



# COMITÉS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE :

Qu'est-ce qui leur permet de s'épanouir et d'appuyer des services de santé sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents?



**« LES GENS ONT LE DROIT ET LE DEVOIR DE PARTICIPER INDIVIDUELLEMENT ET COLLECTIVEMENT À LA PLANIFICATION ET À LA MISE EN ŒUVRE DE LEURS SOINS DE SANTÉ. »**

(Déclaration d'Alma Ata 1978 de l'OMS)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UNICEF, Organisation mondiale de la santé et Conférence internationale sur les soins de santé primaires. (1978). *Déclaration d'Alma Ata : Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma Ata, URSS, 6-12 septembre 1978*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

# 1. INTRODUCTION



Les comités de santé communautaire (CSC), composés d'un collectif de membres de la communauté et de prestataires de soins de santé, sont devenus un important mécanisme participatif de responsabilisation pour soutenir la prestation des services de santé dans de nombreux pays. L'objectif de Plan International a été de renforcer ces comités, y compris dans leur composition et leurs compétences en matière de leadership, en vue d'obtenir des structures et des processus de fonctionnement plus sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 a ouvert la voie au renforcement des actions communautaires en donnant aux communautés les moyens d'améliorer l'appropriation et le contrôle de leur propre santé, en s'appuyant sur les progrès réalisés pour atteindre les objectifs fixés dans le document de l'Organisation mondiale de la santé sur *La santé pour tous*, de Alma Ata. Cet accord international continue d'être une référence essentielle pour la promotion de la santé et le renforcement des systèmes de santé.<sup>2</sup> Les domaines d'action et les stratégies de base qui y sont recensés, en particulier la création des CSC, ont catalysé la réforme de la santé et se sont alignés sur un processus de

décentralisation de la prise de décisions et des structures de gouvernance dans de nombreux pays. Les CSC sont des groupes communautaires qui travaillent ensemble pour atteindre des objectifs précis en matière de santé et pour promouvoir la participation communautaire en matière de santé, faire le plaidoyer auprès des autorités compétentes et sensibiliser.<sup>3</sup>

Les CSC sont composés principalement de membres bénévoles de leur communauté, ainsi que de professionnels de la santé sur le terrain. Parmi les différents membres d'un CSC, mentionnons le personnel de santé, les fonctionnaires, les conseillers, les chefs traditionnels ainsi que d'autres représentants communautaires féminins et masculins de la zone desservie par l'établissement en question.<sup>4</sup> Au moment de l'élaboration du cadre d'Alma Ata et de la Charte d'Ottawa, les membres des CSC n'exigeaient pas explicitement la présence et la participation des femmes en tant que membres et dirigeantes des CSC. L'appel de Plan International en faveur de leur représentation dans les CSC est fondé sur la conviction<sup>5</sup> que cela peut aider les établissements de santé à mieux répondre aux besoins variés et uniques des membres les plus vulnérables de la communauté, comme les

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Première Conférence internationale sur la promotion de la santé Ottawa, 21 novembre 1986. Tiré de [https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf)

<sup>3</sup> OMS (1989). Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaires : rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS Dans : Série de rapports techniques de l'OMS, n° 780, Genève.

<sup>4</sup> Gaudrault, M., LeBan, K., Crigler, L., and Freeman, P (2017). Community Health Committees (CHCs) and Health Facility Management Committees (HFMCs). Program Functionality Assessment A Toolkit for Improving CHC and HFMC Programs; Aga Khan Health Service (2005). Health Facility Committees: The Governance Issue. Policy Brief No. 4. Best Practices in Community-Based Health Initiatives; Haricharan H. Extending participation: Challenges of health committees as meaningful structures to community participation.

<sup>5</sup> Gaudrault, M., LeBan, K., Crigler, L., and Freeman, P (2017). Community Health Committees (CHCs) and Health Facility Management Committees (HFMCs). Program Functionality Assessment A Toolkit for Improving CHC and HFMC Programs.

femmes, les adolescentes et les enfants. Il ne suffit pas d'augmenter le nombre de membres féminins; l'une des façons dont Plan International établit des services de santé sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents consiste à renforcer la composition, la formation, le leadership et la supervision des CSC. Cet article met en lumière notre expérience à ce jour.

Rappelons que les services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents visent à répondre aux besoins en matière d'information et de services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive des adolescents en s'attaquant aux obstacles individuels<sup>6</sup>, structurels<sup>7</sup> et socio- culturels<sup>8</sup> qui empêchent les adolescents d'accéder aux soins. Pour que les services de santé destinés aux adolescents tiennent compte des sexospécificités et soient adaptés aux adolescents, ils doivent être confidentiels, accessibles, non moralisateurs, disponibles à leur convenance, abordables ou gratuits et gérés par un personnel compétent qui suit des directives qui elles- tiennent compte des sexospécificités et sont adaptées aux besoins des adolescents. Les systèmes de référence doivent être en place et les établissements de santé eux- mêmes doivent être équipés des médicaments, des fournitures et de l'équipement appropriés, et être attrayants et « conviviaux » grâce à l'ajout de différents programmes d'infrastructure, tels que des coins pour adolescents, des coins pour allaiter, des espaces où on ne peut entendre leurs propos, etc. afin de fournir aux adolescents les services de

santé dont ils ont besoin. Enfin, le rôle des CSC dans le soutien de ces services est important, en ce sens qu'ils constituent le lien entre ces services et une plus grande acceptation par les membres de la communauté de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

Les rôles et responsabilités des membres des CSC varient d'un pays à l'autre, mais en tant que groupe, ils visent un objectif similaire en ce qui concerne le recensement et la gestion des problèmes de santé au sein de la communauté et le soutien des agents de santé communautaires et/ou d'autres professionnels de la santé bénévoles.<sup>9</sup> Les CSC offrent aux membres de la communauté l'occasion de participer, d'interagir et de s'associer aux services de santé pour promouvoir la santé dans les communautés locales. L'intention est d'augmenter davantage la participation au niveau du district, où se trouvent l'autorité et la gestion accrues des services de santé, permettant ainsi aux communautés de jouer un rôle déterminant dans l'orientation des services de santé.<sup>10</sup> Ensemble, la mise en œuvre de ces responsabilités vise à contribuer à l'amélioration globale de la gouvernance des services de santé, ainsi que la participation communautaire. En retour, chacun de ces rôles et responsabilités peut mettre l'accent sur des services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans les choix, les priorités et les décisions pris par les membres.

---

<sup>6</sup> Au niveau individuel, le manque de connaissances et de prise de conscience au sujet de leur santé et de leurs droits sexuels, la faible mobilité des filles pour accéder aux services de manière indépendante, le coût onéreux des services en plus du manque de confidentialité de la part des prestataires de soins de santé peuvent tous dissuader les adolescents de recourir aux services.

<sup>7</sup> Aux niveaux structurel et institutionnel, on note des défis liés aux frais de service, aux lois et politiques restrictives entourant les services de santé disponibles, à l'attitude moralisatrice des prestataires de soins de santé et au manque de capacité technique pour assurer la prestation de services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive des adolescents.

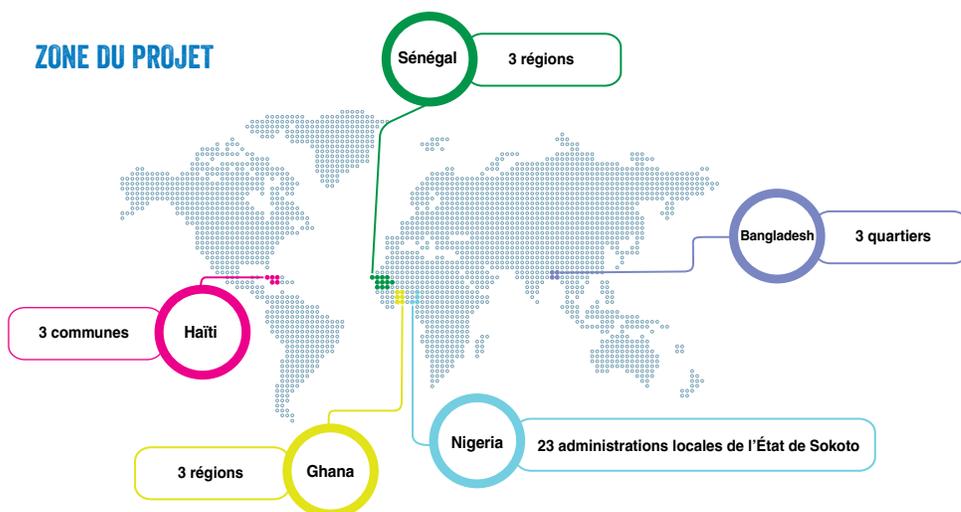
<sup>8</sup> Au niveau socioculturel, on notera l'existence de normes qui dictent le comportement et la sexualité des adolescents, la stigmatisation et la honte entourant les adolescents sexuellement actifs ainsi que le fait que les parents se sentent mal informés et mal préparés à donner des conseils sur la sexualité et la santé reproductive.

<sup>9</sup> Gaudrault, M., LeBan, K., Crigler, L., and Freeman, P (2017). Community Health Committees (CHCs) and Health Facility Management Committees (HFMCs). Program Functionality Assessment A Toolkit for Improving CHC and HFMC Programs.

<sup>10</sup> Boule T, Makhama N, Goremucheche R, Loewenson R (2008) Promoting Partnership between Communities and Frontline Health Workers: Strengthening Community Health Committees in South Africa, EQUINET PRA paper, Community Development Unit, Nelson Mandela University South Africa, EQUINET, Harare

## 2. PROJET SHOW ET CSC

### ZONE DU PROJET



L'initiative Strengthening Health Outcomes for Women and Children (SHOW) est un projet de 4,5 ans, impliquant plusieurs pays, transformateur sur le plan de l'égalité entre les sexes, financé par Affaires mondiales Canada et Plan International Canada. Son objectif est de contribuer à la réduction des mortalités maternelle et infantile chez les femmes et les enfants vulnérables dans les régions ciblées du Bangladesh, du Ghana, d'Haïti, du Nigeria et du Sénégal. La stratégie pour l'égalité des sexes intégrée dans SHOW promeut l'autonomisation des femmes et des filles, leur prise de décisions et leur action.

Pour améliorer la qualité des services de santé essentiels, SHOW a fait des progrès en se concentrant sur le renforcement du volet de l'offre des systèmes de santé. Cela comprend la formation, la revitalisation et le renforcement des CSC pour la prestation de services santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive dans chaque établissement de soins de santé primaires dans les communautés des cinq pays du projet. Comme Gaudrault et coll. (2017) l'ont écrit, les CSC peuvent créer une plateforme de participation communautaire durable comme moyen d'améliorer les résultats pour la santé communautaire.<sup>11</sup> Leur vision vise à améliorer la santé des communautés qui repose sur la responsabilité partagée d'une panoplie d'intervenants communautaires pour la prestation durable de services de santé sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

### Le projet SHOW vise les objectifs suivants :

- *S'attaquer aux causes profondes qui empêchent les femmes, les adolescentes et leurs enfants d'accéder à leur droit à des services de santé maternelle, néonatale et infantile et de santé sexuelle et reproductive en mettant l'accent sur la mobilisation des hommes et des dirigeants locaux.*
- *Éliminer les obstacles du côté de l'offre qui limitent la prestation de soins de qualité, de soins sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescentes pour les mères, leurs enfants et leurs adolescents.*
- *Renforcer les systèmes d'information sanitaire locaux et améliorer la diffusion et l'utilisation des données par les communautés locales, les décideurs et les prestataires de services.*



**La présence des CSC au sein de la communauté nous aide à mener à bien la plupart de nos activités de santé publique.**

- Membre du CSC du Ghana (Directeur de l'établissement de santé - Lepusi CHPS)

<sup>11</sup> Gaudrault, M., LeBan, K., Crigler, L., and Freeman, P (2017). Community Health Committees (CHCs) and Health Facility Management Committees (HFMCs). Program Functionality Assessment A Toolkit for Improving CHC and HFMC Programs.

# 3. MISE EN ŒUVRE PAR LES CSC POUR LA PRESTATION DE SERVICES SEXOSPÉCIFIQUES ET ADAPTÉS AUX BESOINS DES ADOLESCENTS

Le projet SHOW tient compte des éléments programmatiques, structurels et politiques fondamentaux à mesure qu'il forme, revitalise et renforce les CSC sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans chaque établissement de soins de santé primaires. Pour établir des CSC solides et fonctionnels, la documentation et l'expérience sur le terrain ont montré qu'une liste d'éléments de base<sup>12</sup> (voir **Figure 1** ci-dessous) doit être mise en œuvre collectivement pour établir une base solide pour assurer l'épanouissement des CSC. Dans cette liste de conditions préalables, on notera les volets sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, y compris l'adhésion et le leadership des femmes et des adolescentes représentatives et efficaces. Les cinq (5) pays du SHOW mettent en œuvre ces éléments essentiels comme indiqué ci-dessous.

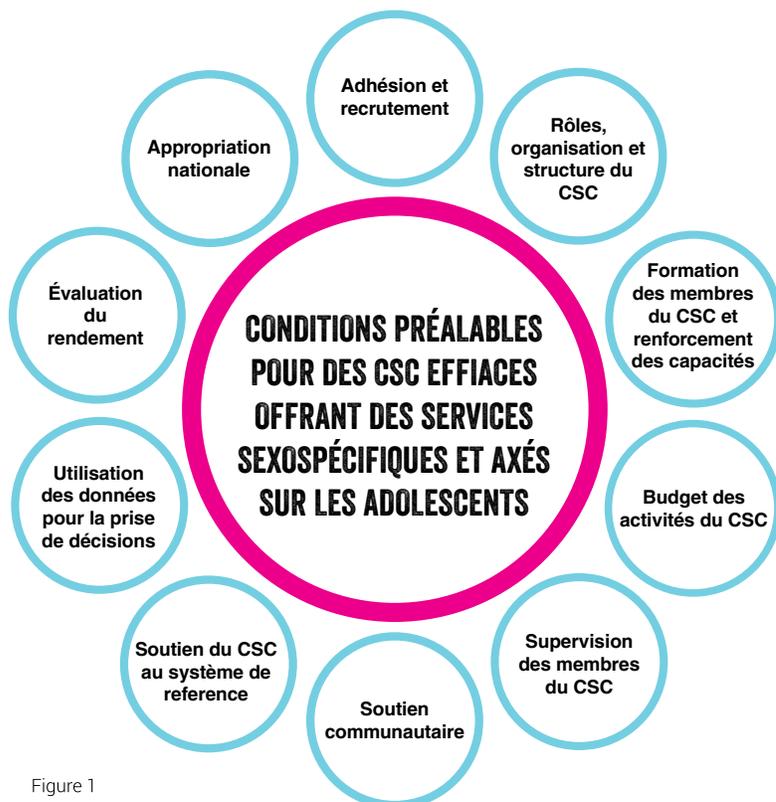


Figure 1

## 3.1 Liste des éléments essentiels mis en œuvre dans les projets des pays SHOW :

### 3.1.1.1 Appropriation nationale des structures décentralisées

L'appropriation nationale par l'intermédiaire du ministère de la Santé, ainsi que les processus formels de décentralisation à l'intérieur des pays, ont créé un espace pour un examen et une prise de décisions plus décentralisés, au moyen de structures telles que les CSC. Cela a donné à Plan l'occasion de s'engager au sein de ces structures. Des politiques ou des initiatives de plaidoyer des intérêts par l'intermédiaire des ministères respectifs étaient en place dans quatre des cinq pays du programme SHOW pour inculquer des services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans les structures de santé communautaire. Par exemple, au Ghana, la politique de planification et de services de santé communautaires (Community-based Health Planning and Services - CHPS) définit clairement le rôle des CSC et met l'accent sur son importance dans le soutien des soins de santé primaires. C'était pour Plan International un point d'entrée pour soutenir les CSC dans une perspective de transformation sur le plan de l'égalité entre les sexes, dans le but de créer des CSC où les hommes et les femmes peuvent activement réfléchir aux normes inéquitables entre les sexes liées à la santé, les remettre en question et les transformer.

Au Bangladesh, dans le cadre des activités du projet SHOW, Plan International a soutenu l'achèvement des nouvelles directives du gouvernement et d'un manuel de formation mis à jour pour les CSC. L'élaboration du manuel de formation a mis davantage l'accent sur la prestation de services

<sup>12</sup> Gaudrault, M., LeBan, K., Crigler, L., and Freeman, P (2017). Community Health Committees (CHCs) and Health Facility Management Committees (HFMCs). Program Functionality Assessment A Toolkit for Improving CHC and HFMC Programs

sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, sur le leadership et la participation des femmes, ainsi que sur la gestion des déchets des soins de santé. Elle a également été assortie d'une directive qui oblige les CSC à inclure les femmes membres dans le processus décisionnel. Le manuel a été approuvé par les unités administratives locales du Bangladesh et son déploiement ultérieur aux paliers administratifs supérieurs du gouvernement ouvrira la voie à la mise en œuvre réussie des futurs CSC. Au Nigeria, il n'existait pas de CSC, de directives de comité et de manuel de formation officiels, et Plan International a soutenu la revitalisation des sous-comités des comités de développement des quartiers (WDC) pour qu'ils fassent partie des CSC en établissement. Le projet SHOW a ensuite élaboré, en consultation avec le ministère de la Santé, des directives à l'intention des CSC qui mettent l'accent sur la prestation de services de santé sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents et sur l'allocation d'un quota de 30 % pour la participation des femmes, l'assurance que les femmes occupent des postes de direction et une représentation adéquate des adolescents. Enfin, au Sénégal et en Haïti, des politiques nationales concernant le rôle des CSC sont en place. L'appui du gouvernement à ces structures jette les bases de la durabilité des activités des CSC.

### 3.1.2 Composition et leadership encourageant une participation significative des femmes

Plan International croit fermement que les femmes ne peuvent pas être incluses uniquement en tant que participantes « symboliques » dans les CSC, mais qu'elles doivent plutôt travailler à transformer le déséquilibre inhérent entre les sexes dans la

prise de décisions communautaire. Au-delà des directives et des produits de formation, le point de départ de Plan International dans le projet SHOW a été la modification des structures d'adhésion et de direction des CSC, fondée sur le principe que la participation des femmes ainsi que des adolescentes et des adolescents aux groupes communautaires joue un rôle important dans l'égalité des sexes et dans l'accès des femmes et des filles aux services essentiels au sein de la communauté. Leur participation active doit soutenir les structures de santé communautaires afin de répondre aux besoins variés et uniques des membres les plus vulnérables de la communauté, comme les femmes, les adolescentes et les enfants. Par ailleurs, si des questions liées au genre surgissent au niveau communautaire, elles seront plus susceptibles d'être abordées en raison d'une meilleure représentation des femmes au sein des CSC.

Les directives du CSC décrivent en détail le nombre total de membres du CSC et les normes nationales minimales pour la proportion de femmes membres du CSC dans tous les pays du projet, à l'exception du Sénégal, qui n'avait établi aucun quota au départ. Alors que tous les autres pays avaient fixé des quotas dans leurs directives au moment du lancement du projet SHOW, leur mise en œuvre était au mieux mitigée. En outre, sur ces quatre pays, le Bangladesh, le Ghana et le Nigeria prévoient également un quota de femmes réservé aux postes de direction.

Le **Tableau 1** montre que le quota de membres féminins est de 30 % au Bangladesh, en Haïti et au Nigeria alors et de 40 % au Ghana. En outre, les postes de direction qui doivent être occupés par des femmes varient de 30 % (Nigeria) à 50 %

Représentation	Bangladesh	Ghana	Haïti	Nigeria	Sénégal
Nombre de membres du CSC	17	5	12	15-20	Pas de quota
Pourcentage de femmes membres du CSC	30 %	40 %	30 %	30 %	Pas de quota
Nombre de membres adolescents	2 (1 adolescente et 1 adolescent)	Pas de quota	Aucun engagement formel	2 (1 adolescente et 1 adolescent)	Pas de quota
Pourcentage de femmes dirigeantes de CSC	50 %	33 %	Pas de quota	30 %	Pas de quota

Tableau 1

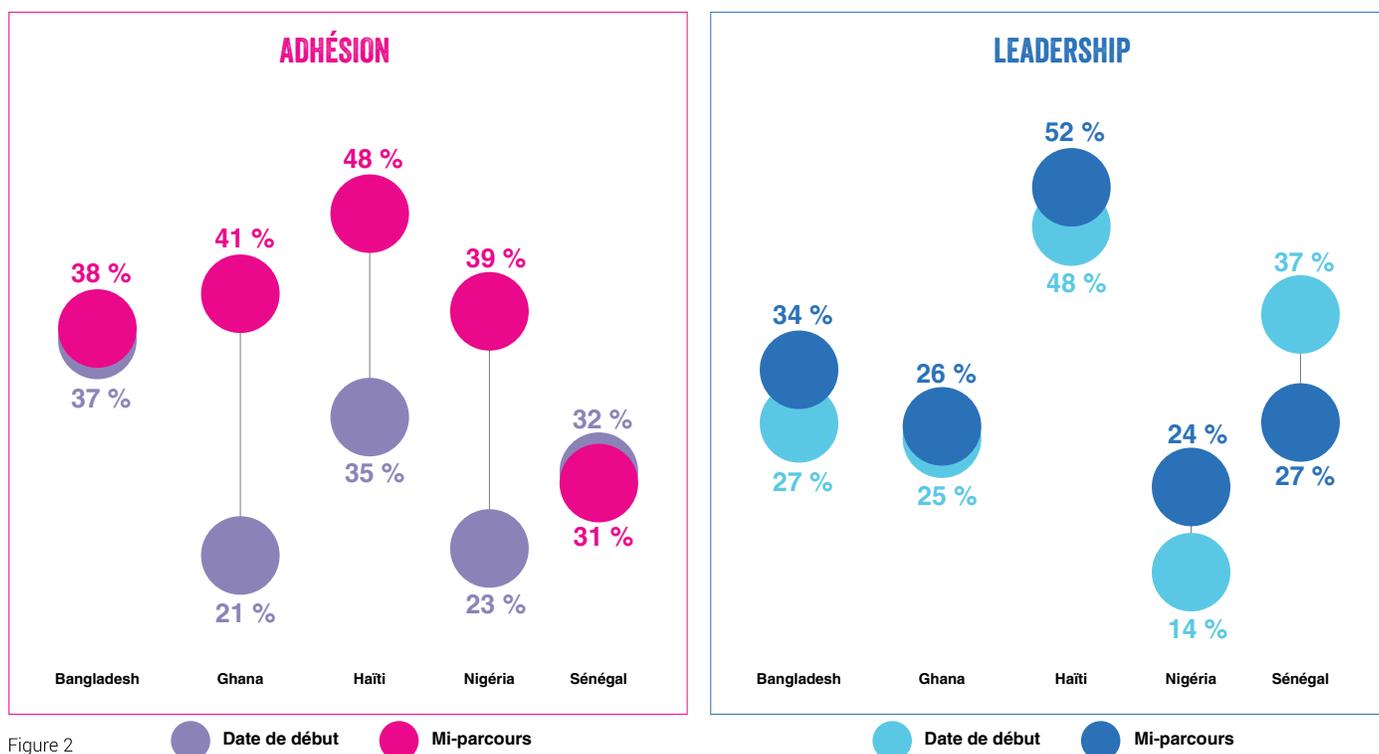
(Bangladesh). Il n'y a pas d'engagements formels pour la représentation des adolescents au Ghana et en Haïti, mais le Bangladesh et le Nigeria décrivent les engagements formels concernant la représentation des adolescents. Ils font chacun la promotion d'une (1) adolescente et d'un (1) adolescent pour chaque CSC.

Une enquête à mi-parcours a été menée dans les cinq pays du programme SHOW (août-octobre 2018), y compris un questionnaire sur les établissements de santé pour évaluer les progrès des femmes membres et dirigeantes des CSC. Pendant la mise en œuvre du questionnaire sur les établissements de santé, des données sur le niveau de participation des femmes aux comités ont été recueillies grâce à un examen des documents des CSC de la même zone desservie. Les indicateurs suivants ont été utilisés pour mesurer les progrès dans les cinq (5) pays du projet : 1) pourcentage des postes de direction des CSC occupés par des femmes; et 2) pourcentage de femmes parmi les membres des CSC.

Tel que présenté dans la **Figure 2**, les résultats suggèrent que le niveau de participation des femmes membres des CSC au début du projet SHOW n'a pas atteint le quota minimum (voir Tableau 1 ci-dessus) au Ghana (21 %) et au Nigeria (23 %). De même, les femmes occupant des postes de direction

dans les CSC au départ n'atteignaient pas le quota minimum (lorsque disponible) au Bangladesh (27 %), au Ghana (25 %) et au Nigeria (14 %). Toutefois, des tendances encourageantes ont été observées dans les résultats à mi-parcours. Il y a eu une amélioration substantielle de la participation et du leadership des femmes entre le début et la mi-parcours dans tous les pays du projet, à l'exception du Sénégal. Les améliorations les plus marquantes en ce qui concerne l'augmentation du nombre de femmes membres ont été observées au Ghana (20 points de pourcentage) et au Nigeria (16 points de pourcentage), tandis que les améliorations les plus marquantes en ce qui concerne l'augmentation du leadership féminin ont été observées au Bangladesh (7 points de pourcentage) et au Nigeria (10 points de pourcentage). Il convient de noter qu'en dépit de ces améliorations, d'autres résultats à mi-parcours suggèrent que les hommes occupent encore la plupart des postes de direction dans les CSC.

Les résultats de l'étude de mi-parcours ont également révélé des résultats liés aux défis *généraux* concernant la participation des femmes dans les groupes communautaires, y compris les CSC. Dans tous les pays du programme SHOW, les obstacles qui entravent la participation des femmes à la prise de décisions sont principalement dus à ce qui suit :



- les réunions sont organisées à des moments inopportuns :
- les opinions des femmes sont parfois ignorées :
- les hommes guident les discussions; et
- les femmes sont confrontées à la désapprobation de leur mari et/ou des membres de leur famille.

Bien qu'il y ait eu une réduction de ces obstacles majeurs, comme en témoignent les déclarations des femmes, d'autres obstacles à la participation des femmes à la prise de décisions au niveau communautaire auraient augmenté. Par exemple, au Nigeria en particulier, les obstacles religieux et sociaux à la participation des femmes sont passés de 40 % au départ à 62 % à mi-parcours. En raison de la petite taille de l'échantillon de répondantes<sup>13</sup> à cette question, cette augmentation indique une augmentation globale de la fréquence à laquelle les répondantes identifient cet obstacle, mais pas nécessairement une augmentation de cet obstacle en général.

Bien que l'augmentation des femmes membres et dirigeantes ait été un point de départ, l'appui de ces directives ne s'est pas arrêté là. Sans un engagement plus profond pour soutenir les membres et les dirigeants féminins et masculins sur des approches, des stratégies et des analyses sexospécifiques et adaptées aux besoins des adolescents, les efforts

visant à assurer la représentation des femmes dans leurs communautés seraient voués à l'échec. L'engagement de Plan International auprès des membres des CSC s'est étendu aux adolescentes et adolescents et est décrit plus en détail à la section 3.1.3 ci-dessous.

### 3.1.2.1 Adhésion et voix des adolescents

Les représentants du ministère, les défenseurs des droits et les responsables des programmes devraient reconnaître que lorsqu'il s'agit de la participation des adolescents aux CSC, les membres de la communauté peuvent, à juste titre, être réticents à l'idée d'une participation accrue pour de multiples raisons. Il s'agit notamment du risque que leur participation oblige les adolescents à s'absenter de leurs cours, des risques pour la sécurité des jeunes qui se déplacent pour assister à des réunions ou de la crainte que leur présence aux services de santé ou autres ne limite leurs possibilités de discuter de questions sensibles ou de s'exprimer ouvertement. En même temps, nous savons que, malgré les obstacles mentionnés ci-dessus, beaucoup d'adolescents souhaitent s'impliquer davantage dans leur santé, peuvent le faire (voir encadré) et que leur manque de participation significative peut entraver leur accès<sup>14</sup> à ces services. Leurs voix doivent être représentées et prises en compte au sein de cette structure décisionnelle.

<sup>13</sup> Il y avait un petit échantillon de répondantes. La question n'a été posée qu'à celles qui ont indiqué que les femmes n'avaient pas toujours la possibilité de prendre des décisions au niveau communautaire en participant à des forums communautaires, et on leur a demandé les raisons et les obstacles qui les empêchent de participer à la prise de décisions au niveau communautaire.

<sup>14</sup> Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA. (2015). Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Organisation mondiale de la santé.



## Résultats supplémentaires sur la participation des adolescents de l'étude de mi-parcours

L'étude de mi-parcours a mesuré la proportion d'adolescents qui déclarent participer activement à la prise de décisions générale au sein de leur communauté. Les résultats peuvent encore être utilisés comme une approximation générale de la façon dont les adolescents se comporteraient dans la structure même du CSC. Les résultats ont relevé des résultats variables dans les cinq (5) pays du projet : la participation active des adolescentes et adolescents dans la prise de décisions est assez fréquente en Haïti (plus de 75 %), modérée au Sénégal, au Bangladesh et au Ghana (de 30 à 50 %), mais moins fréquente au Nigeria (moins de 20 %). On n'a relevé aucune variation marquée de la participation à la prise de décisions selon le sexe des répondants, mais les adolescents et adolescentes de 18 à 19 ans ont déclaré participer un peu plus que leurs homologues du groupe des 15 à 17 ans, sauf au Sénégal. Dans l'ensemble, cette mesure de remplacement peut fournir une meilleure compréhension générale du rendement des adolescentes et adolescents en matière de prise de décisions dans chaque pays; elle ne constitue pas une mesure directe de leurs capacités décisionnelles au sein des CSC proprement dits.

Comme nous l'avons noté, seuls le Bangladesh et le Nigeria ont pris des engagements formels concernant la représentation des adolescents dans les CSC (une (1) adolescente et un (1) adolescent pour chaque CSC), mais l'adhésion et la participation étaient au mieux inégales. Dans d'autres pays, la participation des adolescents était encouragée par d'autres moyens. Par exemple, au Ghana, le personnel des ONGL, avec l'appui des membres du CSC et des bénévoles en santé communautaire, a rencontré des membres de clubs d'adolescentes et d'adolescents pour partager leurs connaissances. Cette mesure visait à permettre aux membres des CSC de mieux comprendre les besoins particuliers des adolescents et adolescentes. À leur tour, les CSC sont retournés discuter des besoins et des préoccupations des adolescents avec le personnel de santé.

### 3.1.3 Rôles, organisation et structure des CSC

La clarté de l'organisation et de la structure du CSC en ce qui concerne les rôles, les attentes, la prise de décisions et les procédures est un autre élément indispensable à l'établissement de solides CSC. Dans les cinq (5) pays du projet, il existe des directives écrites qui clarifient ces sous-éléments organisationnels. Chaque établissement de santé et chaque CSC qui l'accompagne disposent d'une documentation sur les règles générales d'établissement d'un CSC, son fonctionnement, les règlements administratifs pertinents, le poste et les coordonnées de ses membres, les protocoles normalisés pour

les réunions des CSC et des modèles de feuilles de temps, de procès-verbaux et de plans d'action. Cette documentation comprend également de l'information sur les rôles et les attentes des CSC et sur les procédures de prise de décisions.

### 3.1.4 Formation des membres du CSC et renforcement des capacités

Doter les membres des CSC des connaissances et des compétences nécessaires pour remplir leur rôle est un autre élément indispensable à l'établissement de solides CSC. Comme nous l'avons constaté lors des évaluations initiales, de nombreux CSC n'étaient pas entièrement fonctionnels ou leurs membres, de leur propre aveu, n'avaient pas la capacité nécessaire pour assumer leurs rôles et responsabilités. En outre, les femmes membres et dirigeantes n'avaient pas toujours les capacités de leadership requises pour faire leur travail et ont pu être exclues de la participation ou des postes de direction. À son tour, le projet SHOW a conceptualisé et conçu des formations pour les CSC en consultation avec les responsables gouvernementaux concernés et, à son tour, a élaboré une formation standard utilisée pour former les membres des CSC dans les cinq (5) pays du projet.

Les formations générales des CSC (comprenant des membres masculins et féminins) ont porté sur la gestion ainsi que sur une myriade de sujets liés à la santé et à l'égalité des sexes. Les sujets de santé ont été adaptés pour inclure les obstacles liés au sexe

et à l'âge dans l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive, ainsi que la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. L'apprentissage a également porté sur les questions de santé et de droits sexuels et de procréation des femmes et des adolescentes, les mariages précoces et forcés, le leadership féminin, le leadership et la gouvernance inclusifs, la violence sexospécifique, la qualité des soins, ainsi que le rôle et le but des CSC. Après les formations, les participants de tous les pays ont indiqué que les formations leur avaient permis d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour s'acquitter de leur rôle et de mieux comprendre la parité entre les sexes et l'inclusion de la participation des femmes au sein des CSC.



**Je n'ai jamais pensé que ma voix pourrait faire une différence dans ma communauté, car je n'ai jamais participé à la prise de décisions dans la communauté, mais maintenant que je fais partie de la direction du CSC, j'ai pu soumettre une recommandation sur les activités que nous devrions inclure dans le plan de travail et elle a été acceptée. À présent, je me sens capable.**

- Fatima, Dirigeante de CSC au Nigeria

### 3.1.5 Budget des activités des CSC

La disponibilité de fonds pour les activités des CSC ainsi que la description des processus de gestion financière sont un autre élément indispensable à l'établissement de solides CSC. Cependant, au Bangladesh, en Haïti et au Sénégal, il n'y a pas de budget pour gérer les activités des CSC, et chaque pays a un processus unique pour planifier, contrôler et diriger les ressources financières. Par exemple, au Bangladesh et en Haïti, il n'y a pas de ligne budgétaire dans le budget du secteur de la santé

pour couvrir les coûts des CSC, mais on s'attend à ce que les CSC au Bangladesh recueillent les fonds par leurs propres moyens. Au Ghana, il y a une ligne budgétaire pour la formation des CSC, mais rien pour les programmes permanents des CSC. Dans les trois pays, le projet plaide auprès du ministère de la Santé pour que des lignes budgétaires soient allouées à ces domaines afin d'assurer la durabilité. De même, au Nigeria, la ligne budgétaire est une initiative de plaidoyer en cours auprès du gouvernement pour assurer son inclusion dans le prochain plan annuel de développement du secteur de la santé de l'État. Enfin, au Sénégal, le gouvernement a demandé aux organisations communautaires de cogérer les CSC avec les dirigeants des structures sanitaires. Ils s'attendent à ce que les revenus provenant des services de santé, des dons et d'autres sources de revenus couvrent les coûts des programmes des CSC. Dans l'ensemble, les cinq (5) pays du SHOW ont fait état de défis liés au budget et à l'insuffisance des fonds disponibles pour que les CSC puissent mener à bien leurs activités.

En dépit de ces difficultés et des diverses responsabilités de gestion liées à l'acquisition de fonds et aux dépenses, il y a eu des résultats notables qui ont favorisé le développement global des différents établissements de santé dans les pays du projet. Par exemple, les réunions de plaidoyer entre les CSC et les gouvernements locaux ont abouti à des engagements budgétaires pour la construction de routes de raccordement et la fourniture d'électricité pour deux (2) centres de santé (Bangladesh), ainsi que la réparation d'un forage défectueux (Nigeria).

### 3.1.6 Supervision des CSC

Comme nous l'avons mentionné plus haut, des directives appropriées et une formation adéquate sont toutes deux nécessaires pour assurer l'efficacité des CSC en ce qui a trait à la prise en compte des sexospécificités, mais elles ne suffisent pas à elles seules. Comme l'ont montré les leçons que nous avons tirées de nos expériences dans tous les pays du SHOW, la supervision est une fonction importante pour maintenir une dynamique positive, pour garder les membres concentrés sur la prestation de

services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents et pour assurer une bonne participation aux réunions. En tant que structure de gouvernance formée par la décentralisation des services, les CSC sont responsables devant les paliers locaux, provinciaux, de district et/ou nationaux.<sup>15</sup> Par ailleurs, il y a un élément de supervision assurée par les communautés qui tiennent les CSC responsables de la gestion de leurs services de santé. Ensemble, les structures hiérarchiques du CSC dépendent de la politique en matière de CSC d'un pays et du niveau de décentralisation de la prise de décisions administrative. Par exemple, au Bangladesh, les CSC sont présidés par le président de l'Union Parishad<sup>16</sup>, mais leur niveau d'engagement peut varier, ce qui a une incidence sur leurs activités et leur efficacité. Au Nigeria, les CSC sont supervisés par des organisations de la société civile, le personnel international de Plan et les superviseurs du ministère de la santé, et au Sénégal, ce sont les autorités administratives qui sont censées superviser les CSC.

La fréquence des visites et les différentes activités associées aux visites de supervision sont connues parce qu'elles sont incluses dans leurs plans respectifs de mise en œuvre du projet. Ils ne sont pas inclus dans les directives nationales qui précisent la fréquence à laquelle les visites de contrôle doivent avoir lieu. Au Ghana, des visites conjointes trimestrielles de supervision et de suivi sont effectuées par des ONG partenaires locales et les équipes de projet dans les établissements de santé. Ces visites comprennent des séances d'encadrement et de mentorat techniques, sur les sites mêmes, à l'intention des CSC, ainsi qu'un examen du rôle de ces derniers par rapport à leur rendement.

<sup>15</sup>Les noms exacts des cadres/limites administratifs sont propres à chaque pays.

<sup>16</sup> Le Union Parishad est l'entité administrative au-dessous du sous-district et « gouvernée » par son président élu.

Cet examen permet d'informer les CSC sur les secteurs où ils réussissent bien et de déterminer les secteurs à améliorer. Au Nigeria, le gouvernement effectue une supervision de soutien intégrée de routine avec des agents d'éducation sanitaire et des coordonnateurs de santé maternelle, néonatale et infantile, ce qui comprend l'examen du rendement des CSC.

En Haïti, au Nigeria et au Sénégal, des listes de contrôle pour la supervision sont au nombre des outils utilisés pour effectuer les visites. Ces listes de contrôle comprennent des éléments liés à la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents pour la supervision des centres de santé et de leurs CSC affiliés.

### 3.1.7 Soutien communautaire

Un soutien et une participation communautaires plus larges améliorent les activités et l'efficacité des CSC du fait que les membres de la collectivité connaissent et reconnaissent la valeur des activités des CSC. Les membres des CSC sont principalement composés de personnes influentes au sein de la communauté et les membres de la communauté se tournent vers leurs CSC respectifs pour obtenir des conseils. Ces liens servent de pont entre la communauté et les CSC, ce qui, en fin de compte, renforce le soutien communautaire. Par exemple, au Nigeria, les CSC impliquent les membres de la communauté dans leurs différentes activités et initiatives de partage des données, tel que décrit dans leurs plans d'action. En Haïti, les membres de la communauté consultent les membres du CSC sur les questions communautaires.



Photo: Soutien au mentorat à Logang, Panchari

### 3.1.8 Soutien des CSC au système de référence

Dans les cinq (5) pays du projet, les CSC appuient des processus de référence et contre-référence sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, principalement en ce qui concerne la prestation de services de transport. Au Ghana, les CSC supervisent les systèmes de transport pour assurer un transfert sans heurts des femmes, des adolescentes et des enfants vers les soins avancés. Ils préconisent également l'amélioration de l'infrastructure routière afin d'améliorer la qualité des soins prodigués lors des références. En Haïti, les CSC sont responsables de la gestion des moto-ambulances sous la supervision du Centre Ambulancier National alors qu'au Sénégal, les CSC fournissent un soutien logistique sous forme d'ambulances et de carburant aux communautés. Enfin, au Bangladesh, certains CSC paient les frais de transport entre les différents niveaux de soins de santé.



### 3.1.9 Utilisation des données pour la prise de décisions

Dans chacun des cinq (5) pays du programme SHOW, les données du projet et/ou des établissements de santé circulent vers et depuis le système de santé et les CSC utilisent ces données. Au Ghana, au Nigeria et au Sénégal, la documentation du programme précise les différentes informations sur la santé que les CSC peuvent consulter, analyser et partager. Ces données peuvent ensuite être utilisées par les CSC pour déterminer comment aborder les questions de

santé au niveau communautaire, y compris les obstacles liés au sexe et à l'âge associés à ces problèmes. En retour, il est possible d'améliorer la prestation des services et les questions de qualité, y compris la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents. Les CSC utilisent également les données pour appuyer leur planification, leur supervision et leurs activités futures. Par exemple, au Nigeria, les CSC sont inclus dans l'analyse et le partage des données au niveau des établissements de santé et, à leur tour, les CSC utilisent les données pour établir la planification des actions en vue de l'amélioration globale des activités des établissements de santé.

### 3.1.10 Évaluation du rendement (y compris la reconnaissance des membres)

Bien que les CSC ne soient pas tenus de rendre compte des indicateurs du programme SHOW, ils continuent d'être évalués sur une base régulière afin de surveiller et de renforcer leur fonctionnalité individuelle. Au Sénégal, le CSC élabore un plan d'action annuel qui est évalué chaque trimestre par le maire. Le maire fait ensuite part de ses commentaires aux membres de la communauté lors des assemblées générales. En Haïti et au Nigeria, les CSC sont évalués indirectement grâce à la fonctionnalité des programmes (p. ex., la participation par le rendement est une mesure indirecte du rendement des CSC) et il n'y a aucune rétroaction officielle sur le rendement des CSC fournie à la collectivité. Enfin, au Ghana, les CSC sont évalués en fonction de leurs différentes activités.

Indépendamment des évaluations de rendement formelles et informelles, il est à noter que les membres des CSC sont fiers de leurs associations respectives. Afin de reconnaître leurs efforts bénévoles par le biais de la participation à des formations et au-delà, des initiatives indépendantes sont menées pour améliorer la motivation des membres et les possibilités d'amélioration de leur rendement à l'avenir. Parmi les exemples de mesures incitatives, mentionnons la fourniture de tee-shirts au Ghana, de repas chauds et de cartes d'identité des CSC en Haïti et la reconnaissance continue pendant les séances de sensibilisation communautaire au Nigeria.

## ÉTUDES DE CAS AU NIGÉRIA: L'EXPÉRIENCE DES CSC



Le système de santé de l'État de Sokoto, au Nigeria, souffre d'une mauvaise utilisation communautaire des services disponibles et d'une mauvaise qualité des soins dispensés dans les établissements de santé. L'institution tertiaire fédérale dessert plus de cinq (5) millions d'habitants à Sokoto, mais la majorité des 700 établissements de santé primaires et secondaires publics (établissements de santé publics, dispensaires, postes sanitaires) appartiennent à l'État. Ce dernier groupe d'établissements de santé manque cruellement de fonds et de personnel. Les bâtiments sont délabrés, les matériaux et les produits sont insuffisants et le personnel ne possède pas les compétences de base nécessaires pour fournir des services de santé préventifs et curatifs.

Les Ward Development Committees (WDC) existent depuis plus d'une décennie dans l'État de Sokoto. Leur rôle est décrit dans un plan directeur de la National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA) (Agence

nationale de développement pour les soins de santé primaires) et ce rôle comprend travailler en partenariat avec les établissements de santé pour accroître la demande et l'utilisation des services de santé. La mobilisation des communautés d'accueil pour qu'elles prennent des décisions concernant leurs problèmes de santé, la promotion des besoins de santé communautaire et la gestion active des centres de santé sont au nombre de leurs responsabilités. Malheureusement, bon nombre de ces responsabilités des WDC n'ont pas été exploitées à leur plein potentiel en raison de déficiences en matière de formation et d'encadrement ainsi que d'un manque de supervision. Des sous-comités ont été formés pour aider à résoudre ces problèmes de gestion, mais ils ont été créés dans les zones urbaines les plus riches et les plus instruites des administrations locales. Ainsi, les administrations locales rurales et semi-rurales sont restées faibles.

Pour relever le défi de la disponibilité et de l'utilisation des services, SHOW a donné la priorité à la formation et au renforcement des CSC. Les directives et les manuels de formation des CSC ont été élaborés en tenant compte des sexospécificités et des besoins des adolescents, en partenariat avec les différents ministères d'État, tels que le ministère de la Santé et le ministère de la Condition féminine. Des contributions et les révisions ont été fournies par Plan International. Les documents finaux ont été

partagés avec l'État afin de faciliter la prise en charge par l'État des nouveaux matériels. SHOW Nigeria a réussi à former et revitaliser deux cent quarante-quatre (244) CSC dans vingt-trois (23) administrations locales de l'État de Sokoto.

La composition des CSC qui ont participé aux formations comprenait des professionnels de la communauté (chauffeurs, enseignants, chefs religieux, mécaniciens) ainsi que des jeunes, des adolescents et des personnes vivant avec un handicap. Le quota minimum de participation des femmes a été fixé à 30 %.

Les formations des CSC ont été dispensées dans tous les quartiers par soixante-quinze (75) représentants des administrations locales (34 femmes et 41 hommes) qui ont été formés comme animateurs. En fin de compte, les mille sept cent huit (1 708) membres des CSC (804 hommes, 514 femmes, 388 adolescents (168 garçons et 220 filles) ont été dotés des compétences nécessaires pour améliorer l'accès, la qualité et l'utilisation des services offerts à leurs communautés respectives.

Les programmes des CSC de l'État de Sokoto ont permis d'améliorer de façon remarquable la qualité des services de santé fournis ainsi que l'engagement communautaire. Par exemple, un CSC a tenu une séance de sensibilisation sur les avantages des services de soins prénatals en raison des faibles taux d'utilisation, ce qui contribue à sensibiliser la communauté. Par ailleurs, l'amélioration de la gestion des déchets

des soins de santé a été une autre activité lancée par le CSC pour sensibiliser davantage la collectivité et le grand public à l'amélioration sur l'élimination des déchets. En retour, des fosses d'incinération et d'enfouissement ont été creusées dans les communautés désignées.

Enfin, les efforts de plaidoyer menés par le CSC auprès des organismes gouvernementaux et des membres aisés de la communauté ont donné lieu à des développements prometteurs. Ils ont notamment restauré l'approvisionnement en eau d'un établissement de santé, réparé une ambulance et les toilettes scolaires. Certains CSC étaient tellement enthousiastes qu'ils ont mobilisé leurs propres fonds pour réparer les toits endommagés. Sur un site, ils ont même construit des toilettes séparées pour les hommes et les femmes. À ce jour, les efforts des CSC se sont révélés fructueux et ont permis d'obtenir des résultats concrets.





## 4. SUCCÈS OBTENUS JUSQU'À PRÉSENT AVEC L'APPUI DES CSC DES SERVICES SEXOSPÉCIFIQUES ET ADAPTÉS AUX BESOINS DES ADOLESCENTS

Bien que chacun des cinq (5) pays du programme SHOW présente différents niveaux de mise en œuvre des éléments du programme énumérés ci-dessus, les diverses formations, listes de contrôle, plans d'action et activités de supervision continue qui ont été mis en œuvre et menés depuis le début du projet en janvier 2016 continuent d'assurer le succès des programmes.

Au sein même des CSC, on notera des améliorations notables, comme l'amélioration des quotas entourant les rôles de leadership des femmes dans les CSC grâce aux différentes initiatives, telles que la mise en œuvre de plans de durabilité. Les résultats de l'étude de mi-parcours ont également révélé d'autres conclusions qui ont démontré une situation encourageante concernant la participation des femmes aux groupes communautaires, y compris aux CSC. Étant donné que les CSC sont des structures décisionnelles, il est important que les femmes proposent des points à l'ordre du jour dans les forums communautaires et s'assurent par la suite que les décisions sont fondées sur les points proposés. Bien qu'une tendance à la baisse ait été observée depuis le début à la mi-parcours<sup>17</sup> (dans tous les pays à l'exception du Sénégal) dans la proportion de femmes membres/dirigeantes qui proposent des points à l'ordre du jour, il y a eu une augmentation substantielle (au Bangladesh et au

Sénégal) des décisions qui *ont été* prises en raison des points proposés à l'ordre du jour par les femmes. En outre, un pourcentage élevé de femmes ont indiqué que le soutien des membres masculins concernant la prise de décisions sur les points à l'ordre du jour montrait une tendance positive. Enfin, des plans de travail généraux ont également été élaborés collectivement par les CSC, leur mise en œuvre ouvrant la voie à une meilleure prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

Comme on l'a vu plus haut, pour améliorer la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, les services de santé doivent s'attaquer aux obstacles individuels, structurels et socioculturels qui entravent l'accès des adolescents à la santé. En outre, les établissements de santé eux-mêmes doivent être équipés pour fournir aux adolescents les services de santé dont ils ont besoin. La formation et la revitalisation des CSC dans l'ensemble du programme SHOW ont contribué à ces améliorations non seulement en établissant des liens plus étroits entre leurs communautés et les établissements de santé, mais aussi en contribuant à divers succès en matière de programmes dans leurs communautés respectives. Ces activités de programmes qui ont permis d'améliorer la prestation

<sup>17</sup> Un nombre relativement faible de répondantes ont mentionné qu'elles étaient des directrices/membres de groupes communautaires organisés. La question ne s'appliquait qu'aux personnes occupant un poste de direction ou de membres de groupes communautaires organisés.

de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, telles que la rénovation à petite échelle (réparation des murs fissurés, des toits, des toilettes scolaires), l'amélioration des sources d'eau (réparation des puits, des forages et du passage d'eau dans les installations sanitaires), une meilleure gestion des déchets (sensibilisation communautaire sur leur importance, excavation de sites d'enfouissement et d'incinération) et une utilisation améliorée des soins prénatals et postnatals, de même que des services hospitaliers. Parmi les activités qui ont rencontré du succès, on notera le rôle important des CSC dans le fonctionnement du système communautaire de transport d'urgence,

comme l'adoption du rôle de gestion des nouvelles ambulances (p. ex. approvisionnement en carburant, entretien et chauffeur), pour un meilleur système d'aiguillage. Enfin, les CSC ont également aidé des bénévoles communautaires à mettre en œuvre des programmes de santé, à promouvoir la participation des hommes dans la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants et dans la santé et les droits sexuels et de procréation, à mener des activités de sensibilisation pour lutter contre la violence sexospécifique et la planification familiale, à faciliter les discussions sur la santé et les droits sexuels et de procréation des adolescents dans leur communauté et à soutenir les activités des clubs d'adolescents.

**Collectivement, huit cent cinquante-six (856) CSC ont été créés ou revitalisés depuis le début du programme SHOW. Cela comprend soixante et onze (71), quatre cent soixante-quatorze (474), onze (11), deux cent quarante-quatre (244) et cinquante-six (56) CSC au Bangladesh, au Ghana, en Haïti, au Nigeria et au Sénégal, respectivement.**

**Ce nombre important de CSC formés et/ou revitalisés contribuera à améliorer la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans chacun des pays du SHOW.**



## 6. LEÇONS APPRISSES

**Le projet SHOW a tiré de nombreuses leçons de la mise en œuvre des programmes des CSC, dont les suivantes :**

- Les CSC actifs peuvent modifier le profil d'un établissement de santé en ce qui concerne l'utilisation des services, la disponibilité de services de qualité et l'amélioration des installations.
- Afin de demeurer actifs, les membres du CSC ont besoin d'une formation initiale et continue et d'encadrement, en particulier pour les femmes membres.
- La formation sur l'égalité des sexes et le rôle important des voix des femmes et des adolescents dans les CSC est essentielle pour encourager la participation des femmes.
- La surveillance régulière des établissements de santé par les membres du CSC assure une redevabilité des prestataires de soins de santé et une utilisation responsable des fournitures et des rénovations.
- De solides relations entre les CSC, les représentants du gouvernement et les autres partenaires améliorent à la fois le budget disponible et les ressources humaines nécessaires pour assurer des soins de santé aux femmes et aux enfants.
- Les formations et des incitatifs non pécuniaires peuvent être utilisés pour motiver les membres du CSC tout au long de leur mandat au sein du comité.
- L'engagement des adolescents dans des activités de groupe comme les CSC doit être adapté au contexte local afin de résoudre les problèmes de recrutement et d'assiduité active et d'accorder une attention particulière à la protection. Lorsque la participation directe des adolescents n'est pas possible, d'autres méthodes peuvent être employées pour faire participer les CSC et intégrer la voix des adolescents dans leurs décisions.
- Les adolescents ayant de l'expérience dans l'éducation par les pairs ou d'autres groupes d'adolescents sont bien placés pour exprimer leur point de vue en tant que membres ou participants des CSC.
- Le renforcement des capacités de leadership des femmes accroît leur engagement à la fois au sein du CSC et en tant que mentors et dirigeantes pour la réalisation de leurs droits au sein de leurs communautés.
- La viabilité des activités des CSC peut être assurée grâce à un examen et à un perfectionnement continu des éléments essentiels présentés.

## 7. CONCLUSIONS

Plan International a fait des progrès remarquables dans la mise en œuvre de huit cent cinquante-six (856) CSC dans les cinq pays du SHOW. Ces CSC contribuent à l'amélioration de la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents dans chacun de leurs centres de soins de santé primaires respectifs. La présence représentative des femmes et, dans certains cas, des adolescents en tant que membres et dirigeants des CSC est censée soutenir les établissements de santé d'une manière qui répondra plus adéquatement aux besoins variés et uniques des membres les plus vulnérables de la communauté, comme les femmes, les adolescentes et les enfants. Les résultats obtenus à ce jour montrent qu'il est possible d'atteindre et de reproduire des niveaux importants de participation des femmes dans tous les pays, mais que pour garantir des niveaux adéquats de femmes dans des postes de direction, il faut poursuivre les efforts visant à modifier et à remettre en question les normes et les perceptions concernant les rôles liés au genre au niveau communautaire. Malgré quelques lacunes dans le leadership féminin, il a été démontré que le mouvement vers l'adhésion et le leadership féminins a un impact positif sur l'efficacité des CSC à rejoindre les membres les plus vulnérables de la communauté. L'adhésion des femmes a des effets positifs au sein de la communauté, en termes de modification des perceptions et de création d'un cadre de mentors pour les jeunes.

Si l'adhésion et le leadership féminins contribuent de manière importante à améliorer la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents, ils sont insuffisants sans les autres éléments qui contribuent au renforcement de la prestation de services. Les initiatives de formation

et de renforcement des capacités des membres des CSC qui ont eu lieu leur ont permis non seulement de remplir leur rôle en tant que membres des CSC, mais aussi d'être plus conscients des problèmes auxquels font face les membres vulnérables de la collectivité et de la façon de les aborder dans les réunions et les plans d'action. Les membres des CSC sont mieux informés de l'importance de l'égalité des sexes et de l'encouragement de la participation significative des femmes aux réunions grâce aux initiatives de formation sur l'égalité entre les sexes mises en œuvre par Plan International. Toutes les conditions préalables contribuent d'une manière ou d'une autre à améliorer le fonctionnement des établissements de santé.

La représentation des adolescents dans les CSC, bien qu'elle ne soit pas obligatoire dans tous les pays, peut être encore renforcée dans la plupart des pays du SHOW par la mobilisation indirecte de groupes d'adolescents lorsque l'adhésion des adolescents n'est pas obligatoire. Quelle que soit la façon dont les adolescents s'expriment, les CSC sont encouragés à tenir compte des questions de protection liées à la participation des adolescents.

Enfin, le leadership des CSC favorise l'adhésion et la participation des femmes et oriente l'objectif collectif du comité, qui est de rejoindre les membres les plus vulnérables de la collectivité. La supervision et le mentorat continus des CSC contribuent à renforcer la capacité du CSC proprement dit et dans le cadre de la mise en œuvre des différentes activités. En tant que collectivité, chacune de ces initiatives contribue à renforcer la prestation de services sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescents.

Pour en savoir plus et participer, visitez le site [plancanada.ca](http://plancanada.ca).



## Plan International Canada Inc.

### Bureau national

245, avenue Eglinton Est  
Bureau 300  
Toronto, ON M4P 0B3  
Canada

### Bureau d'Ottawa

130, rue Slater  
Bureau 1350  
Ottawa, ON K1P 6E2  
Canada

416 920-1654

1 800 387-1418

[getinvolved@plancanada.ca](mailto:getinvolved@plancanada.ca)  
[plancanada.ca](http://plancanada.ca)



Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance de l'ARC 11892 8993 RR0001

2019 Plan International Canada Inc. Les noms, marques et logos associés de Plan international Canada et Parce que je suis une fille

sont des marques de commerce de Plan International Canada Inc.

\*La marque de confiance du Programme des normes est une marque d'Imagine Canada utilisée sous licence par Plan International Canada.