



Projet ACOSME



HAITI

Projet d'appui au continuum de
Santé mère-enfant (ACOSME)

**RAPPORT DE CAPITALISATION
SUR LES COMITÉS DE FEMMES
UTILISATRICES DES SERVICES
DE SANTÉ**



En partenariat avec
Canada

TABLE DES MATIÈRES

<i>LISTE DES ACRONYMES</i>	2
<i>FICHE TECHNIQUE DU PROJET ACOSME</i>	3
<i>RÉSUMÉ DE LA CAPITALISATION DE L'INITIATIVE CFU</i>	4
<i>REMERCIEMENTS</i>	7
<i>1. INTRODUCTION</i>	8
<i>2. CONTEXTE</i>	10
<i>3. PROCESSUS D'IMPLANTATION DES CFU</i>	13
3.1 Mise en place des CFU.....	13
3.2 Composition des CFU et répartition territoriale	14
3.3 Mandat des CFU	14
3.4 Fonctionnement du CFU.....	16
3.5 Le coût de l'initiative.....	17
<i>4. MÉTHODOLOGIE DE CAPITALISATION</i>	17
4.1 Revue de littérature.....	18
4.2 Analyse documentaire	18
4.3 Identification des informateurs clés.....	19
4.4 Collecte de données	20
<i>5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES</i>	21
<i>6. ANALYSE DES DONNÉES</i>	22
<i>7. CONSTATS</i>	23
7.1 Constats avant la mise en place des CFU	23
7.2 Constats pendant la mise en place des CFU	25
7.3 Constats après la mise en place des CFU	27
7.4 Pérennisation de l'initiative	30
<i>8. LIMITES</i>	31
<i>9. ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET POINTS À AMÉLIORER</i>	32
<i>10. CONCLUSION</i>	35
<i>11. ANNEXES</i>	37
<i>12. BIBLIOGRAPHIE</i>	39

LISTE DES ACRONYMES

ACOSME = Appui au Continuum de Santé Mère Enfant

AMC = Affaire Mondiale Canada

CDS = Centre de santé

CECI = Centre d'étude et de coopération internationale

CFU = Comité de femmes utilisatrices

DSN = Direction sanitaire Nord

EFH = Égalité femmes-hommes

ESPUM = École de Santé Publique de l'Université de Montréal

IS = Institution de santé

MC = Mobilisation communautaire

MSPP = ministère de la Santé Publique et de la Population

OMS = Organisation mondiale de la santé

PRSSD = Projet de renforcement du système de santé décentralisé

SMNE = Santé des mères, des nouveau-nés et des enfants

USI = Unité de santé internationale

VBG = Violence basée sur le genre



FICHE TECHNIQUE DU PROJET ACOSME

TITRE DU PROJET	APPUI AU CONTINUUM DE SANTÉ MÈRE ENFANT (ACOSME)
Objectifs	Réduction de la mortalité maternelle et infantile en : <ul style="list-style-type: none"> • Améliorant l'offre et la qualité des services essentiels ; • Améliorant l'utilisation des services de santé ; • Renforçant les capacités des intervenant-e-s en santé ; • Formant et développant les compétences des intervenant-e-s en santé
Zones d'intervention	Cinq (5) communes du département du Nord : <ul style="list-style-type: none"> • Cap-Haïtien • Quartier Morin • Limonade • Grande Rivière du Nord • Bahon
Institutions partenaires	Unité de santé internationale (USI) Centre d'étude et de coopération internationale (CECI) ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) Direction Sanitaire du Nord (DSN)
Bénéficiaires directs	Population bénéficiaire estimée à 374,031 habitants-e-s
Durée du projet	5 ans ½
Bailleurs de fonds	Affaires mondiales Canada (AMC)
Budget total du projet	13 650 000 \$ CA

RÉSUMÉ DE LA CAPITALISATION DE L'INITIATIVE CFU

TITRE DU PROJET	APPUI AU CONTINUUM DE SANTÉ MÈRE ENFANT (ACOSME)
<p>Introduction</p>	<p>Le projet d'appui au continuum de santé mère enfant (ACOSME), mis œuvre depuis 2016, a pour but de contribuer à la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile en Haïti en améliorant l'utilisation des services de santé, notamment par la stratégie de mobilisation communautaire. Un des axes stratégiques de cette mobilisation communautaire est la mise en place des Comités de Femmes Utilisatrices des Services de Santé (CFU), dans les zones d'intervention du projet.</p> <p>Il s'agit d'un groupe de femmes qui sert d'intermédiaire entre l'institution de santé (IS) et la population et qui encourage les communautés à utiliser les services offerts par l'IS.</p> <p>Suite aux résultats encourageants de cette initiative observés dans le département du Nord, il a été décidé de réaliser une démarche de capitalisation de l'expérience jugée innovante, partageable et potentiellement reproductible.</p>
<p>Approche méthodologique de la capitalisation</p>	<p>La démarche s'est étalée sur une année, soit du mois de janvier 2021 au mois de janvier 2022. Elle comprend une revue de littérature, un examen documentaire sur les activités réalisées et rapport produits, des entretiens semi-directifs avec des informateurs et informatrices clés, la collecte et l'analyse des informations collectées ainsi que la révision et validation du rapport préliminaire de capitalisation par les différentes parties prenantes.</p> <p>Les entretiens ont été réalisés sur un échantillon de 70 personnes réparties en quatre (4) catégories. La démarche s'appuie sur une approche qualitative utilisant des retranscriptions et des guides d'entrevues couvrant quatre thèmes prévalents : l'état des lieux avant, pendant et après la mise en place des CFU et la pérennisation de l'initiative. L'équipe a procédé à une analyse de contenu thématique, couvrant les dimensions syntaxique et sémantique.</p>
<p>Résultats de l'initiative CFU</p>	<p>Les CFU permettent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'augmenter les connaissances des communautés • D'augmenter l'engagement de la part de la communauté • D'améliorer les relations entre les IS, les prestataires et la communauté • De renforcer l'autonomisation des femmes • De faire évoluer l'offre de services • De faire la promotion des services offerts par les IS

	<ul style="list-style-type: none"> • D'encourager l'utilisation des services de santé par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans
Facteurs clés de succès	<p>Les facteurs clés de succès sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'acceptation du projet par la communauté • L'accompagnement technique et un faible soutien financier du projet ACOSME aux CFU pour la mise en œuvre de leur plan d'action communautaire • L'implication et le soutien de la DSN à toutes les parties prenantes • Le dialogue constant et la collaboration étroite entre les IS, la DSN et l'équipe de projet ACOSME • L'implication, la motivation et le gain de confiance des femmes membres à accompagner, éduquer et sensibiliser les communautés • La collaboration étroite des CFU avec les ASCP (réalisation d'activités conjointes) • La notoriété/crédibilité dont jouit les femmes membres des CFU dans leur milieu • L'implication des CFU dans l'identification et la mise en œuvre des microprojets en lien avec la SMNE et identifiés par les communautés (ex : moto-ambulance/forage pour la disponibilité de l'eau/chaloupe-ambulance) • Le renforcement de la capacité d'agir et de prise de décisions des CFU sur des thématiques en lien avec les droits à la santé sexuelle et reproductive et la VBG
Contraintes	<p>Quelques défis rencontrés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une limitation logistique au bon fonctionnement d'un CFU • Un manque de motivation de certains membres en raison d'absence d'incitatif financier • Un manque de ressources pour former les membres et mener les activités
Enseignements tirés	<p>Parmi les enseignements tirés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabiliser toutes les parties prenantes • Sélectionner un nombre limité de membres • Enrôler des femmes leaders d'organisations existantes de la communauté • Effectuer une analyse approfondie des coûts de chaque activité proposée par les membres de CFU avant d'en appuyer la mise en œuvre • Identifier dès le début et en fonction des réalités de chaque communauté les besoins sur des thèmes de formation bien spécifiques (ex : techniques de dialogue et de plaidoyer, techniques d'animation, de sensibilisation et gestion organisationnelle)

<p>Perrenité</p>	<p>Les répondant-e-s ont été unanimes quant à la possibilité de pérennité de l'initiative, si celle-ci respecte les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ancrer l'accompagnement des CFU dans les pratiques institutionnelles de la DSN • Augmenter les capacités techniques et organisationnelles des CFU via des formations et des suivis continus • Renforcer les capacités des CFU à mobiliser leurs moyens d'actions dans leurs communautés • Avoir l'appui continu de la DSN pour les activités menées par les membres • Rechercher l'appui de nouveaux partenaires intervenant dans leurs zones d'activité pour soutenir les microprojets réalisés par les comités • Renforcer les liens de collaboration entre les CFU et les IS se trouvant dans leur localité
<p>Conclusion</p>	<p>Le CFU est une initiative bénéfique et prometteuse qui favorise l'éducation en matière de santé et qui représente un tremplin permettant l'autonomisation et le renforcement des capacités des communautés, plus particulièrement des femmes, dans la prise de décision concernant leur santé et leur bien-être. Elle semble fonctionner en Haïti et possède un potentiel pour mener à des résultats significatifs quant à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Le CFU est également un espace d'expression et d'exercice du leadership et de l'engagement des femmes pour leur santé et celles de leurs pairs. Cette structure favorise l'amélioration de l'image des femmes dans les communautés. Enfin, le CFU permet de développer des liens concrets entre les IS et les communautés.</p>

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation du processus de capitalisation de l'initiative CFU et à la rédaction de ce rapport. Un grand merci à tous les membres des CFU, les ASCP, les responsables d'IS et de la mobilisation communautaire, les bénéficiaires du projet, les cadres de la DSN et l'équipe technique du projet ACOSME qui ont pris part à cet exercice. Un merci particulier à Nina Olivaud, ancienne étudiante de l'ESPUM et stagiaire de l'USI, au Dr Bi Gouanie Arsene Irie, consultant du projet ACOSME pour sa contribution à la réalisation du processus, et à Caroline Auguste, consultante du projet ACOSME pour le pilotage de l'ensemble du processus et la rédaction de ce document de partage. Enfin, un grand merci à la DSN pour son étroite collaboration dans la conception, la mise en place, le suivi et la documentation de cette initiative. Les remerciements s'étendent aux mairies des communes de Bahon, Limonade, quartier Morin et Grande Riviere du Nord, à la DINEPA-OREPA, et aux leaders communautaires qui ont contribué à l'initiative des CFU.



1. INTRODUCTION

Ce rapport de capitalisation de l'initiative des CFU s'inscrit dans le cadre du Projet d'Appui au Continuum de Santé Mère-enfant (ACOSME), mis en œuvre par l'Unité de santé internationale (USI) de l'Université de Montréal (UdeM) et par le Centre d'étude et de coopération internationale (CECI), en partenariat avec la Direction sanitaire du Nord (DSN) du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) d'Haïti en vue de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

En conformité avec les priorités nationales de santé, l'approche retenue pour contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile porte sur le renforcement des capacités des intervenants-e-s en santé, l'amélioration de l'offre et de la qualité des services essentiels et l'amélioration de l'utilisation des services de santé, notamment par la mobilisation communautaire. Cette dernière, définie par le projet comme « *un processus d'engagement des communautés ciblées dans des activités devant conduire de manière durable à de meilleures conditions de santé pour les femmes enceintes, les mères, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans* »¹ constitue l'une des approches retenues afin de sensibiliser adéquatement la population desservie à l'utilisation des services de santé. En effet, un des axes stratégiques de cette mobilisation communautaire a consisté en la mise en place d'une initiative de participation communautaire, nommée Comités de Femmes Utilisatrices des Services de Santé (CFU), dans les zones ciblées par le projet.

Il s'agit d'un regroupement de femmes servant d'intermédiaire entre l'institution de santé (IS) et la population dans une aire géographique donnée. En effet, elles travaillent à ce que les besoins de santé des femmes et des enfants soient satisfaits. Leurs champs d'action prioritaires sont la réalisation d'activités visant à informer la population sur les services existants et l'accroissement de la fréquentation des IS, en encourageant d'autres membres de la communauté à utiliser lesdits services, au bénéfice notamment des femmes enceintes et enfants, et à encourager l'amélioration de la qualité des services en facilitant le dialogue entre les IS et la communauté pour une meilleure prise en compte

des besoins des femmes et des enfants dans la planification, l'organisation et la délivrance des services.

Les CFU sensibilisent la communauté à travers :

- La transmission des messages à l'école, à l'église et au marché
- Des visites domiciliaires
- Des rencontres communautaires
- Des conférences
- Des activités théâtrales
- Des évènements pour une date spéciale (8 mars, 25 novembre)
- Des formations sur la VBG et la nutrition

Ainsi, suite aux résultats encourageants de l'initiative de CFU observés dans le département du Nord, ce rapport met en lumière les résultats de la capitalisation de l'expérience, jugée innovante et potentiellement reproductible. Il s'agit d'un effort visant le partage et la transformation des savoirs acquis de l'expérience en action concrète pour l'amélioration de la santé. Il présente le contexte de mise en œuvre, le processus d'implantation dans le département du Nord, la méthodologie de capitalisation utilisée, les résultats, les facteurs clés de succès, les contraintes ainsi que les principaux enseignements tirés. Tout l'exercice se résume dans une démarche visant à analyser nos expériences pour mieux comprendre ce que l'on fait pour mieux le faire et mieux le partager en vue de sa reproduction dans d'autres situations avec des objectifs similaires.



Femmes en activité de sensibilisation dans la localité de Grand-Pré – crédit : GH. Rouzier

2. CONTEXTE

Le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité infantile ont connu beaucoup de progrès dans le monde². Toutefois, ils demeurent plus élevés dans les pays à faible revenu, comme Haïti³. En effet, Haïti figure parmi les pays ayant le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité infantile les plus élevés de la région des Amériques. Ces taux sont respectivement de 480 pour 100 000 naissances vivantes⁴ et de 48 pour 1000 naissances vivantes⁵. De plus, les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile en Haïti sont les plus élevés de l'hémisphère Ouest et chaque semaine plus de quatre femmes meurent d'une grossesse ou d'un accouchement⁶. Les causes de cette haute mortalité maternelle et infantile sont liées, entre autres, à un personnel de santé insuffisant, à des disparités entre les zones rurales et urbaines en ce qui a trait aux prestations de services ainsi qu'à un accès géographique et économique très limité aux services de base⁷. À cause de ces barrières présentes en milieu rural, les femmes préfèrent accoucher en majorité à la maison, le plus souvent sans assistance de personnel formé.

Le gouvernement du Canada, dans le cadre de sa Politique d'aide internationale féministe, par l'intermédiaire des champs d'action 1 et 2⁸, appuie les efforts d'Haïti dans la lutte contre la mortalité materno-infantile à travers plusieurs initiatives menées par divers organismes. L'une de ces initiatives, ACOSME mise en œuvre par l'USI et le CECI, est réalisée dans le département sanitaire du Nord, à l'échelle de cinq (5) sur les 15 communes du département et appuie un total de dix-neuf (19) IS.

Ce projet vise comme résultats l'amélioration de l'offre et de la qualité de services essentiels répondant aux besoins et aux droits des mères, des femmes enceintes, des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans et l'amélioration de l'utilisation des services de santé par ces populations. Pour ce faire, la participation active des femmes, qui en sont les premières bénéficiaires, est primordiale. Elles sont les plus grandes utilisatrices des services de santé en raison de leur vie reproductive et de leur

responsabilité envers le bien-être et la santé de leur famille. C'est la raison pour laquelle les CFU ont vu le jour.



Une maman sensibilisée à faire vacciner son enfant suite à des conseils d'une membre d'un CFU – crédit : GH. Rouzier

En effet, selon la littérature, les interventions participatives via des groupes de femmes permettent d'améliorer la santé des femmes et des enfants ainsi que de réduire la mortalité maternelle et néonatale^{9,10,11}. C'est une approche qui a un impact significatif sur la mortalité néonatale. En effet, l'article de Prost et coll. (2016)¹² conclut que « la proportion de femmes enceintes participant à des groupes est associée à une réduction de la mortalité maternelle et néonatale » et que « l'exposition aux groupes de femmes a été associée à une réduction de 37% de la mortalité maternelle et une réduction de 23% de la mortalité néonatale ». Suite à ce constat, l'OMS publie en 2014¹³ un document qui stipule que la mobilisation communautaire à travers les groupes de femmes est recommandée pour améliorer la santé maternelle et infantile, en particulier dans les communautés rurales ayant peu accès aux services de santé. Aussi, les femmes et les hommes possèdent des connaissances différentes sur le même sujet et reçoivent et transmettent leurs connaissances par des moyens différents.

En ce qui a trait à la relation entre l'autonomie des femmes et l'utilisation des services de santé maternelle, Adhikari (2016)¹⁴ conclut que « l'autonomie des femmes et le pouvoir décisionnel des mères sont des prédicteurs forts de l'utilisation des services de santé maternelle. Les femmes instruites et éduquées vont plus utiliser les services ».

L'initiative des comités de femmes utilisatrices (CFU) a d'abord été expérimentée dans la région de Kayes au Mali, dans le cadre du Projet de renforcement du système de santé décentralisé (PRSSD), mis en œuvre depuis 2010 par l'Unité de santé internationale de l'Université de Montréal et le CECI, en partenariat avec le ministère de la santé du Mali. Elle avait comme objectifs d'accroître la participation des femmes dans les structures de santé et d'améliorer l'atteinte des objectifs en santé des communautés. Les résultats obtenus ont été positifs : fréquentation de centres de santé accrue de plus de 70%, couverture vaccinale des enfants devenue universelle, dialogue centre de santé/communauté renforcé et systématisé¹⁵. En 2018, cette initiative au Mali a fait l'objet d'une évaluation. Selon Haddad et coll. (2018)¹⁶, le CFU a un effet manifeste sur la demande de services en santé maternelle et « contribue vraisemblablement à la réduction du premier et du second retard associés à la mortalité maternelle ». En ce qui concerne la relation de pouvoir entre les institutions et les communautés, Coumare et coll. (2018)¹⁷ concluent que « le CFU contribue à l'appropriation et au renforcement du pouvoir d'agir des femmes. Il favorise l'émergence de femmes leaders et il contribue à influencer les normes de genre et les relations de pouvoir entre les femmes et le système de soins ».

Ainsi, en raison des résultats encourageants de l'expérience au Mali et suite à sa capitalisation en juin 2015, cette initiative a été adaptée et introduite dans le cadre du projet ACOSME au nord d'Haïti. Bien que les contextes des deux pays soient différents, plusieurs conditions de reproductibilité ont favorisé l'implantation de cette initiative au Nord d'Haïti, notamment les similitudes aux niveaux :

- Des objectifs des deux projets : réduction de la mortalité maternelle et infantile, promotion de l'égalité femmes-hommes (EFH) dans l'exercice du droit à la santé ;
- Des problématiques de santé au niveau des deux pays : limitation des moyens, rareté de ressources, taux élevé de mortalité maternelle ;
- Des réalités culturelles : tendance poussée à utiliser trop souvent, pour tous types de problèmes, la médecine traditionnelle.

3. PROCESSUS D'IMPLANTATION DES CFU

Il est à noter que le processus d'implantation des CFU dans le département sanitaire du Nord ne s'est pas réalisé dans un contexte aussi favorable que celui du Mali. Les pratiques communautaires étaient déjà assez ancrées dans le système de santé malien, alors qu'à part quelques initiatives isolées et non documentées, les pratiques et structures de participation n'existent pas dans l'écosystème haïtien des soins de santé. Néanmoins, il a quand même été possible de s'inspirer de l'exemple du Mali pour la mise en place de cette initiative, dans un contexte où les usagers et usagères n'ont pas l'habitude de dialoguer avec les prestataires sur l'organisation des services et la délivrance des soins, ce qui a représenté une démarche plus complexe.

3.1 Mise en place des CFU

Pour parvenir à la mise en place d'un CFU dans les zones appuyées par le projet, trois étapes clés ont été nécessaires :

- **Identification de groupements de femmes et de femmes leaders** dans l'aire de desserte d'une IS par le médecin ou l'infirmière responsable de cet IS : rencontres avec différentes catégories de leaders, échanges avec des prestataires de l'IS, état des lieux des organisations/associations de femmes dans la commune et actualisation de ces listes, identification des femmes leaders.
- **Organisation d'ateliers de préparation de la mise en place de CFU avec les responsables de mobilisation communautaire de la DSN, d'ACOSME et de l'IS** : partager des informations sur l'expérience des CFU dans d'autres contextes, sensibiliser sur la pertinence du CFU, partager et discuter des critères de participation, discuter sur les rôles et responsabilités du CFU et des modalités de sa mise en place.
- **Mise en place proprement dit du CFU et élection des membres** : réaliser une assemblée de choix des membres de CFU et une élection pour le partage du mandat et des rôles des membres, déclaration d'engagement des membres.

3.2 Composition des CFU et répartition territoriale

En moyenne, les CFU sont composés de onze (11) personnes : coordonnatrice, vice-coordonnatrice, secrétaire, secrétaire adjointe, trésorière, assistante trésorière, responsable de communication avec l'IS, responsable de communication avec les leaders, et trois (3) à cinq (5) conseillères venant de différentes organisations communautaires de base féminines de la communauté. Les fonctions de ces différents postes sont présentées en annexe 1.

En suivant ces étapes, quinze (15) CFU ont été mis en place dans le département du Nord, plus précisément dans l'aire de desserte du projet ACOSME.

Tableau 1 : CFU mis en place dans le département du Nord d'Haïti

Communes	Nombre de CFU	Lieu
Cap-Haïtien	4	Labadie Fort-Bourgeois La Fossette Fort St Michel
Quartier Morin	3	Grand-Pré Cadush Centreville
Limonade	4	Bois de Lance Pistère Bord-de-Mer Centre-ville
Grande Rivière du Nord	2	Centre-ville Jolitrou
Bahon	2	Centre-ville Montagne Noire

3.3 Mandat des CFU

La mission des CFU comprend quatre principaux éléments :

1. Création de liens entre l'IS et la communauté pour la facilitation de dialogue;
2. Sensibilisation de la communauté pour l'utilisation accrue des services de l'IS la plus proche;

3. Éducation de la communauté sur les signes de danger liés à l'état de santé des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq (5) ans, les droits des femmes, le rôle des hommes dans la SMNE, la nutrition, la promotion de l'EFH et la VBG;
4. Suivi/plaidoyer auprès de l'IS pour la bonne prise en compte des besoins de santé des femmes et des enfants.

Trois éléments de soutien pour rendre le travail du CFU efficace :

1. **Appui à l'élaboration des règlements internes et du plan d'action du CFU, validés par l'ensemble des membres de CFU :** ce document validé est partagé avec l'ensemble des membres du CFU ainsi qu'aux responsables de l'IS afin de veiller à la pérennité de ce groupe et son bon fonctionnement.
2. **Formation des membres du CFU sur les thèmes suivants:** mandat du CFU, gestion de conflits, EFH, gestion financière de micro-projets, fonctionnement du système de santé, sensibilisation sur les signes de dangers de la grossesse, la sensibilisation pour l'utilisation des services de santé, le dépistage de la malnutrition, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la VBG.
3. **Accompagnement du CFU dans la mise en œuvre du plan d'action:** par exemple la commémoration d'évènements spéciaux comme les fêtes patronales, la fête des mères, les dates clés en liens aux droits des femmes (journée internationale des droits des femmes le 8 mars et journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes le 25 novembre), l'identification d'idées de microprojets et leur exécution, la sensibilisation de la communauté pour l'utilisation des services, ainsi que du dépistage de la malnutrition.



Activité de sensibilisation réalisée par les CFU de Bahon auprès des écoliers et écolières /commémoration 25 novembre - crédit : Rose Tamar Pierre

3.4 Fonctionnement du CFU

- Le CFU n'a pas un local dédié fixe pour réaliser ses rencontres. En accord avec ses membres et les responsables de l'IS, les lieux de rencontres sont décidés et communiqués deux (2) jours avant, sauf en cas d'urgence.
- Les femmes qui siègent au sein du comité s'engagent dans une dynamique communautaire et le font à titre bénévole.
- Les membres ne paient pas de cotisation périodique.
- Des ressources sont mises à la disposition du comité, notamment :
 - Les locaux de l'IS pour tenir des réunions au besoin ;
 - Du support technique de la part de la DSN / responsable de l'IS ainsi que de ses partenaires (ACOSME) pour aider au renforcement du comité et à l'accompagnement pour la mise en œuvre de son plan d'action.

Les ressources du comité sont constituées de subventions, de dons de tiers (en nature et en espèce), pour réaliser et suivre ses activités. Le cas échéant, au besoin, des membres de CFU peuvent volontairement contribuer financièrement à la réalisation d'une activité. Dans tous les cas, les membres de CFU sont formés aux techniques simples de gestion

financière et bonnes pratiques de reddition de compte, appliquées dans la gestion de microprojets communautaires.

3.5 Le coût de l'initiative

La mise en place des quinze (15) CFU dans l'aire de desserte du projet ACOSME a été un processus qui a mobilisé beaucoup de parties prenantes et de ressources et qui a demandé aussi, en plus du temps à tous les acteurs impliqués, du soutien financier. Globalement, le coût de l'initiative était d'environ 18,500 dollars canadiens et a couvert l'ensemble des éléments suivants :

- Ateliers préalables pour la mise en place des CFU
- Lancement des CFU
- Formations
- Transports de membres de CFU pour certaines activités
- Allocations repas lors de certaines rencontres
- Déplacement des cadres de la DSN
- Activités de sensibilisation et mobilisation communautaire
- Frais de transport pour des activités

4. MÉTHODOLOGIE DE CAPITALISATION

Une ébauche de la méthodologie de la capitalisation de l'initiative CFU a d'abord été élaborée par la conseillère en recherche du projet ACOSME, suite à une réunion de travail avec les membres de l'équipe technique du projet. Cette rencontre a également permis de déterminer un calendrier de travail et les livrables attendus. Elle a été par la suite révisée par le conseiller en santé publique de l'USI et un consultant externe impliqué dans le suivi de l'application des connaissances par les prestataires et gestionnaires formés par le projet. Il s'agit d'une méthodologie participative ayant permis l'implication effective des différentes parties prenantes⁸. En effet, il a été important de s'assurer de la participation des acteurs terrain comme partie intégrante du processus, afin de décrire l'expérience de CFU, comment ils l'ont observée et vécue, et d'obtenir de la rétroaction sur toutes les activités autour de l'implantation et du fonctionnement de l'initiative afin

d'identifier, de comprendre et d'intégrer les facteurs de succès et les points à améliorer dans la perspective de validation, de préservation, de partage et d'une future reproduction. Ainsi, cette démarche itérative, non-linéaire et participative¹⁸ a permis divers échanges entre les différents groupes et a pris en compte les principaux enjeux comme les aspects éthiques et ceux liés au contexte.

Cette démarche, réalisée sur un (1) an, entre le mois de janvier 2021 et le mois de janvier 2022, comprend une revue de littérature, l'examen documentaire, l'identification des informateurs clés, la collecte de données d'interaction et des visites de terrain. Ces différentes activités seront décrites dans les sections suivantes. Il est important de souligner que ce document a également fait l'objet de révision et de validation par les parties prenantes.

4.1 Revue de littérature

Une brève revue de littérature a été effectuée pour explorer et clarifier certains concepts clés sur lesquels l'équipe s'est appuyée et pour comprendre comment la participation communautaire, notamment celle des femmes, pouvait avoir un impact sur l'utilisation des services de santé, comme l'exemple des CFU au Mali mentionné dans la section « contexte ».

4.2 Analyse documentaire

Elle a porté sur l'examen des documents terrain et sur les documents produits en lien direct avec l'initiative, les plans de travail, les comptes rendus de rencontres, les microprojets des CFU et les rapports d'activités. Cette analyse a permis de comprendre les différentes étapes du processus, les acteurs et actrices impliqué-e-s, ainsi que les activités réalisées. Cela a guidé la conception des outils de collecte de données et de traitement des informations ainsi que la structure à donner au rapport.

4.3 Identification des informateurs clés

L'identification des acteurs et actrices impliqué-e-s dans cette initiative a été essentielle pour amorcer le travail. Des consultations ont eu lieu avec l'équipe de mobilisation communautaire, qui était en première ligne sur l'initiative, afin d'identifier les personnes clés, selon leur rôle et leur implication dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des CFU et de bien mener la collecte des données sur le terrain. Ce sont :

- **Au niveau du projet ACOSME :**
 - La cheffe de projet
 - La chargée de projet associée EFH et développement de capacités du CECI
 - Le chargé du développement et du suivi de la programmation du CECI
 - L'infirmière de santé publique du projet
 - L'infirmière de développement social du projet.
- **Au niveau de la DSN :**
 - La responsable du service de mobilisation communautaire
 - L'adjointe de la responsable du service de mobilisation communautaire
 - La responsable du service de nutrition et santé infantile.

L'implication de la DSN s'est concrétisée à tous les niveaux du processus de mise en place de l'initiative de CFU, à travers une rencontre mensuelle DSN/ACOSME, afin d'assurer la coordination et l'appropriation des interventions. Un-e représentant-e de la DSN est présent-e à chaque activité pour une compréhension commune des enjeux et une meilleure coordination du processus.

- **Au niveau des Institutions de Santé (IS) :**
 - Des responsables d'IS
 - Les infirmières responsables de mobilisation communautaire.

Ces responsables ont été impliqués à tous les étapes de la mise en place et du fonctionnement et du suivi des CFU. Ils/elles assurent le suivi des activités menées par les CFU.

- **Au niveau des communautés :**



- Des membres de CFU jugées plus dynamiques (CFU de Bahon, Jolitrou, Grand-Pré, Bord de mer de Limonade, Bois de Lance et Grande Rivière du Nord)
- Des membres de CFU jugés moins dynamiques (CFU de Labadie, Pistère, Limonade, Fort St Michel, La Fossette, Quartier Morin et Cadush)
- Des ASCP
- Des responsables de CASEC ou ASEC dans les localités où se trouvent les CFU les plus dynamiques
- Des matrones
- Des membres de la communauté bénéficiant des activités des CFU.

4.4 Collecte de données

La collecte de données avait pour but d’obtenir, de manière générale, des rétroactions auprès des différentes catégories de répondants-e-s clés sur le fonctionnement des CFU depuis leur mise en place, en répertoriant les éléments de succès, les défis rencontrés, les leçons apprises, ainsi que les améliorations possibles dans le cas d’une reproduction de cette initiative. Cette collecte a été menée de janvier à avril 2021 dans les cinq (5) communes d’intervention du projet et a touché 70 répondant-e-s au total.

Les méthodes de collecte de données utilisées ont été des entretiens individuels semi-structurés et des visites de terrain. Les entrevues ont abordé différents aspects avant, pendant et après la mise en place des CFU, ainsi que des enjeux en lien avec la pérennisation de l’initiative.

Comme mentionné précédemment, des groupes de discussion étaient prévus avec les matrones et les élus locaux, mais n’ont pas pu avoir lieu en raison de contraintes logistiques et sociopolitiques.

- **Entretiens individuels semi-structurés et questionnaires à remplir à distance**

Tout d’abord, pour les membres de l’équipe du projet ACOSME, nous avons utilisé une *fiche de partage d’expérience*. Cette fiche, comprenant dix (10) questions ouvertes, a été envoyée par courriel en format MS Word aux six (6) personnes cibles impliquées dans la conception et la mise en place de l’initiative qui l’ont tous remplie et retournée.

Ensuite, des entretiens semi-structurés, d'une durée allant de 35 à 70 minutes, ont été menés avec trois (3) cadres de la DSN virtuellement via la plateforme ZOOM, en raison des contraintes imposées par la pandémie de la Covid-19. Les guides d'entrevues comprenant entre 18 et 22 questions ont été adaptés en fonction des responsabilités des interlocuteurs et interlocutrices dans le réseau de la santé.

Enfin, une consultante et des enquêteurs ont menés des entrevues semi-structurées sur le terrain durant le mois de février et mars 2021 avec les personnels des IS et les membres de la communauté.

Durant tout le processus de consultation des différent-e-s acteurs et actrices, une attention spéciale a été accordée à des thèmes transversaux, notamment le genre, en prenant en considération ce que les femmes et les hommes ont compris, ont appris et ont vécu de l'initiative CFU.

5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Tout d'abord, les participant-e-s. ont été contacté-e-s par téléphone ou par courriel et la démarche entreprise par le projet ACOSME leur a été expliquée ainsi que toutes les informations nécessaires à leur participation. Ils/elles ont consenti volontairement à participer à l'enquête en répondant à cinq (5) questions avant le démarrage de l'entrevue, soit en personne ou via la plateforme ZOOM. Ensuite, les entretiens présentsiels ont été réalisés en français ou en créole selon la langue comprise par le/la participant-e., soit au bureau du projet, soit dans les IS ou dans la communauté. Ils/elles ont également donné leur accord pour l'enregistrement des entretiens qui ont servi à la retranscription intégrale des données. Enfin, la confidentialité promise des informations recueillies a été respectée, car les fiches de renseignement contenant les verbatim ont été détruites après la rédaction et validation du rapport de capitalisation et aucun nom de participant-e-s n'a été mentionné dans le rapport.

6. ANALYSE DES DONNÉES

Le nombre total de répondant-e-s est présenté dans tableau ci-dessous et est ventilé selon le sexe. La collecte de données nous a permis, tout d’abord, de recueillir des informations sur les besoins sanitaires des communautés et sur l’utilisation des services avant la mise en place des CFU. De plus, nous avons aussi chercher à collecter des informations sur ce que les participant-e-s considèrent comme du succès en lien avec la mise en place et les activités de cette initiative ainsi que les défis rencontrés. Finalement, on s’est penché sur les changements observés, les facteurs potentiels de durabilité et de pérennité de l’initiative.

L’analyse de contenu thématique a été retenue pour le traitement des données en identifiant, analysant et rapportant les thèmes, fragments et idées clés des données recueillies. La première étape a été la retranscription intégrale des entretiens sous forme de verbatim. Ensuite, les données ont été codées, de manière ouverte, inductive et déductive, et catégorisées, à l’aide d’une grille d’analyse, selon les grands thèmes explorés. Enfin, les données qualitatives brutes sont devenues facilement traitables et ont été regroupées sous forme de tableau incluant l’ensemble des réponses possibles selon les thèmes et les catégories d’analyse.

Tableau 2 : Bilan de la collecte de données

Catégories	Hommes	Femmes	Nombre total interviewé
Cadres de la DSN	0	3	3
ACOSME	1	5	6
Responsable d’IS	2	2	4
Responsable MC CFU	0	2	2
Membres CFU	0	29	29
ASCP	1	2	3
Bénéficiaires	6	17	23
TOTAL	10	60	70

7. CONSTATS

Les résultats de l'analyse des données sont présentés selon les quatre thèmes préétablis avant la collecte et les principales catégories qui ont émergé au cours du processus d'analyse, comme présenté dans la figure ci-dessous. Pour fin de compréhension, cette présentation suit un cheminement linéaire, comprenant le portrait de la situation sanitaire et de l'utilisation des services de santé avant la mise en place des CFU, les activités entreprises, les facteurs de succès, les défis rencontrés pendant la mise en œuvre, les changements observés suite au fonctionnement des CFU, quelques enseignements tirés et recommandations susceptibles de faciliter la pérennisation du fonctionnement des CFU.

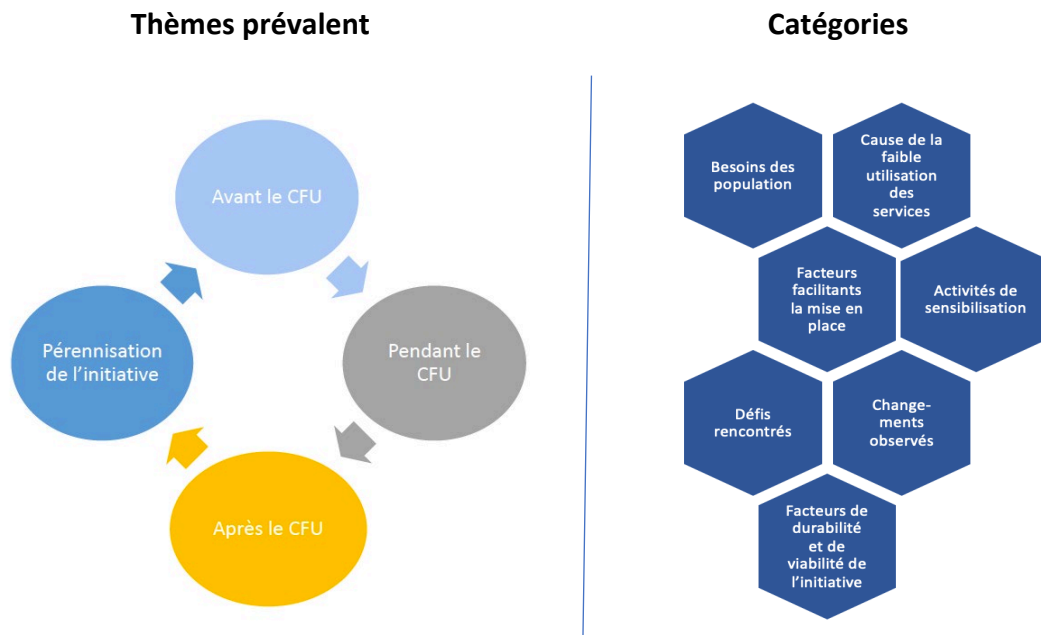


Figure 1 : Présentation des résultats selon les thèmes prévalent et catégories

7.1 Constats avant la mise en place des CFU

Avant l'arrivée du projet ACOSME, toutes les personnes interviewées étaient en accord pour dire que les communautés des zones d'intervention avaient de nombreux besoins sur lesquels peu d'attention était portée. En premier lieu, des besoins sanitaires tels que

celui de bénéficier de services communautaires comme la vaccination et de consultations pour les adultes, particulièrement pour les femmes enceintes et les filles, de même que de profiter d'une institution de santé proche, fonctionnelle avec permanence des services et accessibles tant financièrement que géographiquement. En ce sens, les populations qui vivent dans des zones reculées de la région devraient avoir accès aux mêmes prestations que celles qui vivent en ville. Il en découle la nécessité construire et d'entretenir des routes en état de circulation ainsi que de moyens de transport adaptés. Ensuite, les communautés expriment un désir concernant leurs besoins d'acquérir des connaissances et d'être sensibilisées sur des questions de santé. Aussi, elles expriment un besoin d'assistance, d'accompagnement et désir d'implication de leur part en ce qui a trait à la santé. La sensibilisation doit se faire à travers des individus connus des communautés tels que des leaders et des notables, car la notoriété de la personne qui sensibilise susciterait de l'intérêt et encouragerait les communautés à participer, ce qui amènerait à plus de résultats.

L'ensemble de ces besoins découlent d'une situation économique et sociale instable en Haïti. De nombreuses personnes n'ont pas accès aux services de santé dus à un manque de ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières. Premièrement, l'État haïtien investit très peu dans la santé; la plupart des services sont payants et les communautés n'ont pas les moyens financiers pour y accéder. Elles ont alors recours à la médecine traditionnelle et à l'utilisation de matrones pour accoucher les femmes enceintes. Les avantages des accoucheuses traditionnelles, selon certains répondant-e-s, c'est qu'elles sont disponibles en tout temps. Cependant, elles ne sont pas nécessairement formées et sont incapables de reconnaître, de gérer et référer à temps les cas complexes vers les IS. Cela engendre un risque pour la santé de la femme enceinte et son bébé. De plus, le mauvais état des routes, le manque de transport motorisé et l'utilisation du transport dit « local » à dos d'âne ou sur une civière allongent le délai et ne permettent pas l'arrivée à temps à l'hôpital, quand la décision d'y aller est prise. Une fois celui-ci atteint, plusieurs facteurs peuvent freiner l'accès à des soins de qualité : des horaires restreints, un personnel qualifié absent ou non accueillant et des moyens

matériels manquants. En ce qui a trait au manque de ressources informationnelles, les instances de santé font face à des défis de sensibilisation des communautés, dont le manque de formation des individus et le refus de certaines communautés de participer aux activités. De plus, les communautés font de la référence informelle, c'est-à-dire qu'elles se conseillent sur la fréquentation ou non des IS. Toutes ces conditions ne permettraient pas une fréquentation optimale des IS et une utilisation accrue des services. De manière générale, les institutions étaient entre "peu et plus ou moins fréquentées" par la communauté et le rapport entre les communautés et les IS est décrit comme quasi inexistant ou faible par la majorité des répondants avant les CFU.

7.2 Constats pendant la mise en place des CFU

La majorité des personnes interrogées affirme que les CFU doivent être implantés dans un environnement favorable, c'est-à-dire dans une communauté dynamique et intéressée par la problématique de santé, avec des femmes leaders et engagées prêtes à s'investir pour améliorer la santé de leur collectivité. Ces femmes sont mandatées par la communauté pour bâtir et entretenir le lien avec les IS et redonner des informations à leur communauté.

7.2.1 Facteurs facilitants la mise en place des CFU

Plusieurs éléments ont été identifiés comme *facteurs facilitants* pour la mise en place des CFU dans les localités et qui ont permis un démarrage optimal de l'initiative et la mise en place des premières activités de sensibilisation. Parmi les éléments mentionnés, nous pouvons citer :

- La prise de conscience, la disponibilité et la collaboration des différentes catégories d'acteurs/actrices communautaires influent-e-s dans l'aire des IS
- La volonté de la DSN d'instaurer une collaboration et une communication constante entre la communauté et l'institution
- L'existence préalable de groupes de femmes engagées dans leurs communautés et sensibles à la SMNE
- L'adhésion des femmes leaders des communautés à l'initiative

- La motivation des membres, la mobilisation et la sensibilisation menée par ceux-ci

7.2.2 Activités de sensibilisation

Le principal canal de communication utilisé est la parole, c'est-à-dire que les membres transmettent des messages oraux lors de passage dans les églises, les écoles ou dans le marché. D'autres activités sont menées en collaboration avec les IS; parmi celles les plus nommées par les répondant-e-s nous pouvons citer : visites domiciliaires, rencontres communautaires, activités culturelles (théâtre, fête patronale), et formations sur les VBG et sur la nutrition. Ces activités ont pour objectifs d'informer et de sensibiliser la communauté sur la santé et de promouvoir les services offerts dans les IS à proximité. Le moment d'implication des IS dans l'initiative diffère selon le dynamisme du CFU. Par exemple, les IS ont commencé à jouer un rôle actif au début de l'initiative pour les CFU les plus dynamiques et légèrement plus tard pour les CFU moins dynamiques. En ce sens, la réalisation de microprojets ou la pandémie de Covid-19 ont été des catalyseurs pour intensifier l'action des CFU dans les communautés.



Membre de CFU qui prodigue des conseils à une mère dans une visite domiciliaire
- crédit : Rose Tamar Pierre

7.2.3 Contraintes

Malgré une collaboration confirmée, toujours en construction, entre les parties prenantes selon le dynamisme du CFU, plusieurs défis de fonctionnement ont été identifiés par les répondant-e-s. En effet, il existe une limitation économique et logistique au bon fonctionnement d'un CFU. Les membres effectuent un travail bénévole et non rémunéré, mais qui peut engendrer des coûts de déplacement. Le bénévolat évite la pressurisation des membres, mais ne permet pas toujours d'obtenir les résultats escomptés, c'est-à-dire une forte et constante implication des femmes pour sensibiliser la communauté. Ainsi, l'absence d'incitatif financier ou d'indemnité peut entraîner des difficultés de recrutement et une démotivation de certains membres sur le long terme, notamment dans les zones plus reculées. C'est une des raisons pour laquelle il existe des CFU plus dynamiques et d'autres moins dynamiques, selon certain-e-s répondant-e-s.

Des responsables de la mobilisation communautaire rattachés aux IS ajoutent deux défis : le manque de renforcement sur le plan organisationnel et le manque de ressources financières et matérielles pour former les membres et animer les activités de sensibilisation, ce qui vient entraver le bon fonctionnement de l'initiative. Enfin, l'appui du projet ACOSME pour encadrer et accompagner continuellement les CFU sur le plan économique, organisationnel et logistique est limité.

7.3 Constats après la mise en place des CFU

7.3.1 Changements observés

À chaque visite de terrain effectuée par les responsables de mobilisation communautaire, les communautés ne cessent de donner leur appréciation sur les bienfaits qu'ont apportés le travail des CFU. Un des premiers changements cités par tous les répondant-e-s est l'augmentation des connaissances des communautés. En effet, celles-ci sont plus formées, se montrent plus engagées et responsables de leur santé et de la SMNE. Les communautés sont plus prudentes, prennent moins de risques pour leur santé et n'hésitent pas à venir consulter si un problème se présente. Un autre changement mentionné, notamment par les responsables des IS, est l'augmentation de la fréquentation des IS et l'amélioration de l'utilisation des services par tous les membres

de la communauté, particulièrement les femmes et les enfants. Ils ont constaté une augmentation de l'affluence de la patientèle, notamment pour les visites prénatales ainsi que pour les séances d'éducation sanitaire. Ce changement se produit dans toutes les zones, que ce soit dans l'aire d'action d'un CFU dynamique ou dans celle d'un CFU qui l'est moins. En effet, ces changements sont reflétés dans les indicateurs et il est possible de constater une augmentation de ceux-ci pour la vaccination des enfants, la clinique prénatale et l'accouchement en milieu institutionnel, selon ce qu'a rapporté la responsable de santé infantile et de nutrition de la DSN.

Le CFU a un rôle de tremplin entre l'IS et la communauté et attire l'attention des IS sur les insatisfactions et les attentes de la communauté quant aux services. Cela permet à l'IS de proximité de comprendre les réalités des communautés et d'adapter son offre de services, selon les moyens disponibles. Selon des prestataires des IS, l'offre de services a évolué depuis la mise en place de l'initiative puisque dans certains centres de santé, les prix des consultations sont affichés à l'entrée du bâtiment afin d'éviter les dépassements d'honoraires et les surprises pour les usagers et usagères. D'autres centres ont augmenté leurs horaires d'ouverture, leur capacité d'accueil et ont amélioré leur ponctualité. Ensuite, les répondant-e-s explicitent le renforcement du lien de confiance et la bonne collaboration entre les CFU, les prestataires et la communauté comme un autre changement important depuis la mise en place de l'initiative. En ce sens, la responsable de mobilisation communautaire de la DSN indique que « le CFU a apporté un plus. Le lien entre les communautés, les prestataires et les IS est renforcé ». D'autres personnes nomment les CFU comme des « *piliers* » nécessaires au bon fonctionnement de l'IS. Cette liaison permet de transformer positivement le rapport de pouvoir entre les CFU et les prestataires, puisque les membres des CFU sont considérées comme parties prenantes dans l'organisation des IS. Cela fait référence à la transformation sociale, au changement du rapport de pouvoir ainsi qu'à l'autonomisation des femmes auxquels cette initiative contribue de manière significative. En effet, les femmes leaders développent des connaissances et des capacités et renforcent leur pouvoir d'accompagnement. Elles se sentent plus valorisées et confiantes quant à leur potentiel et leurs capacités pour aider

la communauté à se transformer. Elles sont capables d'expliquer les problèmes des communautés directement à l'IS, ce qui renforce leur confiance et leur estime d'elles-mêmes. La communauté bénéficie aussi de cette autonomisation à travers le développement de connaissances et le renforcement de leurs capacités à prendre les bonnes décisions pour leur santé. La DSN, les IS et toute la communauté, particulièrement les femmes enceintes et les enfants, sont les bénéficiaires de ces changements. Une répondante a même affirmé que « tout le monde a tiré son épingle du jeu grâce aux CFU ».

Un autre changement majeur amené par les CFU et nommé par la plupart des bénéficiaires interrogés, est la réalisation de micro-projets notamment les motos ambulances et le forage des puits pour l'approvisionnement en eau courante. À titre d'exemple, à l'initiative du CFU de la Fossette, un puit a été foré pour faciliter l'accès à l'eau courante aux habitant.e.s de la localité pour qui la disponibilité de l'eau représentait un défi quotidien, notamment pour les femmes et les filles qui devaient marcher de longues distances. Grace à cette réalisation, dont la gestion est assurée par le CFU, ce problème a été résolu et toute la population de la zone en bénéficie.



Cueillette d'eau dans un puit foré et géré par le CFU de la Fossette
 crédit : projet ACOSME



Moto ambulance du CDS de Bahon
 crédit : GH. Rouzier

7.3.2 Facteurs clés de succès

Les facteurs qui ont contribué à ces changements, selon les répondant-e-s, sont :

- L'acceptation du projet par la communauté ;
- L'accompagnement technique et financier d'ACOSME ;
- Le soutien de la DSN à toutes les parties prenantes ;
- Le dialogue constant et la collaboration étroite entre les IS, la DSN et le projet ACOSME ;
- La formation des membres de CFU sur différents thèmes en lien avec la SMNE ;
- L'implication, la motivation et le gain de confiance des femmes membres à accompagner, éduquer et sensibiliser les communautés ;
- L'écoute des besoins de la communauté par les membres de CFU ;
- L'adaptation des messages clés, venant des membres de CFU, aux groupes cibles visés a favorisé la rétention des messages ;
- L'ouverture d'esprit de certains gestionnaires et prestataires de services quant aux besoins réels des populations et leur volonté de changer les choses ;
- La transmission des connaissances par des canaux de communication efficaces.

Cette initiative commune pour le bien-être commun semble renforcer le sentiment de solidarité dans la communauté et l'envie d'agir pour améliorer leur santé.

7.4 Pérennisation de l'initiative

Les répondant-e-s ont été unanimes quant à la possibilité de pérennité de l'initiative si celle-ci respecte les conditions suivantes : augmenter les capacités techniques et organisationnelles des CFU via des formations et des suivis continus pour consolider leurs connaissances et compétences et appuyer financièrement les CFU dans la réalisation de certaines de leurs activités. En effet, le financement des activités représente un défi majeur à la pérennisation de l'initiative car présentement, bien que le projet soutienne financièrement les activités menées par les CFU, il s'avère nécessaire de responsabiliser les membres pour l'acquisition de financement même réduit afin de pérenniser les acquis.

Les ASCP et les membres de la communauté ajoutent qu'il est nécessaire d'effectuer une meilleure sélection des membres ou de remplacer celles et ceux ne répondant pas aux exigences. De plus, plusieurs répondant-e-s ont mentionné qu'il était indispensable d'impliquer plus de personnes et d'obtenir l'appui de nouveaux partenaires (ministère de la Condition féminine et aux Droits des Femmes, des partenaires en santé du MSPP-DSN, des leaders communautaires et spirituels, des élus locaux, des matrones). Malgré la nécessité d'ajouter des partenaires, le noyau de l'initiative doit rester au niveau de la communauté en favorisant sa participation et être ancrée dans des organisations pérennes de femmes leaders. Ensuite, les liens institutionnels entre les CFU et les IS doivent être consolidés et la DSN doit renforcer la composante communautaire de son action. Certains conseillent d'améliorer l'encadrement, le suivi et l'accompagnement des membres pour leur permettre de développer leur plein potentiel. À cet effet, le témoignage d'un cadre de la DSN souligne qu'« il est primordial d'encadrer les femmes afin de favoriser leur autonomie dans la réalisation des activités ». Enfin, une responsable de mobilisation communautaire résume la pérennisation des CFU ainsi : « la solidarité entre les forces de la communauté ainsi que la cohésion sociale sont les maîtres mots pour la pérennisation de l'initiative ».

8. LIMITES

La démarche globale de capitalisation renferme plusieurs limites significatives. Premièrement, lors de la collecte des données, il n'a pas été possible de rejoindre l'ensemble des personnes choisies initialement dans le processus de capitalisation en raison de contraintes logistiques, de la situation sociopolitique et de temps ainsi que de la situation propre à certaines institutions de santé (roulement du personnel). En effet, bien qu'un nombre de répondant-e-s assez significatif, soixante-dix (70), ait été interrogé, uniquement vingt-trois (23) membres de la communauté ont pu partager leur expérience. Compte tenu de la nature de l'exercice, il serait plus pertinent d'avoir une proportion plus grande de cette catégorie de répondant-e-s, venant de différentes communes et de divers groupes d'âge afin de voir comment elles et ils ont vécu l'expérience et le travail des CFU. De plus, la participation des filles a été faible. Tous ces éléments peuvent ainsi diminuer

la validité et la possibilité de généralisation des résultats, en raison d'une représentativité insuffisante de certaines catégories de la population.

De plus, l'étude n'a pas pris en compte des différences entre les zones possédant ou non des CFU en ce qui concerne l'utilisation des services et n'a pas recueilli des données quantitatives, notamment les statistiques, qui viendraient soutenir les informations qualitatives recueillies afin d'avoir un portrait plus juste quant à la relation entre la présence des CFU et l'augmentation de l'utilisation des services.

Enfin, après avoir expliqué aux répondant-e-s le but des entretiens, certain-e-s, plus particulièrement les membres de la communauté, auraient pu répondre positivement aux questions afin que l'initiative perdure dans leur communauté, entraînant ainsi un biais de désirabilité sociale. Ce biais pourrait également se retrouver chez d'autres catégories de répondant-e-s, notamment celles et ceux ayant complété la fiche de partage d'expérience, qui ont fait partie de la conception et de la mise en œuvre du processus de capitalisation.

9. ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET POINTS À AMÉLIORER

9.1 Enseignements tirés

Plusieurs enseignements ont été tirés suite à l'expérience de la mise en place des CFU. Ils sont regroupés en cinq catégories, représentés dans la figure ci-dessous :



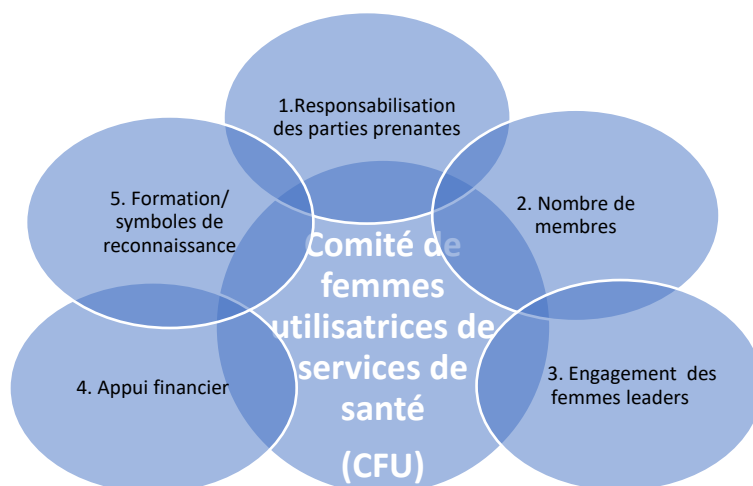


Figure 2 : Enseignements tirés de l’initiative de CFU

Parmi ces enseignements nous pouvons citer :

1. **Responsabilisation de toutes les parties prenantes :** Toutes les parties prenantes doivent être porteuses de l’initiative de CFU, c’est-à-dire les IS, la DSN, les membres et organisations locales impliquées. En effet, l’implication de tous ces acteurs et actrices est capitale dans la mise en place et le fonctionnement d’un CFU. Les rôles et responsabilité de chacun-e doivent être clairs et bien définis afin d’assurer une bonne collaboration et une synergie d’action menant à l’amélioration des services de santé ainsi qu’à l’augmentation de l’utilisation de ceux-ci.
2. **Nombre de membres est un enjeu.** Il est important de limiter à cinq (5) ou sept (7) au plus le nombre de membres du CFU. C’est une expérience qui a bien fonctionné ainsi dans le cadre du projet ainsi que dans d’autres initiatives. Il y aurait une meilleure cohésion et une meilleure chance de pérennité.
3. **Importance d’ enrôler des femmes leaders:** Le CFU sera plus à même d’influencer les décisions et d’être efficace dans l’effort de sensibilisation s’il est constitué de femmes leaders, jouissant de crédibilité dans la communauté.

De plus, elles connaissent mieux leurs besoins et ceux des enfants et sont donc mieux placées pour proposer des améliorations.

4. **Appui financier pour la mise en œuvre des activités** : Le soutien financier apporté par le projet pour la mise en œuvre des activités programmées dans les plans d'action est un levier important de motivation des femmes et les rassure davantage. Par contre, il est important de veiller à ce que l'on ne suscite pas d'attentes, notamment financières, lorsqu'on accompagne les CFU dans leurs activités. De plus, même si les CFU proposent des activités, il faut que la DSN et le partenaire d'accompagnement prennent le temps d'effectuer une analyse des coûts approfondie et inciter/accompagner les CFU dans la mobilisation de fonds dans leur milieu, avant de supporter l'initiative.
5. **Formations des membres et symboles de reconnaissance** : Il est primordial d'encadrer et de renforcer les capacités des femmes en les outillant et en les aidant à comprendre les enjeux liés à la SMNE, aux droits humains et à la VBG et à la nutrition via des formations. Pour donner suite aux formations, les membres pourraient recevoir des symboles de reconnaissance, car ce geste est très apprécié et peut contribuer à augmenter leur motivation.

9.2 Points à améliorer

Dans la perspective d'une reproduction de l'initiative de CFU, plusieurs points seraient à améliorer :

- Tenir compte du contexte de la mise en œuvre dans la conception, notamment pour certaines initiatives que les CFU entreprennent et qui sont supportées par le partenaire ;
- Anticiper, conjointement avec les CFU, les risques possibles dans la mise en œuvre ;
- Effectuer une sélection plus juste des membres et limiter leur nombre (max. 7) ;
- Faire comprendre à plus de gens clés dans la communauté et les institutions de santé le concept CFU et la promotion avant l'implantation ;
- S'assurer de l'ancrage de l'expérience dans les organisations de femmes ;

- Améliorer l’encadrement, le suivi et l’accompagnement des femmes membres ;
- Assurer une meilleure coordination de l’appui des partenaires ;
- Utiliser de manière plus optimale les ressources de soutien aux CFU ;
- Collaborer avec d’autres acteurs/partenaires, tel le ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes, des associations de femmes, des partenaires en santé du MSPP-DSN et des leaders spirituels ;
- Augmenter les activités de renforcement de capacités notamment en couvrant davantage les thématiques de formation telles que les techniques de dialogue et de plaidoyer, techniques d’animation, de sensibilisation et de gestion organisationnelle.

10. CONCLUSION

En somme, ce rapport vise à capitaliser l’initiative des CFU dans le département du Nord d’Haïti, notamment en analysant les effets de sa mise en place sur l’amélioration des relations entre les centres de santé, les prestataires et la population ainsi que le niveau d’utilisation des services. Les résultats révèlent que le CFU est une initiative prometteuse qui favorise l’éducation et qui représente un tremplin permettant l’autonomisation et le renforcement des capacités des communautés, plus particulièrement des femmes, dans la prise de décision concernant leur santé et leur bien-être. Selon les répondant-e-s, cette initiative semble fonctionner, bien qu’il ne soit pas évident d’identifier des résultats individuels. Toutefois, l’effet positif sur les communautés est manifeste. En effet, l’initiative a favorisé le lien et a amélioré les relations entre les IS, les prestataires et la population. Elle possède un potentiel pour mener à des résultats durables quant à la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile en Haïti.

Cette initiative, qui a suscité beaucoup d’engouement auprès des bénéficiaires et de tous les acteurs et actrices impliqué-e-s, peut être pérenne si l’ensemble des forces de la communauté s’engagent et si la DSN maintient un minimum de soutien pour l’animation de ces regroupements grâce, entre autres, à des activités valorisantes, un partage

d'informations sur la santé et de nouvelles connaissances mobilisatrices. Globalement, c'est une initiative participative, qui pourrait être reproductible et efficace.

L'USI et le CECI sont heureux de s'être associés avec le MSPP, plus particulièrement la DSN pour la mise en œuvre du projet ACOSME, financé par Affaires Mondiales Canada (AMC), qui a contribué à la réduction de la mortalité maternelle et infantile dans le département du Nord d'Haïti.



Crédit : GH. Rouzier

11. ANNEXES

Annexe 1

Fonction postes CFU :

- **Coordonnatrice** : Elle a pour mandat de :
 - Assurer l'orientation du comité
 - Convoquer et assurer l'animation des rencontres du comité
 - Respecter et faire respecter les règlements du CFU
 - Garantir que le CFU réponde correctement à la mission et aux objectifs établis
 - Assurer, en concertation avec la responsable de communication avec l'IS, la représentation officielle du CFU par devant de l'IS et autres instances de la communauté.

- **Vice-coordonnatrice** : Elle a pour mandat de :
 - Assister la coordonnatrice dans ses activités
 - Assurer l'intérim en cas d'absence de la coordonnatrice
 - Respecter et faire respecter les règlements du CFU
 - Travailler avec les autres membres pour faire avancer les activités du comité
 - Contribuer à toute activité entreprise par le CFU

- **Secrétaire** : Elle a pour mandat de :
 - Respecter les règlements du comité
 - Garder les archives de toutes les activités du CFU
 - Prendre note et produire, partager et archiver un compte-rendu
 - Assister la coordonnatrice et la vice-coordonnatrice dans leurs activités
 - Assurer l'intérim en cas d'absence de la coordonnatrice et la vice-coordonnatrice
 - Contribuer à toute activité entreprise par le CFU

- **Trésorière** : Elle a pour mandat de :
 - Respecter les règlements du comité
 - Gérer les éventuelles activités financières du comité
 - Assurer la reddition des comptes tant auprès du CFU qu'auprès de la communauté
 - Contribuer à toute activité entreprise par le CFU

- **Assistante-trésorière** : Elle a pour mandat de :
 - Respecter les règlements du comité
 - Assister la trésorière dans ses tâches et la remplacer en cas d'indisponibilité
 - Contribuer à toute activité entreprise par le CFU

- **Responsable de communication avec la communauté** : Elle a pour mandat de :
 - Respecter les règlements du comité
 - Tenir un contact avec toutes les organisations, les leaders et les notables de la communauté et les informer de toutes les activités du CFU
 - Travailler avec les autres membres pour faire avancer les activités du comité
 - Contribuer à toute activité entreprise par le CFU

- **Responsable de communication avec l'IS** : Elle a pour mandat de :
 - Respecter les règlements du comité
 - Garder un contact régulier avec l'IS (infirmière, responsable MC et autres)
 - Informer les autres membres des activités à supporter
 - Travailler avec les autres membres pour faire avancer les activités du comité
 - Contribuer à toute activité entreprise par le CFU

- **Conseillère(s)** : Elle(s) a (ont) pour mandat de :
 - Respecter les règlements du comité
 - Participer activement dans toutes les réunions et émettre des points de vue
 - Travailler avec les autres membres pour faire avancer les activités du comité
 - Contribuer à toute activité entreprise par le CFU

12. BIBLIOGRAPHIE

- 1- ACOSME. Projet d'appui au continuum de santé mère-enfant (2017). « *Plan de mise en œuvre* ».
- 2- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2018). « *Mortalité maternelle* »
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 3- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2017). « *Stratégie de coopération, un aperçu : Haïti* ».
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258929/ccsbrief_hti_fr.pdf?sequence=1
- 4- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2019). « *Mortalité maternelle* ».
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 5- Banque Mondiale (2011) « *Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)* ». Données entre les années 1960 – 2019. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.IMRT.IN>
- 6- Médecins du monde « *Des femmes et des enfants en danger en Haïti* ».
<https://www.medecinsdumonde.ca/action-mdm/des-femmes-et-des-enfants-en-danger-en-haiti/#:~:text=Ha%C3%Afti%20d%C3%A9tient%20le%20taux%20de,grossesse%20ou%20d'un%20accouchement.>
- 7- UNICEF Haïti « *Programme santé - Une bonne santé pour tous les enfants* ».
<https://www.unicef.org/haiti/sante>
- 8- Gouvernement du Canada (2021) « *Politique d'aide internationale féministe du Canada* ».
https://www.international.gc.ca/world-monde/issues_development-enjeux_developpement/priorities-priorites/policy-politique.aspx?lang=fra
- 9- Manandhar, D. S., Osrin, D., Shrestha, B. P., Mesko, N., Morrison, J., Tumbahangphe, K. M., Tamang, S., Thapa, S., Shrestha, D., Thapa, B., Shrestha, J. R., Wade, A., Borghi, J., Standing, H., Manandhar, M., & de L Costello, A. M. (2004). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal : Cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 364(9438), 970-979.
- 10- Morrison, J., Thapa, R., Hartley, S., Osrin, D., Manandhar, M., Tumbahangphe, K., Neupane, R., Budhathoki, B., Sen, A., Pace, N., Manandhar, D. S., & Costello, A. (2010). Understanding how women's groups improve maternal and newborn health in Makwanpur, Nepal : A qualitative study. *International Health*, 2(1), 25-35.
- 11- Tripathy, P., Prost (2010). Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes and maternal depression in Jharkhand and Orissa, India : A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 375(9721), 1182-1192.
- 12- Prost, A. et coll. (2013). Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 381(9879), 1736-1746.

- 13- World Health Organization (WHO) (2014) « WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women’s groups for maternal and newborn health”.
- 14- Adhikari, R. (2016). Effect of Women’s autonomy on maternal health service utilization in Nepal : A cross sectional study. BMC Women’s Health, 16(1), 26.
- 15- USI.CECI (2015). Projet renforcement du système de santé décentralisé au Mali. Des femmes de Nioro du Sahel et de Diéma, dans la région des Kayes au Mali, s’outillent pour mieux s’investir dans la gestion de la santé communautaire.
- 16- Haddad, S., Soumana, M., Bicaba, A., Coumare, F., & Namory Traore, M. (2018). Le comité de femmes utilisatrices accroît la fréquentation des services de santé maternelle. Faculté de médecine, Université Laval.
- 17- Coumare, F., Haddad, S., Bicaba, A., Baril, A., & Namory Traore, M. (2018). Les comités de femmes utilisatrices renforcent le pouvoir d’agir des femmes. Faculté de médecine, Université Laval.
- 18- Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture (FAO) (2013). « *Les bonnes pratiques à la FAO : Une démarche de capitalisation d’expériences pour un apprentissage continu* ». <https://www.fao.org/capacity-development/resources/practical-tools/comment-documenter-et-partager-les-bonnes-pratiques-pour-generer-le-changement/fr/>