux de prévalence dans la zone sanitaire	16
3.2.1. Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.....	16
3.2.2. Evolution de la prévalence contraceptive moderne avant le début et à la fin de l'intervention du projet HINNOU VIVO.....	17
3.2.3. Evolution de la proportion des femmes ayant continué ou abandonné l'utilisation des méthodes contraceptives avant le début et à la fin de l'intervention du projet HINNOU VIVO.....	18
3.2.4. Méthodes contraceptives adoptées, raisons évoquées pour leur utilisation ou non dans la ZS/ABD ..	19
3.3. Utilisation des services offerts par le projet HINNOU VIVO.....	20
3.3.1. Caractéristiques liées à l'utilisation des services offerts par le projet	20
3.3.2. Facteurs du projet associés à cette amélioration du taux de prévalence contraceptive	22
3.3.2.1. Analyse univariée	22
3.3.2.2. Analyse multivariée	25
3.3.2.3. Cadre conceptuel final	27

3.4. De l'appréciation de l'efficacité de l'approche « intégration des services de vaccination et de planification familiale » du projet	28
CONCLUSION ET RECOMMANDATION	29
ANNEXES.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

SIGLES ET ACRONYMES

CS	Centre de Santé
EDS	Enquêtes Démographiques de Santé
FAP	Femmes e âge de procréer
FGD	Focus Group Dirigés
HZ	Hôpital de Zone
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PF	Planification Familiale
ZS/ABD	Zone Sanitaire Adjohoun Bonou Dangb0

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°	Titre	Page
Tableau I	Configuration et taille de l'échantillon	11
Tableau II	Techniques et outils de collecte de données	12
Tableau III	Caractéristiques démographiques, économiques et sociales des FAP dans la ZS/ABD en 2019	14
Tableau IV	Caractéristiques démographiques et celles liées à la vaccination des enfants de moins de cinq ans dans la ZS/ABD en 2019	16
Tableau V	Méthodes contraceptives utilisées, raisons de l'utilisation ou non de ces méthodes dans la ZS/ABD en 2019.	19
Tableau VI	Caractéristiques liées à l'utilisation des services offerts par le projet dans la ZS/ABD	21
Tableau VII	Analyse univariée entre l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD et les caractéristiques sociodémographiques, économiques et sociales en 2019	22
Tableau VIII	Analyse univariée entre l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD et les caractéristiques sociodémographiques, ainsi que celles liées à la vaccination des enfants de moins de cinq ans dans la ZS/ABD en 2019	23
Tableau IX	Analyse univariée entre l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD et les caractéristiques liées aux services offerts par le projet	24
Tableau X	Modèle final des facteurs du projet, sociaux et économiques associés à l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD en 2019	26
Tableau XI	Avis des responsables des 12 CS sur l'efficacité de l'approche	28
Tableau XII	Liste des quartiers/villages sélectionnés pour l'étude	30

LISTE DES FIGURES

Figure n°	Titre	Page
Figure 1	Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives par aire sanitaire de la ZS/ABD en 2019	17
Figure 2	Prévalence pondérée de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD de 2014 à 2019	18
Figure 3	Pourcentages pondérés de femmes qui utilisent actuellement la PF parmi celles qui ont déclaré l'utiliser depuis janvier 2015, par aire sanitaire de la ZS/ABD.	19
Figure 4	Cadre conceptuel final de l'étude des facteurs du projet associés à l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD en 2019.	27

RESUME

Le projet dénommé HINNOU VIVO démarré depuis janvier 2015 arrive à terme en 20 décembre 2019 après la mise en œuvre de sa phase II. Comme à l'accoutumée pour tout projet arrivé au stade final de son cycle de gestion, le projet HINNOU VIVO a fait l'objet d'une évaluation finale spécifique, donc non classique. La finalité de la présente évaluation finale est de mesurer les progrès réalisés et les résultats obtenus après sa mise en œuvre, en termes d'amélioration des services de planification familiale et de vaccination au regard de l'évolution du taux de prévalence contraceptive dans la zone sanitaire Adjohoun-Bonou-Dangbo (ZS/ABD) et dans les aires sanitaires (centres de santé et communautés bénéficiaires) de ladite zone sanitaire. L'évaluation a également pour objectif de déterminer les facteurs du projet qui se sont révélés déterminants dans cette amélioration du taux de prévalence contraceptive, de mesurer l'efficacité de la stratégie de mise en œuvre du projet (stratégie d'intégration des activités vaccination/PF) et d'évaluer les attitudes des prestataires en lien avec les résultats obtenus sur le projet.

Pour conduire l'évaluation au plan opérationnel une démarche méthodologique rigoureuse fondée sur une stratégie d'échantillonnage ayant permis d'identifier d'abord 12 Centres de santé sur 33 par choix aléatoire simple à un degré des CS stratifiés par la commune. Par suite, il est procédé au Choix aléatoire des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et/ ou des enfants âgés (de 0 à 5 ans) fondé sur la méthode probabiliste avec une technique de grappe à deux degrés adaptée de l'OMS pour recueillir les données quantitatives. En ce qui concerne les données qualitatives à caractères communautaires, le choix raisonné des communautés devant participer aux discussions de groupe a été effectué. Au total, 330 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et/ ou des enfants âgés (de 0 à 5 ans) ont été soumises à un questionnaire dans le cadre du sondage ayant permis de calculer le taux de prévalence contraceptive moderne, 12 CS à travers leurs agents et 3 acteurs du projet ont été consultés au moyen de guide d'entretiens semi-structuré individuels. L'évaluation a connu la participation de 24 personnes aux discussions des 3 focus groupes dirigés organisés.

En matière de traitement, les données quantitatives ont subi un traitement statistique approprié et des analyses univariées et multivariées par une régression logistique ont été utilisées pour identifier les facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives. Les informations et données issues des entretiens, celles-ci ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

Selon les résultats de l'évaluation, le taux actuel de prévalence contraceptive calculé sur la base des déclarations obtenues en milieu communautaire est 25,3%. Ainsi, entre janvier 2015 qui correspond au début de l'intervention et décembre 2019 marquant la fin de l'intervention dudit projet, le taux de prévalence est passé de 1 à 25,3 % .la part du projet HINNOU VIVO conduit par CARE Bénin /Togo dans l'amélioration de ce taux de prévalence dans la zone sanitaire Adjohoun-Bonou-Dangbo est 65,7%, prouvant, entre autres, l'efficacité de la stratégie « intégration des services de vaccination et de planification familiale ». 100% des CS (12 sur 12) visités ont également reconnu l'efficacité de cette approche d'intégration desdits services. Les facteurs du projet associés à cette amélioration et mis en évidence par le modèle théorique utilisé ont également été évoqués dans le présent rapport d'évaluation.

Au regard des constats effectués, les recommandations suivantes ont été formulées dans la perspective de pérenniser cette expérience.

- Insister sur l'approche « intégration des services de vaccination et de PF » et sur les actions d'information et de sensibilisation ;
- Capitaliser les expériences du projet et les partager avec l'ensemble des acteurs ;
- Faire un plaidoyer en direction de l'Etat et des PTF pour pérenniser et consolider l'expérience et l'étendre à d'autres CS et ZS ;
- Sensibiliser sur la gestion de carnets de vaccination des enfants ;
- Mettre l'accent sur les mesures à prendre en cas d'apparition des effets secondaires.

1. INTRODUCTION

Cette note introductive est articulée autour de deux axes que sont : (i) le contexte et la justification de l'évaluation finale et (ii) le rappel des objectifs de la mission d'évaluation.

1.1. Contexte et justification

L'échéance du projet HINNOU VIVO financé par Pfizer et mis en œuvre depuis 2015 par Care Bénin/Togo est arrivée à terme en décembre 2019 avec l'achèvement de la phase II qui a succédé une première phase ayant donné de bons résultats. De ce fait, le nombre de Centres de Santé (CS) de la zone sanitaire Adjohoun-Bonou-Dangbo ciblés dans le cadre de la seconde phase d'intervention du projet est passé de 20 à 33.

La finalité du projet est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'offre des services de PF et de vaccination et créant un environnement favorable à l'enracinement des pratiques durables de vaccination et à la demande des méthodes contraceptives modernes. L'approche d'intervention du projet est fondée sur l'intégration des services de vaccination et de planification familiale en vue d'améliorer la prévalence contraceptive.

Le projet du projet HINNOU VIVO dispose de deux (2) composantes que sont : (i) le volet clinique avec des activités d'amélioration de l'offre de services de vaccination et de PF, et (ii) le volet communautaire regroupant les activités susceptibles d'augmenter la demande des services de PF au sein de la population à la base communauté.

Le projet prend fin en décembre 2019 et la présente évaluation finale vise à réaliser l'appréciation systématique et objective du projet d'extension du HINNOU VIVO devant arriver à terme en décembre 2019 afin de voir si ses objectifs initiaux planifiés seront atteints; et ce, conformément aux indicateurs du cadre logique ayant servi à sa mise en œuvre. La finalité de l'évaluation est de tirer des enseignements de la mise en œuvre afin de proposer des orientations et recommandations en vue de la pérennisation et la capitalisation de l'approche d'intégration des services de vaccination et de PF pour l'amélioration du taux de prévalence contraceptive.

1.2. Rappel des objectifs de la mission

1.2.1. Objectif général

La présente évaluation finale vise à évaluer les résultats du projet HINNOU VIVO en comparant ses indicateurs (au démarrage et à la fin de la phase 2 dudit projet) afin d'apprécier objectivement les progrès réalisés et les acquis en terme d'amélioration des services de planification familiale et de vaccination, de demande desdits services et d'analyse situationnelle de l'environnement (barrières structurelles, socioculturelles et de genre) des communautés et centres de santé bénéficiaires de la zone sanitaire Adjohoun-Bonou-Dangbo (ZS/ABD).

1.2.2. Objectifs spécifiques

Concrètement, l'évaluation finale a consisté de façon spécifique à :

1. mesurer les résultats obtenus sur le projet à travers l'amélioration du taux de prévalence dans la zone sanitaire ;

2. déterminer les facteurs du projet qui sont associés à cette amélioration du taux de prévalence contraceptive ;
3. mesurer l'efficacité de la stratégie de mise en œuvre du projet (stratégie d'intégration des activités vaccination/PF) ;
4. évaluer les attitudes des prestataires en lien avec les résultats obtenus sur le projet ;
5. formuler des recommandations pertinentes pour la pérennisation de l'approche d'intégration des services de vaccination et de PF pour l'amélioration du taux de prévalence contraceptive.

2. DEMARCHE METHODOLOGIE ADOPTEE POUR LA REALISATION DE L'EVALUATION

2.1. Cadre de réalisation de la mission d'évaluation

La mission d'évaluation s'est déroulée dans la zone sanitaire Adjohoun-Bonou-Dangbo (ZS/ABD) où elle s'est principalement focalisée sur les communautés et centres de santé bénéficiaires du projet HINNOU VIVO, objet de la présente évaluation finale

2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude d'observation, transversale à visée analytique et évaluative incluant les volets qualitative et quantitative. Mais, avec les orientations fournies lors de la séance d'échanges et d'harmonisation du 22 novembre 2019, l'approche quantitative a été privilégiée en raison de la particularité de la présente évaluation. Selon les représentants de Care Bénin/Togo participant à ladite réunion, la particularité de la présente évaluation finale tient du fait qu'elle n'est pas une évaluation classique. En effet, sa particularité réside en l'appréciation des progrès réalisés et les acquis en termes d'amélioration du taux de prévalence dans la zone sanitaire et en la détermination des facteurs du projet qui sont associés à cette amélioration du taux de prévalence contraceptive.

2.3. Population, stratégie d'échantillonnage et taille de l'échantillon

2.3.1. Population cible

L'évaluation a principalement ciblé les femmes en âge de procréer (FAP, de 15 à 49 ans) et/ou des enfants âgés de 0 à 5 ans, puis les responsables des centres de santé bénéficiaires, leur personnel sanitaire en charge des services de vaccination et de planification familiale. Ils constituent la cible primaire de la présente l'évaluation. Celle-ci a également été étendue aux communautés bénéficiaires (leaders féminins, hommes et leaders masculins, leaders religieux), le statisticien de la ZS/ABD et certains responsables du projet (gestionnaire, coordonnateur et chargé du suivi-évaluation).

2.3.2. Méthodes et techniques d'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage a combiné le choix aléatoire simple à un degré (méthode probabiliste) des centres de santé bénéficiaires stratifiés par la commune, le choix aléatoire des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et/ ou des enfants âgés (de 0 à 5 ans) et le choix raisonné (méthode non probabiliste) des communautés devant participer aux discussions de groupe.

Pour le sondage, le choix aléatoire d'un tiers (1/3) des centres santé stratifié par commune (soit 4 CS par commune) a été opéré. Au total, 12 centres de santé sur les 33 formations bénéficiaires de la ZS/ABD (soit 36,7%), ont été sélectionnés et visités,

Par ailleurs, l'échantillon des femmes en âge de procréer (FAP de 15 à 49 ans) et/ ou des enfants âgés (de 0 à 5 ans) a été déterminé au moyen de la méthode probabiliste avec une technique de grappe à deux degrés adaptée de l'OMS¹.

2.3.2.1. Description de la méthode probabiliste avec une technique de grappe à deux degrés adaptée de l'OMS

Pour cette technique, l'exploitation de la liste des quartiers/villages par aire sanitaire couverts par ledit projet a permis d'estimer l'effectif des femmes en âge de procréer de l'année 2018 à la suite du calcul de la taille de l'échantillon.

a. Taille de l'Estimation

La taille de l'échantillon de FAP et/ou enfants âgés de 0 à 5 ans est calculée à partir d'une technique de grappe à deux degrés avec la formule de Schwartz ci-après

$$n = \frac{\alpha^2 \times p \times (1-p) \times e}{i^2} \quad \text{avec}$$

n= taille de l'échantillon

α^2 = niveau de confiance déduit du taux de confiance (1,96 pour 95%)

p= La prévalence de l'utilisation par les femmes de 15-49 ans d'une méthode de contraception moderne au moment de l'enquête au Bénin (p= 12%). Source : EDSB-V 2017-2018.

i= précision souhaitée : 5 %

e= 2 : effet de grappe

$$n = (1,96)^2 \times 0,12 \times (1-0,12) \times 2 / (0,05)^2 = 324,54 \approx 325$$

b. Identification de la population des femmes en âge de procréer (FAP) des quartiers en 2018

En partant de la taille de la population estimée en 2013 par le RGPH-IV des villages et quartiers couverts par les centres de santé où le projet est mis en œuvre, d'une part et d'autre part sur la base de la proportion des FAP dans le département de l'Ouémé qui est de 25,88 % (315 714/1 220 038) en 2016 (données fournies par l'annuaire des statistiques sanitaires du Bénin de 2016), il a été identifié le nombre de FAP par quartiers couverts, des CS sélectionnés pour l'étude, en observant la procédure suivante :

- Identification du taux d'accroissement intercensitaire en % entre 2002-2013 (11 ans) du département de l'Ouémé qui est de 3,69 % ;
- Identification du taux d'accroissement intercensitaire en % entre 2013-2018 (5 ans) en faisant : $(3,69\% \times 11)/5 = 1,67\%$;
- Calcul de la taille de la population en 2018 par quartiers en :
 - o multipliant le taux d'accroissement intercensitaire en % entre 2013-2018 (1,68 % ou 0,0168) par la taille de la population de 2013 par quartier, le nombre trouvé noté K ;
 - o puis ajouter à la taille de la population de 2013 par quartier au nombre K.
- Identification de la taille des FAP par quartier en multipliant la proportion de FAP (25,88 %) par la taille de la population en 2018 par quartier.

¹ En raison du défaut de registres de résidence, la méthode probabiliste avec une technique de sondage aléatoire simple à trois degrés qui est la seconde alternative d'échantillonnage proposée dans le protocole de l'étude, n'a finalement été retenue.

c. Identification des grappes

1^{er} degré : choix des villages

Tout d'abord, la liste des villages/quartiers couverts par le projet dans les 12 aires sanitaires sélectionnées par choix aléatoire avec leurs tailles de la population de 2018 (effectif des femmes en âge de procréer) été établie.

Le cumul des populations a été réalisé (22 076 FAP). Selon l'OMS, il est recommandé de prendre 30 grappes. Le pas de grappe a été calculé en faisant le rapport entre le nombre de FAP recensées (22 076) et le nombre de grappes (30). Cela a donné le nombre 735,86. La première grappe a été déterminée en tirant de façon aléatoire un chiffre entre 1 et la partie entière de ce pas de grappe (le chiffre obtenu est 614).

Le village/quartier dont l'effectif cumulé des FAP contient le nombre tiré au hasard a été considéré comme la première grappe. A partir des populations cumulées déterminées, les autres grappes ont été déterminées en ajoutant chaque fois le pas de sondage. La grappe choisie est celle dont la population cumulée contient le nombre ainsi calculé (Cf. tableau de la liste des quartiers/villages sélectionnés pour l'étude, placé en annexe).

2^e degré : choix des ménages

L'enquêteur identifie le centre de chaque village ou quartier retenu grâce à la procédure d'échantillonnage retenue. A partir d'un croisement situé au centre du village/ quartier, l'enquêteur choisit une direction au hasard en jetant en l'air un stylo. En suivant cette direction, il procède à la sélection des maisons. La première maison à droite est la 1^{ère} à visiter. Ensuite, l'enquêteur passe dans la 3^e maison en respectant la technique d'une maison sur deux jusqu'à atteindre le nombre de personnes (FAP et/ou enfants âgés de 0 à 5 ans) à enquêter dans chaque grappe.

S'il n'y a aucune maison à droite et si le village/ quartier était traversé avant que le nombre ne soit atteint, il doit revenir au centre du village/ quartier et reprendre la même technique dans une direction opposée jusqu'à ce que le nombre de personnes voulues soit atteint (11 FAP et/ou 11 enfants âgés de 0 à 5 ans).

Dans le cas où un ménage a plusieurs FAP, une seule est sélectionnée au hasard en utilisant des bouts de papier ou en demandant à une personne externe à l'étude de faire un choix entre 1 et le nombre de FAP. Si la FAP a plus d'un enfant âgé de 0 à 5 ans (y compris les jumeaux), un seul est sélectionné.

Sachant qu'on a 30 grappes et que le nombre de FAP par grappe est égal à 11 (325/30), la taille minimale de l'échantillon est en effet de **330 FAP et/ou enfants âgés de 0 à 5 ans**.

2.3.2.2. Description de la méthode non probabiliste : le choix raisonné

Cette méthode a d'abord concerné les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet HINNOU VIVO, principalement le statisticien de la ZS/ABD, certains acteurs de terrain dont le choix s'est opéré de manière raisonné en tenant compte de leur capacité à fournir des informations fiables et de leur disponibilité. Leur effectif est 3. .

Enfin pour ce qui concerne le choix des participants aux discussions de groupes, il a été procédé au choix raisonné de 03 aires sanitaires sur les douze (12) qui ont chacune accueilli l'organisation d'un focus group dirigé, à raison d'un (1) FGD par commune de manière à avoir 1 FGD avec les leaders féminins, 1 FGD avec les hommes et leaders masculins, 1 FGD avec les leaders religieux en vue de collecter les données

complémentaires entrant dans le cadre de l'analyse situationnelle. Leur nombre donne exactement 24 à la fin de l'évaluation.

Le récapitulatif de l'échantillon en termes de taille et de configuration est synthétisé et présenté dans le tableau I suivant.

Tableau I : Configuration et taille de l'échantillon

Zone Sanitaire	Commune	AS	Village ou Quartier	Responsable Centre Santé	Femmes à âge de procréer ou conjoints	FGD (7 à 10 personnes)	Acteurs (MC ZS/ABD et responsables du Projet VIVO ,MS
ABD	Adjohoun	4	7	4	88	1 (8pers.)	
	Bonou	4	10	4	121	1 (8 pers.)	
	Dangbo	4	9	4	121	1 (8 pers.)	
Ensemble	3	12	26	12	330	3 (24 pers.)	3

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

La taille de l'échantillon donne 330 FAP auxquels sont ajoutés 15 acteurs (CS et agents du projet) et 24 participants aux discussions de focus group dirigés. Soit **une taille globale de 369 participants**.

2.4. Mise en œuvre pratique de l'évaluation finale

2.4.1. Revue documentaire

Les documents pertinents élaborés dans le cadre de la mise en œuvre du projet HINNOU VIVO et mis à la disposition de l'Equipe d'évaluation ont été passés en revue et exploités en vue d'avoir, d'une part une idée précise sur le cadre logique et les indicateurs dudit projet et d'autre part de retenir les questions qui méritent d'être approfondies sur le terrain. La revue documentaire a également permis la conception des différents outils qui ont été utilisés dans le cadre de la collecte de données de terrain (empiriques).

2.4.2. Elaboration et validation du protocole et des outils de collecte/ conception du masque de saisie

Les premières informations analytiques issues de la revue documentaire et les orientations découlant des discussions de la séance d'échanges et d'harmonisation tenue le 22 novembre 2019 avec une équipe restreinte de Care ont facilité l'élaboration d'un protocole pour la mise en œuvre de l'évaluation. Celui-ci présente, entre autres, l'échantillonnage, la méthodologie de collecte de données, le plan d'analyse des données, le calendrier de travail.

Une fois achevée, le protocole et ses outils ont été soumis aux discussions avec l'Equipe de CARE pour validation. Au terme de cet atelier, l'équipe de Consultants a procédé à la finalisation dudit protocole et des outils préconisés conformément au rapport qui a sanctionné cette réunion.

Au terme de la validation du protocole, la conception technique du masque de saisie au moyen de Epi Data a été enclenchée. Elle s'est achevée après la finalisation des outils de collecte validés après le pré-test. Le masque de saisie a été développé de façon à faciliter la récupération des informations à collecter au moyen

des outils de collecte (guide et questionnaires). Une fois que l'application est mise en place, un pôle de saisie est déployé sous la coordination du Consultant principal. La saisie a été faite suivant un protocole de saisie mis au point à l'interne.

2.4.3. Identification et formation des agents enquêteurs

En dehors de l'épidémiologiste statisticien et de l'assistante personnelle du consultant principal, six (06) agents-enquêteurs, ont été recrutés, formés et mobilisés pour les besoins de la collecte le 5 décembre 2019. Le but de la formation vise à outiller l'ensemble du personnel d'appui mobilisé pour la collecte et la saisie des données afin d'assurer le succès de l'évaluation. La formation a également de pré tester les instruments de collecte dans la perspective de les réajuster au besoin dans le cadre de leur finalisation.

La formation s'est déroulée en un seul lieu, précisément dans la salle de conférence du centre de santé de Dangbo suivant la programmation définie lors de la préparation de la formation. Elle a été animée par le Consultant Principal avec l'appui de ses Associés.

Les modules de formation ont porté sur un certain nombre de thèmes qui ont été déroulés dans l'ordre suivant:

1. Le protocole de l'évaluation ;
2. Les différents techniques et outils de l'enquête quantitative et qualitative retenus dans le cadre de l'évaluation;
3. Les rôles et responsabilités du personnel d'appui (agents-enquêteurs et de saisie).

La formation s'est achevée par la mise à disposition du personnel mobilisé pour la collecte, la logistique et les kits d'outils de collecte.

2.4.4. Collecte de données primaires et saisie des données

Les enquêtes et consultations visant à collecter les informations et données empiriques sur la mise en œuvre du Projet HINNOU VIVO se sont déroulées du 6 au 13 décembre 2019 de manière itinérante dans les communes constituant la ZS/ABD. La collecte a débuté dans la commune de Dangbo, en passant la celle d'Adjohoun pour s'achever dans la commune de Bonou.

Les techniques et outils de collecte qui ont été utilisés dans le cadre de la présente évaluation sont indiqués en fonction des cibles retenues dans le tableau II suivant.

Tableau II : Techniques et outils de collecte de données

Cibles	Techniques de collecte	Outils de collecte
Femmes en âge de procréer et mères d'enfants âgées de moins de cinq ans	Entretien individuel structuré	Questionnaire
responsables des centres de santé bénéficiaires, personnel sanitaire en charge des services de vaccination et de PF, médecin coordonnateur de ZS/ABD, gestionnaire, coordonnateur et chargé du suivi-évaluation	Entretien individuel semi-structuré	Guide d'entretien
Leaders féminins, hommes et leaders masculins, leaders religieux	Entretien de groupe ou focus group	Guide d'entretien

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

Dans le cadre de la collecte, l'opérationnalisation des variables (pour le volet clinique) a suivi la procédure suivante :

- **Variable dépendante** : *utilisation des services de vaccination et de planification familiale*.
C'est une variable qualitative dichotomique caractérisée par :
 - 1= oui si les FAP ont eu à utiliser une méthode contraceptive pendant le déroulement du projet ou continue d'utiliser ou que les enfants âgés de moins de cinq ans ont un statut vaccinal à jour selon leur âge ;
 - 0= non si les conditions précédentes ne sont réunies.
- **Variables indépendantes** : Elles ont été renseigné à l'aide du questionnaire et des guides d'entretien.

Au terme de la collecte, une réunion-bilan interne a été organisée pour faire le point de l'activité de terrain.

2.4.5. Traitement, analyse des données et rédaction du rapport de l'évaluation finale

2.4.5.1. Traitement des données

Les données issues du questionnaire ont été saisies avec Epi data 3.1 et analysées sous Stata/SE 15.1. La base a été apurée et les valeurs aberrantes ont été éliminées. Le traitement des données qualitatives est fait manuellement. Dans cette perspective, les données des entretiens et de focus group ont fait l'objet de prise de note, de synthèse. En plus, les entretiens issus des focus groups ont été enregistrés et transcrits avant d'être analysés et interprétés.

2.4.5.2. Analyse des données

La description des variables est faite à travers le calcul des proportions pondérées pour les variables qualitatives, les moyennes pondérées et les écart-types pour les variables suivant une distribution normale. La médiane et l'intervalle interquartile sont déterminés pour les variables quantitatives dont la distribution n'est pas normale.

Des analyses univariée et multivariée par une régression logistique ont été utilisées pour identifier les facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives. Dans l'analyse multivariée, seules les variables avec un $p < 0,20$ en univariée ont été introduites dans un modèle pas à pas descendant pour obtenir une estimation ajustée des associations. Le modèle final est celle dont les variables sont significatives au seuil de 5%. Les interactions des variables retenues dans le modèle final ont également été vérifiées. L'hypothèse des risques proportionnels est vérifiée par le test de Hosmer Lemeshow. Les résultats sont présentés sous forme de Odds Ratio/Rapport de Cotes (OR/RC) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95% (IC95%). Le niveau de signification est fixé à 5%.

S'agissant des informations et données issues des entretiens, celles-ci ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Par ailleurs, toutes les données collectées, quelle que soit leur nature, ont été explicitées/décrites et interprétées. Dans une perspective évaluative, la triangulation ou l'analyse comparative s'est révélée nécessaire et même indispensable.

2.4.5.3. Rédaction du rapport de l'évaluation

Au terme de l'évaluation, un rapport unique provisoire a été rédigé conformément aux spécificités techniques recommandées par le document des TDR et orientations technique proposées au cours de la séance de cadrage. Ledit rapport est structuré autour des points ci-après : la méthodologie de la mise en œuvre de l'évaluation, les résultats (données collectée et leur analyse), la synthèse de l'observation faite lors de l'évaluation, les raisons des succès et des échecs, les innovations, les leçons apprises et les

obstacles au succès, les recommandations basées sur les évidence et observations pour les différentes parties prenantes (CARE, zone sanitaire, Ministère de la Santé) incluant une analyse de la durabilité des résultats et des approches les plus ou les moins durables.

Le rapport préliminaire a fait l'objet d'une présentation suivie de discussion avec les acteurs le 18 décembre 2018 à l'Hôtel du Lac. Les observations et commentaires des participants ont été intégrés au présent rapport d'évaluation.

3. PRESENTATION DES RESULTATS (DONNEES COLLECTEES / ANALYSEES) DE L'EVALUATION

3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population (les FAP et les enfants) ayant servi à réaliser l'évaluation

Le sondage ayant permis de déterminer le taux de prévalence contraceptive est réalisé sur un échantillon de 330 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et/ ou des enfants âgés (de 0 à 1 an). Leurs caractéristiques démographiques, économiques et sociales sont présentées dans les tableaux III et IV ci-dessous.

Tableau III : Caractéristiques démographiques, économiques et sociales des FAP dans la ZS/ABD en 2019

Variables	Moy. ± ET / Méd (Q1 ; Q3)	Effectifs	Pourcentages pondérés (%)
Age en années (n=330)	29,92 ± 0,37		
Niveau d'instruction (n=330)			
Non-instruite/alphabétisée		191	58,47
Primaire		71	20,78
Secondaire et plus		68	20,75
Profession (n=330)			
Fonctionnaire		6	2,20
Elève/Étudiante		12	2,94
Revendeuse		197	58,61
Artisane		61	19,86
Ménagère		30	8,59
Agriculteur/éleveur/pêcheur		21	7
Autres		3	0,80
Statut matrimonial (n=330)			
Mariée/en couple (monogame)		224	69,52
Mariée/en couple (polygame)		78	23,13
Divorcée/Séparée/Veuve		12	3,38
Célibataire		16	3,97
Religion (n=330)			
Aucune		4	1,31
Catholique		88	27,07
Évangélique		87	23,61

Variabes	Moy. ± ET / Méd (Q1 ; Q3)	Effectifs	Pourcentages pondérés (%)
Protestant		33	10,03
Christianisme céleste		87	28,98
Chérubin Séraphin		8	2,97
Endogène/traditionnelle		10	2,99
Musulmane		13	3,03
Langue maternelle (n =330)			
Wemènou		263	78,28
Goungbé		33	9,89
Fongbé		11	3,90
Yoruba		7	2,36
Tori		10	3,41
Autres		6	2,15
Revenu moyen (n =282)			
≤ 40 000 f CFA		247	88,61
40 000 à 100 000 f CFA		33	10,73
>100 000 f CFA		2	0,66
Milieu de résidence (n =330)			
Rural		285	84,91
Urbain		45	15,09

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

Au total, 330 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) ont été retenues dans le cadre de la mise en œuvre de la présente étude d'évaluation finale. L'âge moyen de ces femmes se situe à $29,92 \pm 0,37$ ans avec une prédominance de femmes âgées de 20 à 49 ans (94,09 % soit 307). Près de six femmes sur 10 ne sont pas instruites (58,47 %). Les femmes échantillonnées sont majoritairement des revendeuses (58,61 %). Environ neuf femmes sur dix proviennent des croyances religieuses chrétiennes (92,67 %). Elles sont mariées dans une proportion de 92,65% avec une prédominance des femmes vivantes dans une famille monogramme (69,52 %). Aussi, près de huit femmes sur dix (78,28 %) appartiennent au groupe sociolinguistique Wemènou. Enfin, environ neuf femmes sur dix disposent d'un revenu mensuel inférieur au salaire minimal au Bénin (88,61 %) et résident en zone rurale (84,91 %).

Le tableau II ci-après présente les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la vaccination des enfants âgés de moins de cinq ans inclus dans l'étude.

Tableau IV: Caractéristiques démographiques et celles liées à la vaccination des enfants de moins de cinq ans dans la ZS/ABD en 2019

Variables	Moy. ± ET / Méd (Q1 ; Q3)	Effectifs	Pourcentages pondérés (%)
Nombre d'enfants (n = 247)	1(1 ; 2)		
Age en mois (n = 247)	18(8 ; 30)		
Sexe (n = 247)			
Féminin		122	50,63
Masculin		125	49,37
Enfants vaccinés (n = 247)			
Non		68	28,46
Oui carnet vu		116	45,70
Oui carnet non vu		63	25,84
Raison de la non-vaccination des enfants (n = 68 par raison)			
Déplacement massif du ménage		2	2,71
Vaccins non disponibles		1	1,20

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

Au total, 247 enfants âgés de moins de cinq ans ont été inclus dans l'étude. Environ quatre femmes sur dix enquêtées (40,53 %) ont des enfants âgés de plus de deux ans. Les enfants de sexe masculin représentent une proportion de 50,63 %. Aussi, environ trois femmes sur cinq ont des enfants complètement vaccinés, mais leur carnet n'est pas disponible (25,84 %) au moment des travaux de terrain.

3.2. Performances obtenues sur le projet à travers l'amélioration du taux de prévalence dans la zone sanitaire

3.2.1. Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

D'après les résultats du sondage réalisé courant décembre 2019, la prévalence pondérée actuelle de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans la ZS/ABD est de **25,30 % (79/330)**.

Cette dernière est différente du taux de 17,34% obtenu auprès du service des statistiques de la ZS/ABD. Les différences observées dans l'appréciation de la prévalence contraceptive moderne sont tributaires des approches méthodologiques utilisées et de la stratégie d'échantillonnage préconisées. Toutefois, force est de constater que ce taux de prévalence de 25,30 % n'est pas uniforme dans l'ensemble du territoire de compétence de la ZS/ABD, car des disparités s'observent au niveau des aires sanitaires

comme le montre bien la figure 1 ci-dessous qui présente la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives par aire sanitaire de la ZS/ABD pour l'année 2019.

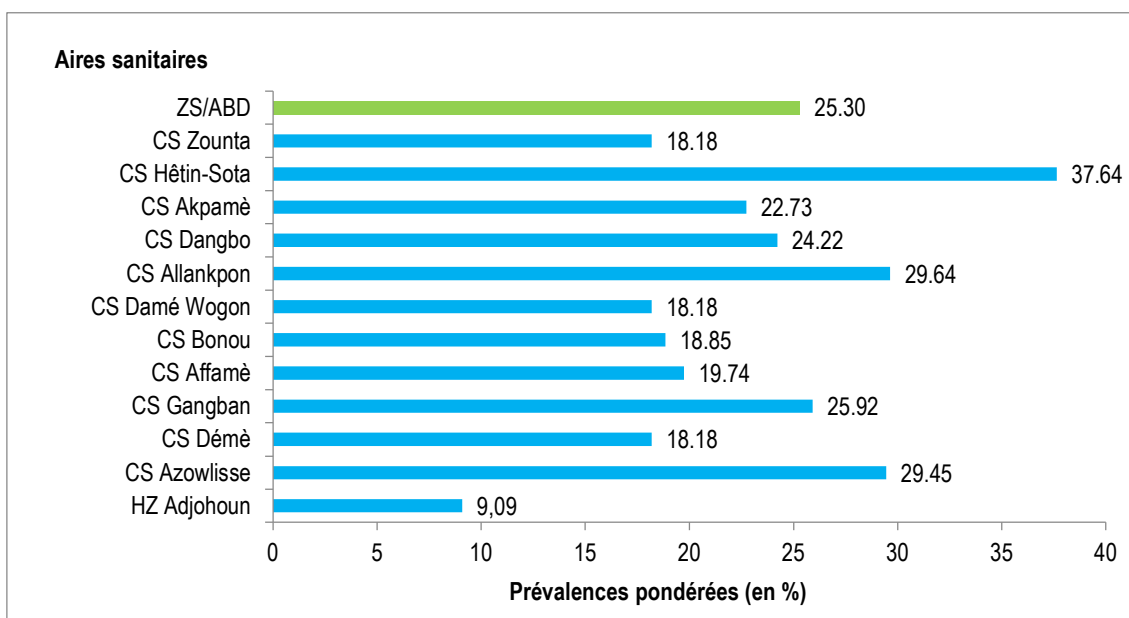


Figure 1 : Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives par aire sanitaire de la ZS/ABD en 2019

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

Quatre aires sanitaires sur douze (33,33 %) disposent au moment de l'étude d'une prévalence d'utilisation d'une méthode de PF supérieure à celle de la zone sanitaire ABD. Il s'agissait du centre de santé de Hétin-sota qui vient tête avec 37,64%, suivi respectivement du CS d'Allankpon (29,64%), du CS d'Azowlissè (29,45%) et du CS Gangban (25,92%).

Parmi les centres de santé ayant un taux de prévalence inférieure à celle de la zone sanitaire, figure l'Hôpital de zone d'Adjohoun qui ferme la marche avec un taux de 9,09%.

3.2.2. Evolution de la prévalence contraceptive moderne avant le début et à la fin de l'intervention du projet HINNOU VIVO

Au démarrage du projet HINNOU VIVO en janvier 2015, la prévalence contraceptive était de 1,15% selon le service des statistiques de la zone sanitaire ABD et de 3% suivant le document de présentation (support power point). A la fin de l'intervention en décembre 2019, le taux de prévalence contraceptive révélée par le sondage réalisé au sein des communautés dans le cadre de la présente évaluation est 25,30%.

La figure 2 ci-après présente le différentiel des taux de prévalence d'abord avant l'intervention, ensuite au début de l'intervention et à la fin de l'intervention.

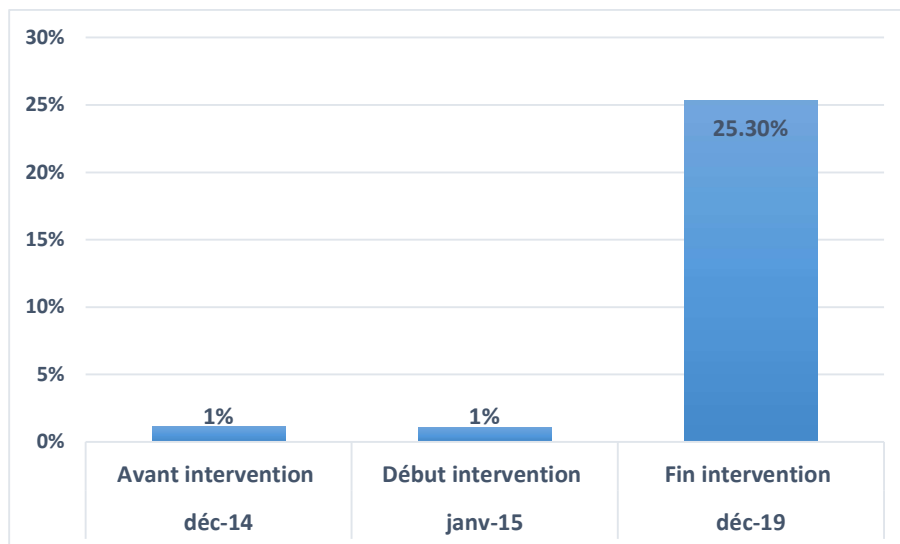


Figure 2: Prévalence pondérée de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD de 2014 à 2019

Source : ASS_ZS_ABD : Annuaire des Statistiques Sanitaire de la Zone Sanitaire Adjohoun/Bonou/Dangbo
Eva_finale : Evaluation finale du projet

De janvier 2015 à décembre 2019, la prévalence de cette partie du territoire du pays s'est accrue de 24,30%. Etant qu'il existe d'autres interventions qui sont également actifs dans la promotion des méthodes contraceptives modernes dans la ZS/ABD, il a été recherché la part du Care Bénin/Togo en termes de contribution à l'atteinte de ce taux de prévalence de 25,3%.

Ainsi d'après les résultats du sondage effectué dans le cadre de l'évaluation finale, **la part du Care Bénin/Togo dans l'amélioration du taux de prévalence à la hauteur de 25,3% est de 65,7%.**

3.2.3. Evolution de la proportion des femmes ayant continué ou abandonné l'utilisation des méthodes contraceptives avant le début et à la fin de l'intervention du projet HINNOU VIVO

L'étude a permis d'évaluer pour la ZS/ABD le pourcentage pondéré de femmes utilisant actuellement la PF parmi celles ayant déclaré l'utiliser depuis janvier 2015 à **63,72 % (79/130)**. Cette mesure varie suivant les aires sanitaires comme le montre la figure 3 ci-après.

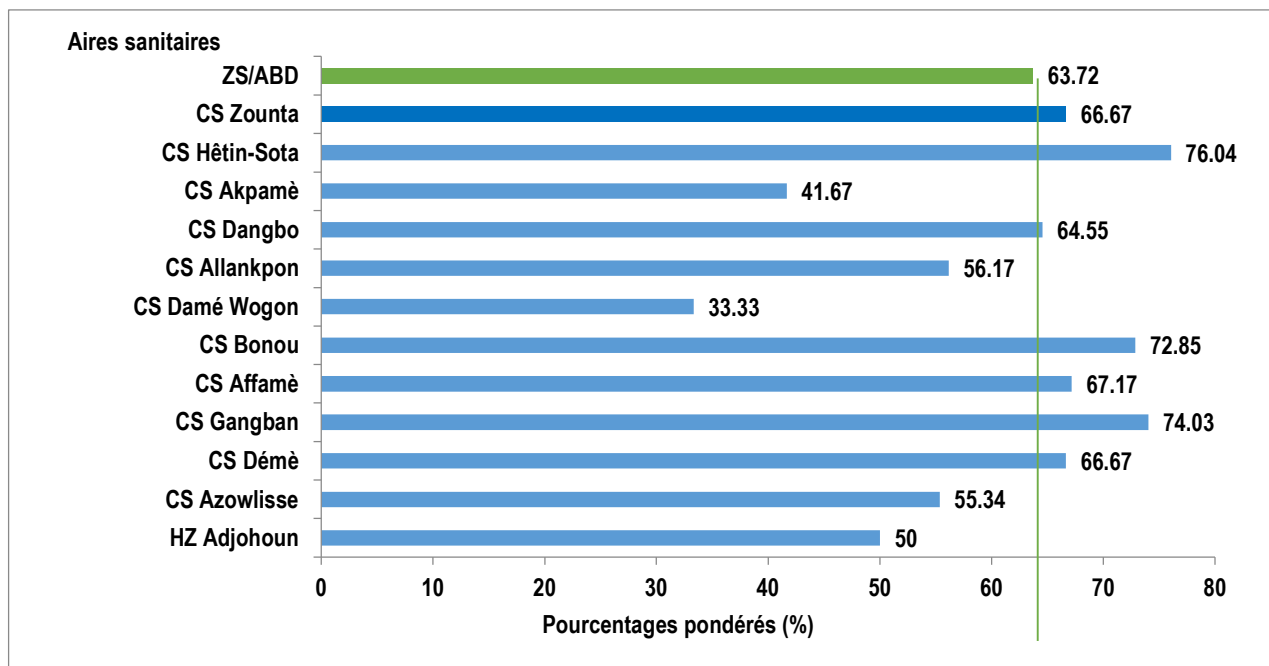


Figure 3 : Pourcentages pondérés de femmes qui utilisent actuellement la PF parmi celles qui ont déclaré l'utiliser depuis janvier 2015, par aire sanitaire de la ZS/ABD

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

Sept aires sanitaires sur douze (58,33 %) disposent d'un pourcentage pondéré de femmes utilisant actuellement la PF parmi celles ayant déclaré l'utiliser depuis janvier 2015 qui est supérieur à celui de la ZS/ABD. Il s'agissait des centres de santé de Zounta, de Hétin-sota, de Dangbo, de Bonou, d'Affamè, de Gangban et de Démè.

3.2.4. Méthodes contraceptives adoptées, raisons évoquées pour leur utilisation ou non dans la ZS/ABD

Les produits contraceptifs modernes utilisés et les motifs de leur utilisation ou abandon sont présentés dans le tableau V ci-dessous

Tableau V : Méthodes contraceptives utilisées, raisons de l'utilisation ou non de ces méthodes dans la ZS/ABD en 2019.

Variables	Effectifs	Pourcentages pondérés (%)
Méthodes contraceptives utilisées (n = 79 par méthode)		
Implant	50	65,30
Injectables	16	21,77
DIU	10	12,01
Pilule	3	2,43
Condom masculin	2	1,92
Condom féminin	1	1,78
Ligature des trompes	1	1,37

Variables	Effectifs	Pourcentages pondérés (%)
Raisons de l'utilisation (n = 79 par raison)		
Méthode très facile à utiliser	38	50,35
Choix orienté par les proches	23	30,14
Gratuité de la méthode	24	29,58
Autres raisons	23	29,21
Choix orienté par l'agent de santé	22	29
Méthode moins coûteuse	4	4,71
Choix imposé par le partenaire	3	3,11
Raisons de l'arrêt de l'utilisation (n = 51 par raison)		
Désir de conception	20	40,53
Effets secondaires	12	23,31
Autres raisons	7	14,09
Refus du partenaire	7	12,72
Saignement après injection ou implant	6	11,78
Ne voulait pas	3	4,22
Refus/peur des parents	1	2,63
Méthode douloureuse	2	4,63
Raisons religieuses	2	3

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

Les trois méthodes de PF les plus utilisées sont : l'implant (65,30 %), les injectables (21,77 %) et le Dispositif Intra Utérin (DIU 12,01 %). Ces méthodes sont plus utilisées par les femmes parce que ces méthodes sont soit très facile à utiliser (50,35 %), soit gratuites (29,58 %) ou soit orientées ou conseillées par un agent de santé (29 %), si on s'en tient aux déclarations des femmes interrogées.

Cependant, le désir de maternité et la manifestation des effets secondaires de ces méthodes sont les deux principales raisons de l'arrêt de l'utilisation de ces dernières avec les proportions respectives de 40,53 % et de 23,31 %.

3.3. Utilisation des services offerts par le projet HINNOU VIVO

3.3.1. Caractéristiques liées à l'utilisation des services offerts par le projet

Comme on peut s'en apercevoir les caractéristiques liées à l'utilisation des services offerts dans le cadre de la mise en œuvre dudit projet sont également abordées par l'évaluation. Le tableau VI ci-après fournit de plus amples informations et précisions

Tableau VI: Caractéristiques liées à l'utilisation des services offerts par le projet dans la ZS/ABD

Variables	Effectifs	Pourcentages pondérés (%)
Sensibilisation/conseils sur le PEV faite par un prestataire de la PF (n=330)		
Oui	245	76,30
Non	85	23,70
Sensibilisation/conseils sur la PF faite à la vaccination postnatale (n=330)		
Non	43	10,92
Oui	272	83,83
N'a pas été à la vaccination postnatale	15	5,25
Période de sensibilisation des FAP sur la PF ou le PEV (n=272)		
Avant janvier 2015	56	20,17
Janvier 2015 à nos jours	216	79,83
Sensibilisation/conseils sur la PF faite par un prestataire du PEV (n = 330)		
Oui	222	68,34
Non	108	31,66
Sensibilisation/conseils sur la PF et le PEV faite par un animateur/catalyseur (n = 330)		
Oui	58	20,10
Non	272	79,90
Gratuité des services (n = 330)		
Oui	222	69,19
Non	108	30,81
Accessibilité au service de PF/vaccination (n=330)		
Oui	270	82,69
Non	60	17,31
Sensibilisation/conseils sur la PF et le PEV faite par un proche (parents/amis/voisins) ou les médias (n = 330)		
Oui	36	10,80
Non	294	89,20

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

Environ huit femmes sur dix ont été informées sur la PF et le PEV depuis janvier 2015 (79,83 %). Près sept femmes sur dix ont affirmé avoir reçu des conseils sur la PF de la part du prestataire du service du PEV (68,34 %). Par contre, deux femmes sur dix affirment avoir été informées par les catalyseurs (20,10 %). La gratuité des services offerts par le projet a été évoquée par 69,19 % des femmes enquêtées.

3.3.2. Facteurs du projet associés à cette amélioration du taux de prévalence contraceptive

3.3.2.1. Analyse univariée

Les tableaux VII, VIII et IX suivants présentent successivement les résultats de l'analyse univariée entre l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD et les caractéristiques sociodémographiques, puis les caractéristiques liées au projet.

Tableau VII : Analyse univariée entre l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD et les caractéristiques sociodémographiques, économiques et sociales en 2019

Variables indépendantes	OR brut	IC _{95%}	Valeur p
Age en années	1,04	[1,00 ; 1,09]	0,050*
Niveau d'instruction			
Non-instruite/alphabétisée	1,00		
Primaire	2,25	[0,77 ; 6,57]	0,131
Secondaire et universitaire	1,41	[0,81 ; 2,46]	0,204
Profession			
Ménagère	1,00		
Revendeuse	4,28	[1,19 ; 15,36]	0,027*
Artisane	4,57	[1,13 ; 18,44]	0,034*
Agriculteur/éleveur/pêcheur	2,49	[0,53 ; 11,56]	0,231
Autres (Fonctionnaire, Elève/Étudiante)	9,93	[1,81 ; 54,33]	0,010*
Statut matrimonial			
Non mariée (Divorcée/Séparée/Veuve/Célibataire)	1,00		
Mariée/en couple (monogame)	1,81	[0,39 ; 8,23]	0,427
Mariée/en couple (polygame)	1,77	[0,33 ; 9,28]	0,483
Religion			
Endogène/traditionnelle	1,00		
Catholique	1,09	[0,36 ; 3,23]	0,870
Évangélique	0,92	[0,38 ; 2,22]	0,858
Protestant	1,14	[0,33 ; 3,91]	0,822
Christianisme céleste/ Chérubin Séraphin	0,70	[0,32 ; 1,51]	0,355
Musulmane	1,04	[0,17 ; 6,11]	0,962
Langue maternelle			
Wemènou	1,00		
Goungbé	1,45	[0,65 ; 3,26]	0,346
Fongbé	3,44	[1,96 ; 6,06]	0,000*
Tori	0,63	[0,24 ; 1,63]	0,334
Yoruba et autres	1,47	[0,37 ; 5,82]	0,569
Revenu moyen			
≤ 40 000 f CFA	1,00		
40 001 f CFA et plus	2,53	[1,30 ; 4,93]	0,008*
Milieu de résidence			
Rural	1,00		

Variables indépendantes	OR brut	IC _{95%}	Valeur p
Urbain	1,23	[0,72 ; 2,10]	0,430

* : valeur p ≤ 5%

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

A l'issue de l'analyse univariée, l'âge (p = 0,050), le niveau d'instruction (p = 0,131), la profession (p = 0,010), la langue maternelle (p = 0,000) et le revenu mensuel (p = 0,008) sont significatifs au seuil de 20% et sont par conséquent utilisées dans le modèle initial.

La prise d'une année d'âge multiplie significativement par 1,04 la chance pour une femme d'utiliser une méthode de PF (p ≤ 5%). De plus, une femme de profession revendeuse ou artisane ou autres (fonctionnaire, élève/étudiant) utilisent respectivement 4,28 fois, 4,57 fois et 9,93 fois plus une méthode de PF que celles qui sont ménagères (p ≤ 5%). Aussi, une femme a 3,44 fois plus de chance d'utiliser une méthode de PF lorsque sa langue maternelle est le fongbé par rapport à celles parlant le wémènou (p ≤ 5%). Enfin, un revenu mensuel de plus de 40 000 f CFA multiplie par 2,53 la chance pour une femme d'utiliser une méthode contraceptive par rapport à celui inférieur ou égal à ce montant (p ≤ 5%).

Tableau III : Analyse univariée entre l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD et les caractéristiques sociodémographiques, ainsi que celles liées à la vaccination des enfants de moins de cinq ans dans la ZS/ABD en 2019

Variables	OR brut	IC _{95%}	Valeur p
FAP ayant au moins un enfant de moins de cinq ans			
Oui	1,28	[0,68 ; 2,42]	0,417
Non	1,00		
Nombre d'enfants	0,84	[0,54 ; 1,30]	0,438
Age en mois			
0 – 5	1,00		
6 – 11	5,62	[0,85 ; 36,84]	0,070
12 – 23	7,11	[1,43 ; 35,29]	0,018*
24 – 59	9,47	[1,54 ; 58,09]	0,017*
Sexe			
Féminin	1,00		
Masculin	1,29	[0,76 ; 2,21]	0,326
Enfants vaccinés			
Non	1,00		
Oui carnet vu	1,80	[0,79 ; 4,10]	0,152

Variables	OR brut	IC _{95%}	Valeur p
Oui carnet non vu	1,67	[0,61 ; 4,55]	0,296

* : valeur p ≤ 5%

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

A l'issue de l'analyse univariée, l'âge des enfants ($p = 0,017$) et les enfants vaccinés ($p = 0,152$) sont significatifs au seuil de 20% et sont donc utilisés dans le modèle initial.

Une femme qui a un enfant âgé de 12 à 23 mois ou de 24 à 59 mois utilise respectivement 7,11 fois et 9,47 fois plus une méthode de PF que celle qui a un enfant âgé de moins de six mois ($p \leq 5\%$).

Tableau IX : Analyse univariée entre l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD et les caractéristiques liées aux services offerts par le projet

Variables indépendantes	OR brut	IC _{95%}	Valeur p
Sensibilisation/conseils sur le PEV faits par un prestataire de la PF			
Oui	5,65	[2,47 ; 12,92]	0,000*
Non	1,00		
Sensibilisation/conseils sur la PF faits à la vaccination postnatale			
Non	1,00		
Oui	11,65	[1,59 ; 85,02]	0,017*
N'a pas été à la vaccination postnatale	10,91	[1,24 ; 95,39]	0,032*
Période de sensibilisation des FAP sur la PF ou le PEV			
Avant janvier 2015	1,00		
Janvier 2015 à nos jours	1,11	[0,55 ; 2,23]	0,746
Sensibilisation/conseils sur la PF faits par un prestataire du PEV			
Oui	2,34	[0,95 ; 5,76]	0,062
Non	1,00		
Dialogue communautaire sur la PF et la PEV faits par un catalyseur			
Oui	10,73	[5,01 ; 22,98]	0,000*
Non	1,00		
Gratuité des services			
Oui	1,04	[0,50 ; 2,16]	0,893

Variables indépendantes	OR brut	IC _{95%}	Valeur p
Non	1,00		
Accessibilité au service de PF/vaccination			
Oui	20,70	[3,43 ; 124,77]	0,002*
Non	1,00		
Sensibilisation/conseils sur la PF et la PEV faits par un proche (parents/amis/voisins) ou les médias			
Oui	10,56	[3,94 ; 28,31]	0,000*
Non	1,00		

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

A l'issue de l'analyse univariée, la sensibilisation/conseils sur le PEV fait par un prestataire de la PF ($p = 0,000$), la sensibilisation/conseils sur la PF faite à la vaccination postnatale ($p = 0,017$), la sensibilisation/conseils sur la PF faite par un prestataire du PEV ($p = 0,062$), les **dialogues communautaires** sur la PF et le PEV organisé par un catalyseur ($p = 0,000$), l'accessibilité au service de PF/vaccination ($p = 0,002$) et la sensibilisation/conseils sur la PF et le PEV assurés par un proche (parents/amis/voisins) ou les médias ($p = 0,000$) sont significatifs au seuil de 20% et sont donc utilisés dans le modèle initial.

Une femme a 11,65 fois plus de chance d'utiliser une méthode de PF lorsqu'elle est sensibilisée ou reçoit des conseils sur la PF à la vaccination postnatale que les autres ($p \leq 5\%$). La sensibilisation/conseils sur la PEV assurés par un prestataire de la PF augmente de 5,65 la chance pour une femme d'utiliser une méthode de PF ($p \leq 5\%$).

Les dialogues communautaires sur la PF et le PEV organisés par les catalyseurs augmentent de 10,73 la chance pour une femme d'utiliser une méthode de PF ($p \leq 5\%$). Une femme a 10,56 fois plus de chance d'utiliser une méthode de PF lorsque la sensibilisation ou les conseils étaient effectués par les parents ou les amis ou les voisins ou les médias que les autres ($p \leq 5\%$). Une femme qui a affirmé que les services sont accessibles, a 20,70 fois plus de chance d'adopter une méthode de PF que les autres ($p \leq 5\%$).

3.3.2.2. Analyse multivariée

L'analyse multi-variée a été réalisée pour identifier les facteurs du projet associés à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans la ZS/ABD en 2019.

Au total, treize (13) variables ont été introduites dans le modèle initial :

- Caractéristiques sociodémographiques, économiques et sociales des femmes : l'âge, le niveau d'instruction, la langue maternelle, le revenu mensuel, la profession ;
- Caractéristique sociodémographique des enfants et celles liées à leur vaccination : l'âge des enfants, la vaccination complète ;
- Caractéristiques liées aux services offerts par le projet : la sensibilisation/conseils sur le PEV faits par un prestataire de la PF, la sensibilisation/conseils sur la PF faits à la vaccination postnatale, la sensibilisation/conseils sur la PF faits par un prestataire du PEV, les dialogues

communautaires sur la PF et le PEV assurés par un catalyseur, l'accessibilité au service de PF/vaccination, la sensibilisation/conseils sur la PF et le PEV assurés par un proche (parents/amis/voisins) ou les médias.

Le tableau X ci-dessous présente le modèle final de l'analyse multi-variée des facteurs du projet associés à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Tableau X: Modèle final des facteurs du projet, sociaux et économiques associés à l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD en 2019

Variables	OR _{ajusté}	IC _{95%}	Valeur p
Langue maternelle			
Wemènou	1,00		
Goungbé	1,23	[0,49 ; 3,11]	0,639
Fongbé	4,25	[1,33 ; 13,58]	0,016
Tori	0,98	[0,25 ; 3,73]	0,981
Yoruba et autres	4,43	[1,05 ; 18,61]	0,042
Revenu moyen			
≤ 40 000 f CFA	1,00		
40 001 f CFA et plus	3,02	[1,49 ; 6,11]	0,003
Sensibilisation/conseils sur le PEV faite par un prestataire de la PF			
Oui	9,57	[1,94 ; 47,04]	0,007
Non	1,00		
Sensibilisation/conseils sur la PF faite par un prestataire du PEV			
Oui	11,44	[5,58 ; 23,44]	0,000
Non	1,00		
Sensibilisation/conseils sur la PF et la PEV faite par un proche (parents/amis/voisins) ou les médias			
Oui	10,27	[3,35 ; 31,46]	0,000
Non	1,00		

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

En analyse multivariée, les variables associées à l'utilisation de la PF dans la ZS/ABD sont : la langue maternelle ($p = 0,019$ et $0,025$), le revenu mensuel ($p = 0,004$), la sensibilisation/conseils sur le PEV faits par un prestataire de la PF ($p = 0,032$), la sensibilisation/conseils sur la PF faits par un prestataire du PEV ($p = 0,050$), les dialogues communautaires sur la PF et la PEV faits par un catalyseur ($p < 0,05$), la sensibilisation/conseils sur la PF et le PEV assurés par un proche (parents/amis/voisins) ou les médias ($p < 0,05$). Aucune interaction entre ces variables n'a été mise en évidence.

Ajusté sur les autres variables, une femme a 3,78 fois et 5,19 fois plus de chance d'utiliser une méthode de PF lorsque sa langue maternelle est respectivement le fongbé et le yoruba. Un revenu mensuel de plus de 40 000 f CFA multiplie par 3,28 la chance pour une femme d'utiliser une méthode contraceptive ajusté sur les autres variables. Ajusté sur les autres variables, une femme a 2,86 fois plus de chance

d'utiliser une méthode de PF lorsqu'elle est sensibilisée ou reçoit des conseils sur la PF par un agent du PEV. La sensibilisation/conseils sur la PEV assurés par un prestataire de la PF augmente de 6,81 la chance pour une femme d'utiliser une méthode de PF ajusté sur les autres variables.

Les dialogues communautaires sur la PF et le PEV organisés par les catalyseurs fait augmenter de 10,43 la chance pour une femme d'utiliser une méthode de PF ajusté sur les autres variables. Ajusté sur les autres variables, une femme a 13,39 fois plus de chance d'utiliser une méthode de PF lorsque la sensibilisation ou les conseils effectués par les parents ou les amis ou les voisins ou les médias.

D'après le test de **Hosmer-Lemeshow** l'hypothèse des risques proportionnels est vérifiée ($p = 0,7065$). Le modèle final est adéquat car la p value obtenue est supérieure à 0,05 (5 %). L'ensemble des variables du modèle final explique à **36,68 %** l'utilisation des méthodes contraceptives dans les zones couvertes par le projet HINNOU VIVO dans la zone sanitaire Adjohoun/Bonou/Dangbo.

3.3.2.3. Cadre conceptuel final

Le cadre conceptuel final de cette évaluation se présentait comme suit :

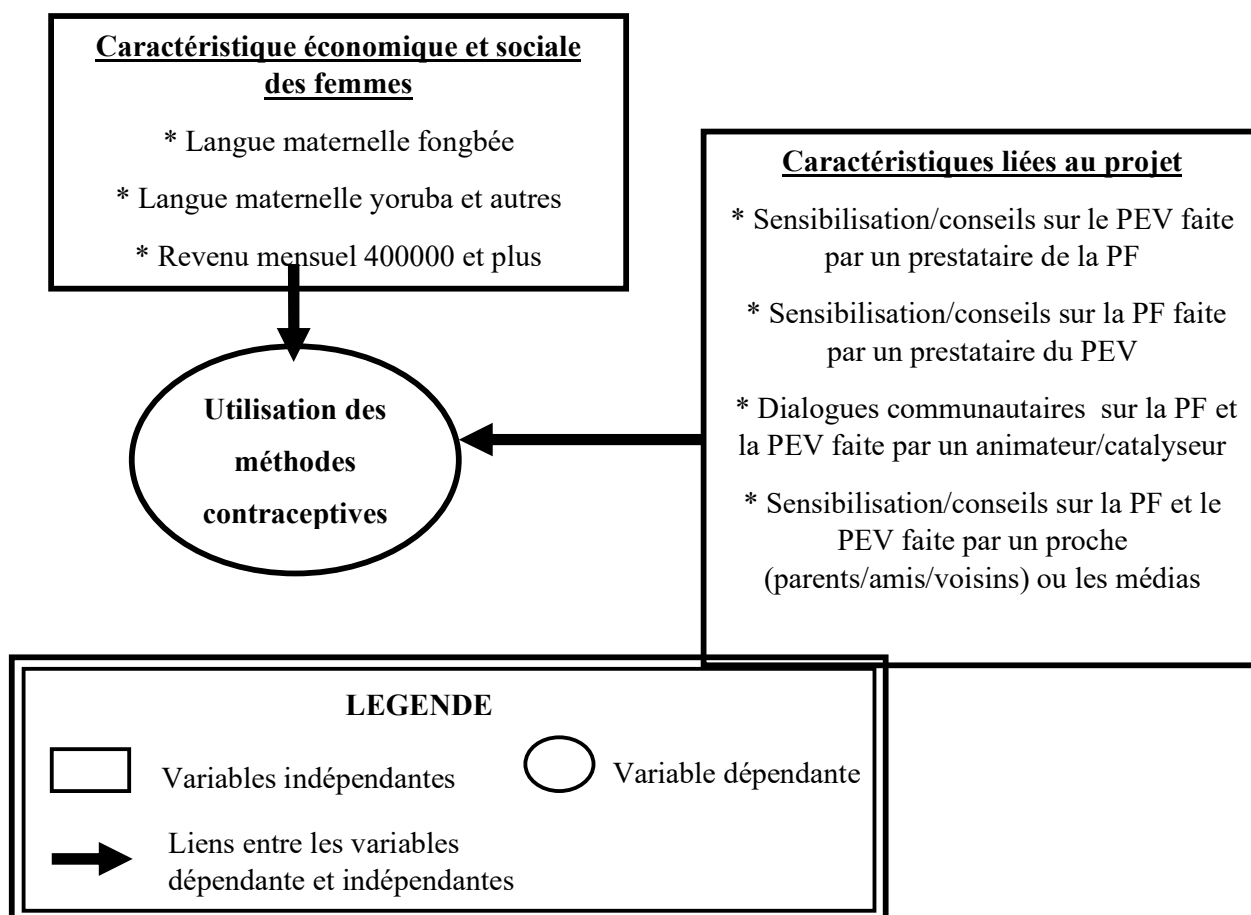


Figure4 : Cadre conceptuel final de l'étude des facteurs du projet associés à l'utilisation des méthodes contraceptives dans la ZS/ABD en 2019.

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

3.4. De l'appréciation de l'efficacité de l'approche « intégration des services de vaccination et de planification familiale » du projet

Avec la performance de 25,3% obtenue comme taux de prévalence après cinq (5) ans de mise en œuvre, c'est une évidence que l'approche « intégration des services de vaccination et de planification familiale » du projet est efficace. Toutefois, cette question a été posée aux responsables des 12 centres de santé en vue de recueillir leurs avis. Les réactions enregistrées sont présentées dans le tableau XI.

Tableau XI : Avis des responsables des 12 CS sur l'efficacité de l'approche

Modalité	OUI [franche]	OUI [réserve]	NON
CS Akpamè	1	0	0
CS Bonou-centre	0	1	0
CS Allankpon	1	0	0
CS Dangbo Centre	1	0	0
CS Azowlissè	1	0	0
CS Adjohoun	1	0	0
CS Hétin-Sota	1	0	0
CS Affamè	0	1	0
CS Damè Wogon	1	0	0
CS Zounta	1	0	0
CS Gangban	1	0	0
CS Dèmè	1	0	0
Ensemble	10	2	0

Source: Données de l'évaluation finale du projet HINNOU VIVO, décembre 2019

La réponse « OUI » l'emporte avec une proportion de 100%. Toutefois, il faut noter que 2 sur 12 CS (16,6%) ont estimé n'avoir pas pu atteindre les objectifs qui leur sont assignés. La stratégie dans sa conception à travers les séances de vaccination et de counseling, des stratégies avancées et l'organisation des dialogues communautaires par les catalyseurs ressortissants du milieu et l'implication des personnes influentes a facilité les interactions entre les CS et les communautés et permis de toucher facilement pratiquement l'ensemble des membres des communautés bénéficiaires, en l'occurrence les femmes en âge de procréer et les hommes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Comme on le voit, la présente évaluation finale du projet dénommé HINNOU VIVO a permis de faire le point des progrès réalisés après cinq (5) ans de mise en œuvre et d'identifier les facteurs du projets associé à l'amélioration de la prévalence contraceptive moderne dans la zone sanitaire Adjohoun-Bonou-Dangbo (ZS/ABD). Elle a également permis de mettre en évidence le poids de la contribution du projet HINNOU VIVO dans l'obtention des 25,3% comme taux actuel de prévalence contraceptive. Sa part équivaut à 65,7%. Au regard de ces résultats clés, CARE Bénin/Togo à travers la mise en œuvre de son projet HINNOU VIVO se positionne comme le premier contributeur à l'amélioration du taux de prévalence dans cette partie du Sud-Est du Bénin. Malgré ses succès, le projet HINNOU VIVO est encore confronté à certains défis majeurs qu'il va falloir relever.

C'est dans cette perspective que les recommandations suivantes sont formulées en ces termes :

- Insister sur l'approche « intégration des services de vaccination et de PF » et sur les actions d'information et de sensibilisation ;
- Capitaliser les expériences du projet et les partager avec l'ensemble des acteurs ;
- Faire un plaidoyer en direction de l'Etat et des PTF pour pérenniser et consolider l'expérience et l'étendre à d'autres CS et ZS ;
- Sensibiliser sur la gestion de carnets de vaccination des enfants ;
- Mettre l'accent sur les mesures à prendre en cas d'apparition des effets secondaires.

Tableau XII : Liste des quartiers/villages sélectionnés pour l'étude

Communes	Aires sanitaires	Quartiers/villages couverts	Pop totale en 2013 [a]	Popu totale en 2018 [b=(a*0,0168)+a]	Effectifs des FAP [c=b*0,2588]	Effectif cumulé des FAP	Nbre de Grappes [d]	Nbre de FAP à enquêter [e=d*11]
Adjohoun (11)	HZ Adjohoun	Houekpa-Kpota	840	854	221	221		
		Abato,	676	687	178	399		
		Allanzounmè	1589	1616	418	817	1	11
		Sikandji/AnameKindji	387	393	102	919		
	CS Azowlisse	Akouèhan-Tohouè	1034	1051	272	1191		
		Gbedogo-Oudanou	1366	1389	359	1550	1	11
		Kpodédji	1402	1426	369	1919		
		Klogbomè	704	716	185	2105	1	11
		Abéokouta	1874	1905	493	2598		
		Cadébou-Zounmè	1572	1598	414	3011	1	11
		Sissèkpa	1659	1687	437	3448		
	CS Démè	Démè	695	707	183	3631	1	11
		Fanvi	902	917	237	3868		
		Ahlan	438	445	115	3983		
		Gla	302	307	79	4063		
	CS Gangban	Ahouandjannafon	890	905	234	4297	1	11
		Togan-Hounsa						
		Lowé	807	821	212	4509		
		Gangban-centre	5087	5172	1339	5848	2	22
	Agonlin	1554	1580	409	6257			
Bonou (10)	CS Affame	Agbosso/Agbosso-Kota	2109	2144	555	6812	1	11
		Dasso	847	861	223	7035		
		Sota	768	781	202	7237	1	11
		Zomayil/ Zoukou	1292	1314	340	7577		
		Wovime	1100	1118	289	7866		
		Affame Centre	1617	1644	425	8292	1	11
	CS Bonou	Akpenamihoue/ Lokossa	162	165	43	8334		
		Atchabita	619	629	163	8497		
		Agbonan	4748	4828	1249	9747	2	22
		Tovoh						
		Azongbossa	490	498	129	9876		
		Ayogo	339	345	89	9965		
		Bonou Centre	3268	3323	860	10825	1	11
		Sotinkanme						
		Ouebossou	2435	2476	641	11466	1	11
	CS Damé Wogon	Damé wogon	1031	1048	271	11737	1	11
		Avrankanmé	1246	1267	328	12065		
		Gnanwouizoumé	473	481	124	12189		
	CS Allankpon	Allankpon	2169	2205	571	12760	1	11
		Adido	2634	2678	693	13453	1	11
Attankpè		1736	1765	457	13910	1	11	
Dangbo (12)	CS Dangbo	Dangbo centre	6033	6134	1588	15497	2	22
		Dangbohonmé/ Dogla	2329	2368	613	16110	1	11
		Mondotokpa	1219	1239	321	16431		
		Ké	1898	1930	499	16930	1	11
		Dokomé	821	835	216	17147		
		Tovè	538	547	142	17288		
	CS Akpame	Akpame	4391	4465	1155	18444	2	22
		Hondji	1880	1912	495	18938		
	CS Hetin-Sota	Hetin-Glehoue	404	411	106	19045	1	11
		Glahounsa	3445	3503	907	19951	1	11
		Seme/KODONOU	2229	2266	587	20538	1	11
		Hetin-Sota	3709	3771	976	21514	1	11
CS Zounta	Zounta Aga/Zounta Do	2137	2173	562	22076	1	11	