

Analyse décoloniale de l'itinéraire thérapeutique périnatal des femmes Haïtiennes de 2019 à
2023

Edwige Bien-Aime

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa dans le cadre des exigences du programme de
maîtrise ès arts (M.A.) en sociologie

École d'études sociologiques et anthropologiques

Faculté des sciences sociales

Université d'Ottawa

© Edwige Bien-Aime, Ottawa, Canada, 2026

DÉDICACES

À la mémoire de mon père Mislein Bien-Aime et de mon oncle Occène Zéphyr,

Aux volontaires ;

À toutes ces femmes qui frôlent la mort pour donner la vie ;

Aux prestataires de la médecine biomédicale qui accompagnent les femmes malgré les contraintes ;

Aux oublié.e.s de la médecine populaire en Haïti;

À ma famille ;

À mes ami.e.s.

REMERCIEMENTS

La rédaction de cette thèse ne serait pas possible sans la méticulosité et le soutien indéfectible de ma directrice Nathalie Mondain. Je remercie d'une façon spéciale Yvy Lyn Bourgeault et Mireille MCLaughlin dont les rétroactions m'ont permis d'aiguiser mes compétences académiques et de susciter mon goût pour la sociologie de la santé. Merci également au professeur Jean Mary Tremblay d'avoir accepté de présider le jury.

Un remerciement spécial aux professeurs Lefranc Joseph, Brieg Captain et les étudiant.e.s du SEMGRAD pour leurs commentaires.

Merci à l'École d'études sociologiques et anthropologiques (ÉÉSA) pour le fonds Ann-Denis.

Je remercie d'une façon particulière ma maman Orène François Bien-Aime et ma sœur Pécheline Bien-Aime Andris qui ont été mes mentores, mes refuges et une source de motivation intarissable chaque fois que j'avais envie d'abandonner. Un grand merci à ma sœur Guerdy Bien-Aime, à Jeff M. Cadichon à mes ami.e.s Nadia Eliassaint, Daniel Eliassaint, et Eslène Maignan pour avoir cru en moi et en mon projet.

Merci à Nerva Jean Noël, Emile Lindor, Henry Claude Lindor, Yolanda Beauséjour, Fred Standley Vincent et Emmanuel Tanis, Dieubert Charlestin, qui m'ont aidée à recruter. Sans leur support, il me serait impossible de boucler ce projet. Merci également à Jude Civil, Beauchamp Ruth Saradia, Stanley Doriscat, Coralie Joseph, Vilio Richard, Nancy Dérial, Jhony Gene pour leur soutien.

Merci à toutes les femmes qui m'ont consacré leur temps, à celles qui m'ont approchée un peu trop tard, aux deux prestataires de soins qui m'ont donné une place dans leur planing et qui ont accompagné les femmes malgré les difficultés.

Merci à ma famille et mes proches, mes neveux et nièces, mes cousines et cousins, mes tantes et oncles de la famille Bien-Aime, François, Clervil et Zéphyr. Merci à Inatal Zéphyr, à Raymond Zéphyr, à Ésaï Bien-Aime, à Dave Bien-Aime, à Cavena Bien-Aime, à Macklyn Bien-Aimé. Merci également à Rose-Sabina Sabin, René Alexandre et à Delinx Andris pour les encouragements, les échanges et les rires.

Merci beaucoup à l'assistance : Pierre Jameson Beauséjour, Chereste Jean Marckenson, Beguens Desgraviers, Wooldy Joseph, Nicolas Joseph, Utile Nesly, Utile Riguender, Neal Dorelis. Vous avez rendu la journée de la soutenance spéciale.

Merci à vous tous.tes qui, d'une façon ou d'une autre, avez rendu ce projet possible. Je vous suis profondément reconnaissante.

RÉSUMÉ

Dans cette thèse de maîtrise, j'analyse comment les femmes haïtiennes, ayant un niveau secondaire et plus du département de l'Ouest, naviguent à travers les soins disponibles de 2019 à 2023 : une période marquée par une déstructuration politique. À travers la méthodologie enracinée et des entretiens semi-directifs en ligne auprès de neuf personnes : sept femmes et deux prestataires de soins. J'explore les défis des femmes ainsi que leurs stratégies pour construire leurs itinéraires. Cette analyse s'inscrit dans une approche décoloniale du fait qu'elle vise d'abord, à rendre visibles des pratiques disqualifiées par le système sanitaire biomédical haïtien alors que les femmes haïtiennes y recourent même dans un milieu médicalisé. Ensuite, elle soulève la question de la reproduction des rapports coloniaux dans les établissements de soins périnataux. Le résultat de cette recherche permet de conclure que les femmes combinent les soins dans plusieurs registres : en établissement, automédication, soins à domicile, selon l'étape de la périnatalité, leur appartenance religieuse et la méthode d'accouchement pour répondre à leurs besoins physiques, mentaux et spirituels.

Mots clés : pratique thérapeutiques populaires, soins biomédicaux, itinéraires thérapeutiques, périnatalité, butinage médical, médicalisation de la naissance, colonialité de la santé

ABSTRACT

In this master's thesis, I analyze how Haitian women with a high school education or higher from the West Department navigate the available healthcare system from 2019 to 2023: a period marked by political instability. Using grounded methodology and semi-structured online interviews with nine individuals including seven women and two healthcare providers. I explore the challenges women face as well as their strategies for navigating their healthcare journeys. This analysis is part of a decolonial approach in that it aims, first, to highlight practices dismissed by the Haitian biomedical healthcare system, even though Haitian women rely on them within medical settings. Second, it raises the issue of the reproduction of colonial relations in perinatal care facilities. The findings of this research lead to the conclusion that women combine care across multiple domains including institutional care, self-medication, and home care depending on the stage of the perinatal period, their religious affiliation, and the method of childbirth, in order to meet their physical, mental, and spiritual needs.

Keywords: folk therapeutic practices, biomedical care, therapeutic pathways, perinatal period, medical shopping, medicalization of childbirth, coloniality of health

REZIME

Nan tèz metrize sa a, mwen analize fason fanm ayisyèn ki rive nan lekòl segondè oswa plis, ki soti nan Depatman Lwès la, navige nan sistèm sante a soti 2019 pour rive 2023: yon peryòd ki chaje ak ajitasyon sosyal ak politik. Mwen itilize yon metodoloji ki baze sou reyalyte ak entèvyou a distans ki semi-estriktire avèk nèf moun: pami yo sèt fanm ak de pwofesyonèl lasante, pou m konprann defi fanm yo ap fè fas ak estrateji yo itilize pou trase pwòp chemen pou yo jwenn swen. Analiz sa a fè ak yon apwòch dekolonyal, paske li vize, premyèman, mete an valè pratik sistèm swen sante byomedikal ayisyen an rejte, menm si fanm ayisyen yo konte sou yo nan yon anviwònman medikalize. Dezyèmman, li souleve pèsistans relasyon kolonyal yo nan sistèm sante a ak lopital yo. Rezilta rechèch sa a mennen nou konprann ke patisipan yo konbine swen yo plizyè dome fason: nan lopital, pou kont, swen lakay dapre etap peryòd depi gwosès la pour rive nan akouchman an, dapre kwayans, ak fason yo akouche, pou yo ka satisfè bezwen fizik, mantal, ak esprityèl yo.

Mo kle: pratik terapi popilè, swen byomedikal, chemen terapi, peryòd perinatal, chèche plizyè lopital, medikalizasyon akouchman, kolonyalite nan sante.

SIGLES ET ACRONYMES

ANA : Accouchement non-assisté

BRH : Banque de la République d'Haïti

CIPD : Conférence internationale pour le développement

CIPUH : Cellule d'Intervention Psychothérapeutique d'Urgence d'Haïti (CIPUH)

DPM/MT : Direction de la pharmacie, du médicament et de la médecine traditionnelle

EDS : Enquête de santé

EMMUS : Enquête morbidité, mortalité et utilisation des services

ICG : International crisis group

IHE : Institut haïtien de l'enfance

IHSI : Institut haïtien de statistique et d'informatique

INSFSF : Institut national supérieur de formation de sages-femmes

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MCFDF : Ministère de la condition féminine et aux droits de la femme

MEF : Ministère de l'économie et des finances

MSPP/ UEP : Ministère de la santé publique et de la population/ Unité d'études et de programmation

ODD : Objectifs de développement durable

OFATMA : Office d'assurance accidents du travail, maladie et maternité

OIM : Organisation Internationale pour les Migrations

OMD : Objectifs du millénaire de développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONGI : Organisation non-gouvernementale et internationale

PNUD : Programme des nations-unies pour le développement

SHCC: Safeguarding Health in Conflic

TMM: Taux de mortalité maternelle

TABLE DE MATIÈRES

DÉDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
RÉSUMÉ	v
ABSTRACT	vi
REZIME.....	vii
SIGLES ET ACRONYMES.....	viii
TABLE DE MATIÈRES	x
CHAPITRE I- INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1. Évolution sociohistorique de la santé périnatale	2
1.1.1. Santé périnatale comme enjeu global	3
1.1.2. Médicalisation de la naissance versus pratique thérapeutique.....	6
1.2. Précision autour du concept de la périnatalité	10
1.3. État de la santé périnatale en Haïti	12
1.3.1. Présentation du système biomédical haïtien	13
1.3.2. Itinéraires thérapeutiques périnataux en contexte haïtien.....	14
CHAPITRE II- L'ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE PÉRINATAL AU REGARD DE LA PERSPECTIVE FÉMINISTE DÉCOLONIALE.....	19
2.1. Colonialité de la santé	19
2.2. Importance de la perspective féministe décoloniale dans l'analyse des choix thérapeutiques	24
CHAPITRE III- CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE.....	27
3.1. Approche qualitative et considération autour de l'itinéraire thérapeutique	27
3.2. La théorisation enracinée comme approche méthodologique et technique d'analyse : de l'expérience des femmes à l'émergence de la théorie	28
3.3. Les techniques d'investigation	31
3.3.1. Étude de cas inductive comme technique d'investigation	32
3.3.2. L'entretien individuel semi-directif en ligne et tableau de soin par étapes.....	34
3.4. Le recrutement, critères de participation et considérations éthiques.....	36
3.4.1. Les critères de participation et les considérations éthiques	36

3.4.2. Déroulement du terrain en ligne et processus d'ajustement.....	37
3.5 Profil sociodémographique des participant-e-s	39
3.6. Réflexivité et positionnement de la chercheuse	43
CHAPITRE IV- 2019-2023 : DESTRUCTURATION POLITIQUE, PRÉCARISATION SANITAIRE ET MATERNITÉ AMBIVALENTE	46
4.1. Accès aux soins en contexte d'inégalités structurelles	47
4.1.1. Gestion de la Covid-19 en Haïti : tension autour de la mondialisation de la santé	47
4.1.2. Du « zone à risques » à l'indisponibilité des soins	51
4.2. Indisponibilité du support de l'entourage comme source de stress.....	55
4.3. Reproduction des rapports coloniaux dans les soins : de la médicalisation à l'abandon des soins	61
4.4. Émergence d'une ambivalence de la maternité.....	73
4.4.1. La maternité comme statut social	73
4.4.2. La maternité comme obstacle à la carrière	79
CHAPITRE V- BUTINAGE COMME OPPORTUNITÉ.....	85
5.1. Confirmation de la grossesse : du rêve à la vérification clinique	86
5.2. Grossesse comme période fragile	88
5.3. Recours simultané en période prénatale : des soins somatiques pour soigner les pathologies physiques et des soins spirituels pour garantir la protection	90
5.4. Combinaison des soins et dynamique de pouvoir autour de l'accouchement	94
5.4.1. Accouchement en établissements de santé : effet de position sociale	94
5.4.2. Césarienne : entre réponse à la souffrance fœtale et accouchement subi.....	99
5.5. Des soins postnatals selon la méthode d'accouchement	101
5.6. Prière et navigation web comme ressource thérapeutique contre la dépression post- partum.....	104
5.7. Repenser la santé périnatale dans une approche holistique et plurielle.....	107
CHAPITRE VI- DISCUSSION.....	109
6.1. Le continuum de la violence reproductive à l'égard des femmes haïtiennes.....	109
6.2. Considération autour du concept de butinage médical dans l'étude	112
6.3. Des inégalités de sexe aux inégalités d'accès aux soins	116
6.4. Pour une décolonisation de la naissance en Haïti	119
6.5. Contributions de l'étude et limites.....	121
CONCLUSION	124

BIBLIOGRAPHIE..... 127

CHAPITRE I- INTRODUCTION GÉNÉRALE

Dans le contexte haïtien, le processus de la naissance : porter un enfant, accoucher en bien et avoir le bébé en vie dépasse la simple sphère biomédicale. Cela suppose non seulement que les soins soient accessibles pour la femme, mais encore qu'elle se sente en sécurité spirituelle, de conserver un état de bien-être mental, d'avoir de bonnes conditions physiques et le soutien de ses proches. Or, depuis un certain temps, Haïti, notamment le département de l'Ouest qui héberge la majeure partie de sa structure sanitaire, fait face à une déstructuration sociopolitique grandissante qui restreint l'accès aux soins biomédicaux de manière prépondérante. Parallèlement, la médecine populaire qui a toujours été accessible aux femmes n'est pas reconnue par le Ministère de la santé et de la population (MSPP) et ses prestataires sont considérés comme des personnes disqualifiées. En ce sens, mon travail cherche à comprendre comment les résidentes du dit département aspirant à la maternité construisent leurs itinéraires thérapeutiques pour répondre à leurs différents besoins. Pour ce faire, cette thèse de maîtrise conteste d'une part, la marginalisation des soins de la médecine populaire dans l'itinéraire des femmes accouchées en établissement de santé. D'autre part, elle se distancie des critiques formulées à l'égard des établissements de santé du secteur public, en leur attribuant l'entière responsabilité de la violence obstétricale en Haïti. Elle explore également les défis en santé mentale des femmes pendant la période périnatale et leurs itinéraires pour y répondre, qui constitue encore un angle très peu documenté dans la littérature périnatale haïtienne. Autrement dit, ce travail s'efforce d'analyser comment les femmes résidentes du département de l'Ouest construisent leur itinéraire de soins périnataux pendant la période allant de 2019 à 2023 pour répondre à leurs différents besoins.

Par ailleurs, ce chapitre propose, dans un premier temps, un inventaire des initiatives mondiales traitant des problématiques liées au processus de la naissance. Dans un deuxième temps, il expose les pratiques culturelles associées à cet événement et dresse un portrait du système de santé haïtien, dans un troisième moment.

1.1. Évolution sociohistorique de la santé périnatale

Parler de la santé périnatale est une question vitale. Étant une sous-catégorie du système de soin, elle répond à un besoin de la reproduction des êtres humains et donc, de la société (Dandurand, 1981). Cependant, on observe, à travers plusieurs études réalisées dans des contextes variés, qu'elle est la scène théâtrale d'expression d'inégalités profondes de genres et d'invisibilisation de pratiques culturelles des parturientes. Alors qu'à cette période, la femme devrait se sentir accompagnée, respectée et impliquée dans le processus de la naissance, force est de constater que la périnatalité se révèle très souvent un moment de stress, de violence psychologique et physique pour elle à divers degrés. Ces actes s'expriment à travers une médicalisation/ surmédicalisation de la grossesse, c'est-à-dire des interventions excessives et parfois non nécessaires (Dessureault, 2015; Laurendeau, 1983), une violence obstétricale (Rozée & Schantz, 2021) et un manque d'accès aux soins biomédicaux notamment dans les pays des Suds. Cette situation entraîne une perte de contrôle et d'autonomie des femmes dans le processus de la naissance notamment à l'intérieur des établissements de santé (Dessureault, 2015; Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2006). Ces écarts dans le système de soins conventionnels sont amplifiés par une violence structurelle qui s'exprime en inégalité d'accès aux soins pour les plus vulnérables (Castro & Farmer, 2003; Galtung, 1990; Gatelier & Dijkema, 2018) particulièrement les femmes enceintes dans les pays qui ne disposent pas d'une structure

de soins adéquate. Face à ce constat, plusieurs initiatives ont été prises par des femmes et des groupements féministes sur le plan international et local pour s'attaquer à ces violences et inégalités.

1.1.1. Santé périnatale comme enjeu global

La problématique de la périnatale à travers ses composantes (la santé maternelle et de l'enfant) est inscrite dans les stratégies mondiales des Nations-Unies pour l'amélioration des conditions de vie, depuis plusieurs décennies. D'abord, en 1919, l'Organisation internationale du travail (OIT) adopta la première loi sur la protection de la maternité (Starrs, 1987). Cette loi posa les jalons des droits reproductifs des femmes dans le milieu du travail dans le monde occidental. Les problèmes ciblés, à cette époque, ne tenaient compte qu'une catégorie de femmes dans le milieu professionnel, c'est-à-dire, celles qui sont aspirées à la maternité, tout en ignorant celles du secteur dit informel alors qu'elles représentèrent la plus grande part de la population active dans de nombreux pays. Par la suite, d'autres initiatives du même type ont vu le jour comme la 10^{ème}, 25^{ème} et 26^{ème} conférences panaméricaines de la santé en 1930 (respectivement dans les axes population et santé génésique ; femme, santé et développement). À partir des années 70, avec la deuxième vague du mouvement féministe en occident et notamment en France, la santé reproductive devient un sujet incontournable dans les luttes pour la revendication des droits des femmes et des filles et dans les conférences sur les populations et le développement.

En effet, les mouvements féministes de 1970 en France et aux États-Unis ont été articulés autour des problématiques liées à la santé reproductive tels que l'accès à la contraception, l'accès à l'avortement, la surmédicalisation (Sauvegrain et al., 2022) et le contrôle du corps des femmes (Angeloff & Gardey, 2015). Par ailleurs, à la

conférence de Bucarest en 1974, la santé reproductive était surtout abordée comme facteur de transition démographique. Les partisans de la théorie de modernisation soutenaient l'idée d'une politique de réduction des naissances à l'échelle mondiale pour maîtriser le rythme de croissance de la population jugé trop accéléré, non proportionnel aux ressources disponibles et aux territoires habitables (George, 1975). L'approche culturaliste de cette transition démographique défendait la thèse selon laquelle le développement de la population passe essentiellement par la réduction des naissances, notamment dans les pays des Suds. Cette perception de la modernisation fut à la base de promotion de la réduction de masse, du planning familial et du travail féminin comme facteurs de développement (George, 1975 ; Piché & Poirier, 1990). D'où, la médicalisation du corps des femmes.

À ce sujet, Foucault (2014) nous renseigne sur la logique du biopouvoir derrière cette médicalisation du corps féminin européen. Il explique qu'à partir du XVIII^e siècle, le pouvoir souverain traditionnel qui se définissait par le droit de faire mourir ou de laisser vivre se transforme en un biopouvoir centré sur la gestion de la vie des populations (naissance, santé, mortalité, sexualité). Par conséquent, il existerait une hystérisation des femmes qui entraîne une médicalisation de leur corps et de leur sexe : « d'une façon générale, le sexe devient une cible centrale pour un pouvoir qui s'organise autour de la gestion de la vie plutôt que de la menace de la mort » (p.193).

Cependant, cette médicalisation, qui impliquait l'usage de la technologie, n'était pas accessible dans toutes les parties du monde. C'est ainsi que la déclaration d'Alma Ata a soulevé le problème d'inégalités sociales de santé et d'accès aux soins (Nations Unies, s. d.). Celle-ci plaida pour une autoresponsabilité des communautés locales en matière de santé primaire et un accès équitable des soins. Toutefois, cette proposition a été vue

par les détracteurs de la conférence comme une solution de rechange. Neuf années plus tard, soit en février 1987, a eu lieu la conférence de la maternité sans risques en Nairobi. Au cours de cette activité, les participants ont posé le problème de la mortalité liée à la grossesse et intercédé en faveur d'une intervention nationale et internationale pour y remédier (Starrs, 1987). Jusque-là, les réflexions sur la santé reproductive étaient occidentalocentrées.

C'est à partir de la conférence internationale pour la population et le développement (CIPD) au Caire en 1994, que les féministes des Suds commencèrent à faire entendre leur voix. Bien que la conférence ne portât pas spécifiquement sur la santé reproductive, elle constitue un point tournant dans l'évolution des droits reproductifs ainsi que dans la manière d'abord la santé. Avec les revendications des féministes du Sud, la santé reproductive est désormais abordée en termes de droits reproductifs et d'égalité entre hommes et femmes (Bonnet & Guillaume, 2004; Bouvier-colle & Halleydes Fontaines, 2016; Daoud, 1994). En outre, Daoud (1994) explique comment les militantes réclamèrent une prise en compte de leurs réalités sociales, économiques et culturelles dans la manière d'appréhender la santé reproductive, c'est-à-dire, que les femmes et les filles aient le même droit que les hommes et les garçons de disposer de leurs corps, de vouloir des enfants ou non, de décider du nombre des enfants et des espacements, d'avoir l'accès à l'information, à l'éducation et aux services de santé. Ceci entraîna une révision des mesures à l'encontre de l'avortement et de la planification familiale. Bien que ces échanges aient suscité une résistance de la part des religieux présents à la conférence, elles ont toutefois constitué une préfiguration de l'élaboration des objectifs du millénaire de développement (OMD) en lien avec la périnatalité. Plus près de nous, en septembre 2000, 189 États ont adopté huit objectifs du millénaire de développement

(OMD) à l'Assemblée générale des Nations Unies, la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et l'amélioration de la santé maternelle incluses (respectivement ODM 4 et 5), puis les ODD en 2015 (Gérardin et al., 2016). Bien que la santé périnatale ne soit pas nommée explicitement dans les objectifs de durables (ODD), elle est, toutefois, liée directement à plusieurs d'entre eux notamment : la pauvreté, l'éducation, l'égalité des sexes et aux droits humains (ODD1, 4,5 et 16). Ces différentes initiatives attestent de l'importance grandissante accordée à la périnatalité dans les débats publics ainsi que dans l'élaboration des politiques de santé. Les réponses institutionnelles et étatiques ont permis de prévenir et désamorcer certains risques liés à la grossesse et à l'accouchement. Elles ont, aussi, entraîné des changements importants dans la manière de vivre cette expérience.

1.1.2. Médicalisation de la naissance versus pratique thérapeutique

L'amélioration de la santé maternelle dans l'élaboration des OMD a entraîné une médicalisation de l'expérience de la périnatalité. Ce processus s'inscrit à la fois dans le paradigme médical et celui de la transition démographique. Le paradigme médical se réfère à un ensemble de pratiques médicales dans le but de contrôler et d'améliorer le fonctionnement du corps humain (Roberge & White 1995), tandis que le paradigme de la transition démographique appréhende de préférence le contrôle de la population humaine en observant les changements dans les natalités, mortalités aussi que les tendances globales.

En effet, les progrès de la médecine occidentale dans la baisse de la mortalité materno-infantile vers la fin de 1920 et l'introduction de l'intervention chirurgicale ont conduit à la cessation de l'accouchement à domicile en Occident et à une vision andocentrique

de la naissance. En France comme, les sages-femmes, qui autrefois accompagnaient les femmes enceintes, sont progressivement placées sous l'autorité des obstétriciens et de l'hôpital et la naissance est devenue très technicisée (Knibiehler, 2016). Petit à petit, les femmes perdent leur autonomie dans le processus de la naissance, leurs expériences sont reléguées au second plan et l'accent est mis sur l'accouchement dans les établissements comme indicateurs de développement.

Dans les suds, cette médicalisation a contribué à une meilleure prise en charge des complications, au développement des maternités, mais a aussi pour effet une dépendance des femmes vis-à-vis des structures de soins, bien qu'insuffisants, une marginalisation des matrones et une discrimination raciale, sociale et genrée dans les établissements (Batram-Zantvoort et al., 2021). Au cœur de tous ces changements naissent des réflexions sur les violences obstétricales, notamment en Amérique latine.

En 2006, le Venezuela est le premier pays à adopter une loi pour contrer les violences obstétricales dans les maternités. J'entends par celles-ci : des actes de violences physiques, verbales et psychologiques octroyés aux femmes dans le processus de la naissance au sein des établissements de santé qui limitent leur pouvoir d'agir (Ley, 2006; Rozée & Schantz, 2021). Cette loi encouragea, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à mener des recherches sur les maltraitances dans les maternités et à prévoir des mesures à l'encontre de celui qui userait de sa position pour violenter les femmes. Par ailleurs, depuis le début du XXe siècle, des chercheur.e.s s'intéressent aux parcours de vie ainsi qu'à ses corollaires dont les parcours de soins et parcours thérapeutiques /itinéraires thérapeutiques, entre autres. Cette nouvelle approche apporte un regard nouveau sur l'accessibilité de soins ainsi que des parcours en santé. Tandis que les parcours de soins se réfèrent au système biomédical, les parcours thérapeutiques

enregistrent des soins pluriels et multidimensionnels. Ainsi, par itinéraires thérapeutiques, je me réfère à l'ensemble des trajectoires empruntées par une personne dans la recherche de la guérison (Benoist, 1993). Il s'agit d'un recours successif à des systèmes médicaux différents (biomédicaux ou savoirs expérientiels) (Fassin, 1992). Les itinéraires thérapeutiques résultent de :

Logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin), qui rendent vaine toute tentative de formalisation stricte (1992, p. 118).

Ils sont aussi influencés par la persistance de la maladie (Fassin, 1992; Marcellini et al., 2000), leurs perceptions (Vonarx, 2008), l'insuffisance de la médecine biomédicale (Quéniart et al., 1990), la diversité des offres de soins, la relation des prestataires de soin avec les parturientes (Marcellini et al., 2000; Tremblay, 1995), et des réseaux sociaux spécifiquement en contexte de migration (Mathon et al., 2019).

Bien que la grossesse ne soit pas abordée ici comme une maladie, ce travail souligne le fait que certaines femmes adoptent divers registres de soin au cours de cette période de leur vie. Ce qui veut dire que celles-ci se tournent vers des soins biomédicaux et utilisent, certaines fois, d'autres soins au cours de la périnatalité. Les pratiques thérapeutiques sont communes à plusieurs pays et font l'objet de recherche depuis 1980 (Sauvegrain et al., 2022). Grâce à l'introduction des sciences sociales dans les études de santé périnatale, particulièrement de l'Anthropologie, des formes de prise en charge autres que celles offertes par la médecine occidentale ont été répertoriées et ont ouvert la voie à de nouvelles pistes dans les recherches (Berthiaud, 2020).

Toutefois, les études réalisées dans les sociétés occidentales documentent peu ou presque pas les soins qui sont dispensés en dehors du cadre biomédical. À ce titre, je peux citer Batram-Zantvoort et al., 2021; Missonnier, 2009; Sauvegrain, 2021; Sauvegrain et al., 2022; Schneider, 2024. Les travaux de ces auteur.e.s s'accroissent sur les soins somatiques et les soins psychologiques procurés par les prestataires de soins reconnus. Bonnet & Pourchez (2007) abordent les pratiques culturelles dans la périnatalité comme une marque de reconnaissance et d'identité et leurs recherches sont davantage centrées sur les sociétés des Suds que celles du Nord. Par ailleurs, au moyen d'une revue narrative systématisée sur les travaux antérieurs réalisés sur les accouchements à domicile sans assistance professionnelle au Québec, Bujold et al.(2024) exposent les mobiles qui orientent cette décision. Les résultats de l'analyse montrent que les femmes qui choisissent les ANA (accouchement non-assisté) sont motivées par : l'appropriation de l'accouchement par elles-mêmes et par leurs proches, la reconnaissance de leurs besoins psychologiques, l'expérience antérieure d'accouchement qui peut être positive ou négative, la perception négative de l'hôpital comme un milieu à risque et la foi. Cependant, l'article ne mentionne aucunement les types de soins reçus par femmes à leurs domiciles. De plus, il s'agit d'un travail réalisé à l'aide de la littérature grise.

En revanche, dans les recherches menées dans les Suds qu'il s'agit des sociétés caribéennes (Quérue, 2020), africaines (Fouelifack et al., 2019; Obossou et al., 2017) ou des zones rurales en Amérique du Sud (El Kotni, 2019; Quiroz, 2021), la dimension psychologique est peu documentée, et les formes de soins psychologiques situées hors du cadre institutionnel sont généralement exclues. De ce fait, cette étude s'intéresse à la

fois aux soins somatiques et psychologiques prodigués par des prestataires professionnel.le.s ou non.

1.2. Précision autour du concept de la périnatalité

Dans le domaine de la naissance, les terminologies mobilisées varient selon les objectifs visés et les contextes linguistiques. En effet, la santé reproductive renvoie à un état de bien-être lié aux droits reproductifs ainsi qu'à l'égalité entre les hommes et les femmes (Bonnet & Guillaume, 2004; Bouvier-colle & Halleydes Fontaines, 2016; Daoud, 1994). Ce domaine englobe notamment la santé sexuelle, la santé maternelle et la planification familiale (Bonnet & Guillaume, 2004). À cet égard, la santé périnatale constitue l'une des composantes de cet ensemble.

Dans la littérature anglophone, la santé périnatale semble avoir une connotation médicalisée. Ainsi, Joshua Vogel et al. (2014) la décrivent comme un ensemble de résultats médicaux liés à la grossesse et à la naissance.

Pour ce groupe de praticien.ne.s,

La survie périnatale est étroitement liée à la qualité des soins maternels et néonataux tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Les facteurs de risque de mortinatalité comprennent un intervalle intergrossesse court, un faible statut socio-économique, un faible niveau d'instruction, l'absence de suivi prénatal, des antécédents de mortinatalité, le tabagisme, la consommation d'alcool, les grossesses multiples, l'obésité, l'hypertension, le diabète, l'infection par le VIH, le retard de croissance intra-utérin et la grossesse prolongée (p.77).¹

¹ En anglais: "Perinatal survival is intimately linked to effective maternal and newborn care throughout the continuum of pregnancy, labour, and the postpartum period. Stillbirth risk factors include short interpregnancy interval, low socio-economic status, lower education, no antenatal care, history of stillbirth, smoking, alcohol use, multiple pregnancy, obesity, hypertension, diabetes, HIV, fetal growth restriction and post-term pregnancy".

Pourtant, dans la littérature francophone, cette définition cadre davantage avec la santé maternelle, qui se limite essentiellement aux luttes contre les morbidités et mortalités materno-infantiles (Bonnet & Guillaume, 2004, p. 12) alors que la santé périnatale couvre un champ plus large.

En effet, la périnatalité renvoie à la période de la conception (Bonnet & Duchesne, 2014), à l'ensemble du processus de la grossesse, à l'accouchement, aux expériences d'avortement volontaire (Azcué & Mathieu, 2017 ; Bonnet & Pourchez, 2021), à l'assistance médicale à la procréation et aux changements qui surviennent au sein de la famille (Collectif, 2005). Dans la conception féministe actuellement, la périnatalité dépasse la connotation classique de la naissance. Celle-ci englobe toutes les manières de concevoir, de mettre au monde un enfant ou tout simplement d'avorter. Bien que partageant cette acception de la périnatalité, dans le cadre de cette étude, je m'appuie sur la définition de l'anthropologue Hélène Valentini (2004), car elle appréhende le mieux la réalité de mon terrain. Pour elle, « la période périnatale commence depuis le désir d'avoir un enfant ou la conception et se termine à la première année de l'enfance [...] Elle englobe les dimensions physique, psychologique, économique et sociale » (2004, p. 52-53). Ce qui revient à dire qu'ici, les femmes interviewées sont celles qui ont mené à terme une grossesse. Toutefois, la périnatalité n'est pas abordée dans une perspective bio-pyscho-sociale, mais plutôt comme un événement pluridimensionnel, qui peut être à la fois physique, mental, social, économique, culturelle, entre autres.

1.3. État de la santé périnatale en Haïti

L'analyse des itinéraires thérapeutiques périnataux en Haïti dans la période actuelle nécessite une compréhension de son histoire et de ses défis, qui façonnent encore les structures de soins.

Située dans la Caraïbe, disposée d'une superficie de 27000 km² et d'une population estimée à 11085919 habitants (I(IHE) et ICF, 2018), la République d'Haïti traîne un lourd passé colonial, esclavagiste et ségrégationniste de trois siècles.

Après son indépendance, ce pays a vécu isolé pendant longtemps sur la scène internationale (Joachim, 1979). Elle est aussi la seule ancienne colonie à faire l'expérience de la « double dette » (Blancpain, 2003; Gaillard, 1990). En effet, après avoir remporté la guerre de l'Indépendance, Haïti fut contrainte de verser une indemnité de 150 millions de francs or afin de compenser les pertes liées à la guerre, tout en contractant des emprunts auprès de l'ancienne métropole française pour s'acquitter d'une première partie de cette dette.

Lors de l'éclatement de la « Première Guerre mondiale », la France poursuivit son processus d'appauvrissement du pays et maintint son influence par l'imposition de sa culture, de sa langue, ainsi que par le contrôle de la Banque de la République d'Haïti (BRH) (Gaillard-Pourchet, 2014). L'occupation américaine de 1915-1934 renforça l'affaiblissement de l'économie nationale et de l'État haïtien et favorisa la naissance d'une bourgeoisie étrangère et compradore (Étienne, 2007). Ces héritages historiques ont contribué à la pérennisation d'une inégalité structurelle en Haïti, particulièrement dans la question d'accès aux soins.

1.3.1. Présentation du système biomédical haïtien

Le système biomédical haïtien repose sur quatre secteurs : le privé à but lucratif, le privé sans but lucratif, le public et le mixte (Unité d'études et de programmation (UEP), 2024, p. 82), qui desservent des populations aux profils socio-économiques différents.

Les secteurs public et humanitaire jouent un rôle central dans la prise en charge des populations les plus marginalisées, tandis que le secteur privé à but lucratif est principalement accessible aux personnes financièrement aisées.

Les organisations non gouvernementales et internationales (ONGI), particulièrement présentes dans le secteur privé sans but lucratif, occupent une place importante dans l'offre de soins, notamment depuis le séisme de 2010. Toutefois, les évaluations post-séisme révèlent des perceptions contradictoires à propos de leurs offres de soin. Ces organisations sont à la fois vues comme un soutien essentiel à l'accès aux soins et comme des acteurs susceptibles de renforcer des dynamiques de dépendance (Belony, 2024) et de limiter l'autonomie des institutions et des prestataires locaux (Chaus, 2020). La plupart du temps, cette distinction du système de soins contribue à des expériences différenciées d'accès et de qualité des soins.

Les études réalisées sur les expériences de la naissance en Haïti montrent que, malgré la présence de la médecine occidentale, la plupart des femmes recourent à d'autres types de soins tout au long de la période périnatale. Leurs itinéraires sont souvent influencés par un manque d'accès aux soins biomédicaux à différents niveaux (une distance trop longue entre les établissements de soins et la maison des femmes, le coût des soins, un manque d'autonomie, etc.) ((IHE) et ICF, 2018), par une mauvaise relation de soin (Tremblay, 1995) et une violence structurelle (Pierre-Charles, 2024) qui s'exprime par

une inégalité structurelle (Castro & Farmer, 2003), une répartition inégale des établissements de soins à travers le territoire (Meudec, 2007;) et de l'indisponibilité des soins périnataux en contexte de violence (Toyo, 2011). Ces accès restreints aux ressources sanitaires exposent certaines femmes à des risques bio-psycho-sociaux accrus autour de la naissance.

Par ailleurs, depuis les 6 et 7 juillet 2018, Haïti vit une déstructuration politique et sanitaire accrue. La confirmation des cas du Coronavirus, les épisodes de *peyi lòk*,² l'assassinat du président de la République, l'éclatement de la violence des gangs armés, le mouvement « *bwa kale* »³ respectivement en mars 2019, juillet 2021, juin 2021 et avril 2023, ont reconfiguré le fonctionnement des structures de soins sur le territoire. La plupart des maternités dans les zones affectées sont fermées et les femmes peinent à avoir les soins. Néanmoins, la santé périnatale demeure tributaire de deux médecines parallèles qui coexistent sur le territoire haïtien à savoir : la médecine occidentale/moderne et la médecine populaire/ancestrale/locale.

1.3.2. Itinéraires thérapeutiques périnataux en contexte haïtien

Les recherches sur les pratiques thérapeutiques locales autour de la naissance en Haïti ont vu le jour avec Bijoux (1990). Dans son étude sur la famille dite traditionnelle, l'auteur analyse la représentation sociale de la grossesse, la prise en charge de la femme accouchée et le soin du nourrisson. Dans ce contexte socioculturel, la prise en charge de la femme enceinte et de l'accouchement reposa sur les matrones.

²Pays bloqué littéralement. Une forme de protestation initiée contre l'augmentation des produits pétroliers et de la cherté de la vie.

³³ C'est une expression utilisée pour désigner des initiatives de résistance de la population face à l'invasion de leur territoire par les groupes armés.

En Haïti , le terme de matrone désigne des praticiennes non formées par les institutions officielles, mais reconnues localement pour leur expertise (Bijoux, 1990; Damus, 2020, 2021a; Georges, 2021). Historiquement, les matrones sont des femmes qui, depuis la période coloniale, assuraient des services de soins et d'accompagnement auprès de ces communautés. Elles soignaient les captif.ve.s qui tombaient malades, agissaient comme « médecin-feuille» pendant la guerre de l'Indépendance et pérennisent ce métier via l'accouchement (Damus,2020,p.1). Contrairement aux sages-femmes, (professionnelles formées par l'Institut national supérieur de formation de sages-femmes (INSFSF)), elles ont acquis leurs savoirs à travers leurs expériences personnelles et/ou en assistant des aînées et à l'aide de transmission orale. À l'inverse des doulas françaises (Négré & Cascales, 2016), les matrones haïtiennes interviennent dès la période de grossesse⁴. Elles soignent certaines affections liées à la grossesse comme l'hémorragie et l'anémie. Elles préparent la femme, facilitent l'accouchement, prescrivent des breuvages naturels et formulent des recommandations alimentaires pour favoriser la sécrétion du lait (Bijoux, 1990; Damus, 2020). Au-delà de la dimension physique, les soins prodigués par les matrones répondent à un besoin de sécurité spirituelle et émotionnelle lors de l'accouchement (Damus, 2020). Bien que les matrones procèdent à l'accouchement, les soins post-partum ordinaires sont administrés par les membres de la famille ou des proches. La matrone apporte également un soutien émotionnel et de l'information sur les soins périnataux populaires à la femme et à la famille. Dans ce contexte, la douleur de la femme est vécue avec empathie et dans une perspective qui valorise sa vision du monde. Cette dimension centrale, pour les parturientes, demeure largement absente de

⁴ Le concept de matrone est un équivalent de doula en France et au Canada. À la différence, en Haïti, les matrones procèdent à l'accouchement et interviennent sur les questions thérapeutiques. Elles acquièrent leur savoir par expérience ou par transmission orale.

l'approche biomédicale. Ainsi, Georges (2021) plaide pour une collaboration entre les prestataires des deux médecines pour plus d'accès aux soins maternels en Haïti. Ces études, bien que dépeignant les soins somatiques locaux, délaissent les soins psychologiques.

Cependant, la problématique de la santé mentale des femmes haïtiennes en milieu populaire et rural après l'accouchement est documentée par Gilbert & Gilbert, (2017) puis, par Joseph (2023). Selon Gilbert & Gilbert, (2017), les jeunes femmes haïtiennes qui font l'expérience de la maternité précoce non planifiée sont confrontées à une « absence de soutien ainsi que par des sentiments négatifs et un lien mère-enfant ambivalent » (p.91). Elle souligne que la croyance (Dieu) des participantes constitue une résilience pour elle pour subvenir aux difficultés de la grossesse. Joseph (2023) corrobore cette thèse en montrant comment « le sang monte dans le lait »⁵ des Haïtiennes monoparentales issues de la paysannerie à cause des conséquences qui s'en suivent : « l'abandon paternel, l'échec scolaire, l'appauvrissement, la migration et l'enfermement dans le service domestique » (Joseph, 2023). Si leurs études apportent un regard nouveau sur les difficultés rencontrées par les femmes au cours de leur expérience de maternité, les mécanismes de résilience pendant le post-partum sont peu explorés. D'où l'importance de comprendre les trajectoires, les contraintes, le rôle de l'entourage et les actes décisionnels des femmes dès leur grossesse jusqu'à leur première année après l'accouchement.

Ainsi, cette étude s'intéresse aux soins somatiques et aux soins physiologiques dans les deux modèles de soins qui coexistent en Haïti, notamment dans le département de

⁵ Traduction de la dépression post-partum. En créole : *San monte nan lèt*

l'Ouest. Notre question est ainsi formulée : comment les femmes haïtiennes construisent-elles leur itinéraire thérapeutique périnatal de 2019 à 2023 ? Autrement dit quels sont les éléments contextuels et structurels autour des choix thérapeutiques ? Quels sont les mécanismes mis en place pour répondre aux besoins éprouvés ? Et quel est le sens de leurs choix ?

Ce travail comporte trois objectifs :

- Analyser les difficultés d'accès aux soins chez les résidentes du département de l'Ouest de 2019 à 2023 ;
- Comprendre la représentation sociale de l'expérience périnatale et les différents besoins des femmes ;
- Documenter leurs itinéraires thérapeutiques au cours de cette période.

Cette thèse est divisée en six chapitres. Dans le premier chapitre, j'expose une évolution sociohistorique de la santé périnatale dans le monde, une définition du concept de la périnatalité, une présentation de l'état des lieux en Haïti, ma question de recherche ainsi que mes objectifs. Le deuxième chapitre présente l'orientation théorique de ma recherche. J'aborde la pertinence de la perspective décoloniale et l'importance du genre dans ma recherche. Le troisième chapitre présente le cadre méthodologique. C'est-à-dire l'approche méthodologique utilisée pour aborder le problème, les techniques de production de données ainsi que le processus de traitement. Le quatrième chapitre documente le contexte autour de l'itinéraire thérapeutique périnatal et des droits reproductifs des participantes. Il met en lumière les difficultés d'accès, les rapports de pouvoirs et l'émergence d'une ambivalence de la maternité. Le cinquième chapitre

consigne les choix effectués par les participantes pour avoir les soins, accoucher et avoir de bonnes conditions psychiques. Le dernier chapitre présente une discussion autour des résultats obtenus, la contribution de notre étude, ses limites, des pistes de recherche pour le futur ainsi que des propositions.

CHAPITRE II- L'ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE PÉRINATAL AU REGARD DE LA PERSPECTIVE FÉMINISTE DÉCOLONIALE

Malgré les biais du recrutement en ligne, la triangulation de l'analyse des données me permet de situer cette étude dans la perspective féministe décoloniale. Dans cette optique, l'analyse des pratiques de soins n'est dissociée ni des contextes sociohistoriques dans lesquels elles s'inscrivent ni des rapports de domination qui les traversent. Ainsi, la hiérarchisation des modèles de soins, les inégalités structurelles et la reproduction des rapports coloniaux dans le système sanitaire haïtien sont analysées à la lumière de la perspective décoloniale et de la sociologie des absences. Ce cadre théorique permet de comprendre comment les rapports de pouvoir dans le système sanitaire se jouent pour produire une limitation de l'accès aux soins et exposent les femmes à des risques biomédicaux de façon durable. De ce fait, les choix thérapeutiques des femmes sont compris comme des pratiques contraintes, négociées et situées (historiquement, socialement et spatialement) qui répondent à des besoins multidimensionnels plutôt que comme des oppositions idéologiques totales entre biomédecine et savoirs populaires.

2.1. Colonialité de la santé

La pensée décoloniale est née et théorisée par les intellectuels des Suds depuis 1992, à l'occasion du 500^e anniversaire de l'arrivée des européens/colons dans les Amériques et de l'avènement du système-monde moderne. Selon Hernandez & Madriaza (2024), Anibal Quijano a été le premier à évoquer la question de la division raciale du travail lors de la colonisation, qui est au cœur de cette théorie. Cette pensée fait état de la continuité historique des relations de domination, de conquête, d'exploitation et de mépris que développent les pays colonisateurs dans les anciens territoires colonisés

(Mignolo, 2013). Elle appréhende la pérennisation des formes de colonialité sur les systèmes sociaux et les structures mentales même après le départ officiel de l'administration coloniale (Grosfoguel, 2014). Cette colonialité se manifeste à travers les modèles mentaux coloniaux (Gautier et al., 2022), c'est-à-dire, l'intériorisation d'idées, de valeurs, de perceptions et de croyances qui produisent l'absence de tout ce qui n'entre pas dans le registre de l'«universel».

Alors que la médecine occidentale se veut universelle, fort souvent, elle n'est pas accessible à tout le monde. Quand c'est le cas, elle est utilisée comme outil de contrôle et d'adaptation sans contester les conditions matérielles qui sont capables d'exposer certains corps à des risques accrus de la maladie. En effet, Dorlin (2009) soutient qu'à Saint-Domingue, la médecine coloniale a joué un rôle central dans la racialisation du corps noir et reproduisait l'idéologie esclavagiste en prodiguant des soins différenciés et en produisant une hiérarchisation physiopathologique. En dépit du fait que les déporté.e.s d'Afrique étaient les plus touché.e.s par la maladie et par la mort, ils/elles étaient perçu.e.s par les soignants comme étant capable d'endurer les affres de la géhenne coloniale. Cette réflexion fait écho à la thèse développée par Fanon (1925) sur les traitements des troubles mentaux en contexte colonial algérien. Il conteste la catégorie classique de psychoses réactionnelles utilisée par la psychiatrie française pour décrire et traiter les troubles mentaux vécus par les colonisé.e.s, tout en fermant les yeux sur la guerre coloniale, qui constitua la cause profonde de la majorité de ces malaises. À ce stade, les soins visaient simplement l'adaptation « du colonisé » à son milieu social colonial du fait qu'il est considéré comme « une négation systématisée de l'autre, une décision forcenée de refuser à l'autre l'attribut d'humanité » (p.237)⁶. Dans ce système

⁶ Sa thèse porte sur la population algérienne qu'il a lui-même soigné.

d'occultation de l'autre, les soins somatiques procurés servaient d'outil de signalement aux autorités coloniales et les recettes médicales (le « sérum de vérité » par exemple) étaient utilisées comme moyen de tortures (Fanon, 1959).

De cette utilisation de la médecine occidentale, en contexte colonial, est née une méfiance chez les peuples colonisés et une amplification de recours à leur propre médecine pour se soigner. Il paraît que celle-ci, bien que louée pour sa vertu thérapeutique, était systématiquement discriminée. Aux yeux des colons, il était dangereux de laisser les colonisé.e.s exercer le pouvoir de la vie et de la mort :

[...] il a essayé à plusieurs reprises d'extirper aux esclaves leur savoir, mais que ces derniers préfèrent garder leur « secret inviolable ²⁷ », quels que soient la somme d'argent ou les biens qu'on leur propose en échange [...] Du côté des colons, des planteurs et des négriers, les connaissances médicales des esclaves fascinent et terrifient : si les Africains sont capables de sauver des vies, ils sont également capables de tuer (Dorlin, 2009, p. 240-241)⁷.

La peur des colons a produit la disqualification des pratiques thérapeutiques non occidentales, la marginalisation des prestataires et la hiérarchisation des savoirs. Je souhaite, toutefois, souligner que je ne suis pas en train de qualifier la médecine occidentale de coloniale, ce temps est révolu. Mais, je conteste la pérennisation de certaines pratiques coloniales dans la médecine occidentale à travers la mondialisation de la santé.

Bien que les données probantes montrent que les soins de la médecine populaire persistent dans les choix thérapeutiques des haïtien.ne.s, ils ne bénéficient pas pour autant d'une reconnaissance officielle ni de l'État haïtien ni des politiques extérieures. L'universalisme choyé par ce système-monde moderne préfère la généralisation aux

⁷ En référence à un colon français et auteur des manuscrits sur la gestion de la maladie dans la colonie de Saint-Domingue.

particularités, alors que les « États faibles » ne possèdent aucune influence sur la division du travail (Wallerstein, 2009, p. 52). Par conséquent, la plupart d'entre eux n'a pas d'autre choix que de pérenniser le racisme et le colonialisme à travers leur administration publique. À la manière de Casimir (2018), je classe l'État haïtien de colonial et raciste par sa dépendance vis-à-vis de l'extérieur et par son « mépris » exprimé à l'égard des connaissances et des pratiques populaires. En effet, depuis l'occupation américaine d'Haïti, la formation des médecins haïtiens et le fonctionnement du MSPP sont largement influencés par les États-Unis. De plus, la santé reproductive est principalement financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) (Pierre-Charles, 2024). Cette dernière ne se limite pas à un rôle de bailleur de fonds ; elle participe activement à l'orientation des décisions politiques et sanitaires du pays.

Dans une telle condition, la sociologie des absences de Santos (2011) a toute sa pertinence, car elle permet, d'une certaine façon, de se distancier de certaines critiques adressées aux pratiques thérapeutiques populaires, d'analyser leurs persistances dans les choix des groupes de femmes, qui sont censées garder une certaine distance avec elles.

Dans cette perspective, cette posture théorique vise à :

[...] rendre possibles les objets impossibles, de rendre présents les objets absents. La non-existence est produite chaque fois qu'une certaine entité est tellement disqualifiée qu'elle disparaît et devient invisible ou qu'elle est défigurée au point de devenir inintelligible (p.34).

À ce propos, (Gautier et al., 2022; Pierre-Charles, 2023; Ridde & Guillard, 2022) montrent comment la colonialité persiste dans la santé par le biais de la mondialisation, par l'universalisation des approches et des échelles de mesure et par sa capacité à reléguer les modèles de soins non occidentaux au rang subalterne. En d'autres termes,

la mondialisation de la santé est le revers de la médaille de la colonialité de la santé. D'autant plus que cette mondialisation est apparemment « légitime » parce qu'elle tourne autour de la maîtrise du risque, de la vie et de la mort (Hours, 2003). De ce fait, il convient à l'Occident d'universaliser, voire imposer ses modèles, à travers toutes sortes de dispositifs. Cette volonté d'universalisation est surnommée par Hours (2003) « la domination par la santé ». Elle cache des intérêts économiques et place les individus dans une dépendance au marché de la santé :

La progressive privatisation de la santé à laquelle nous assistons se traduit par un paiement croissant des services par les usagers, comme si ceux-ci, une fois rendus dépendants par les besoins, devenaient des clients captifs du marché planétaire de la santé dont il faut souligner le poids économique est considérable en termes pharmaceutiques, biotechnologiques et génétiques (p.40)

Pour ce faire, cette globalisation/ mondialisation se présente sur trois facettes :

Elle est économique par le marché mondial, humanitaire par la diffusion et l'imposition des normes occidentales, de moralité et de droits, sanitaire enfin lutter contre le mal (la maladie, la souffrance, la mort) porte une énorme dynamique pour définir le bien (p.45).

Autrement dit, la santé n'est pas exclusivement médicale. Elle est aussi économique, éthique et politique. Par conséquent, le plus rentable est aussi le modèle le plus promu, financé et universalisé.

Ainsi s'explique, l'omission des pratiques populaires dans les évaluations des OMD en santé dans les pays des Suds comme Haïti. En effet, l'évaluation de l'amélioration de la santé maternelle en Haïti a été réalisée exclusivement à partir de deux indicateurs : le taux de mortalité maternelle (TMM) et l'accouchement assisté par le personnel qualifié. Par conséquent, les prestataires de la médecine populaire sont disqualifiés, alors qu'elle couvre la majorité des accouchements jusqu'en 2018 (Institut haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF, 2018). Ce racisme systémique, qui caractérise l'universalisation de la santé,

ignore complètement les inégalités structurelles, les héritages ancestraux et marginalise les soins à domicile au profit d'une prise en charge marchande et froide. Or, dans la division internationale en santé, Haïti ne dispose ni de mêmes ressources financières ni assez de matériels ou encore de personnel suffisant pour répondre à la demande en santé telle que les échelles de mesure « universelles » le recommandent. C'est ce qui me pousse à comprendre comment les femmes construisent leurs itinéraires thérapeutiques périnataux en cette période de violence de tout genre.

2.2. Importance de la perspective féministe décoloniale dans l'analyse des choix thérapeutiques

Le genre dans l'analyse décoloniale a été initié par Quijano (2007) pour conceptualiser la notion de colonialité du pouvoir. Cette dernière renvoie à un processus de hiérarchisation des populations en fonction de la race, de classe et de genre (sexe chez Quijano) pour mieux installer sa domination. Si cette théorie a trouvé une légitimité chez les intellectuelles du Sud pour appréhender leurs réalités sociales, à travers plusieurs écoles de pensée, elle a été critiquée par les féministes de l'époque, notamment Lugones (2019) qui lui reprocha de naturaliser le sexe et de ne pas se tenir compte des recherches féministes sur l'intersectionnalité.

En effet, la philosophe argentine María Lugones est la première à asseoir la théorie féministe décoloniale. Elle a introduit la notion de colonialité du genre pour critiquer la vision binaire du genre, l'hétérosexualité reproductive et la hiérarchisation entre femmes et hommes dans le « système de genre moderne/colonial » (Lugones, 2019). Elle montre que la colonisation produit des valeurs et des normes différenciées de genre que ce soit en Europe, en Afrique ou en Amérique, tout en insistant sur la différence de traitement

colonisatrice/ colonisée qu'elle appelle côté clair/ côté obscur du genre. Si les premières ont été traitées comme des subordonnées et perçues à travers des stéréotypes et rôles sexués, les secondes ont été traitées comme des animales.

Dans cette optique, Vergès (2020) plaide pour une approche féministe décoloniale anticapitaliste, antipatriarcale et antiraciste en insistant sur la mobilisation des femmes pour s'attaquer à l'État et aux structures de « violence d'oppression ». Dans la recherche, cette pensée se traduit concrètement à travers trois principes, selon Romulus (2018) : « Le questionnement des récits politiques eurocentriques, la recherche de narratifs passés sous silence et la reformulation des théories et politiques à partir de l'expérience des subalternes » (p.37).

À ce titre, le travail de Quiroz (2021) est significatif dans le sens qu'elle aborde la naissance comme un espace de tension où s'imbriquent les rapports de classe, de race et de genre. Elle dénonce la domination masculine, blanche et bourgeoise dans l'histoire obstétrique du Pérou au XIX^{ème} siècle, alors que les sages-femmes « traditionnelles » et les savoirs des parturientes sont complètement absents. Elle montre comment les parturientes péruviennes perdent leur pouvoir d'agir sur la grossesse et la maternité selon leur race et leur classe. Les résultats de son article révèlent que les femmes blanches et blanche-métisses de classes moyennes et aisées qui accouchent à l'hôpital reçoivent une attention plus soignée que les Péruviennes racisées, autochtones et afrodescendantes alors qu'à domicile, le processus de l'accouchement est davantage centré sur celles-ci. Par ailleurs, Vergès (2017) soulève la question de la racialisation du travail du care et de l'exploitation du corps noir féminin pendant l'époque coloniale. Elle soutient que les femmes noires travaillaient comme des domestiques des blanches et que leur ventre a été utilisé pour reproduire la main-d'œuvre esclavagiste.

À Saint-Domingue, alors que les femmes européennes enceintes et accouchées étaient considérées comme souffrantes et fragiles, les captives enceintes étaient soumises aux mêmes traitements et aux mêmes règlements que les hommes (Dorlin, 2009). Aucune considération en lien avec la grossesse. En ce sens, ce focal me permet de mieux situer les participantes historiquement et socialement.

Par ailleurs, dans la reproduction, les femmes, de par leur capacité à donner naissance sont beaucoup plus exposées à la médicalisation (Batram-Zantvoort et al., 2021; Dessureault, 2015; Laurendeau, 1983), c'est-à-dire qu'elles sont les plus susceptibles à se soumettre à un examen médical et subir une intervention chirurgicale. Même si des personnes transgenres possédant un utérus sont capables de donner naissance, la majeure partie sont toutefois des femmes. Par conséquent, elles sont les premières à être directement touchées aux effets iatrogènes et aux mauvais traitements dans le processus de la naissance. Cela ne veut pas dire pour autant que les proches ne sont pas affectés. À ce propos, Dessureault (2015) montre que l'expérience d'accouchement par césarienne représente un moment de stress intense pour les pères et peut affecter leur estime d'eux-mêmes. Toutefois, il y a lieu de souligner que cela diffère de celle de la mère.

C'est dans cette perspective que j'inscrive mon travail dans le sens que d'une part, en Haïti, ni le niveau d'instruction ou plus, ni un emploi ne classifient pas les participantes dans une position de domination dans la société haïtienne et que d'autre part, le département de l'Ouest est le plus inaccessible en termes de disponibilité des soins. Cette posture me permettra d'analyser les différents obstacles qui pèsent sur les choix thérapeutiques des femmes ainsi que leur expérience de périnatalité.

CHAPITRE III- CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

La traçabilité ou encore la cohérence est l'un des critères de validité / scientificité en recherche qualitative, c'est-à-dire qu'il se doit de préciser l'ensemble des dispositifs utilisés et les postures adoptées pour mener à bien la recherche (Guillemette & Luckerhoff, 2015; Tracy, 2010). Ainsi, l'objectif de cette partie est de présenter le cadre méthodologique qui a guidé tout le processus de notre travail. J'exposerai, l'approche méthodologique, la méthode, les techniques de production et d'analyse de données, les stratégies de recrutement, les critères de participation, les considérations éthiques, une description du profil sociodémographique des participants dans la réalisation de notre recherche et notre positionnalité sur le terrain.

3.1. Approche qualitative et considération autour de l'itinéraire thérapeutique

Cette étude s'inscrit dans la méthodologie qualitative parce qu'elle vise avant tout à comprendre et interpréter le sens des parcours thérapeutiques des femmes haïtiennes de 2019 à 2023. En effet, le but de toute recherche qualitative vise à « saisir plus facilement l'historicité et la complexité du social et son caractère subjectif » (Gaudet & Robert, 2018, p. 8). Par ailleurs, par itinéraire thérapeutique périnatal dans ce travail, je me réfère aux trajectoires individuelles et sociales des femmes pour répondre aux besoins en termes de soin de santé. Plus précisément, par ce terme, je désigne la combinaison des soins physiologiques et psychologiques, reconnus ou non, obtenus par les femmes en période périnatale. En d'autres termes, ma recherche décrit les expériences vécues par les femmes, les interactions avec les systèmes sanitaires qui influencent l'accès au soin plutôt que de présenter des tendances globales (Santelli, 2019). Toutefois, la compréhension et l'interprétation du sens varient en fonction du cadre épistémologique

et de l'approche de l'étude (Savoie-Zajc, 2013). Dans ce cas, d'une part, j'ai analysé « les conditions à partir desquelles les processus d'interprétation et de compréhension vont s'organiser » (2013, p. 13). C'est-à-dire la disponibilité des soins, le contexte et les origines sociales des participantes. D'autre part, une attention a été portée sur les stratégies en marge du système de soin biomédical. En ce sens, j'ai répertorié toutes les stratégies employées par les femmes haïtiennes pour avoir des soins pour elles-mêmes et leurs enfants, ainsi que de comprendre les logiques sous-jacentes de ces choix.

3.2. La théorisation enracinée comme approche méthodologique et technique d'analyse : de l'expérience des femmes à l'émergence de la théorie

Pour conduire cette recherche, j'ai adopté la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE) comme approche méthodologique, mais j'ai combiné quelques étapes de la technique d'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes (Paillé, 1994) et des trois strates d'analyse (analyse verticale, horizontale et théorisante) de Gaudet & Robet (2018). En effet, la théorisation enracinée est une approche méthodologique générale dans la recherche qualitative qui permet de construire une théorie à partir des données du terrain (Guillemette & Luckerhoff, 2015; Méliani, 2013). Dans ce travail, elle sert à construire une théorie sur l'itinéraire thérapeutique en santé périnatale des femmes haïtiennes à partir de leur récit. C'est une démarche inductive et itérative qui concorde avec nos objectifs et notre méthode en lieu et place d'une approche où l'on cherche à infirmer ou confirmer des hypothèses pré-définies. Elle m'a permis de réaliser d'abord le terrain pour qu'émerge une théorie à la suite. Guillemette et Luckerhoff (2015) identifient l'échantillonnage théorique et la saturation théorique comme deux principes centraux de l'analyse par théorisation enracinée, lesquels s'articulent avec d'autres techniques usuelles dans le traitement des données qualitatives telles que le codage, la

catégorisation et l'organisation (2015, p.4-6). En fait, après avoir transcrit mes entretiens, j'ai lu, étiqueté, et codé chaque élément significatif. Certains codes ont émané du terrain et d'autres ont été proposés en amont. À travers les récits des participantes, j'ai regroupé les codes pour décrire des phénomènes plus larges de l'itinéraire thérapeutique, il s'agit de la catégorisation. À l'étape de la modélisation, j'ai lié les catégories entre elles pour trouver des liens (dépendance, ressemblances, hiérarchiques, fonctionnelles). J'ai également identifié des événements clés (désorganisation politique et sociosanitaire) des actes décisionnels (séjour chez des proches après l'accouchement, migration pour accoucher), des repères temporels qui me permettent de reproduire le contexte structurel et conjoncturel qui caractérise l'itinéraire des participantes. Ici, j'emprunte le concept d'acte décisionnel à la place des bifurcations (Bidart, 2006) pour traduire le moment où la femme a dû prendre des décisions pour se confronter à une situation. Ils peuvent s'agir d'imprévisibilité tout comme ils peuvent être des « changements plus ou moins attendus » (Garneau, 2015, p. 13).

Parallèlement, j'ai produit un résumé condensé sur les pratiques des participantes, les conditions sociales des itinéraires thérapeutiques et le contexte de production des documents (analyse verticale), j'ai comparé les entretiens pour déterminer les niveaux de similarités et de divergences (analyse horizontale) avant d'arriver à la phase de conceptualisation supérieure (analyse théorisante) Gaudet & Dominique (2018, p. 149).

Par ailleurs, selon Méliani (2013, p. 437) dans l'approche de la méthodologie enracinée, il existe six étapes fondamentales, mais j'ai suivi quelques-unes d'entre-elles:

- 1) L'échantillonnage théorique : en respect de ce principe, j'ai procédé à une sélection graduelle d'entretiens (parmi tout ce qu'on avait réalisé) qui sont aptes à produire une compréhension plus proche de l'itinéraire thérapeutique en santé périnatale des femmes haïtiennes au cours de la période étudiée : 2019-2023. Ceux-ci ont été choisis en fonction des caractéristiques sociodémographiques des participants et de la méthode d'accouchement. Deux autres critères, bien que moins dominants dans le recrutement, ont également été considérés en raison de leur importance analytique : la religion et le statut matrimonial. Parce qu'au départ, il y a eu une prédominance de femme mariée et protestante. J'ai également décidé de considérer le seul et dernier entretien que nous avons eu avec une femme célibataire pour son parcours enrichissant.
- 2) Contrairement aux principes de la recension des écrits scientifiques après l'analyse, j'ai volontairement suspendu la recension pendant le codage, afin de me concentrer d'abord sur la description de l'expérience des participantes. Par contre, comme le souligne, Gaudet et Robert (2018), j'ai fait un va-et-vient entre l'analyse et les lectures scientifiques sur le sujet. Ensuite, j'ai mobilisé des théories plus proches des réalités émergentes des données.
- 3) La sensibilité théorique : j'ai usé de ma capacité à lire les entretiens et à repérer des concepts rattachés aux perspectives théoriques spécifiques sans les imposer de manière rigide ;
- 4) La circularité de la démarche : j'ai effectué un mouvement continu et de manière itérative entre mon analyse et les récits des participantes.

Pour produire une analyse plus complète, j'ai utilisé des données collectées à l'aide des documents tels que les rapports statistiques (rapport EMMUS-VI, rapport statistique du

MSPP, le plan directeur en santé MSPP)⁸ des articles du journal Le Moniteur, les rapports des institutions humanitaires. J'ai également visionné une vidéo qui traite de la périnatalité. Ceci répond aux principes de la triangulation des données (Careau & Vallée, 2014; Hamel, 1998) et de grande rigueur (Tracy, 2010) qui constituent des critères fondamentaux de validité dans la recherche qualitative. Cette méthode m'a permis de produire une analyse proche du vécu des participantes. Une partie du processus a été soutenue par l'utilisation du logiciel NVivo et une autre partie manuellement.

3.3. Les techniques d'investigation

Selon Paillé (2021), une recherche qualitative implique un contact personnel avec les participants et une connaissance empirique de leur milieu. De ce point de vue, idéalement, une étude de l'itinéraire thérapeutique en santé périnatale inscrite dans la méthodologie qualitative nécessiterait une ethnographie du terrain. C'est-à-dire, séjourner dans le milieu pour comprendre les représentations des pratiques culturelles, décrire les modes de vie et observer les comportements des participants (Corbière & Larivière, 2020; Gaudet & Robert, 2018). En ce sens, j'avais prévu de me rendre en Haïti, pour mener des observations dans des établissements de santé et une séance de consultation avec une matrone. Ensuite, il s'agissait d'interviewer des femmes avec des profils sociodémographiques très différents et de passer du temps à leur résidence, si permise. Malheureusement, à cause du contexte sociopolitique d'Haïti, il m'a été impossible de m'y rendre. À la place, j'ai opté pour un terrain en ligne.

⁸ Voir la liste des sigles et acronymes pour les définitions. Mouka est un site internet dédié aux recherches sur le genre en Haïti.

3.3.1. Étude de cas inductive comme technique d'investigation

Parmi les différentes techniques pour aborder les faits sociaux, j'ai opté pour l'étude de cas. En effet, cette dernière est reconnue pour sa pertinence à « enquêter sur un phénomène, un évènement, un groupe ou un ensemble d'individus sélectionnés de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes » (Roy, 2003, p. 166). Il existe plusieurs types d'études de cas. Dans le cadre de cette recherche, il s'agit d'une étude de cas inductive. Dans une telle démarche, « il est essentiel de dépasser le niveau purement descriptif pour passer à l'interprétation et à l'explication, en dégagant des thèmes ou catégories, et en construisant une théorie à partir de ceux-ci (Roy, 2003, p. 141). Une démarche qui concorde avec la méthodologie enracinée utilisée dans le processus.

En outre, ma recherche répond à la définition citée plus haut de plusieurs manières. D'abord, le travail est centré sur une période précise qui est la périnatalité. Ensuite, le groupe concerné est la femme en quête de soins. De plus, l'unité géographique retenue dans le travail est celle du département de l'Ouest. Enfin, la délimitation temporelle allant de 2019 à 2023 constitue un autre aspect dans la considération de ce cas. Rappelons que 2019 marque l'année immédiate qui succède au début de la période des flambées de violence du dernier gouvernement élu en Haïti. C'est à partir de ce moment que les manifestations par le blocage total ou partiel des routes ont débuté (*peyi lòk*). Au cœur de ces troubles se trouvent les femmes enceintes qui procèdent de toutes les manières pour obtenir les soins de santé nécessaires. En ce sens, notre travail consistait à « recueillir des informations sur tous les aspects de la question et à la traiter comme une totalité opérante » (Roy, 2003, p. 165).

Le choix du département de l'Ouest repose sur les considérations suivantes. Tout d'abord, le département de l'Ouest est le plus peuplé d'Haïti. Sa population est estimée 4 444 002 habitants, soit 36,9% de la population totale (MSPP, 2023, p. 3). Parmi ces habitants, on trouve 106 656 enfants de moins d'un an et 1 088 780 femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans). Ce département est aussi le plus centralisé en termes de services sociaux de base. Il héberge tous les ministères et les différentes institutions importantes telles que la présidence, la primature et les services publics du pays. Même si des annexes existent dans les grandes villes des autres départements, leur fonctionnement demeure largement tributaire de la région de l'Ouest. Dans la plupart des cas, le recrutement du personnel et l'approvisionnement des matériels sont, dans la majeure partie du temps, assurés par les structures centrales situées dans ce département.

Sur le plan sanitaire, le département de l'Ouest est le mieux doté, que ce soit en termes d'infrastructures ou en personnels médicaux. À lui seul, il représente 36,35% des institutions sanitaires, 5763 sur 11775 personnels médicaux et 3564 sur 7595 lits d'hôpitaux disponibles (2023, p. 86-90) parallèlement, l'Ouest est le département le plus agité depuis la fin du mandat de l'ex- président Michel Joseph Martelly. Sous la présidence du défunt Jovenel Moïse, la situation a empiré. Les épisodes des *Peyi lòk* ont influencé amplement le fonctionnement des établissements de santé. Les conséquences vont jusqu'à la fermeture partielle et/ou totale des établissements dans des zones occupées par les groupes armés. C'est en ce sens que nous avons retenu cette unité comme étude de cas. En somme, nous avons étudié comment les femmes du département de l'Ouest, spécifiquement celles qui habitent l'aire métropolitaine, procèdent pour avoir des soins de santé périnatale et quel sens elles attribuent aux choix pour lesquels elles ont opté.

Tableau 1- Présentation de ressources sanitaires du département de l’Ouest en 2022⁹

Description	Population	Quantité pour l’Ouest	Pourcentage
Institutions sanitaires	-	-	36,35%
Personnel médical	11775	5763	48,94%
Nombre de lits d’hôpitaux	7595	3564	46,93%

Source : Rapport statistique 2022 de MSPP

3.3.2. L’entretien individuel semi-directif en ligne et tableau de soin par étapes

Pour réaliser ce travail, nous avons organisé 12 entretiens individuels semi-directifs auprès de dix femmes et de 2 prestataires de soins. Ensuite, à partir des récits des participantes, j’ai dressé un tableau de soin par étapes, que j’ai validé auprès d’elles. En effet, dans la perspective qualitative des parcours de vie ou précisément des parcours thérapeutiques, l’entretien est un instrument très utilisé pour sa capacité à documenter « comment le sujet participe à la construction de son parcours : ses décisions, ses contraintes, ses réactions devant les contingences » (Gaudet et al., 2013, p. 34). Cet outil a été utilisé parce qu’il est adapté à mon objectif qui est principalement de documenter les trajectoires en santé périnatale des femmes haïtiennes allant de la période de 2019 à 2023. À l’aide d’une fiche signalétique, j’ai produit des données sur le profil

⁹ Tableau réalisé à partir des informations du rapport de 2022 de MSPP. Les prestataires de soins de la médecine traditionnelle en Haïti ne sont pas comptabilisés dans ce rapport. Le personnel médical est réparti comme suit : 2032 médecins, 411 infirmières, 165 sages-femmes et 1155 auxiliaires (p.86-90).

sociodémographique des participantes. Puis, j'ai utilisé un guide élaboré pour la collecte des données sur les démarches entreprises, les soins recherchés et reçus au cours de chaque phase, le rôle de l'entourage, la trajectoire et les cheminements dans la recherche des soins ainsi que les obstacles rencontrés, les stratégies de contournement et l'influence du contexte de crise sociopolitique et sociosanitaire sur l'accès aux soins. L'entretien semi-directif a également permis d'ajuster les questions et d'explorer de nouvelles pistes. Parmi celles-ci. J'ai cherché à comprendre les causes de la césarienne, étant donné que les quatre premières participantes recrutées ont accouché par césarienne plutôt que par voie vaginale. Certaines femmes ont parlé de leur dépression post-partum, j'en ai profité pour explorer ce que cela signifiait pour elle et documenter leur itinéraire au cours de cette phase. Enfin, j'ai annulé certaines questions qui n'étaient pas cadrées avec le profil des participants.

Par ailleurs, mon tableau de soin par étapes s'inspire du calendrier de vie (Gaudet & Drapeau, 2021) et de la description du butinage médical de Fosso (2011) tout en les revisitant pour le besoin de ma recherche. De manière générale, le calendrier de vie « permet de structurer et de dater chronologiquement les événements des trajectoires d'un parcours de vie [...]. Il facilite la production des données longitudinales » (2021, p. 62). Par ailleurs, Fosso (2011) présente petit un tableau pour chaque cas étudié qui contient les événements pathologiques, les recours thérapeutique, l'étiologie et le type de soin. Tandis que mon tableau de soins par étapes vise de préférence à organiser les types de soins obtenus selon l'étape de la périnatalité, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques de chaque participante, dans l'objectif de produire une meilleure compréhension du parcours des femmes.

3.4. Le recrutement, critères de participation et considérations éthiques

Les femmes et les deux (2) prestataires de soins sont recrutés au moyen de deux techniques. Dans un premier temps, j'ai publié une affiche sur mes pages Instagram et LinkedIn ainsi que des groupes de professionnels sur WhatsApp. Mon affiche contenait des informations sur le sujet, les critères de participation, le nom de l'université, notre programme d'études, les coordonnées de notre directrice et du bureau éthique ainsi que les nôtres, les langues adoptées pour les entrevues, la durée prévue et les modalités de participation. Dans un second moment, j'ai recruté par la technique de boule de neige à partir des participantes interviewées tout en respectant les principes éthiques liés à son utilisation (Gaudet & Robert, 2018)¹⁰. Des camarades et ami.e.s m'ont aidé à relayer l'affiche sur leur profil, les femmes et les prestataires de soins intéressés par l'étude m'ont contacté directement par le biais de WhatsApp.

3.4.1. Les critères de participation et les considérations éthiques

La population de mon étude est des femmes qui ont mené à terme une grossesse et deux prestataires qui ont procuré des soins de santé périnatale allant de 2019 à 2023 dans le département de l'Ouest en Haïti.

Au départ, les critères spécifiques de participation étaient :

- Être âgée de 18 ans et plus ;
- Résider dans le département de l'Ouest en Haïti ;
- Femmes ayant mené à terme une grossesse entre 2019 et 2023 ;

¹⁰ J'ai demandé aux participantes de parler de ma recherche à d'autres femmes accouchées pendant la période couverte par l'étude. J'ai partagé mon numéro de contact et courriel pour me joindre au besoin.

- Prestataires ayant fourni des soins à une femme enceinte ou accouchée de 2019 à 2023.

Deux participantes avaient conçu deux grossesses pendant la période étudiée. Cependant, J'ai documenté la grossesse la plus récente, sans faire ombre aux expériences de la première grossesse qui influencent le parcours de la seconde. Cette décision a été guidée par le souci d'éviter des biais de mémoire et d'anticipation trop importants. Parce que dans le récit sur les parcours : « à divers moments du scénario, la personne opère un double mouvement de relecture de ces données alimentant son environnement et son bagage, ainsi que d'anticipation de ce qu'elle pourrait en faire par la suite » (Bidart, 2006, p. 40).

Une fois contactés, une lettre d'invitation et un formulaire de consentement ont été distribués avec les objectifs de la recherche, le processus de protection, de sauvegarde et d'utilisation des données ; la garantie de la confidentialité et leur droit comme volontaire et libre de se retirer à tout moment, comme recommandé par le bureau éthique de l'Université d'Ottawa. Ensuite, j'ai déterminé conjointement une plage horaire pour répondre à leurs questions et éventuellement procéder à l'entrevue, selon leur disponibilité. Enfin, j'ai vérifié de quelle manière ils aimeraient être restitués (Sabourin & Mondain, 2009). Elles ont toutes opté pour un partage du projet en version électronique et des ressources sur la périnatalité.

3.4.2. Déroulement du terrain en ligne et processus d'ajustement

Comme susmentionné, l'objectif était de recruter exclusivement des personnes qui résident actuellement dans le département de l'Ouest. Deux scénarios m'ont amené à reconsidérer ce critère. D'abord, la crise sociopolitique actuelle oblige plusieurs résidents à quitter le département de l'Ouest pour s'établir dans d'autres espaces plus

sécuritaires du pays. Ensuite, beaucoup de personnes ont migré vers d'autres pays également. Puisque je n'ai pas pu être physiquement sur le terrain pour recruter, j'ai modifié ce critère en : « avoir résidé dans le département de l'Ouest de 2019 à 2023 », même si la personne était en déplacement vers les villes de province ou à l'étranger. Une autre considération porte sur le lieu de l'accouchement. L'une des participantes avait résidé en Haïti pendant la période étudiée, mais avait émigré aux États-Unis pour accoucher. J'ai retenu sa participation pour plusieurs raisons. D'abord, la mobilité transnationale en santé périnatale constitue un phénomène courant en Haïti, mais l'expérience de ces femmes demeure peu documentée dans la littérature, y compris dans les études les plus récentes (Mathon et al., 2019)¹¹. Après son accouchement, la participante était retournée vivre en Haïti. Ensuite, une autre participante, précisément, la mère célibataire s'est rendue dans sa ville natale pour accoucher. La migration vers les villes de province pour accouchement est un autre phénomène très courant en Haïti qui est d'ailleurs effleuré par Joseph (2022) dans sa recherche sur la violence de la reproduction. Bien que leurs cas ne puissent pas être généralisés, ils offrent néanmoins un éclairage pertinent qui permet de dresser un portrait sociologique plus proche de la réalité en Haïti. Les participant-e-s ont été recruté-e-s à travers cinq communes du département de l'Ouest : Carrefour, Delmas, Pétion-Ville, Port-au-Prince, et Croix-des-bouquets. D'autres participant-e-s résident actuellement aux États-Unis.

¹¹ La mobilité thérapeutique transfrontalière des Haïtiens vers la République dominicaine a récemment été étudiée par Masson, sans toutefois inclure les femmes enceintes dans l'échantillon. Or, en Haïti, il est très courant que des femmes issues de la classe moyenne choisissent de recevoir leurs soins prénatals dans le pays, puis d'accoucher à l'étranger, le plus souvent en république voisine ou en Amérique du Nord (notamment au Canada et aux États-Unis), selon leur situation économique.

Toutes les entrevues se sont déroulées à distance de février 2025 à mai 2025, ce qui nous a permis de fixer des rencontres adaptées à la disponibilité des volontaires (de jour, de soir et une fois à minuit). Les entretiens ont été réalisés dans les deux langues officielles d'Haïti, le créole haïtien et le français (au besoin), en utilisant trois plateformes de communication : Microsoft Teams de l'Université d'Ottawa, l'application WhatsApp et Zoom. Chaque entretien a duré entre 45 et 60 minutes. Avec l'accord des participants, les entretiens menés via WhatsApp ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone intelligent tandis que ceux réalisés sur Teams et Zoom ont été enregistrés à l'aide de la fonction d'enregistrement intégrée à la plateforme (sans activation de la vidéo).

3.5 Profil sociodémographique des participant-e-s

Pour respecter le principe de confidentialité et d'anonymat, j'ai choisi des noms fictifs pour différencier les participantes et les prestataires de soin. Aucun nom réel et aucun établissement de santé ne sont nommés. J'ai omis certains détails pour protéger l'identité des participantes et réduire les facteurs identificatoires. J'ai mené 12 entretiens au total. Mais, je n'ai présentée que les neuf retenus pour l'analyse parce qu'on avait atteint la saturation des données.

Mariana est une femme mariée et multipare du début de la quarantaine (42 ans). Elle a accouché de son troisième enfant par césarienne, en 2022. Bien qu'elle habitât à Cité-soleil au moment de la grossesse, elle a accouché à Pétion-ville pendant un *lock down*¹². Après quelque temps, les gangs armés ont pris le contrôle de son quartier et elle vivait à Croix-des-bouquets, chez une proche de la famille, au moment de l'entrevue. Pour le couple de Mariana et comme beaucoup d'autres participantes, cette grossesse constituait

¹² Une variation du *peyi lòk*. C'est la paralysie totale de la circulation dans les aires métropolitaines.

en elle-même un moment de bifurcation, car, elle ne faisait partie de leur plan de trajectoire. À cause de cette grossesse, Mariana a dû repousser la rédaction de son mémoire de fin d'études et abandonner d'autres projets professionnels et personnels nourris depuis plusieurs années. Bien que disposant d'une couverture d'assurance de santé publique, la participante était contrainte, par la force des événements, d'accoucher dans un établissement privé, ce qui, d'après elle, a pu lui sauver la vie, mais lui a valu beaucoup d'argent.

Sofia est mère de deux enfants et est mariée. Elle est âgée de 34 ans et a eu son second enfant en 2023. L'accouchement a eu lieu à Port-au-Prince dans un établissement privé par voie de césarienne. Après l'accouchement, Sofia n'a pas pu retourner chez elle, parce que les groupes armés avaient pris son quartier en otage. Elle a dû séjourner chez des proches pendant un moment, ce qui a eu des conséquences néfastes sur elle-même et sa santé psychologique. Actuellement, la participante occupe un poste d'administratrice dans une banque. Toutefois, ni elle ni son mari n'ont pas voulu avoir d'enfant pendant cette période. Parce qu'elle voulait changer d'emploi. Elle a fini par l'accepter, après avoir su que c'était une fille. Car, elle a déjà eu un garçon. Pour elle, c'était une opportunité de clore le chapitre de la maternité.

Vania est une femme primipare de 31 ans résidant à Carrefour. Elle est mariée, universitaire et de confession protestante. En 2023, elle a mis au monde son second bébé par césarienne dans un établissement de santé de Carrefour. Un an avant, elle a perdu son premier enfant avant la naissance. Cette première expérience a beaucoup guidé les choix des professionnels avec qui elles voulaient avoir des soins. Actuellement maman et femme au foyer, auparavant, elle travaillait dans la restauration avant la grossesse.

Joceline est une diplômée de l'Institut national supérieur de formation de Sages- femmes à Port-au-Prince (INSFSF). Après sa résidence en service social, elle a eu un contrat dans une organisation non gouvernementale (ONG) pour travailler auprès des femmes dans une communauté rurale. Suite à cette expérience, elle a passé trois mois dans un hôpital situé dans un quartier contrôlé par les groupes armés. Malheureusement, elle n'a pas pu terminer le contrat parce que c'était devenu inaccessible. Mais, depuis bientôt une année, elle travaille dans un hôpital à Croix-des-bouquets.

Bérénithe est une femme primipare de 27 ans. Elle est mariée et accouché une fille par césarienne en 2023. La participante est protestante, elle évolue dans le domaine médical et son mari est un cadre d'une entreprise privée. Bérénithe habite à Pétion-ville. C'est son enfant unique. Mais, elle a eu des expériences dans le soin des enfants de sa sœur. Elle, non plus, ne voulait pas avoir d'enfants lorsqu'elle a eu la nouvelle. Elle venait de commencer un emploi qui lui avait clairement mentionné qu'elle ne devrait pas tomber enceinte avant d'avoir travaillé pendant deux ans à la compagnie.

Dr Mario est proche de la cinquantaine. Il a commencé ses études en médecine à Cuba, puis a entamé sa spécialisation en obstétrique-gynécologie en 2013. Une fois sa formation complétée, il est retourné en Haïti, où il a exercé pendant neuf ans. Dans d'autres pays, l'obstétrique et la gynécologie sont souvent des spécialités distinctes. Cependant, en Haïti, ces deux domaines sont réunis au sein d'une même pratique. Ainsi, Dr Mario prend en charge à la fois les pathologies touchant les femmes et le suivi de grossesse, de la conception jusqu'à l'accouchement. Dr Mario habite actuellement aux États-Unis. Mais, il vivait en Haïti et procurait des soins aux femmes pendant la période couverte par l'étude.

Stéphanie est une mère célibataire primipare, monoparentale et catholique de 33 ans. Elle a accouché de son unique enfant, en 2022, par voie vaginale dans un hôpital dans le département du Nord. Elle avait quitté son emploi d'esthéticienne pour créer une petite entreprise informelle offrant des soins de manucure et de pédicure à domicile. Toutefois, depuis l'incendie de sa maison au début de cette année, c'est elle qui sollicite les clients et se rend chez eux. Elle vit actuellement dans un camp dans la commune de Delmas. Le père du bébé de Stéphanie disposait d'un petit emploi dans une entreprise privée au moment de la grossesse. Il voulait que Stéphanie avorte de ce bébé, mais elle a refusé. C'est ce qui est à l'origine de leur séparation parce qu'il estimait qu'il n'était pas encore prêt à être père. Bien que s'identifiant comme catholique, Stéphanie déclare avoir des pratiques vodouisantes, lesquelles lui permettaient de protéger la vie de son bébé contre les « attaques spirituelles » du père. Stéphanie n'a pas terminé ses études classiques. Toutefois, elle exerce plusieurs métiers manuels et continue à en apprendre pour pourvoir à ses besoins et à ceux de son enfant.

Carmène est femme âgée de 32 ans au moment de son accouchement et mère d'une fille. Elle a accouché par voie basse, dans un hôpital public à Croix-des-bouquets en février 2020 pendant le coronavirus, ce qui a compliqué sa situation. Elle est petite commerçante et son mari est ferronnier. Carmène a passé deux années à l'Université en sciences administratives, mais elle n'a pas pu les boucler. Elle habite dans un camp à Delmas depuis la fin de 2023.

Minouche habite actuellement aux États-Unis. Elle a voyagé pendant le programme humanitaire à la fin de 2024. Elle est une femme mariée au début de sa trentaine et mère de deux enfants. Elle est diplômée en agronomie et ne pratique aucune religion. Son mari est avocat et professeur de langues, elle travaillait dans une ONG en Haïti. Elle

avait accouché de son second enfant aux États-Unis, par voie vaginale en 2020 et retournée au pays après deux mois.

3.6. Réflexivité et positionnement de la chercheuse

Il est important de souligner ma positionnalité dans la production des données. Car, mon parcours, mes valeurs et la nature de mon rapport aux participants ont un degré d'influence sur le déroulement du terrain ainsi que les résultats (Careau & Vallée, 2014; Tracy, 2010). D'abord, étant étudiante en sociologie à l'extérieur du pays et étrangère au champ médical, c'était très difficile pour moi de recruter les participant.e.s. Le recrutement a duré environ quatre mois. Mais, être Haïtienne m'a permis non seulement de tenir des conversations naturelles dans les deux langues officielles d'Haïti, d'offrir une écoute active et de m'ajuster au besoin ; mais encore, j'ai bénéficié du soutien de mon réseau pour le recrutement des femmes et des prestataires principalement issus de l'Église protestante. Être à l'Église n'est pas un critère de participation. Il s'agit plutôt d'un biais de sélection dû à l'effet du recrutement par réseau. En revanche, le fait que je suis moi-même religieuse comporte des désavantages pour ma recherche. En effet, une femme protestante qui auraient recouru aux services d'un.e prêtre.sse vodou ne sentirait pas à l'aise d'en parler; car cela comporte un grand risque de jugements de valeur. Or, les personnes qui racontent leur vie ont tendance à organiser les récits de manière à ce qu'ils paraissent cohérents à l'auditeur et à leur situation actuelle (Bidart, 2006). Par ailleurs, les participantes partagent à la fois des caractéristiques de la classe moyenne et de la classe populaire.¹³ Il s'agit des universitaires, sauf une. La majorité est des

¹³ Concept très controversé dans le contexte haïtien, car, ni la scolarisation ni un emploi ne garantissent pas automatiquement la mobilité sociale.

travailleuses. Certaines d'entre elles occupent des emplois bien rémunérés, habitent des logements décents dans des quartiers très accessibles et d'autres habitent des communes réputées dangereuses ; d'autres encore vivent dans les abris provisoires. Toutes ces différences entre les participantes ne nous permettent pas de les situer dans une seule catégorie sociale. Parce que, l'utilisation du concept même de classes sociales en Haïti est imprécis pour faire des classifications, par manque de données probantes (Déré, 2025). Comme le soulignent Paillé et Mucchelli (2021), certains contextes limitent l'accès aux participants qui, à son tour, agissent sur la diversité des profils. Dans notre cas, le recrutement en ligne ne nous a pas permis de recruter des femmes moins éduquées. Bien que j'aie essayé de trouver celles qui habitent sous des tentes et à travers plusieurs communes, celles qui m'ont contactée sont toutes des femmes instruites, ayant des habilités dans l'utilisation de l'internet et des téléphones intelligents. Il s'agit d'un biais de représentativité et d'autosélection lié au recrutement en ligne.

Du point de vue logistique, nous étions confrontés à des défis importants. Par exemple, il y a eu des interruptions fréquentes dans les appels à cause de la mauvaise qualité de la connexion de l'internet. De plus, les femmes étaient très occupées (emploi/commerce-famille-activité communautaire). Plusieurs d'entre elles s'occupaient de leurs enfants au moment de l'entrevue. Pour pallier à cette situation, nous avons proposé des moments de pause aux femmes et de reprise des questions. Certaines fois, nous avons dû réaliser plusieurs entretiens avec une seule personne. En revanche, je n'ai pas pu faire des observations non verbales qui pourraient constituer un composant important dans la production des données, parce que je n'avais pas activé la caméra, pour plus de confidentialité et une utilisation optimale de l'internet.

Tableau 2- Résumé de l'itinéraire thérapeutique périnatal des participantes

Tableau de soin par étape selon le profil sociodémographique des participantes											
Participante	Âge	Religion	Éducation	Secteur d'activité	Méthode couche	Phases et soins					
						Conception	Confirmation	Prénatale	Accouchement	Post-natale	Dépression PP
1- Mariana	42	Catholique	Universitaire	Éducatrice	Césarienne	Non-désirée	1- Test grossesse	1-public	1-Public	P.Pharmaceutiques	1-Nav web et auto-soin
							2- Hôpital public	2- privé	2-public	Thé et tisane	
2- Sofia	34	Protestante	Universitaire	Administratrice	Césarienne	Non- planifiée	1- Test grossesse	1-privé	Privé	P.Pharmaceutiques	1- Nav web et auto-soin
							2- Hôpital privé	2-La prière	Privé	Thé et tisane	2- Parler à des proches
3- Vania	31	Protestante	Universitaire	Femme au foyer	Césarienne	Planifiée	1- Test grossesse	1- privé		P.Pharmaceutiques	3- La prière
							2- Hôpital privé	2-privé		Thé et tisane	1-La prière
4- Bérénihte	27	Protestante	Universitaire	Personnel médical	Césarienne	Non planifiée	1-Test grossesse	1-privé		Thé,tisane, massage	1-Nav web et auto-soin
							2- privé	2-privé		Bain de feuilles	2- La prière
5- Stéphanie	30	Catholique	Secondaire	Esthéticienne et com	C. vaginale	planifiée	1- Réve	1-public et rituels		Thé, tisane,massage	
							2- Matrone	2-Ougan		Vapeur	
6- Camène	32	Protestante	Universitaire	Commerçante	C.vaginale	planifiée	3- Hôpital publi	3- public (M.I)	public		Non
							1- Test grossesse	public	public	P.Pharmaceutiques	Non
7- Minouche	33	Aucune	Universitaire	Employée ONG	C Vaginale	Non planifiée	2- Hôpital public			Thé et privé	
							1- Test grossesse			P.Pharmaceutiques	
							2- Privé	Privé	MIS	Vapeur	auto-soin et navig proches

Données présentées à partir des entretiens réalisés avec des noms fictifs de Février 2025 à Mai 2025

N.b. La numérotation indique l'ordre des priorités dans le recours aux soins

MI: Migration interne vers une ville de province pour accoucher

MIS: Mobilité internationale en santé: Migration vers les USA pour accoucher

CHAPITRE IV- 2019-2023 : DESTRUCTURATION POLITIQUE, PRÉCARISATION SANITAIRE ET MATERNITÉ AMBIVALENTE

Étudier l'expérience de la périnatalité en Haïti ne peut être compris sans se pencher sur les conditions économiques, sociales et politiques dans lesquelles les femmes ont vécu. Les femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche ne parlent pas seulement de grossesse ou d'accouchement ; elles racontent l'incertitude, la peur constante, l'indisponibilité des soins, des relations de soins déshumanisants. De ce fait, aspirer à la maternité devient un acte chargé de risques, de négociations tant au niveau individuel que collectif.

En ce sens, dans ce chapitre, j'expose les difficultés rencontrées par les participantes partant de leurs désirs de grossesse, du soutien familial aux expériences vécues dans le système sanitaire comme du milieu professionnel et l'ambivalence de la maternité.

Je commence par documenter les événements qui se sont déroulés dans le département de l'Ouest de 2019 à 2023, puis j'analyse comment ils constituent des barrières dans la recherche de soins pour la population en général, mais pour les femmes en particulier. Ensuite, je montre comment ces événements impactent la disponibilité du soutien familial et la gestion quotidienne du soin (le care) pour les participantes. De plus, j'examine les expériences vécues par les participantes au sein des établissements de santé haïtiens, afin de démontrer en quoi elles constituent des manifestations de la colonialité des soins. Enfin, j'analyse comment la déstructuration des institutions crée une ambivalence de la maternité dans le contexte actuel.

4.1. Accès aux soins en contexte d'inégalités structurelles

La période étudiée (2019-2023) est marquée par trois événements majeurs dans l'itinéraire thérapeutique des participantes : le coronavirus, les épisodes de *peyi lòk* et l'éclatement de la violence des groupes armés à partir de juin 2021. Ces événements se chevauchent et ont contribué à une restriction marquée des déplacements des personnes à la recherche de soins. La pandémie de coronavirus a mis en évidence l'emprise de la santé mondiale sur le système biomédical haïtien, tout en marquant certaines limites de l'universalisation des normes de santé. Par ailleurs, les violences perpétrées par les groupes armés ont accentué la dégradation et provoqué la fermeture d'établissements sanitaires dans le département de l'Ouest.

Ainsi, ce dernier est devenu un espace marqué à la fois par les tensions entourant la santé mondiale dans le contexte haïtien et par une violence généralisée productrice d'inégalités d'accès aux soins.

4.1.1. Gestion de la Covid-19 en Haïti : tension autour de la mondialisation de la santé

Le coronavirus est une maladie qui a fait son apparition dans le monde en 2019. Ce virus facilement transmissible et mortel a causé des millions de décès dans le monde, notamment dans les sociétés présentant un fort taux de population âgée (Agence de la santé publique du Canada, 2021).

En Haïti, le premier cas a été révélé en mars 2020. Le gouvernement a adopté graduellement des mesures de protection du territoire contre la contamination. Ainsi, dans un premier temps, le gouvernement haïtien a déclaré l'état d'urgence sanitaire, tout en permettant le fonctionnement des institutions essentielles, dont les établissements de

santé (Lamour, 2021)¹⁴. Ensuite, pour limiter la transmission du virus, le Ministère de la Santé publique et de la population (MSPP) a mis en place des gestes barrières à adopter par la population telles que : la distanciation sociale de sécurité et l'interdiction d'embarquer plus de deux personnes dans le transport en commun (pour ne citer que ceux-là), car, suivant la prévision de la cellule scientifique sur la maladie, Haïti risquait de compter plus de 20 000 morts (Haïti Libre, 2020).

Au fait, on peut comprendre que cette prévision et ces mesures aient été formulées et conçues en comparaison avec les dégâts causés par la maladie dans les sociétés industrialisées, bien équipées en termes de matériel et ayant un niveau de vie élevé. Les mesures ont été calquées sur ces dernières parce que, dans la logique de la mondialisation de la santé, Haïti, comme les pays des Suds, « est donc contraint d'accepter son sort » (Wallerstein, 2009, p. 52), car ils ne sont pas en position d'influencer ces normes.

En effet, n'étant pas situé dans une position de domination au sein de la division internationale de la santé et se trouvant dans une situation de dépendance financière, le gouvernement haïtien appliqua des mesures qui ne correspondaient pas à la réalité de sa population ni en termes d'organisation du transport ni en termes de ressources sanitaires encore moins, en termes de situation économique, à l'instar des administrateurs coloniaux qui soignaient certaines maladies tout en ferment les conditions matérielles qui les génèrent (Fanon, 1959).

¹⁴ Les mesures gouvernementales pour contrer la maladie : la fermeture des écoles et des universités, la fermeture des entreprises industrielles, la mise en place d'un couvre-feu s'étendant de 20 heures à 5 heures du matin, l'interdiction de toute rencontre ou rassemblement de plus de 10 personnes, l'imposition de la distanciation sociale de sécurité, la fermeture des ports et des aéroports, sauf pour l'acheminement des marchandises, la fermeture de la frontière terrestre, le transport des biens restait autorisé dans les limites du territoire national, mais avec l'interdiction d'embarquer plus de deux personnes dans les véhicules de transport, le renforcement des contrôles et des sanctions contre le marché noir des produits alimentaires, des médicaments et des produits d'hygiène.

Ce faisant, l'inadaptation de ces mesures et la précarité de la population ont renforcé la crise de confiance envers les autorités et créé une perception mitigée de la maladie¹⁵. Beaucoup d'habitants doutaient de l'existence du Covid-19 en Haïti et associaient les mesures gouvernementales à des enjeux politiques et économiques.

Par ailleurs, au cours de l'année, le MSPP (2023) a enregistré un taux de 5,5 % de cas confirmés dans le département de l'Ouest (p. 27), où la fièvre, la grippe, les courbatures, la toux et les problèmes respiratoires constituaient les symptômes les plus fréquents. Malgré le taux d'infection recensé, la population a continué de croire qu'il s'agissait de « la petite fièvre »¹⁶ et a décidé de se soigner elle-même. Cette opposition de la population aux mesures prônées par le gouvernement peut être interprétée à travers la figure du « peuple souverain »¹⁷ développée par Casimir (2018, p. 475), c'est-à-dire, comme étant capable de vivre selon ses propres normes face à des dirigeants qui exclut sa participation.

Certaines personnes pensaient être protégées par des vaccins reçus par le passé ou croyaient que le soleil pouvait détruire le virus. D'autres préféraient éviter les centres de santé, choisissant plutôt de se soigner à la maison avec des remèdes naturels.

Les professionnel/le/s de santé et des leaders communautaires ont rapporté que :

La demande de service de santé auprès des structures sanitaires a considérablement diminué à cause d'une rumeur qui fait croire que durant la période de l'état d'urgence sanitaire le personnel des établissements de santé, en complicité avec le gouvernement, se procure d'une injection de covid-a19 visant à contaminer la population en vue d'augmenter le nombre de cas positifs dans le but de favoriser les dirigeants à trouver l'aide publique internationale [...]. Une grande partie de ces personnes ne reviennent à

¹⁵ Cette crise de confiance envers les autorités haïtiennes et l'aide internationale existe depuis l'introduction du choléra par les casques bleus en 2010.

¹⁶ *Ti fyèw la*

¹⁷ Chez Casimir, le peuple souverain est le peuple dans sa capacité de vivre à sa guise.

l'hôpital que lorsqu'elles sont tombées dans un état critique (Care Haiti & ONU Femmes, 2020, p. 30).

La méfiance envers l'administration publique et envers le personnel de santé a amené la population à se priver des soins biomédicaux pour elle-même et pour autrui. On entendait plusieurs témoignages (à la radio), des malades qui ont été chassé.e.s des hôpitaux à cause des symptômes semblables à ceux de coronavirus et des oppositions à l'ouverture des centres de traitement de Covid dans certains lieux.

En effet, pendant la pandémie du coronavirus, le non-accès aux soins biomédicaux s'était intensifié tant pour les hommes que pour les femmes à 82,1% (Care Haiti & ONU Femmes, 2020, p. 29). Bien que les rapports ne mentionnent pas de différence significative d'inégalité d'accès aux soins entre les deux sexes, il s'avère que les femmes étaient les plus exposées à la maladie. Pour la Ministre à la condition féminine et aux droits de la femme (MCFDF) de l'époque : « *les femmes représentent les premières victimes des conséquences du Covid-19, non seulement en tant que personnes, mais en tant que personnels de la santé* » (Alterpresse, 2020, p. 1).

En ce qui concerne les soins de santé maternels, les données indiquent que près de la moitié des femmes enquêtées n'ont pas eu accès ni aux soins de santé maternels ni au service de planification familiale à cause d'un manque de moyens financiers pour couvrir les coûts et de l'indisponibilité des institutions sanitaires dans certaines zones (Care Haiti & ONU Femmes, 2020).

À l'intérieur des établissements de santé, la peur de contamination a rendu certains membres du personnel soignant froid et rigide. Le cas de Carmène, une femme primipare qui a accouché pendant le Covid, est très révélateur en ce sens :

J'ai eu des difficultés à avoir des soins. Parce que le personnel de santé croyait que j'avais le Covid. Je ne pouvais pas respirer normalement. Mes pieds gonflaient. On n'a

fait aucun examen que ce soit pour la glycémie ni même un contrôle de la tension artérielle. Après 4 jours, j'étais obligé de retourner à l'hôpital. Mais, ils ne m'ont même pas reçu. Ils m'humiliaient à la place. Ils ne voulaient même pas s'approcher de moi. Tout ce qu'ils pouvaient dire c'est de faire le test Covid (Femme primipare de 32 ans, universitaire et protestante).

Ce point soulevé par la participante montre comment la rigidité dans l'application des mesures de protection en milieu hospitalier a fait obstacle à ses besoins. La procédure universelle exige que la parturiente se fasse d'abord tester pour avoir les soins, tandis qu'elle aurait pu bénéficier les soins si les deux parties se protégeaient à l'aide d'équipement adapté, même sans le test. L'attachement aux mesures universelles de protection a entravé la capacité de son personnel soignant de trouver un juste milieu et par conséquent, génère un manque d'accès aux soins biomédicaux pour elle.

Cette problématique d'accès aux soins ne s'est pas limitée à la période de la COVID-19 ; elle s'inscrit également dans les réalités du *Peyi lòk* et du contexte de violence armée, révélant ainsi la persistance et l'aggravation des inégalités d'accès à la santé en Haïti.

4.1.2. Du « zone à risques » à l'indisponibilité des soins

Dans les récits des parturientes ayant accouché durant les épisodes du *peyi lòk* et de violence, la notion de « zones à risques » s'impose comme un thème récurrent. La genèse de cette désorganisation généralisée du département de l'Ouest remonte aux 6 et 7 juillet 2018, marquée par une émeute populaire contre l'augmentation du prix des carburants. Ces contestations ont évolué en un mouvement systémique dénonçant la corruption, l'injustice et la précarité sociale. C'est dans ce sillage qu'est née l'expression *Peyi lòk*¹⁸,

¹⁸ Pays bloqué ou verrouillé

caractérisant la paralysie complète des axes routiers et le ralentissement des activités économiques et institutionnelles.

Les évènements décrits dans les documents et les récits des femmes s'apparentent à une « politique de mort »¹⁹, pour reprendre le concept d'Achille Mbembe (2006). En effet, ils constituent des entraves aux soins, que ce soit à l'encontre du système médical ou des personnes en quête de soins. Le Nouvelliste (2019) rapporte qu'au cours de cette période, plusieurs malades et des femmes enceintes sont mort.e.s.

Cette exposition à la mort s'est intensifiée après l'assassinat du président Jovenel Moïse le 7 juillet 2021. Cet évènement a accéléré la déstabilisation du pays, renforcé l'emprise des groupes armés dans les quartiers populaires et complexifié l'accès aux soins (International crisis group, 2025). À partir de 2022, les affrontements se sont intensifiés à Port-au-Prince et dans certaines villes de province, provoquant des déplacements massifs de population et instaurant un climat de terreur quotidienne.

Cette violence structurelle cible les structures sanitaires ainsi que le personnel soignant. Entre 2021 et 2023, le regroupement *Safeguarding Health in Conflict* (SHCC) (2025) a enregistré 67 incidents majeurs ou entraves aux soins en Haïti. Parmi ces données figurent des attaques directes d'infrastructures, 53 enlèvements et l'assassinat de deux professionnel.le.s de la santé. Parallèlement, l'Organisation internationale pour la

¹⁹ Théorisée par Achille Mbembe (2006), cette expression désigne un pouvoir politique exercé à travers la manipulation de la mortalité et de la vie des individus. En d'autres termes, il examine comment certains États ou entités politiques peuvent exercer leurs pouvoirs en contrôlant la vie et la mort de la population. Cela peut impliquer des politiques qui délibérément exposent des groupes de personnes à des conditions mortelles, telles que la violence systémique, les conflits armés ou des politiques discriminatoires en matière de santé. Elle offre une perspective critique sur la manière dont le pouvoir peut être exercé de manière destructrice sur certaines vies.

migration (OIM) (2024) estimait à environ 310 000 le nombre de personnes déplacées internes pour la seule année 2023.

Les organisations féministes et de défense des droits humains soulignent le caractère sexué de cette insécurité. Marijàn (2021) rapporte qu'entre 2018 et 2021, douze attaques armées et massacres perpétrés dans les quartiers défavorisés ont causé la mort de 468 personnes, la disparition de 129 autres, et exposé au moins 33 femmes et filles à des viols collectifs.

Cette conjoncture a entraîné la fermeture des maternités dans les zones sous contrôle armé, assignant les femmes enceintes à résidence et provoquant de graves ruptures de soins. Le témoignage de Mariana illustre de manière poignante des contraintes imposées par ce climat d'insécurité.

« J'ai eu mes premières contractions à minuit. J'ai quitté la maison à trois heures du matin et j'ai eu beaucoup de difficultés à trouver une maternité pour accoucher. La première clinique que j'ai trouvée était fermée à cause de la crise du carburant. J'ai quitté La Plaine, traversé de nombreuses barricades et suis arrivée dans un hôpital public sur la route de l'aéroport, mais ils n'ont pas pu me prendre en charge. » (Femme multipare de 42 ans, universitaire, catholique et enseignante).

Les documents analysés et la trajectoire de la participante forcent une redéfinition sociologique du concept de « risque » de la naissance en contexte de violence. Dans les pays hautement industrialisés, le risque lié à la naissance est pensé comme un fait purement obstétrical, c'est-à-dire intrinsèque au corps de la femme, ce qui justifie une médicalisation accrue de la grossesse (Maffi & Gouilhers, 2019). Dans le contexte haïtien contemporain, le risque est avant tout conjoncturel et extrinsèque.

Les flambées de violence engendrent une rupture des mobilités et une désorganisation systémique de la disponibilité des soins (pénuries de personnels et d'intrants médicaux). Ces barrières structurelles fragmentent les trajectoires thérapeutiques, tout en imposant des coûts financiers additionnels aux personnes en quête de soin.

Sofia, résidente de la commune de Port-au-Prince, explicite ces entraves lors de la planification de son accouchement :

J'aurais voulu que ce soit le même gynécologue qui m'a suivi lors de ma première grossesse qui procède à la césarienne [...]. Mais, à cause de l'insécurité, il ne voulait pas venir et il manquait à ses rendez-vous. L'hôpital se trouve au centre-ville. C'était devenu une zone assez risquée. Il m'a proposé d'aller à un autre hôpital où il travaillait, mais c'était beaucoup trop loin. Je voulais être plus proche de ma famille pour limiter les déplacements. (Femme multipare de 34 ans, universitaire, protestante, entrepreneuse et administratrice)

L'instabilité du climat sécuritaire empêchait la régularité des consultations, accentuant les inégalités d'accès. Les centres de santé adaptent quotidiennement leurs horaires selon le niveau de tension dans les rues, rendant caduque toute planification. Cette situation pénalise doublement les femmes professant dans des environnements rigides qui ne leur permettent pas de s'absenter de manière imprévisible.

L'analyse du Dr Mario, obstétricien-gynécologue à Port-au-Prince, corrobore cette baisse de fréquentation :

« Je crois que l'insécurité a un impact considérable sur l'accès aux soins de santé périnatale. Je reçois de moins en moins de femmes et je ne peux plus recevoir les patientes à longueur de journée comme cela se faisait auparavant ».

Cette rupture spatio-temporelle modifie radicalement l'expérience de la maternité.

Mariana résume ce paradoxe par une formule frappante :

« Dans le premier hôpital où j'avais commencé à faire mes suivis, je n'ai pas pu continuer. Quand c'est ouvert, je ne suis pas disponible. Quand je suis disponible, ce n'est pas ouvert. Depuis un certain temps, être enceinte c'est donner la vie en risquant la sienne ».

En définitive, ces données mettent en lumière un décalage structurel entre la temporalité des institutions médicales et les possibilités réelles de déplacement des patientes. De plus, elles permettent d'appréhender autrement, l'accessibilité des soins en contexte de violence généralisée et de structuration. De surcroît, il faut en convenir l'injonction internationale à la médicalisation de l'accouchement (recommandations de l'OMS) restreint l'autonomie et le pouvoir d'agir des femmes, alors même que le climat de terreur dissout les réseaux de soutien communautaires et familiaux pourtant indispensables au cours du post-partum.

4.2. Indisponibilité du support de l'entourage comme source de stress

En Haïti, la période de la périnatalité se divise en deux : la *ti nouris*²⁰ et la période d'après. L'expression *ti nouris* traduit la période de trois mois après l'accouchement. Elle diffère de la période postnatale qui se limite généralement à six semaines. Cette dernière corrobore plutôt à la vision légale de la maternité.

En effet, l'article 320 du Code du travail haïtien prévoit un congé de maternité de 12 semaines, à l'intention des travailleuses, répartis équitablement entre la période d'avant et d'après l'accouchement (Salès, 1992). Tandis que dans la pratique, les femmes accouchées disposent de trois mois de soins après l'accouchement. Pendant ces trois

²⁰ On utilise le terme de *Ti nouris* pour désigner une femme nouvellement accouchée également

mois, elles sont invitées à se reposer, à bien s’habiller pour éviter d’attraper le froid et à ne pas faire des tâches lourdes.

Dans la culture haïtienne, ces femmes sont au centre de l’attention de tout le monde (Bijoux, 1990; Tremblay, 1995). Elles ont des soins spécifiques (des repas copieux, des massages, des bains de vapeur en cas de couches normales, de la tisane et des thés), elles reçoivent beaucoup de visites et bénéficient du soutien de leur entourage. Selon l’appartenance religieuse de la parturiente, elle peut avoir des rites à la naissance pour assurer la protection du bébé (Damus, 2012). Après quoi, on estime que la femme est en mesure de prendre les choses en main elle-même, avec un peu d’aide de la famille immédiate. Dans le contexte de crise sociopolitique actuelle, la majorité des participantes ne pouvaient pas tirer parti du soutien de leur réseau, même pendant la période *Ti nouris*. Et, la situation est encore pire pour celles qui sont orphelines de mère. Sofia nous explique pourquoi elle n’aime pas cette période :

Je n’aime pas la sensation de passer une journée entière à la maison, à prendre soin des enfants. Le bébé devient ton patron et c’est lui qui te dirige. S’il pleure, tu dois savoir ce qui en est, lui donner à manger et prendre soin de lui. En plus de ça, moi et mon mari sommes orphelin.e.s de mère. Il faudrait que quelqu’un d’autre prenne soin du bébé à ma place. (Femme multipare de 34 ans, universitaire, protestante, entrepreneuse et administratrice)

La sédentarité, la charge mentale et l’absence d’un soutien fiable (la mère dans son cas) après l’accouchement sont autant de raisons qui décourageaient Sophia à concevoir un nouveau bébé dans ce contexte de déstructuration sociopolitique et sanitaire. Par charge mentale, je me réfère à « un mode de gestion quotidienne du travail (salarié, communautaire et domestique) caractérisé par une prise en charge simultanée de

multiples tâches et responsabilités » (Courcy et al., 2024, p. 3) et du travail invisible (non rémunéré) des femmes au foyer (Jutras, 2016; Tabet, 2005). Dans le monde occidental, la charge mentale est dénoncée comme un fardeau invisible et une injustice structurelle dans la répartition des tâches domestiques et parentales. En effet, dans la division sexuelle du travail, les femmes occupent les travaux invisibles et non-salariés tels que le ménage, le soin des enfants et des grands-parents tandis que, l'homme a pour rôle de gagner de l'argent pour pourvoir aux besoins de la famille. Cette distinction dans la distribution de tâches n'est pas sans conséquences sur les femmes. Elle constitue une charge et se traduit par un stress, une fatigue et une surcharge psychologique et fait l'objet de luttes féministes pour l'équité dans les couples.

La charge mentale est faite ainsi de ces perpétuels ajustements, de la viscosité du temps qui n'est que rarement rythme et beaucoup plus souvent immanence, où se perd le corps, où se tue la tête, à calculer l'incalculable, à rattraper sur du temps et avec du temps, le temps perdu, à faire, à gérer (Haicault, 1984, p. 275).

Tandis qu'en Haïti, comme dans les Antilles en général, la charge mentale reste un travail invisible certes, mais reconnu socialement : une femme qui coordonne tout (soins, alimentation, finances, soutien à la belle-famille) est souvent perçue comme admirable et indispensable et obtiennent des qualificatifs de *Fanm djanm/fanm vanyan/fanm degajèz/poto-mitan*²¹. Car, la multiprogrammation de celles-ci est une compétence socialement valorisée et font d'elles de "bonnes femmes" aux yeux de leurs maris et de la communauté. Étant célibataire c'est une femme à épouser et mariée une femme à retenir.

²¹ Une traduction littérale serait de Femme forte/ femme vaillante/ débrouillarde/ pilier

En fait, les femmes *poto-mitan* sont des femmes dévouées, vertueuses qui représentent une figure sacrificielle et d'autorité et qui imposent le respect aux yeux de sa famille. Selon (Mulot, 2021) : “*le poto-mitant est, il est tantôt adoré, car il est irréprochable (le tabou), tantôt dénoncé, car il enferme (l'épouvantail), mais toujours refoulé, car il impose une redevabilité imprescriptible : la dette*” (2021, p. 132). Lamour (2019), abonde dans le même sens en évoquant les sacrifices qu'implique le mythe du *potomitan* pour les jeunes femmes haïtiennes en contexte de migration. Grâce aux dispositifs de la division raciale et genrée du travail depuis la colonisation, les femmes noires sont formatées à s'investir dans la pratique du *care* (Vergès, 2017). Aborder ce problème revient à comprendre les héritages de la colonisation sur les femmes des anciens territoires colonisés. Ainsi, les chercheuses antillaises féministes contemporaines contestent la normalisation du *potomitan*, qui n'est pas sans conséquences sur les femmes. Cependant, la pratique reste encore ancrée dans ces sociétés et la période de la périnatalité n'en n'est pas exempte.

En Haïti, à l'approche de l'accouchement et pendant la période *Ti nouris*, les femmes sont soulagées de leurs fardeaux. Mais, une fois ces périodes passées, celles qui ne disposent pas les moyens pour embaucher une aide-ménagère ou nounou, reprennent leur quotidien. Cela dit, les femmes assument une double charge, c'est-à-dire, la planification et l'exécution des soins liés à la maternité en plus des autres tâches ordinaires. Cette répartition n'est pas neutre : elle s'inscrit dans une logique où le travail reproductif reste invisibilisé et non reconnu comme une responsabilité collective/conjugale. Et, cette charge mentale (manque d'assistance) que ressentent les femmes est amplifiée avec l'absence des services publics en périnatalité.

Toutefois, au cours de cette période, les mamans haïtiennes traditionnelles sont une source fiable de support pour leurs filles et leurs belles-filles accouchées. En effet, elles savent quels soins donner à une femme après son accouchement. Outre les matrones, elles sont aussi celles qui assurent la transmission des connaissances sur les soins périnataux aux nouvelles mamans. De plus, elles gardent les bébés quand les mères sont absentes et prennent la relève quand elles sont fatiguées. Comme l'explique Joseph (2023), même si l'accouchement est un évènement communautaire, la plus forte incombe aux femmes (grande sœur, mères de parents), notamment la mère maternelle.

En l'absence de ces figures ou tout simplement par solidarité, l'entourage du couple ou une nounou jouent bien ce rôle. Lors du premier accouchement de Sofia, ce n'était pas la même expérience. Elle a eu tout le soutien de son église et de sa belle-mère qui était encore vivante, mais la mort de cette dernière et le contrôle de son quartier par les gangs armés ont tout changé. Elle a séjourné chez un proche après l'accouchement à cause de la violence, mais elle était obligée de retourner chez elle. Parce qu'elle n'a pas eu assez de support. Donc, les charges qui étaient, jadis, assurées par les membres de la famille et de la communauté sont maintenant redistribuées aux femmes qui bricolent et procèdent par tâtonnement pour répondre à leurs besoins et à ceux de leurs enfants. Vania est également orpheline de mère, mais résidant dans un quartier qui n'a été touché par les actes de violence, elle a pu bénéficier de soutien de sa communauté. Les membres de son église ont été d'une grande aide tant physique, financière, psychologique, spirituelle ainsi que dans le soin de l'enfant. Après la période "*Ti nouris*", la situation devenait de plus en plus difficile, notamment le soir. Elle affirme qu'elle s'est trompée complètement sur la périnatalité, car, elle croyait qu'elle aurait plus de temps pour elle à mesure que le bébé grandit. Tandis que, pour elle, c'est l'inverse qui se produit. Cette

nouvelle réalité l'a tellement affectée que c'était très visible sur son apparence physique. Parallèlement, ayant accouché aux États-Unis, Minouche m'a confié qu'elle n'était pas en mesure de se payer une nounou pour l'aider et les membres de sa famille n'étaient pas toujours à la maison. C'était difficile pour elle de tout gérer et de faire certains de ses suivis médicaux. Mais, une fois retournée au pays, elle a eu l'aide d'une femme de ménage qui agissait également comme une nounou, ce qui n'est pas le cas pour les autres puisqu'il s'agit d'un budget additionnel.

Bérénithe bénéficiait de l'assistance de sa maman qui a été une seconde mère pour sa fille. Elle a toujours été à ses côtés au besoin. Cependant, ce n'était pas la même réalité avec son mari. Elle devait non seulement faire les tâches, rester à la maison, prendre soin de son enfant et réfléchir continuellement à ce qui devait être fait pour le bébé, même étant à l'extérieur de la maison.

Je me suis sentie handicapée et incomprise. Je ne pouvais pas sortir de la maison. Une fois, il m'est arrivé de laisser le bébé avec son père pour assister aux funérailles d'un ami pour deux heures, il n'arrêtait pas de sonner mon téléphone pour me demander des explications et pour me prévenir que le bébé pleure, qu'il fallait que je rentre. Alors, que c'est ce que je fais 24\7 sans pause. Cela m'énervait beaucoup et j'ai d'autres amies qui ont vécu la même situation avec leurs maris. (Femme primipare de 27 ans, universitaire, protestante et employée dans le marketing commercial)

Sentiment d'impuissance, manque d'incompréhension de son partenaire, surcharges quotidiennes c'est la description que fait la participante de son expérience de maternité. Selon les propos tenus par les participantes, cette charge mentale, les changements physiologiques et psychologiques et les sacrifices (le report de certains projets, la réorganisation de son horaire, le renoncement à certains besoins) qui

s'ensuivent sont source de stress et c'est pour cela que les femmes qui avaient déjà eu un enfant ou plus n'étaient pas contentes de recevoir la nouvelle. Mariana n'avait pas prévu de tomber enceinte une troisième fois parce que porter un enfant implique beaucoup trop de sacrifices et de renoncement de soi : « *Je ne me voyais plus vivre le post-partum, l'allaitement, le report de ma rédaction* ». De plus : « *Depuis un certain temps, être enceinte en Haïti, c'est choisir de donner la vie en risquant la sienne* ».

La charge mentale qui structure l'expérience de périnatalité des participantes a tout son sens dans le contexte actuel. Dans le sens que le climat actuel exacerbe cette charge en leur privant du support de leur entourage. Par ailleurs, il est nécessaire d'examiner les défis liés aux expériences vécues en établissement de santé.

4.3. Reproduction des rapports coloniaux dans les soins : de la médicalisation à l'abandon des soins

À l'instar des autres institutions de la vie sociale haïtienne, la plupart des établissements sanitaires n'arrivent pas à se détacher des pratiques coloniales (Dorismond, 2020).

Contrairement aux principes déontologiques des métiers de la santé, certains établissements sanitaires haïtiens sont loin d'être des espaces de réconfort pour les femmes haïtiennes lors de leur période de la périnatalité. Ces dernières dénoncent le rapport de verticalité, le manque de respect et d'empathie, de certains membres du personnel médical à leur égard. Tout comme la formation de l'État haïtien par son mépris du populaire (Casimir, 2018), des prestataires de soins dans certains centres hospitaliers du pays ne se sont pas montrés à l'écoute de leurs patientes. Dans les entretiens réalisés, les participantes ont exprimé le sentiment d'impuissance face aux

mauvais traitements et la négligence de leur personnel ainsi que l'absence d'un organe de régulation du système biomédical haïtien.

J'assigne les expériences vécues par les femmes dans les établissements aux conséquences de la médicalisation de la naissance dans les Suds et à la colonialité de la santé où les parturientes ne sont pas considérées comme des sujets. Ces problèmes soulevés constituent tous des obstacles de qualité des soins et redéfinissent la trajectoire des femmes dans la recherche des soins.

4.4.3.1. Manque de respect : entre déficit de communication et marchandisation de l'accouchement

Le vécu de l'expérience périnatale en établissement de santé ne devrait pas enlever les droits aux femmes de faire des choix et le respect du processus de la naissance. La majorité des participantes affirment que les médecins et/ ou les infirmières ne communiquent pas quand ils vont manquer à leur rendez-vous, qu'ils ne donnent pas assez d'informations pour les aider à faire des choix éclairés, ou pour leur permettre de comprendre les motifs d'une décision ou d'une ordonnance.

Vania aurait bien voulu avoir une communication plus transparente de la part de son premier médecin et elle souhaiterait que son infirmière lui donne des explications sur les ordonnances. Mais, elle a eu l'inverse.

L'une de mes plus grandes difficultés était l'attitude de mon médecin. J'ai eu les suivis de ma première grossesse avec lui. J'ai souhaité que ce soit lui qui m'opère la seconde fois. Bien qu'il sût que beaucoup de patientes comptaient sur lui aussi, il ratait souvent les rendez-vous sans avertissement. Tantôt, il est en Haïti et tantôt, il est à l'étranger. Il pourrait nous en aviser plutôt que de venir et ne pas le voir. [...] Mon infirmière a simplement demandé à mon mari d'acheter un médicament sans aucune explication. À

son retour, elle m'a dit de tourner mon anus, ce qui m'a choqué, car je ne savais pas ce qu'elle allait me faire. Ils devraient toujours expliquer ce qu'ils font et pourquoi ils le font. (Femme de 31 ans, universitaire, protestante et mère au foyer)

Ces propos laissent entrevoir une relation de soin distante et asymétrique. Les prestataires de soins de cette participante ne communiquaient ni pour motiver leurs absences ou lui donner pas d'explication à propos des médicaments. Parfois, même le personnel médical peine à lire les prescriptions. Dans d'autres contextes, on associe les enjeux de soins périnataux à la domination de la figure masculine (Négré & Cascales, 2016). En Haïti, certains membres du personnel de la médecine biomédicale qu'ils soient hommes ou femmes agissent pareillement.

Bérénithe a été suivie par une gynécologue. Pourtant, elle estime qu'elle ne lui donnait pas les informations nécessaires pour l'aider à éviter une césarienne. Elle nomme qu'elle se nourrissait comme avant et commençait à prendre du poids, pensant que c'était normal. Une fois au début du troisième trimestre, elle commençait à lui donner des marques d'attention et avoir des « conversations rapprochées », une démarche qu'elle interprète être teintée d'intérêts financiers plutôt qu'orientés vers la bienveillance. Elle a relaté :

Au début c'était juste des « conversations froides », « pas de relation », rien ²². Tu viens, on te fait passer des examens et elle te dit comment va le bébé, c'est tout. Mais, au début du troisième trimestre, j'ai commencé à avoir des « conversations rapprochées ». Parce que, tu sais, tu peux avoir des suivis dans un hôpital et choisir d'accoucher ailleurs. Et, c'est à ce moment qu'elle commençait à me dire que si je souhaite éviter une césarienne, je dois éviter de consommer certaines choses [...]. À ce moment, j'avais déjà pris beaucoup de poids. Mais, après j'ai fait des recherches pour savoir comment avoir une alimentation saine

²² Expressions de la participante

pendant la grossesse. J'ai appris beaucoup de choses que j'aimerais savoir au début. [...]
J'ai eu les soins. Mais, pas forcément ceux que je voudrais avoir. (Femme primipare de 27 ans, universitaire, protestante et employée dans le marketing commercial).

Le problème de communication dans les relations de soin en Haïti est un problème chronique soulevé dans les travaux de Tremblay (1995) et de Mathon et al. (2019). Plus récemment, les recherches de (G. Joseph et al., 2023) sur la perception de la césarienne concluent que plus d'un tiers des participantes évoquent un manque d'information de la part de leur médecin et a eu l'impression d'être spectatrices de leur propre accouchement. Toutefois, il ne s'agit pas d'un problème isolé ou spécifiquement haïtien ni des pays du Sud. Des recherches sur les itinéraires thérapeutiques ou des problèmes d'accès au soin dans les sociétés pluriculturelles ont abouti aux mêmes résultats. Ainsi, plusieurs auteurs soulignent l'importance de la dimension interrelationnelle dans l'accessibilité des soins et notamment, la communication avec les usagers.e.s (Marcellini et al., 2000; Muray et al., 2022; Quéniart et al., 1990; Sauvegrain et al., 2022).

À l'inverse, Dr Mario pense plutôt qu'il existe une méfiance envers les prestataires de soins périnataux de la médecine moderne en Haïti. Selon lui, les patientes ne sont pas toujours disposées à comprendre ni à entendre les explications des médecins, particulièrement en cas de césarienne. Il ajoute : « *dès que vous annoncez à une femme qu'elle va avoir une césarienne, elle pense que c'est pour lui soutirer de l'argent alors qu'on en fait dans les hôpitaux publics également* ». (Mario, homme de la cinquantaine, médecin)

La déclaration du médecin pointe du doigt la tension autour de la perception de la césarienne par les parturientes dans le contexte haïtien. Bien que contradictoires à celle

de la participante à première vue, leurs compréhensions se rejoignent au niveau du déficit de la communication entre les prestataires et les parturientes ainsi que du motif économique entourant la césarienne. Il est courant que certaines femmes pensent que leurs médecins leur retiennent intentionnellement des informations qui pourraient les aider à éviter une césarienne dans le souci de se faire de l'argent. Car, la césarienne est toujours plus coûteuse que la couche normale. C'est à peu près la même situation que la participante essayait de nous décrire plus haut. Elle présente l'expérience avec son médecin comme des épisodes de consultations « sans relations », c'est-à-dire des rendez-vous biomédicaux, foncièrement structurés autour des examens et l'évolution du bébé. Autrement dit, toute l'attention est dirigée sur le processus et sur le fœtus. La femme est un récipient et le bébé, une « précieuse cargaison » (Lemay, 2007) et non un « hôte » (Batram-Zantvoort et al., 2021). Une fois en dernière phase pour accoucher, la participante constate un changement de comportement de la part de sa médecin qu'elle lie directement au côté financier de la césarienne. Cependant, les données collectées dans le cadre de cette recherche ne sont pas suffisantes pour nous permettre d'infirmier ou d'affirmer une telle hypothèse.

Toutefois, les données probantes sur la réalisation des césariennes en Haïti montrent qu'elles sont 2,5 fois plus élevées dans les établissements du secteur privé (27,2%) que dans ceux du secteur public (10,9%) ((IHE) et ICF, 2018). De plus, tous les accouchements par césarienne, repérés dans le cadre de cette étude, ont été réalisés dans les établissements privés, tandis que les couches par voie vaginale ont eu lieu dans le secteur du public.

De surcroît, de 2000 à 2023 le TMM en Haïti passe de 439.6 à 327.6/1000 soit une diminution de 112 pour 1000 et de 2019 à 2023, le TMM passe de 350.6 à 327.6 /1000

(23) et je ne peux pas nier la contribution de la césarienne dans cette amélioration, même si je ne sais pas s'ils ont pu collecter des données dans les endroits contrôlés par les groupes armés²³. Ce que je soulève c'est cette distance dans la relation de soins qui ne permet pas à certains prestataires de soins de répondre adéquatement aux besoins éprouvés par leurs patientes.

4.3.2. Manque d'empathie

L'empathie est un élément essentiel dans toutes les relations de soins. Elle se définit comme la capacité de se mettre à la place de la personne soignée, pour mieux comprendre ses besoins et son ressenti, interpréter son attitude non verbale avec bienveillance, accepter ses commentaires et faire les ajustements nécessaires (Collectif Hélianthe, 2021; Vannotti, 2002). Le manque d'empathie représente un obstacle important auquel les participantes sont confrontées dans leur parcours de recherche de soins. Selon la définition de Doucet (cité par Roigt, 2017), ce problème touche à la fois l'éthique du soin et la dimension narrative, deux éléments essentiels pour éviter une relation de soins déshumanisante. Non seulement le personnel médical rencontré par certaines femmes ne faisait pas preuve d'une bonne écoute, mais encore ces personnes n'entreprenaient aucun effort pour instaurer une relation de soin sécurisante, que ce soit dans le contexte de la pandémie de Covid-19 ou dans celui de l'insécurité persistante.

Après, une mauvaise expérience dans un établissement du secteur public, Carmène m'a rapporté qu'elle s'était retournée vers le privé et obtenu les soins nécessaires. Pendant

²³ Dans les récentes statistiques de MSPP, les quartiers actuellement sous le contrôle des groupes armés ne sont pas recensés.

longtemps, ce manque d'empathie dans les soins a été abordé comme un problème de classe, un problème lié aux établissements publics. Pour Tremblay (1995) :

En Haïti, accoucher à l'hôpital public c'est vivre le même événement, mais de façon fort différente : solitude, négation, mépris et hostilité. L'hôpital public est un lieu d'un pouvoir technocratique, froid, et pauvre. Cet espace hospitalier donne lieu à une pratique d'autocolonisation pour les professionnels de la santé et les femmes qui y accouchent (p. 188).

Comme l'auteure l'a souligné au cours de ses expériences, les données collectées dans le cadre de cette étude montrent que ce manque d'empathie résulte de l'absence de la relation d'aide qui ne constitue pas une tâche pour les prestataires de soins biomédicaux et probablement ne fait pas partie de leur formation académique. Dans les entrevues que nous avons eues avec les prestataires de soins (médecin et infirmière), la perception de leurs rôles est décrite de manières très techniques (poser des diagnostics, communiquer les résultats, application des procédures, éduquer la femme, etc.). Toutefois, nous n'avons relevé aucuns commentaires sur des gestes attentionnés à l'égard de la femme, sur la préparation mentale pour l'arrivée de l'enfant, sur son état émotionnel au moment des consultations encore moins pour donner un coup de pouce pour réaliser une tâche demandée au moment du travail. Mais, contrairement à ses observations, il ne s'agit pas d'un problème des établissements du secteur public à proprement parler.

Vania a accouché de son second bébé dans un hôpital privé, et elle n'était pas encore guérie de sa première expérience. Elle en a parlé à son infirmière qui, malheureusement, se montrait totalement indifférente. Elle ne faisait preuve d'aucune compassion ni de respect de l'autonomie de la parturiente encore moins tentée d'ajuster son comportement.

J'avais raconté à mon infirmière que j'avais perdu mon premier bébé avant sa naissance et que j'aurais préféré que ce soit elle qui s'occupe de moi plutôt qu'une stagiaire. Mais cela ne semblait pas l'émouvoir. J'ai donc assisté, impuissante, pendant que la stagiaire me piquait à cinq reprises avant de finalement réussir à trouver ma veine pour poser la perfusion. Pourtant, lorsque l'infirmière est arrivée, elle m'a piquée une seule fois et tout s'est bien passé. J'ai fini par avoir l'impression qu'on me prenait pour un cobaye. (Femme primipare de 31 ans, universitaire, protestante)

Cet extrait montre que la femme ne s'est pas sentie écoutée encore moins comprise à travers ses peurs et sa souffrance. Elle a essayé de communiquer son ressenti et de formuler une demande claire, mais l'infirmière l'a complètement ignorée. Au lieu de comprendre la demande de la parturiente, elle a préféré minimiser sa douleur. L'infirmière s'est concentrée sur le côté biomédical en négligeant ses émotions, son expérience antérieure et ses douleurs prolongées.

Une autre femme souffrait d'une inflammation après son accouchement. Elle a eu des douleurs partout dans son corps à cause d'une mauvaise réaction à un médicament qui ralentissait l'émission du gaz. Quand après plusieurs médicaments administrés, elle n'avait toujours pas de soulagement, son infirmière s'impatientait. Voici son témoignage :

J'ai eu des infirmières qui étaient patientes avec moi. Mais d'autres me traitaient avec sauvagerie. Celle que j'ai eue comme infirmière principale était très sauvage. Elle m'a dit de faire un mouvement avec mes pieds, je ne pouvais pas. Elle a levé le pied puis elle m'a demandé d'allonger l'autre. Je lui ai dit qu'ils me font mal et je n'arrive pas à les allonger. Elle m'a dit oh oh! (d'un ton énervé), on t'a tout donné c'est impossible que tu aies encore des douleurs, levez votre jambe madame! Elle a écarté mes pieds avec une telle force... que j'ai pleuré comme un bébé toute la journée. J'ai dû demander un remplacement parce qu'elle était trop sauvage. J'ai beaucoup souffert, mais au moins, ma fille est née en bonne

santé. (Femme primipare de 27 ans, universitaire, protestante et employée dans le marketing commercial du secteur privé)

La minimisation de la douleur et les mauvais traitements sont deux éléments assez courant dans les processus de naissance. Le premier est considéré comme une violation de l'intégrité mentale à la naissance par les chercheuses féministes Batram-Zandvoort et al. (2021, p. 647) et le second est documenté sous le registre de la violence obstétricale que je considère comme une conséquence de la médicalisation de la naissance. Elles sont partout. Toutefois, dans les configurations postcoloniales, la continuité historique des rapports de domination médicale s'avère flagrante. Tout comme les colons médecins ignoraient la souffrance de la patientèle issue de la captivité (Dorlin, 2009; Fanon, 1925, 1959), et tout comme les propriétaires maltrahaient les captives pendant et après leur grossesse (Dorlin, 2009; Vergès, 2017), certains membres du personnel médical actuel ne font preuve d'aucune empathie envers les participantes. L'accouchement à domicile comme évènement social, culturel et centré sur la femme est marginalisé aux profits d'un accouchement dans un milieu où la femme est considérée est comme un objet.

4.3.3 Absence d'ordre professionnel dans le secteur de la santé : un terrain propice à la négligence

Le système de soin conventionnel haïtien souffre constamment d'un exode de cerveaux et de manque de ressources matérielles. Outre ces problèmes, il est aussi confronté à une absence d'organe régulateur qui le rend décrépit, alors que les pays de l'Amérique latine, notamment le Venezuela avaient déjà instauré un dispositif légal permettant de règlementer les pratiques en salle d'accouchement et assurer une meilleure collaboration entre les prestataires de soins et les parturientes (Ley, 2006), Haïti ne dispose même pas

un ordre professionnel de médecin. En effet, certains malades ne connaissent pas les démarches à entamer s'ils sont victimes d'un manquement à leurs égards.

Il faut préciser que malgré l'indifférence de l'État haïtien face au système sanitaire haïtien, la plupart des membres médicaux et des institutions sanitaires s'efforcent d'offrir des soins de qualité malgré toutes les difficultés de cette période. Une des participantes affirme que beaucoup de patientes voulaient avoir des suivis avec son médecin principal. Donc, il y a clairement une préférence de la part des femmes pour avoir des suivis avec des prestataires spécifiques. Une stratégie qui peut découler soit d'une meilleure écoute, soit d'une bonne maîtrise de leur savoir-faire ou de plusieurs éléments positifs combinés dans sa relation avec ses patientes. Une « chance » que toutes les femmes à la recherche de soins périnataux en Haïti n'ont pas. Dans tous les cas, ce silence institutionnel se fait sentir dans la trajectoire de soins des participantes interviewées.

Sofia souffre actuellement d'une hernie incisionnelle à cause d'une mauvaise intervention chirurgicale. Elle a eu de graves douleurs, de l'hémorragie et la plaie a été infectée. Elle a subi trois sutures successives : deux du médecin qui a procédé à la césarienne et une dernière de son médecin principal. Elle m'a raconté son tourment en ces termes :

Il a laissé des débris de l'opération à l'intérieur de moi. J'ai une amie infirmière qui m'a expliqué ce qui m'était arrivé et les examens de mon médecin principal ont confirmé son hypothèse. C'était la pire douleur que j'ai ressentie de toute ma vie [...] quand j'ai fait des recherches à l'hôpital, on m'a dit que ce n'était pas la première fois que ce médecin procède à une intervention chirurgicale avec autant de négligence. Certaines de ses patientes sont mortes. Si je vivais dans un pays où la justice fonctionne, j'engagerais des démarches judiciaires. Mais ici, je ne peux rien y faire. (Femme multipare de 34 ans, universitaire, protestante, entrepreneuse et administratrice)

À travers ce témoignage, il y a lieu de souligner que la médicalisation de la naissance en Haïti place les parturientes dans une dépendance vis-à-vis des institutions sanitaires sans que ni l'État haïtien ni même ces institutions n'en assument la qualité des soins. Cette situation soulève trois considérations : d'abord, accoucher à l'hôpital n'élimine pas pour autant les « risques » de la naissance. Ensuite, accoucher dans un hôpital privé n'est pas synonyme de sécurité. Souvent, les personnes en quête de soin perçoivent mal les établissements publics à cause des mauvais traitements (Tremblay, 1995), de la lenteur du service et du manque de matériels. Pour eux, se tourner vers un hôpital privé leur permet de gagner du temps et de s'échapper à ces conditions déshumanisantes. Cependant, on peut voir à travers le témoignage des participantes que la situation est la même dans le privé. Au contraire, il peut s'agir d'un milieu très risqué, justement en raison du capital économique qu'il permet à ses gestionnaires d'accumuler, sans se soucier de la santé ou de la vie des femmes. Ici, nous évoquons la notion du risque comme étant des interventions inutiles et des négligences dans le processus de la naissance (Batram-Zantvoort et al., 2021; Laurendeau, 1983; Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2006). D'ailleurs, les recherches de la participante ont révélé que certaines des patientes de ce médecin sont mortes alors qu'il continue à exercer sa profession. La dernière considération s'explique par le sentiment d'impuissance de la parturiente par rapport au médecin. Elle n'a pas mentionné qu'elle avait porté plainte à l'administration de l'hôpital ni recouru aux démarches judiciaires parce qu'elles sont perçues comme injustes et inégalitaires. Tout ceci me porte à considérer que la relation développée entre le prestataire de soin et cette parturiente soit intégrée comme étant subordonnée. Le médecin est l'intouchable, celui contre qui elle ne peut rien et la femme comme celle qui doit subir. Dans un tel contexte,

tous les droits reproductifs de la femme lui échappent et son expérience est appropriée par quelqu'un d'autre.

Ceci soulève un problème éthique dans la pratique professionnelle, tel que le souligne Doucet (cité par Roigt, 2017). Par ailleurs, les autres femmes qui ont accouché par césarienne, savent tout simplement que le bébé était en détresse fœtale et ne savent même pas ce que cela veut dire. Encore une fois, les rapports de soins décrits par les femmes ne leur permettaient pas d'avoir le contrôle de leur expérience périnatale. Dans cette perspective, une participante propose une régulation du secteur médical :

Je souhaiterais que les infirmières aient beaucoup plus de formation sur l'éthique pour leur donner des savoir-faire du métier. J'aimerais aussi que les établissements de santé engagent vraiment des gens compétents pour le poste et qu'ils organisent des séances de formation dès le début de l'embauche, pour permettre aux infirmières de savoir comment se comporter avec les malades. (Femme de 27 ans, universitaire, protestante et employée dans le marketing commercial du secteur privé)

Bien que la participante fasse spécifiquement référence aux infirmières dans le cadre de son expérience, cette mention ne doit pas être interprétée comme une généralisation à l'ensemble du personnel infirmier ni comme une indication que ce problème leur est exclusivement attribuable. Son témoignage reflète avant tout son vécu subjectif. Toutefois, les enjeux qu'elle soulève s'inscrivent dans une problématique plus vaste qui concerne l'abandon du système biomédical par l'État haïtien et un manque de qualité dans les soins procurés par certains membres du personnel médical. Dans la quatrième section, j'aborderai comment la désorganisation des structures participe à une reconfiguration du désir d'enfant chez les participantes.

4.4. Émergence d'une ambivalence de la maternité

L'arrivée d'un enfant dans une famille charrie beaucoup de changements et implique des préparatifs tant que matériels que psychologiques. Cependant, la disposition de la femme à accueillir un enfant est un facteur très important dans la planification de la grossesse ; car celle-ci exige beaucoup d'ajustements et de sacrifices de la part de la mère. Hormis ces considérations, le soutien de l'entourage, le projet de vie, le statut socio-économique et la disponibilité des soins dans le lieu de résidence de la femme sont tout aussi considérables dans le désir d'enfanter. Ainsi, chez les participantes, la question sur le désir d'enfant a conduit à des réponses ambivalentes. La maternité est tantôt vue comme un devoir féminin, un statut social, un accomplissement et tantôt comme un obstacle à la réalisation professionnelle de la femme. De ce fait un groupe de femmes en voulait et l'autre non ; du moins, pas à cet instant précis.

4.4.1. La maternité comme statut social

Les participantes qui ont reçu positivement la nouvelle de leur grossesse étaient des femmes autour de la trentaine exerçant une activité économique indépendante. Deux d'entre elles sont primipares et l'autre avait perdu son premier bébé. Indépendamment de leur statut matrimonial, ce sont aussi celles qui ont planifié leur grossesse.

Le premier cas que nous présentons ici est Carmène, une femme primipare, chrétienne, mariée de 32 ans au moment de sa grossesse.

C'était avec beaucoup d'émotion et de joie que j'ai appris la nouvelle de ma grossesse.

Tu sais que notre culture, après ton mariage, ton entourage attend que tu aies des enfants.

À chaque fois qu'on nous voit ensemble, on nous demande c'est pour quand les enfants.

Sauf que j'avais un peu peur parce que j'avais subi une opération pour un problème que j'ai eu dans un de mes ovaires, un an après mon mariage. À cause de cette opération, je voulais avoir un enfant après un an. Mais, Dieu est souverain. L'opération n'avait pas

affecté ma fertilité. Donc, comme moi et mon mari l'avions planifié, après deux ans, j'étais enceinte. Tous les membres de ma famille et mes amies étaient dans la joie.

(Femme de 32 ans, protestante, universitaire).

En Haïti, la maternité est socialement valorisée. Un enfant occupe une fonction centrale dans la perpétuation du lignage familial et un moyen d'assurer sa vieillesse (*pitit se baton veyès/ pitit se byen malere*)²⁴. Pendant longtemps, les femmes haïtiennes incapables d'enfanter étaient étiquetées de *Manman milèt*²⁵, une forme de discrimination liée à l'infertilité. Une femme sans enfant, peu importe son statut social n'est pas considéré comme accomplie. L'accent est mis sur la femme parce qu'historiquement, les captifs, n'avaient pas toujours eu le plein droit d'exercer leur rôle de paternité (Mulot, 2021), car, ils étaient souvent séparés de leur famille et passaient de maître en maître pour travailler dans les champs. Cela construit une perception que les enfants sont une « affaire de femmes »²⁶ dans la société haïtienne. Ainsi, une femme infertile est perçue comme vulnérable et susceptible de connaître de mauvais jours quand elle ne sera plus active, car, la solidarité intergénérationnelle est obligatoire et l'inverse est très mal vue dans le contexte haïtien.

Par ailleurs, la grossesse de Carmène s'inscrit à la fois dans un projet de trajectoire et de pressions sociales. Bien qu'elle voulût avoir des enfants à moyen terme, la pression de son entourage et sa perception de sa maladie lui avaient permis de reconsidérer sa décision. En effet, les femmes haïtiennes comme celles d'ailleurs sont souvent perçues à travers le rôle reproductif qui leur a été assigné à travers la division sexuelle du travail (Dandurand, 1981; Héritier-Augé, 2002; Tabet, 2005), et dans le Christianisme, la

²⁴ Les enfants sont le bâton de la vieillesse, les enfants sont la richesse des pauvres

²⁵ Mule. Il n'existe aucune étiquette liée à l'infertilité à l'encontre de l'homme

²⁶ *Se fanm ki konn gen pitit*

famille succède au mariage (Laplante, 2011). Ainsi, une fois marié, les proches du couple s'attendent à ce que la famille grandisse.

Par ailleurs, à travers le monde, l'âge et le sexe constituent des indicateurs de la stratification sociale qui structurent les attentes, les rôles et les trajectoires individuelles (Bajoit et al., 2000; Galland, 2022). Ces catégories socialement construites servent de repères normatifs et sont mobilisées pour légitimer certaines attentes sociales à chaque étape du cycle de vie. En Haïti, cette dynamique se manifeste de façon marquée chez les femmes, notamment autour de la trentaine, un âge souvent perçu comme celui de l'« établissement »²⁷, c'est-à-dire de fonder une famille. De ce fait, à cette période, les femmes sont socialement pressées de se stabiliser ou d'avoir des enfants, en raison de représentations fortement intériorisées autour de l'« horloge biologique » et du marché du mariage. Cette norme implicite produit des formes de pression sociale, voire de stigmates, à l'égard des femmes qui ne se conforment pas ou ne sont pas en mesure de se plier à ces attentes, révélant ainsi l'imbrication des rapports de genre, d'âge et de la reproduction dans la construction des trajectoires féminines. Pour échapper aux discriminations liées à une éventuelle infertilité ou à la « maternité tardive », généralement perçue comme très risquée, l'entourage de Carmen lui mettait la pression de la grossesse. En revanche, d'autres femmes n'auront pas le choix que d'endosser les responsabilités d'une maternité seule.

²⁷ On s'attend davantage à ce qu'un homme se réalise sur les plans académique et professionnel, puis fonde une famille par la suite, car dans les familles chrétiennes, les hommes sont les pourvoyeurs. Au même âge, les attentes envers une femme portent plutôt sur la fondation d'une famille que sur son épanouissement personnel.

Stéphanie est une mère monoparentale primipare du début de la trentaine. Elle exerça dans les soins esthétiques à son propre compte. Bien que son partenaire lui dît souvent qu'il voulait fonder une famille avec elle, après l'annonce de sa grossesse, de but en blanc, il lui a demandé d'avorter et a tenté d'interrompre intentionnellement sa grossesse à plusieurs reprises. N'ayant pas réussi, ils se sont séparés, parce qu'il estimait qu'il n'était pas prêt à assurer la paternité, mais cela importait peu à Stéphanie. Son seul souhait était d'être mère.

Quand j'ai appris la nouvelle de la grossesse, j'étais très contente. J'avais prévu d'avoir un enfant dans ma trentaine. Bien que mon partenaire me dît souvent qu'il voulait fonder une famille avec moi, quand je lui ai annoncé la nouvelle, il n'était pas du tout content. Il me demandait si j'estimais qu'il est prêt à être père, si je pense que son salaire peut assurer la survie de la famille. Il m'a demandé d'avorter, j'ai refusé. Après, il a tenté plusieurs fois d'interrompre ma grossesse en me donnant des breuvages. Après plusieurs tentatives sans succès, nous nous sommes séparés. Je n'ai pas de ses nouvelles. Ça ne me dérangeait pas. Ma seule crainte était mon père. Il est quelqu'un de très sévère. Mon père commençait à m'insulter tous les jours et tous les autres membres de la famille devenaient distants avec moi. Mais je n'avais pas répliqué à leurs propos. Mon seul but était d'accoucher en bien et de pouvoir enfin tenir mon enfant dans mes bras. (Femme primipare de 30 ans, niveau secondaire, catholique)

Le fait d'accomplir son projet de maternité à l'heure fixée constitue un grand accomplissement pour la participante en dépit de ses difficultés depuis le début. Son statut de mère monoparentale n'a pas changé sa perception de la maternité. Toutefois, son expérience maternelle laisse entrevoir l'imbrication du rapport de genre, de l'âge et de la situation économique dans la reproduction en contexte conjugal haïtien.

Ici, on peut comprendre que la participante a été violentée à plusieurs niveaux au cours de sa grossesse. Dès l'annonce, son partenaire a commencé à fuir ses responsabilités de

père et je m'appuie sur Joseph (2022) pour considérer le cas de Stéphanie (puisque c'est courant) et l'aborder comme une première violence de genre. Ensuite, il a tenté de mettre fin à la grossesse sans le consentement de la femme. Il ne faut pas comprendre qu'il est question de ne pas considérer l'avis du partenaire dans la planification familiale. Au contraire, vu que la plus forte charge de la famille est incombée aux hommes dans le contexte haïtien, ils doivent être impliqués depuis le désir de la grossesse. Je considère qu'il s'agit d'une violence par le fait que la décision a été partagée. Ce comportement est analysé dans d'autres contextes et connu sous le nom de coercition lors de la grossesse, qui est une manifestation de la violence coercitive (Lévesque, 2025). Il y a lieu également de soulever les obstacles vécus par une femme en situation de célibat et n'ayant pas une bonne situation financière au moment de la grossesse. En effet, dans ces genres de situation, l'arrivée d'un nouvel enfant dans la famille maternelle traduit des charges de plus pour les parents (Bien-Aime, 2022). Par conséquent, ces femmes vont devoir affronter leurs réactions qui, généralement, sont peu empathiques. Dans certains cas, les mères peuvent être solidaires, mais les pères restent souvent hostiles et fermes dans des punitions.

Dans le cas de Stéphanie, elle devait faire face à des punitions de son père (insultes du père, incitation aux autres à ne pas l'apporter du soutien). Il y a lieu de considérer la réaction de son entourage vis-à-vis de sa grossesse comme un changement dans la représentation de la naissance dans la famille « traditionnelle » haïtienne. Car, l'arrivée d'un enfant était toujours la bienvenue, que le père assume ses responsabilités ou non, que la femme soit célibataire ou mariée (Bijoux, 1990; Raphaël, 2006). D'ailleurs, depuis quelque temps, ces enfants dont les pères n'assument pas la responsabilité ou

dont la mère n'est pas certaine de connaître le père sont appelés *ti gode san manch*²⁸. Ce changement s'explique particulièrement par le déclin de la famille communautaire/élargie (Billy, 2023; Ronceray, 1979; Vieux, 2007) en Haïti. Vieux (2007) abonde dans le même sens en soulignant la présence d'un nouvel ordre moral et culturel, qu'il traduit par l'implication de la migration (interne et externe) et des médias dans l'adoption des valeurs de villes et de l'étranger par les zones rurales. Il montre surtout un éclatement du *Lakou* (mode d'organisation de la famille haïtienne) « traditionnel » au profit du *Lakou founi*, dans les bidonvilles, c'est-à-dire, une transformation de la famille élargie / communautaire au profit des familles de taille réduite et souvent monoparentale. Ces notions se réfèrent à un contexte où la prise en charge et l'éducation des enfants dépassent le cercle de la famille nucléaire et de la parenté. Par conséquent, rompre avec le modèle de la famille élargie entraîne une perte de solidarité intrafamiliale. De surcroît, la détérioration agricole et l'augmentation de la population contribuent dans l'appauvrissement des familles (Billy, 2023) qui, à son tour, propulse ce changement normatif autour de la naissance.

Bien que le seul cas de Stéphanie ne nous autorise pas à généraliser sur la situation des femmes célibataires enceintes et n'ayant pas une bonne situation financière, elle reste toutefois la seule participante à faire face à de mauvais traitements de la part de son entourage par rapport à l'annonce de sa grossesse. De plus, la séparation imprévisible avec le père du bébé et les changements dans le rapport avec sa famille constituaient un point tournant dans l'itinéraire thérapeutique de Stéphanie.

²⁸ Gobelet sans manchons en français, expressions utilisées pour désigner des enfants dont leurs pères n'assument pas la responsabilité ou des ceux dont leurs mères ne connaissent pas le père. Autrefois, on parlait d'eux comme des enfants qui n'ont pas de père, mais, avec l'adoption de la Loi sur la paternité, la maternité et filiation au parlement haïtien, on parle désormais des enfants dont le père n'assume pas la responsabilité.

Par ailleurs, il faut toutefois souligner que malgré la joie que leur procure la nouvelle de leur grossesse, les participantes se disaient habitées par un sentiment d'inquiétude constante par rapport à la disponibilité des soins en se demandant continuellement comment procéder pour la suite.

En somme, la planification de la grossesse constitue une décision importante de l'itinéraire thérapeutique des participantes dans la mesure où elle forme le point de départ dans la mobilisation des ressources nécessaires et dans la préparation mentale tant pour la femme, pour son partenaire et pour son entourage notamment dans le cas où aucun des futurs parents n'exerce pas une activité qui leur permet de bénéficier d'une couverture d'assurance médicale. Pour ce groupe de femmes, le fait d'être mère constitue un accomplissement malgré les inquiétudes. Toutefois, cette perception est loin d'être partagée par les femmes travailleuses, spécifiquement celles qui sont multipares.

4.4.2. La maternité comme obstacle à la carrière

Contrairement au premier groupe de participantes, la nouvelle de la grossesse n'a pas été bien reçue par les femmes travailleuses. Elles sont pour la plupart multipares et ne voulaient pas avoir d'enfant par souci de faire carrière, car, dans le contexte actuel, certains employeurs exigent une durée minimale d'ancienneté comme condition d'obtention du congé de maternité au sein de leurs entreprises.

En effet, depuis la période coloniale, le corps des femmes dans l'île de Saint-Domingue a été construit comme un espace de pouvoir, de contrôle et d'exploitation. L'hégémonie politique, l'exploitation économique, la déshumanisation de l'autre y compris les violences sexuelles et sexuées ont constitué, pendant une large période, des expressions des violences coloniales, patriarcales et capitalistes sur l'île (Meudec, 2007; Vergès,

2020). Ainsi, dépossédées même de leur propre corps, les captives étaient sexuellement exploitées par leurs maîtres, soit pour satisfaire leurs désirs sexuels ou pour accroître la population esclave par la reproduction forcée (Louis-Juste, 2008). Le corps féminin était ainsi instrumentalisé et soumis à une logique économique et patriarcale. Ces formes d'oppression ont perduré au fil des siècles à travers une violence culturelle exercée par les appareils idéologiques, religieux et juridiques haïtiens (Galtung, 1990). La religion, notamment dans sa dimension conservatrice, interdit encore aujourd'hui aux femmes de planifier leurs grossesses ou d'avoir recours à l'avortement. Sur le plan légal, l'État haïtien ne reconnaît le droit à l'avortement que partiellement : lorsqu'il y a viol, inceste ou danger pour la vie de la femme (Merlet, 2005). Dans les contextes de déstructuration sociopolitique, le corps des femmes continue d'être utilisé comme une arme de guerre et d'exploitation (Toyo, 2011)²⁹. Toutes ces situations soumettent le corps des femmes à une logique nécropouvoir, telle que définie par Membe (2006), un pouvoir qui ne s'exerce par la capacité de décider quelle catégorie mérite d'être protégée.

Dans le monde du travail, ce pouvoir se manifeste par le contrôle de la maternité, le non-respect du congé de maternité et un manque de contrôle de l'État sur le respect des droits reproductifs. C'est notamment le cas où des employeurs imposent leur volonté de manière implicite ou non dans la planification de la grossesse de leurs employées. Sofia, une femme m'explique pourquoi elle ne voulait pas tomber enceinte :

²⁹ Dans son texte, Toyo parle uniquement des bandits armés et de l'irresponsabilité de l'État dans la négligence des structures socio-sanitaires publiques. Toutefois, en temps de crise, les femmes haïtiennes ne sont pas exclusivement exploitées par leurs compatriotes. Les soldats des différentes missions qu'a connu Haïti ces derniers temps ont commis des agressions à caractère sexuel sur des femmes et des enfants en Haïti.

L'une des raisons pour lesquelles je ne voulais pas avoir un deuxième enfant maintenant, c'était parce que j'avais vraiment peur de ne pas trouver un travail, vu le contexte du pays et les exigences des employeurs. J'ai finalement accepté cette grossesse après avoir su que c'était une fille. Parce que j'avais déjà un garçon. Donc, je mets un terme à la maternité [...] j'utilisais la méthode du calendrier. J'avais arrêté pour passer à une autre méthode. C'est juste que je n'ai pas eu le temps. Ça s'est passé très vite. (Femme de 34 ans, universitaire, protestante, entrepreneuse et administratrice du secteur privé)

Bien que les articles 320 à 322 du Code du travail haïtien garantissent aux travailleuses un congé de maternité sans exiger une ancienneté minimale (Salès, 1992), son application demeure conditionnée par la mise en place d'un système d'assurance de maternité obligatoire par l'Office d'assurance accidents du travail, maladie et maternité (OFATMA), ce qui traduit un écart entre le cadre légal et la réalité. Dans la pratique, certaines entreprises exploitent cette zone d'ombre de l'application de la loi pour restreindre l'exercice des droits reproductifs des femmes. Or, il s'avère que cet organe est une entité de l'État haïtien. Le manque de volonté de l'État haïtien à faire respecter ses propres lois devient donc une opportunité pour les employeurs de prendre le contrôle du corps des femmes en esquivant les femmes enceintes dans les recrutements ou en fixant une durée illégale d'ancienneté comme condition d'obtenir le congé de maternité lors de l'embauche. Le cas de Bérénithe illustre encore mieux cette réalité : bien qu'elle ne voulût avoir d'enfant pour garder son emploi, elle est tombée enceinte de manière inattendue.

Quand j'ai appris la nouvelle de la grossesse, c'était un choc. Certes, j'ai toujours désiré avoir des enfants depuis mon enfance, mais je n'ai pas voulu en avoir en cet instant précis ni mon mari d'ailleurs. Parce que j'avais peur de perdre mon emploi. Depuis l'entrevue, on m'avait clairement interdit de tomber enceinte avant d'avoir deux ans dans l'entreprise et j'avais accepté. Et voilà, qu'après deux mois, je suis enceinte [...]. Heureusement, j'ai

pu garder mon emploi grâce à mes performances pendant les 9 mois de grossesses. J'ai reçu des commissions sur toutes mes ventes pendant mon absence. (Femme primipare de 27 ans, universitaire, protestante et employée dans le marketing commercial du secteur privé)

Ces extraits soulèvent la question de l'insécurité du travail féminin dans le secteur privé haïtien, en cas de grossesse. Plusieurs participantes se trouvaient tiraillées entre l'idée de garder leur emploi et le choix d'avoir un enfant. Ils exposent également un problème structurel complexe. D'un côté, il y a clairement un nécropouvoir vis-à-vis des travailleuses enceintes qui s'exprime un manque de volonté de l'État à faire respecter les droits des travailleuses, par l'absence d'une politique de protection de santé reproductive claire et effective. D'un autre côté, on constate un manque d'autonomie de ces femmes dans le contrôle de leur reproduction. Elles ont essayé différentes méthodes, mais celles-ci se sont avérées inefficaces ou ont été mal tolérées. Ce qui traduit un manque d'accès à l'information sur les méthodes contraceptives. Les participantes mariées ont accepté leur grossesse sans que cela empêche à leurs maris d'assumer leurs responsabilités contrairement à la femme célibataire³⁰.

Ce non-respect du congé de maternité n'est pas spécifique au secteur privé. En date du 15 avril 2025, un des corps de l'institution policière haïtienne a mis en circulation une note qui visait à exclure les femmes enceintes avant un certain temps de service, en dépit du fait que ce n'était pas prévu dans la loi de la fonction publique sur la maternité (art.121-123):

³⁰ La réaction serait pareille s'il s'agissait d'un couple placé. Parce que d'une part le placage demeure jusqu'à présent la forme d'union la plus courante pour ne pas dire dominante en Haïti et d'autre part, c'est une forme d'union socialement reconnue. Dans le temps, il s'agissait d'un mariage coutumier avec toute les formalités et les rituels du mariage religieux (Barthelemy, 1991 et Bijoux, 1990)

Dès la parution de cette note, toutes les femmes policières de la 34e promotion atteintes d'une grossesse avant dix-huit (18) mois de leur intégration seront automatiquement exclues du Corps des Brigades d'intervention motorisée (CBIM) sans aucune considération.

Toutefois, je ne vais pas m'attarder dessus puisque, je n'ai pas recruté de fonctionnaires et mon étude ne couvre pas l'année 2025 non plus. Par ailleurs, les participantes n'ont pas vécu ces obstacles de manière passive. Elles se sont adaptées, elles ont renégocié leur contrat et sont parties travailler dans d'autres institutions. La plupart des femmes ont travaillé pendant les neuf mois de grossesse et une a pu garder son emploi au retour de l'accouchement. Une autre a été engagée par un nouvel employeur tout en respectant les dispositions légales sur la maternité. Par ailleurs, le fait d'accepter que les femmes travaillent pendant les neuf mois de grossesse sans congés payés indique le pouvoir des employeurs et leur disposition à violer la loi pour protéger la productivité de leurs entreprises. Ce constat soutient la thèse de Vergès (2017) sur l'exploitation à outrance des captives. Ces dernières travaillaient jusqu'au terme de leur grossesse et reprenaient le travail immédiatement après l'accouchement. Ces informations me poussent à comprendre que l'employée n'est comprise qu'à travers sa force de travail.

En résumé, dans ce chapitre, j'ai analysé les différents obstacles rencontrés par les participantes dans la recherche de soins, dans le contexte actuel. Les données montrent que les femmes ont accédé aux soins dans un contexte de violence structurelle qui impactent la disponibilité des soins, du soutien et modifient leurs trajectoires de soins. Le manque de soutien est vécu par les participantes comme une charge mentale et celle-ci est liée aux normes différentielles de genre dans la société haïtienne. J'ai examiné les expériences vécues dans les établissements et montrent comment les traitements infligés

aux participantes sont liés à la médicalisation de la naissance et la persistance de certaines pratiques coloniales à travers la mondialisation de la santé dans les pays des Suds. En outre, le climat de l'insécurité, les inégalités structurelles et de genre ainsi que les expériences vécues en milieu de travail participent à l'émergence d'une ambivalence de la maternité. Dans cette recherche, elle est perçue à la fois comme accomplissement et obstacle. Dans le prochain chapitre, je discuterai des choix thérapeutiques des participantes.

CHAPITRE V- BUTINAGE COMME OPPORTUNITÉ

Dans ce chapitre, j'examine les choix thérapeutiques des participantes c'est-à-dire, la combinaison des soins, les lieux de l'accouchement et les stratégies utilisées pour avoir les soins. L'adoption de la perspective décoloniale permet de comprendre ces choix pas uniquement comme des réponses à des contraintes structurelles, mais comme l'expression d'une agentivité/ agencéité du fait que des individus sont capables d'agir et à faire des choix en fonction de leurs normes, valeurs et référents sociaux, même dans un contexte de contraintes (Landry, 2010)³¹. Les femmes saisissent les opportunités qui s'offrent à elles tout en procédant à des combinaisons spécifiques.

Dans l'analyse des choix thérapeutiques des participantes, trois autres dimensions se sont émergées à partir des données : la phase ou période, le rapport à la religion et le statut matrimonial. Ils m'ont beaucoup renseigné sur les choix thérapeutiques des participantes au cours de chaque période dans la mesure où leur entrecroisement permet à la femme de combiner des soins selon ses valeurs et sa situation financière. Les femmes que nous avons recrutées sont issues majoritairement de l'Église : deux de catholiques et quatre protestantes. L'accent sur ces deux courants est essentiel, car ce sont les deux courants chrétiens dominants en Haïti, souvent en tension dans ce contexte. Le premier s'inscrit dans une logique de rejet des pratiques populaires ancrées dans le vodou tandis que le second dans une logique d'inculturation/ cohabitation (Corten, 2014).

³¹ Entrevue avec Saba Mahmood sur l'agentivité /agencéité.

En outre, j'aborde la combinaison des soins à partir du concept de butinage médical de Fosso(2011). J'analyse l'agencement des soins en fonction des deux médecines et du lieu.

5.1. Confirmation de la grossesse : du rêve à la vérification clinique

Pour les participantes, c'est important d'avoir la confirmation clinique même ayant le pressentiment d'être enceinte. Ainsi, avant l'administration du test, les femmes confient avoir ressenti ou vu des symptômes de grossesse tels que : l'absence de menstruation, le sommeil persistant et le gonflement des seins. Cependant, pour s'assurer qu'il s'agit réellement d'une grossesse, la plupart d'entre elles se sont administré un test de grossesse qui s'est révélé positif avant de se rendre à l'hôpital. Cette décision nous révèle un certain niveau de connaissance des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive. Toutefois, le temps de consultation des femmes varie en fonction de la conjoncture et des moyens économiques de la femme. Mariana nous rapporte qu'elle a mis du temps pour avoir les premières consultations : *“J'ai eu ma première visite médicale en avril 2012, après deux mois de grossesse, parce que je ne pouvais pas me déplacer”*. Donc, l'insécurité n'a pas seulement empêché les hôpitaux de fonctionner normalement, mais a également entraîné un retard dans le temps de consultation des femmes. Ainsi, les constats selon lesquels les femmes ne consultent pas comme en raison de leurs caractéristiques individuelles (faible niveau d'instruction notamment) pour expliquer les indicateurs de santé reproductive, sans placer la focale sur les inégalités de distributions du système de soins à travers le territoire et pire encore dans un climat de violence sont limités. Les femmes qui habitent dans une zone “ à risques” ne pouvaient pas consulter du fait de leur lieu de résidence tandis que d'autres, d'autres ne le pouvaient parce qu'elles ne disposaient pas des fonds nécessaires à temps.

Pour Stéphanie, la grossesse lui a été révélée dans un rêve. À son réveil, elle est allée chez sa tante, une matrone, qui a été la seule personne avec qui elle pouvait avoir une conversation sympathique au moment de cette grossesse. Sa tante a évalué ses symptômes et validé sa grossesse à l'aide de ses connaissances de la médecine populaire. Elle est partie consulter un médecin après deux mois, par faute de moyens économiques pour payer la consultation et couvrir les frais des ordonnances. Il est important de rappeler que la participante est seule et exerce une activité peu rentable. De ce fait, elle éprouve beaucoup de difficultés financières pour avoir des soins biomédicaux.

Le manque de fonds nécessaires, la mauvaise répartition des établissements de soins sur le territoire en temps de crise et l'inaccessibilité géographique s'inscrivent tous dans une violence structurelle à l'égard de la population (Castro & Farmer, 2003; Meudec, 2007;) et spécifiquement envers les femmes en quête de soin reproductif (Joseph, 2022; Toyo, 2011). Nous soulignons la question du sexe ; car aucune participante n'a affirmé que son partenaire avait besoin des suivis médicaux en lien à la santé reproductive. Par conséquent, elles étaient les seules à être dans le besoin d'avoir des suivis médicaux et à être soumises aux interventions chirurgicales du fait de leur capacité à donner naissance. Ainsi, comprendre les choix opérés par les femmes au cours de cette phase revient à interroger les fondements même de la structure des soins en Haïti. D'un côté, leurs besoins et leur volonté de les satisfaire apparaissent clairement ; de l'autre, le système biomédical demeure inaccessible à plusieurs niveaux. Cependant, il est pertinent de comprendre la perception de la grossesse et /ou de la périnatalité pour comprendre les logiques sous-jacentes aux combinaisons des soins existants dans le contexte de pluralisme médico-religieux en Haïti.

5.2. Grossesse comme période fragile

La médicalisation a beaucoup changé le mode de gestion de l'accouchement. Pendant longtemps la grossesse fut traitée comme un évènement naturel dont les prestataires accompagnent. Avec l'industrialisation et le développement de la technologie dans la naissance, l'accouchement est médicalisé et (Batram-Zantvoort et al., 2021; Laurendeau, 1983). Ainsi, les femmes enceintes sont maintenant soumises à des interventions intensives et parfois non nécessaires dans le souci de prévenir les risques (Dessureault, 2015).

Dans la perception des participantes, il existe une perception de risque qui est liée à la recherche des soins en Haïti, par rapport au contexte d'insécurité et des problèmes structurels. En général pour elles, la grossesse est une période de fragilité. En fait, la périnatalité en elle-même n'est pas considérée comme un évènement fragile, mais que certaines phases méritent un peu plus de considération. D'ailleurs, la majorité des femmes ont vaqué à leurs occupations pendant leurs 9 mois de grossesses, néanmoins des suivis prénataux réguliers, et un transfert des charges plus lourdes à leur entourage (notamment leur mari et les membres de la famille immédiate) à mesure que la période d'accouchement approche. Toutes les participantes ont eu au moins 4 suivis de grossesse et la majorité en a eu tous les mois. Au cours de ces visites, des examens sont réalisés afin de suivre le développement du fœtus et de prévenir d'éventuelles pathologies liées à la grossesse. Pour Dr Mario, il est fortement conseillé aux femmes enceintes de consulter des médecins pour le bon déroulement de la grossesse parce que cela arrive parfois qu'il y ait des complications à l'accouchement. Mais, la grossesse en soi n'est pas une maladie : « il s'agit tout simplement d'une transformation temporaire du corps de la femme ». Les premières visites sont plutôt des visites de datation c'est-à-dire des

consultations générales avec la détermination de l'âge de l'embryon. Les autres consultations sont des visites de suivi et de prévention. Selon Jocelyne, à ce stade, les sages-femmes sont chargées d'accompagner les femmes, de les éduquer sur les signes de dangers au cours de la grossesse, les bonnes habitudes à maintenir et les mesures de prévention d'éventuelles complications.

Dans le traitement accordé par la famille des participantes, la perception de la femme enceinte n'est pas trop différente. La femme enceinte est un être fragile sur le plan émotionnel, spirituel et physique. Sur le plan émotionnel, les films d'horreur et les émotions fortement négatives telles que la colère et l'état de choc³² sont à éviter. Physiquement, il est interdit à une femme enceinte de consommer de l'alcool et à l'entourage d'interrompre son sommeil. Les films d'horreur et l'interruption du sommeil pendant la grossesse sont synonymes de danger pour le fœtus et peuvent engendrer des anomalies. Tandis que la colère ou le choc peut conduire à des complications et les envies non satisfaites sont susceptibles de laisser une tâche de naissance sur l'enfant à l'accouchement. Par ailleurs, plus elle avançait dans son cheminement, plus leur conjoint prenait en charge les activités qui nécessitent plus d'efforts physiques. Mariana nous confie : « *je m'occupe des tâches légères* » et « *du soin des enfants et leur fournir de l'aide pour les devoirs* ». À l'exception de la participante qui disposait d'une femme de ménage chez elle, c'est le cas pour toutes les femmes qui ont déjà eu des enfants avant cette grossesse. Sur le plan spirituel, une femme enceinte doit préserver un état de paix et passer du temps dans la prière, peu importe sa confession religieuse. Certes, ces descriptions peuvent ne pas cadrer aux explications biomédicales habituelles sur la grossesse. Toutefois, elles font écho à la description des enjeux autour de la grossesse

³² Sezisman en créole

dans d'autres communautés traditionnelles, avec de petites différences. En effet, dans les communautés indigènes du Pérou, il est conseillé de satisfaire les envies de la femme enceinte pour ne pas priver l'enfant de ses besoins, la vapeur d'eau peut provoquer des malaises jusqu'à un avortement chez la parturiente et la colère est transmissible à l'enfant (Quiroz, 2021). Tous ces enjeux soulevés par les femmes conduisent à dépasser une conception strictement biomédicale de la grossesse pour la comprendre comme une expérience globale, qui traverse l'ensemble des dimensions de leur existence. Loin de se réduire à un suivi médical, la grossesse embrasse simultanément des aspects physiques, émotionnels, économiques, sociaux et spirituels. Cette représentation, en tension avec la logique institutionnelle dominante, constitue le soubassement de leurs choix de soins et révèle l'ancrage culturel et contextuel de leur itinéraire périnatal.

5.3. Recours simultané en période prénatale : des soins somatiques pour soigner les pathologies physiques et des soins spirituels pour garantir la protection

Les récits des femmes sur leurs choix thérapeutiques corroborent avec la pratique du butinage médical. Selon Fosso (2011), il existe trois types de butinage : le butinage inclusif, le butinage successif et le recours simultané (le dernier type ainsi nommé chez Fosso). Le butinage inclusif désigne des consultations obtenues à l'intérieur d'un même modèle de soins. Le butinage successif correspond, quant à lui, au passage d'un modèle de soins à un autre. Nous n'avons relevé aucun élément concordant avec ce type de butinage dans les récits des femmes. Le recours simultané renvoie à l'utilisation concomitante de deux ou plusieurs modèles de soins. La pratique du butinage prend tout son sens dans le contexte de pluralisme médico-religieux haïtien. Selon Vonarx (2008), le pluralisme dans la recherche des soins est une règle tant en Haïti que dans les autres sociétés créoles, où la religion fait partie intégrante du système de soins.

En effet, dans la période de la grossesse, le cheminement des femmes est semblable à un recours simultané : combinaison des soins somatiques à l'intérieur du système médical dans le secteur privé et public et des soins spirituels. J'entends par soins somatiques des soins pour le corps. En période prénatale, les femmes recourent à des consultations médicales pour soigner les pathologies et prévenir certains risques, elles ont des pratiques religieuses telles que des rituels, de la prière et le jeûne pour garantir la protection spirituelle.

Mariana faisait ses suivis prénatals dans deux hôpitaux du secteur public en alternance. L'instabilité des horaires du premier centre hospitalier est à la base de sa réorientation vers un autre établissement. En plus de ces soins biomédicaux, elle confie avoir des pratiques thérapeutiques religieuses. Elle affirme qu'elle n'avait pas assez de temps pour se rendre à l'église et éprouvait de la honte par rapport à son âge (42 ans), au cours de cette troisième grossesse. Toutefois, elle était restée attachée à la prière à l'aide des émissions radiophoniques.

J'écoutais des émissions religieuses de manière régulière. Parce que la grossesse est une période de vulnérabilité pour la mère et pour l'enfant. Chaque femme sollicite la protection de l'être supérieur dans lequel elle croit. Certaines personnes consultent les prêtres de vodou, d'autres se rendent à l'église pour assurer la protection du bébé et de la mère, si jamais, il y aurait des « *move je/* malfaiteurs), et des loups-garous qui voudraient du mal de la mère et à l'enfant. (Femme de 42 ans, catholique, universitaire et enseignante)

Les expressions de *move je* et loups-garous dans la culture haïtienne sont employées pour désigner des individus à l'origine des maladies perçues comme surnaturelles (Tremblay, 1995) ou maladies de sorcières (Vonarx, 2008). Ces dernières sont souvent des maladies dont les causes dépassent la connaissance de la personne malade et de son

réseau. Dans certains cas, il s'agit des maladies auxquelles le modèle médical haïtien n'est pas en mesure de répondre de manière satisfaisante. En ce sens, les gens puisent dans leur spiritualité pour prévenir ou pallier ces situations. Le cas de Vania illustre très bien cette explication.

Vania a eu des suivis dans deux hôpitaux privés. Il s'agissait pour elle, d'une stratégie d'ajustement au système de soin. Mais, à côté des soins biomédicaux, la prière devenait pour elle une force, un acte de foi et de protection pour assurer la naissance de son enfant. Elle priait beaucoup parce que, dans sa vision : « *les enfants sont un cadeau de Dieu. Les docteurs soignent, mais c'est Dieu qui a le dernier mot. Je me disais toujours qu'il fera en sorte que ce bébé naisse vivant et en bonne santé et que mes prières ne seront pas vaines* ». (Femme de 31 ans, universitaire, protestante et mère au foyer)

Même si dans la croyance de la participante mettre au monde un enfant vivant et en bonne santé relève de la divinité, cela ne l'empêche pas d'avoir des suivis avec deux médecins. Elle combine ainsi ses ressources spirituelles avec la médecine conventionnelle. Il est toutefois important de rappeler que la périnatalité reste pendant longtemps un évènement familial et communautaire, dans les familles traditionnelles en Haïti (Bijoux, 1990; Ronceray, 1979). De ce fait, la trajectoire des femmes au cours de cette période est le résultat de choix individuels et familiaux combinés. Bérénithe, a eu des suivis médicaux chaque mois dans le privé. Elle a eu un premier docteur qu'elle estimait « négligeant » : il lui arrivait même de s'assoupir pendant une séance de consultation, ce qui l'a conduite à se tourner vers une clinique (privée). Elle confirme qu'en tant que chrétienne, elle a eu « une vie de prière » bien avant sa grossesse. Toutefois, son cousin est venu prier avec elle à plusieurs reprises à la suite des « mauvais

rêves/ *move rèv* » qu'il faisait à son sujet afin d' « *implorer la grâce de Dieu en sa faveur* ».

Dans la tradition haïtienne, comme c'est le cas pour des sociétés africaines, les rêves sont accueillis avec beaucoup de considérations (Constant, 2008). Les mauvais rêves sont une annonce des évènements malheureux susceptibles de se produire dans le futur. De ce fait, « passer du temps dans la prière » est perçu comme un moyen de neutraliser ces malheurs. Toutefois, il est possible de recevoir de bonnes nouvelles à travers les rêves. Ainsi, Stéphanie, femme catholique, disait qu'elle avait reçu l'annonce de sa grossesse avant même de faire un test clinique, puis elle a eu la confirmation au cours de son deuxième mois. Cependant, sa situation est un peu différente de celle des femmes décrites précédemment. La participante a eu à la fois des suivis médicaux tous les mois dans un hôpital public, des rituels autodirigés, et des consultations régulières chez un prêtre vodou, parce qu'elle avait toujours des malaises, les médicaments ne lui suffisaient pas. De plus, elle se sentait en danger dans la mesure où, selon ces récits, le père de son enfant la visitait dans les premiers moments de sa grossesse et essayait par tous les moyens de la faire avorter. À chacune de ses visites, elle faisait toujours ses rituels (Illuminations et jeter de l'eau)³³ et priait avant de le recevoir. Même chose, s'il lui faisait un don, avant d'être séparé, parce qu'elle voulait à tout prix protéger la vie de son bébé. Ainsi, l'itinéraire parcouru par Stéphanie résulte de la durée de ses malaises (Fassin, 1992; Marcellini et al., 2000) de leurs perceptions (Tremblay, 1995; Vonarx, 2008) et de l'insuffisance de la médecine biomédicale (Quéniart et al., 1990).

³³ *liminasyon/ jete dlo pou pou sa m pa wè yo*. Ce sont des actes de purification et de communication avec les loas/ esprits des ancêtres dans le vodou haïtien.

5.4. Combinaison des soins et dynamique de pouvoir autour de l'accouchement

Bien que les études sur la médicalité en Haïti montrent qu'il s'agit d'une société de pluralisme, à ce jour, les pratiques thérapeutiques populaires ne sont pas reconnues par les politiques de santé. Au contraire, les indicateurs sur la santé reproductive tels que le taux d'accouchement en établissement de santé, le nombre de consultations prénatales et le taux de suivi après l'accouchement ignorent complètement tous les soins qui n'entrent pas dans le registre médical, alors que les femmes naviguent à travers les différents modèles. Le taux d'accouchement à domicile et en présence des prestataires de la médecine populaire est souvent évoqué en termes d'inquiétude et de nouvelles cibles pour orienter leur intervention (Pierre-Charles, 2024). Néanmoins, l'invisibilisation de la médecine populaire et la médicalisation de la naissance confère un pouvoir médical et institutionnel aux prestataires, souvent perçus comme légitime et comme seuls détenteurs des savoirs à propos du corps des parturientes.

5.4.1. Accouchement en établissements de santé : effet de position sociale

Avant de présenter les itinéraires des femmes au moment de l'accouchement, nous tenons à rappeler que les femmes que nous avons rencontrées sont toutes scolarisées et la majorité d'entre elles sont des universitaires, des professionnelles actives, toutes mariées, sauf une. Étant résidentes de la zone métropolitaine de l'Ouest, elles sont aussi les plus exposées aux messages d'incitation d'accoucher en établissement de santé véhiculé par les programmes de santé reproductive.

Ainsi, en analysant les données sur le processus d'accouchement des femmes interviewées, nous avons pu observer qu'elles ont toutes accouché en établissement de santé. En effet, les femmes butinaient les soins biomédicaux disponibles que ce soit

pendant les périodes du coronavirus ou de la violence des gangs. Toutefois, nous avons repéré trois types à l'intérieur même du butinage inclusif. Le premier concerne Mariana qui a eu ses suivis prénatals dans un établissement privé et qui voulait accoucher dans un hôpital public. Elle a eu des contractions pendant un épisode de *Peyi lòk*. Elle passait d'un établissement de santé à un autre à cause d'une capacité d'accueil limitée. Certains hôpitaux ne fonctionnaient pas, d'autres, ne disposaient pas de personnel suffisant ou de matériels pour répondre aux demandes :

Il n'y avait ni carburant ni personnel disponible. De toute façon, les patients qui étaient déjà là étaient sur le point d'être renvoyés chez eux. J'ai dû continuer jusqu'à un autre hôpital sur la route de Delmas, mais ils m'ont dit la même chose. J'ai poursuivi mon chemin plus haut sur Delmas jusqu'à Pétion-Ville, où il y avait un hôpital public, mais lui aussi était fermé à cause du manque de carburant. Finalement, j'ai trouvé un autre établissement semi-public qui a pu m'accueillir. Entre-temps, j'étais prête à accoucher depuis longtemps. J'avais déjà perdu les eaux depuis une trentaine de minutes. (Femme multipare de 42 ans, catholique, universitaire et enseignante)

Ces propos laissent entrevoir d'une part les actes décisionnels de la participante : recherche des soins disponibles en fonction de la conjoncture du moment (*peyi lòk* et rareté du carburant) qui rend indisponibles certains établissements de santé provoquant à la fois des barrières géographiques et logistiques pour une femme sur le point d'accoucher. Ici, la volonté de sélectionner des établissements du secteur public ou semi-public met en évidence un indice d'accessibilité financière (Georges, 2021 ; (IHE) et ICF, 2018 ; Tremblay, 1995) dans la recherche des soins en Haïti. Ces décisions, révèlent le poids de la situation économique dans la recherche des soins périnataux en Haïti. Effectivement, le coût des soins constitue un paramètre important dans l'accès aux services reproductifs en Haïti. Quel que soit l'âge ou le rang de naissance, il y a

davantage de femmes qui accouchent dans le secteur public que dans le secteur privé (EMMUS-VI, 2018) même si le premier est parfois perçu comme un milieu de soins déshumanisant (Tremblay, 1995). Par ailleurs, bien que travailleuses, les femmes occupent parfois des emplois précaires qui ne leur permettent pas de bénéficier d'une couverture d'assurance médicale pour avoir des soins à prix réduit, ce qui les place encore une fois en situation de vulnérabilité économique pour accéder aux soins. Toutefois, il y a lieu de considérer un troisième paramètre pour mieux comprendre le choix de Mariana: le rang de naissance. Étant à sa troisième grossesse, elle a pu développer une expertise dans la périnatalité (El Kotni, 2022; Georges, 2021; Pierre-Charles, 2024; Sauvegrain et al., 2022). Cela lui a donné un peu plus de liberté dans ses choix, ce qui n'est pas forcément le cas pour une femme primipare ou qui a perdu son premier bébé.

En effet, le coût des soins ne peut pas à lui seul expliquer le choix des femmes. La perte antérieure d'un bébé ou l'inexpérience peut influencer les décisions. Malgré le fait que Vania ne travaillait pas au moment de sa grossesse et que son mari n'avait pas un emploi bien rémunéré, elle a accouché dans un hôpital privé. Parce qu'elle voulait que cette naissance se déroule sans le moindre obstacle: *“ C'est censé être mon premier bébé, je ne peux pas me permettre d'aller à un hôpital public et ne pas pouvoir accoucher parce qu'il n'y a pas de matériels ou de carburant. J'ai tout prévu ”*. (Femme de 31 ans, universitaire, protestante, primipare).

Le deuxième type de butinage inclusif renvoie à la migration vers d'autres départements du pays pour accoucher. Le cas de Stéphanie témoigne de ce type de butinage. Elle faisait ses suivis dans un hôpital public dans le département de l'Ouest. Mais, elle a accouché dans un autre hôpital public du département du Nord parce que les soins

étaient moins chers là-bas et c'était aussi sa ville natale. Donc, le choix est dirigé par ses connaissances du lieu d'accouchement et de sa proximité avec son réseau social. C'était plus facile pour elle de trouver du soutien de ses proches. D'ailleurs, les suivis de son dernier trimestre ont eu lieu là-bas également. Il faut préciser également que la stratégie de Stéphanie concorde avec l'expérience de grossesse des femmes célibataires qui sont confrontées à des problèmes économiques (Joseph, 2022). Le coût des soins dans les établissements situés à la capitale, la cherté de la vie et surtout la honte de la grossesse monoparentale les encouragent à migrer vers leur ville natale où elles pourront avoir les soins à moindres coûts, la solidarité de leurs proches et des soins traditionnels gratuitement.

En effet, avant l'arrivée de l'enfant et la période de *Ti nouris*, on s'attend à ce que la femme se nourrisse correctement, soit choyée durant la grossesse, reste fraîche et épanouie après l'accouchement, et que tous les préparatifs nécessaires pour le bébé soient prêts. Cette attente révèle une représentation normative de la maternité, qui associe le bien-être de la mère et la préparation matérielle à l'arrivée de l'enfant. En cas de monoparentalité, si la mère ne dispose pas les ressources nécessaires, il devient difficile de répondre à ces attentes, ce qui les pousse à migrer pour s'échapper aux jugements. En effet, les familles rurales traditionnelles sont généralement beaucoup plus tolérantes à ces types de situations (Bijoux, 1990; Raphaël, 2006).

La dernière forme de butinage inclusive que nous avons repérée est la mobilité internationale en santé. En effet, comme soulevé par Mathon et al. (2019), nombreux individus procèdent à des déplacements internationaux pour des fins thérapeutiques. Ces déplacements prennent des noms différents en raison du niveau de revenu du pays d'origine et celui du pays d'accueil. On parle de « tourisme médical », de « retours

médicaux », de « voyage médical » et mobilité transfrontalière (Mathon et al., 2019, p. 3). Cependant, nous ne trouvons pas des thèmes spécifiques pour décrire le déplacement de la patientèle des pays des Suds vers les pays du Nord à des fins médicales. De ce fait, nous conservons le thème de mobilité internationale en santé pour désigner des déplacements effectués d'un pays à un autre pour des fins médicales (Fauquert, 2021). Il s'agit là du cas de Minouche, une travailleuse du secteur humanitaire qui combinait des soins du système biomédical à l'intérieur d'Haïti et aux États-Unis, contrairement aux motifs d'offres alléchantes de soins, manque d'empathie ou inaccessibilité souvent évoqués dans la revue de littérature sur les itinéraires de soins et des mobilités thérapeutiques. La décision de Minouche était plutôt guidée par l'opportunité que cela représente pour son enfant dans la mesure où naître sur le sol américain permet d'obtenir des privilèges. Elle pense qu'être parent :

« C'est avoir la capacité de planifier l'avenir de ses enfants. Je n'ai pas accouché aux États-Unis parce que les prestataires de soins haïtiens sont moins qualifiés ou à cause de mauvaises expériences. Pas du tout. J'ai choisi d'accoucher aux États-Unis, pour permettre à mon enfant d'avoir une marge de manœuvre. Ne le prends pas personnel... mais, quand tu es né dans un pays pauvre, tout devient un combat. Je ne veux plus de ça pour mes enfants ». (Femme de 35 ans, n'ayant aucune pratique religieuse, universitaire et employée d'ONG)

Il faut préciser que Minouche avait failli perdre un membre de sa famille qui devait se faire opérer aux États-Unis sous la recommandation des médecins haïtiens à cause de la lenteur dans le processus de demande de visa. Donc, accoucher aux États-Unis lui permet d'anticiper ce genre d'imprévisibilité.

En résumé, en dépit des difficultés des femmes à obtenir les soins, accoucher à l'hôpital est une décision importante pour elles. Étant des femmes avec un niveau secondaire et plus, elles ont une vision médicalisée de l'accouchement. Ainsi, elles ont employé tous les moyens pour accoucher en établissement de santé. En effet, ce résultat corrobore les constats sur la dernière EDS((IHE) et ICF, 2018) en Haïti. Au regard statistique, l'accouchement en établissement de santé est de 67,1% chez les femmes qui ont un niveau secondaire ou plus et de 14,1% chez celles qui n'ont aucune instruction, soit 4,4 fois de moins. Tandis que dans d'autres espaces, les femmes instruites optent pour des accouchements à domicile pour éviter des interventions non nécessaires et garder leur sentiment de contrôle et d'autonomie (Batram-Zantvoort et al., 2021) et certaines fois sans assistance professionnelle (Bujold et al., 2024), celles d'Haïti optent pour l'accouchement en établissement de santé. Dans les deux cas, le lieu de l'accouchement est un effet de position sociale.

5.4.2. Césarienne : entre réponse à la souffrance fœtale et accouchement subi

En premier lieu, c'est important de noter que plus de la moitié des femmes ont accouché par voie de césarienne. Selon le Dr Mario, une césarienne est nécessaire quand il manque de progression dans le travail, le col n'est pas dilaté, la vie de la mère est en danger ou s'il y a souffrance fœtale. Elle consiste en un type d'accouchement effectué à l'aide d'une intervention chirurgicale dans le cas où le bébé ne peut pas sortir par le vagin (gouvernement du Québec, 2025). Elle est : « une pratique absolument nécessaire quand il n'y pas d'autre moyen de mettre au monde un enfant vivant » (Laurendeau, 1983, p. 211). Par ailleurs, il y a souffrance fœtale, quand le bébé est en manque d'oxygène. À ce moment, les battements de son cœur ralentissent. Plusieurs causes sont à la base d'une souffrance fœtale : il peut s'agir d'un espacement de césarienne trop mince.

C'était le cas particulièrement de Vania, qui a eu une première césarienne un an avant cet accouchement. Son bébé à peine né était obligé d'être placé sous respiration artificielle. Et, c'était le moment le plus inquiétant pour elle. Une deuxième cause de la souffrance fœtale résulte d'un temps trop long de contraction avant d'être prise en charge. C'est le cas de Mariana qui a passé plus de trois heures avec une douleur avant de trouver un établissement semi-public pour accoucher. Selon ce que les médecins lui avaient rapporté, s'ils n'avaient pas procédé à une intervention chirurgicale, elle aurait pu perdre le bébé. Toutefois, dans les entrevues que nous avons eues avec ces participantes, aucune n'était en mesure de faire le lien entre ces complications ressenties et l'intervention chirurgicale qu'elles ont subie. Sofia et Bérénithe ne pouvaient même pas expliquer quelle complication a conduit à la césarienne. Elles savaient seulement que le bébé était en détresse fœtale. Bérénithe, par exemple, ne s'y attendait pas du tout, car il n'y a jamais eu de complications durant toute sa grossesse. Le médecin lui a annoncé une césarienne dans les derniers moments et par la suite, elle lui a demandé de se présenter à l'hôpital deux jours avant la date prévue pour son accouchement dans le souci de lui garantir un établissement de santé pour accoucher au cas où il n'y aurait pas de circulation, parce qu'on annonçait le *Peyi-lok*.

On avait annoncé le peyi lòk et pour le 7 février. Je devrais accoucher le 15. Il commençait à avoir du désordre et tout. Mais à partir du 11 je crois que les activités ont été reprises. Maintenant, le médecin m'a écrit pour me dire qu'elle pense que je ne devais plus attendre le 15 et que je devrais venir le 12 pour la césarienne parce qu'elle ne veut pas que la situation s'empire et qu'elle pense que c'est mieux pour moi et pour le bébé. (Femme de 27 ans universitaire, protestante et employée dans le marketing commercial du secteur privé)

Ces données expriment, d'une part, le problème de communication que nous avons abordé plus haut, mais aussi du rapport de pouvoir inégalitaire entre les prestataires et

les parturientes. Ces comportements montrent que les prestataires disposent d'un privilège de décider à la place des parturientes parce qu'ils estiment être en position de savoir ce qui est mieux pour la femme. Si ces accouchements ont été réalisés dans le but d'assurer la sécurité maternelle et infantile, ils effacent toutefois l'autonomie et le pouvoir de décision de la mère sur son propre corps et dans le processus d'accouchement.

5.5. Des soins postnatals selon la méthode d'accouchement

En période postnatale, les femmes, sauf une, procèdent à un recours simultané de soins dans les modèles dits traditionnels et biomédicaux indépendamment du lieu et de la méthode d'accouchement. Les récits que nous avons recueillis auprès des participantes permettent de comprendre qu'il existe une petite différence dans les itinéraires de soins adoptés, selon qu'elles accouchent par voie vaginale ou par césarienne.

Les femmes qui accouchent par voie vaginale ont pu avoir des soins traditionnels à côté des soins médicaux. En fait, les participantes nous informent qu'elles ont eu les soins médicaux et des médicaments pharmaceutiques. Mais, une fois arrivées chez elles, elles recourent aux soins non conventionnels. Elles se sont bien nourries pour être à même de faire un allaitement exclusif, fortement recommandé par leurs prestataires de soin et leurs proches pour la santé du nouveau-né. Elles ont eu des repas bien équilibrés à différentes heures de la journée et du soir avec des légumes, des céréales et de la viande indigène³⁴. Le soir, elles ont des repas légers et des thés de gingembre pour réchauffer le corps. Au cours de ces périodes, la tisane remplace l'eau. Il y a un code vestimentaire à respecter par les parturientes également. Toutefois, en cas de césarienne, les femmes

³⁴ Notamment du petit mil et du mirliton pour favoriser le lait et le poulet indigène

ne peuvent pas avoir des bains de vapeur pour éviter des pressions sur la suture. Elles sont exemptes des repas susceptibles de conduire à une constipation. Elles doivent bien se couvrir le corps jusqu'au cou et porter des foulards sur la tête spécifiquement la nuit, pour éviter d'attraper le froid. Vania ajoute : « *Je me suis bien couvert la tête pour ne pas attraper le froid, j'ai bu du thé et de la tisane. J'ai eu tous les soins traditionnels sauf la vapeur, parce que j'ai accouché par césarienne* ». (Femme de 31 ans, universitaire, protestante et mère au foyer)

La majorité des femmes accouchées par voie vaginale ont pris des bains. Ceux-ci consistent en un liquide, composé de feuilles connues pour leurs vertus thérapeutiques, versées dans un récipient. Une partie de ce bain consiste à verser ce liquide tiède sur la femme de la tête aux pieds tout en massant son corps et son ventre en particulier. Cette première partie sert à dégorger le corps de la femme et l'aide à évacuer les restants à l'intérieur de son corps. Dans la deuxième partie, on verse le bain chaud (bain de vapeur) dans un sautoir en métal émaillé, puis on demande à la femme de s'asseoir dessus pendant un moment. Pour ce faire, la femme doit bien s'habiller et la maison doit être à l'abri des courants d'air, une pratique rencontrée dans les communautés indigènes au Mexique également (El Kotni, 2022). Toutefois, les femmes qui ont pris un bain de vapeur précisent qu'il n'était pas aussi chaud que dans le temps. Ce bain est connu pour sa capacité à : « *nettoyer et resserrer le vagin pour maintenir un niveau de plaisir dans les rapports sexuels après un accouchement* » et « *prévenir d'éventuelles infections également* ». Les participantes ont bénéficié aussi des massages thérapeutiques pour les aider à replacer les articulations dues au mouvement des os lors de l'accouchement et la tisane remplace l'eau pendant la période de *Ti nouris*. Bien que Minouche n'avait pas accouché en Haïti, elle a amené son kit de soins traditionnels avec elle aux États-Unis.

Pour la participante, cela lui permettait de se sentir connectée avec ses traditions et de pouvoir bénéficier des bienfaits de soins non conventionnels même en étant à l'extérieur du pays. La femme, qui n'avait pas pris de bain de vapeur, nomme avoir craint les effets de celui-ci évoqués par ses proches. Pour eux « *c'est de l'ancien temps. Les médicaments sur l'ordonnance du médecin ont les mêmes effets et permettent d'éviter des conséquences de la chaleur pour les yeux* ». (Carmène, femme primipare, protestante et universitaire)

Chez les personnes occidentalisées en Haïti, la médecine populaire est perçue comme démodée, une médecine qui s'inscrit dans le passé, qui n'a pas d'avenir (Tremblay, 1995). Ceci, car, généralement, les prestataires sont des personnes n'ayant pas un statut socio-économique élevé (faible niveau de scolarisation et précarité économique). D'autre part, il s'agit d'un métier où les prestataires n'utilisent pas d'appareils technologiques ni de recettes formelles. En ce sens, Mariana affirme qu'elle n'a eu que des soins biomédicaux, « *pas de thé ni de tisane. Juste de médicaments à la pharmacie. Je ne voulais pas de ces affaires rudimentaires* ».

En effet, la médecine ancestrale est un système de transmission informel acquis par la pratique expérientielle et à l'aide de bouche à oreille. Malgré le fait que le MSPP inscrit la promotion de cette médecine comme un objectif de son plan directeur jusqu'à 2030 ((MSPP), 2021), jusqu'à présent rien de concret n'a été mis en place sinon, la création d'une « Direction de la pharmacie, du médicament et de la médecine traditionnelle ». Au contraire, dans le dernier rapport statistique de MSPP (MSPP, 2023), les prestataires de la médecine populaire ne sont pas recensés ni les accouchements dans les quartiers sous contrôle des groupes armés. Pourtant, dans la pratique, beaucoup de gens recourent aux feuilles, aux massages et d'autres pratiques thérapeutiques populaires,

spécifiquement dans les périodes de désorganisation des structures sanitaires et de violence.

Bérénithe témoigne du bienfait du bain pour son corps :

Je ne peux pas dire du mal de la médecine traditionnelle. Après mon accouchement, j'ai eu une douleur dans tout mon corps, je ne pouvais pas bouger. Ma mère m'a fait un bon bain et des massages après, je me suis sentie légère. Elle a ses bienfaits et toute sa place. (Femme primipare universitaire, protestante et employée dans le marketing commercial)

Ces témoignages montrent bien qu'en période postnatale, les participantes naviguent à travers les soins disponibles selon la méthode d'accouchement plutôt que de leur moyen économique et de leur niveau d'instruction. Il s'agit pour elles d'un signe de respect de leur tradition et de recherche de bien-être.

5.6. Prière et navigation web comme ressource thérapeutique contre la dépression post-partum

Sur le plan psychologique, autant la grossesse est considérée comme une période de fragilité, il en est de même pour la période *Ti nouris*. De ce fait, on doit tout faire pour aider les femmes accouchées à traverser cette période dans la tranquillité : « on évite alors de susciter chez elles colère ou mécontentement (fè move san/ faire une crise de mauvais sang), pour que le sang ne leur monte pas dans le lait (san monte nan let) ou qu'il ne leur monte pas à la tête (san monte nan tèt) » (Joseph, 2023, p.8). Malgré la bonne volonté des mères et les préparations de la femme, il existe des situations qui peuvent mener à une dépression post-partum.

En fait, la majorité des participantes déclarent avoir vécu la dépression post-partum et la majorité ont eu une césarienne. En effet, la dépression post-partum des parturientes

comme l'une des conséquences directes de l'intervention de la césarienne est documentée par Dessureault (2015) et; Laurendeau (1983). Mais dans le contexte actuel, où le soutien de l'entourage fait défaut, il y a lieu de considérer la charge mentale, que les participantes désignent comme un manque d'assistance et perçoivent comme une source de stress, après la période *Ti nouris*, comme un facteur contribuant à la dépression post-partum.

Sofia souligne qu'elle se sentait toujours triste, sans espoir, vide de sens et ne pouvait même pas développer de lien sécurisant avec sa nouvelle née. Elle lui attribuait la responsabilité de toutes ses douleurs : « *je disais toujours tous ces malheurs qui me tombent dessus, c'est à cause de ce bébé. Si je n'étais pas enceinte, rien de tout cela ne serait arrivé* ». Vania m'a déclaré se sentir toujours fatiguée et faible. Elle avait toujours sommeil et elle perdait du poids à un rythme tellement rapide que cela commençait à inquiéter ses proches. Mariana me disait qu'elle était toujours triste et pleurait sans raison. Bérénithe n'a pas supporté le fait que son mari n'a pas été pas présent pour elle. Il vaquait à ses occupations comme avant alors qu'elle restait coincée à la maison.

Mon principal problème c'était mon mari, il continuait à faire ses activités comme avant, il n'aidait pas dans le soin de l'enfant. J'étais devenue dépressive, toujours triste. J'avais beaucoup de changement d'humeur, je pleurais tout le temps. J'avais senti que j'avais besoin de lui plus qu'avant. Mais, lui, il ne comprenait pas. Je devenais hypersensible, je ne voulais pas rester seule. Dès que je ne voyais pas mon mari, je pleurais. J'avais développé comme une dépendance affective à mon mari. Je n'avais pas l'énergie, je me suis sentie toujours épuisée. (Femme primipare, universitaire, protestante et employée dans le marketing commercial du secteur privé)

Les propos employés par les femmes et leurs descriptions de la situation nous montrent qu'elles ont un niveau de conscience de soi, de leur état émotionnel et une connaissance

de ce que c'est une dépression post-partum. Pour cette raison, elles ont preuve d'agentivité, à la limite de leur situation socio-économique. En effet, en Haïti, les soins psychologiques sont très coûteux et ils ne sont pas couverts par les assurances médicales. Néanmoins, depuis le coronavirus, il existe une campagne de sensibilisation sur la dépression en Haïti, une Cellule d'Intervention psychothérapeutique d'Urgence d'Haïti (CIPUH) a vu le jour et une ligne d'écoute gratuite à la disposition de la population. À l'origine, cette cellule avait pour but d'aider la population à gérer le stress et l'anxiété liés à la présence du Coronavirus. Petit à petit, le champ élargi. Toutefois, l'intervention est ponctuelle et la ligne est généralement saturée. En général, l'accès aux soins psychologiques constitue une barrière importante même pour les femmes qui occupent un emploi si ce dernier est faiblement rémunéré, encore plus pour celles qui exercent une activité économique indépendante et peu rentable. Par ailleurs, pendant longtemps, la dépression n'a jamais pas été considérée comme une maladie, dans la société haïtienne. Il s'agissait seulement d'« un état d'affaiblissement » (Pierre et al., 2010). D'ailleurs, toutes ces femmes, sauf une, qui affirment avoir vécu la dépression post-partum n'ont pas consulté un.e thérapeute professionnel.le. Elles ont prié, elles ont parlé à des proches, elles ont effectué des recherches à l'aide d'internet et ont pratiqué les techniques apprises dans les billets de blogues sur la dépression post-partum. De plus, elles ont éprouvé un sentiment de satisfaction par rapport à ces choix. Vania déclare que parmi les soins qu'elle a eus : « *les soins psychologiques et spirituels étaient les plus efficaces. J'avais beaucoup aimé la façon dont mes proches me parlaient, me motivaient et priaient pour moi. Parfois, je les invite à la maison, parfois c'est au téléphone* ». Mariana mentionne qu'elle a fait beaucoup de recherche en ligne et a appris des techniques de bien-être comme la respiration, la méditation, le développement des habitudes de vie saine et équilibrée.

Bénérinthe est la seule femme qui a eu un suivi avec une thérapeute chrétienne, après que ses nombreuses recherches sur le web se soient révélées insuffisantes. Elle se disait : « *cette fois-ci, je dois consulter un professionnel de la santé mentale* ». Le choix d'une professionnelle chrétienne traduit une quête de reconnaissance en tant que femme ainsi qu'une recherche de concordance avec ses valeurs et ses référents religieux.

Ainsi à travers le choix de femmes, on comprend que plusieurs modèles de soins existent dans la société haïtienne et que dans leurs pratiques, elles combinent les modèles cadrant avec leurs valeurs et leurs perceptions pour répondre à leurs besoins. En revanche, les femmes qui n'ont pas vécu la dépression post-partum n'ont pas ressenti les symptômes sinon que la fatigue et cela nous portent à considérer que la dépression post-partum n'est pas un effet de classe sociale, c'est-à-dire une retombée de la situation économique de la femme. Elle est liée au stress de la conjoncture, au manque de support de son entourage et son plan d'avenir. De ce fait, même si la femme a une bonne situation financière, si elle n'a pas le soutien dans les tâches et dans le soin du bébé, si elle ne se sent pas comprise dans ce nouveau rôle, ou si la grossesse n'était pas désirée, est beaucoup plus encline à la dépression post-partum. Inversement, une mère monoparentale qui désirait son enfant peut ne pas vivre la dépression du post-partum si elle est bien entourée et même si elle ne possède pas une bonne situation financière.

5.7. Repenser la santé périnatale dans une approche holistique et plurielle

Dans les politiques de santé et les interventions des organismes non gouvernementaux en Haïti, le soin périnatal est souvent envisagé à travers le modèle biomédical, c'est-à-dire, la détection des complications et le suivi physiologique de la mère et du fœtus, alors que plus de 60% des accouchements s'effectuent généralement sans complications

(Pierre-Charles, 2024). Par conséquent, ils ne nécessitent pas toujours l'utilisation d'appareils technologiques ou des médicaments pharmaceutiques. L'approche biomédicale, bien qu'essentielle en cas de complications, demeure limitée lorsqu'il s'agit de comprendre et d'accompagner l'expérience globale de la périnatalité. Repenser le soin périnatal dans une perspective holistique et interculturelle signifie d'abord reconnaître la pluralité des besoins des femmes sur les plans culturel, émotionnel, physique et social ainsi que le pluralisme de l'offre de soins dans le contexte haïtien. Ensuite, cela suppose une valorisation des pratiques thérapeutiques populaires en Haïti, non pas comme une simple alternative, mais comme un système de soins différent. Ainsi, dans cette période de crise sociosanitaire, l'expérience de la maternité en Haïti doit être comprise à travers l'implication de la famille, des groupes religieux, des guérisseurs, des autosoins qui complètent la médecine biomédicale, comme cela a toujours été pour les soins somatiques (Bijoux, 1990; Georges, 2021; Vonarx, 2008). Si aucune femme de cette étude n'a pas accouché à la maison, les soins prénataux et postnataux reçus sont des combinaisons de plusieurs des deux modèles. Les pratiques thérapeutiques populaires, bien qu'invisibilisées dans les politiques de santé et des documents officiels, jouent un rôle déterminant dans le bien-être des mères et de leurs enfants. Ainsi, dépasser le modèle biomédical est nécessaire pour concevoir le soin périnatal dans les établissements de santé et dans la formation des prestataires de soins comme un espace de rencontre entre une diversité de pratiques et de savoirs divers relevant des sphères culturelles, psychologiques, sociales et économiques.

CHAPITRE VI- DISCUSSION

Cette thèse de maîtrise est rédigée à partir d'une perspective qualitative de la méthodologie de la théorisation enracinée, dans laquelle j'ai exploré l'itinéraire thérapeutique en santé périnatale des femmes haïtiennes, résidant dans le département de l'Ouest de 2019 à 2023. Mon objectif a été de comprendre comment les femmes procèdent pour répondre à leurs besoins en santé périnatale. Autrement dit, j'ai examiné les dynamiques autour de l'expérience périnatale.

La périnatalité haïtienne reste encore peu documentée dans la littérature scientifique. De ce fait, cette thèse visait à faire avancer les débats en produisant des informations sur la construction des itinéraires des soins chez les résidentes du département de l'Ouest pendant cette période de désorganisation politique et de précarisation du système sanitaire. Bien qu'au départ, je n'aie pas visé d'inventorier les soins psychologiques, mais le besoin se faisait sentir pendant la collecte des données. En effet, les femmes exprimaient la volonté de verbaliser leur expérience en dépression du post-partum et nous leur avons offert un espace pour le faire au moment des entretiens. Parallèlement, nous en avons profité pour consigner leur démarche pour y répondre.

Dans ce chapitre, j'interprète mes résultats, je les compare à la littérature, je souligne mes apports et les limites de cette recherche.

6.1. Le continuum de la violence reproductive à l'égard des femmes haïtiennes

Les données de l'analyse montrent que dans le contexte actuel, l'itinéraire thérapeutique périnatal des femmes haïtiennes est particulièrement marqué par une montée en violence reproductive. Nous partons, d'abord, du constat qu'il existe une violence structurelle

comme le définit Meudec (2007), Castro & Farmer (2003), Toyo (2011), Pierre-Charles (2024) à l'égard des femmes à la recherche des soins périnataux en Haïti. Cette violence s'exprime par l'inégalité d'accès aux soins (distribution inégale des services de soins périnataux pendant la crise, faute de moyens économiques pour certaines femmes de couvrir les frais liés aux suivis) et par le manque d'accessibilité des soins périnataux à plusieurs niveaux : fermeture des établissements de maternité, instabilité des horaires de fonctionnement de certains hôpitaux et zone à risques.

Le deuxième aspect de cette violence s'exprime dans le comportement de certains employeurs à profiter de la précarité de leurs travailleuses pour exercer la coercition reproductive en milieu de travail en leur interdisant de tomber enceinte avant une durée minimale de services. Je l'aborde comme une forme de violence parce que non seulement ce n'est pas légal, mais encore, les femmes intériorisent ce nouveau principe comme normal et celles qui ne respectent pas ces conditions se sont vues retirer leur droit au congé de maternité. Cette situation les a contraints de travailler pendant les neuf mois de grossesse et dans certains cas, sans la garantie d'emploi au retour de l'accouchement.

Une autre forme de cette violence reproductive consiste en une violence obstétricale. Pour décrire cette violence obstétricale, nous adoptons la définition de la *Loi Organique sur le Droit des Femmes à une Vie Libre de Violence* de la république de Venezuela :

On entend par violence obstétricale l'appropriation du corps et du processus reproductif des femmes par le personnel de la santé, qui s'exprime par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et de pathologisation des processus naturels, entraînant une perte

d'autonomie et de capacité de décider librement de son corps et de sa sexualité, impactant négativement la qualité de vie de la femme (2006, p. 30)³⁵.

La situation vécue par les participantes en établissement de santé correspond parfaitement à la définition de la république de Venezuela en matière de violence obstétrique, qu'il s'agit de personnel non qualifié, incapable de répondre adéquatement aux besoins des femmes, des comportements non empathiques c'est-à-dire, des professionnels qualifiés, mais qui ne sont pas à l'écoute des femmes ou qui les infantilisent, les poussent, leur donnent peu d'explication sur les ordonnances et peu d'attention lors des visites médicales.

Le dernier sens de cette violence, qui n'est pas le moindre, c'est l'utilisation de la coercition lors de la grossesse exercée par les hommes à l'égard des femmes célibataires enceintes. Il s'agit de la volonté des hommes de mettre un terme à la grossesse des femmes sans son contentement. En cas de refus, la femme aura à faire face à une monoparentalité imposée et même un risque de violence familiale, dans certains cas. Bien qu'il s'agit d'un seul cas dans mon étude, le travail de Rose Myrlie Joseph (2022)³⁶ offre une perspective assez intéressante sur la violence de genre qui me permet de le considérer dans mon analyse.

En effet, l'auteure invoque l'abandon paternel comme une violence de genre en soulignant ses multiples conséquences sur la femme (violence économique, unions en série, maternité en série) et un développement de lien mère-fille problématique (dans le

³⁵ Notre traduction. Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

³⁶ Spécialiste de la maternité depuis sa licence jusqu'au doctorat.

cas. Cependant, au-delà de cette dimension, notre thèse permet de comprendre qu'il existe diverses formes de manifestations de la violence reproductive en Haïti et que chacune d'elles entraîne nécessairement des conséquences sur la femme. Il paraît alors pertinent de penser au concept de continuum de la violence reproductive.

Le concept de continuum est introduit par Liz Kelly dans les recherches féministes des années 70 et 80. Elle a utilisé le concept de continuum de violences sexuelles pour décrire les liens entre les formes de violence et examiner l'expérience de la violence sexuelle chez les femmes au cours de leur vie (Kelly & Tillous, 2019). Ce terme est repris par Meudec (2007) dans le contexte haïtien pour présenter les formes de violence en Haïti pendant la période des instabilités politiques de 2004. Plus précisément, elles montrent comment la violence politique directe et la violence structurelle sont liées entre elles pour produire la violence quotidienne, institutionnelle et banalisée en Haïti. L'utilisation de ce concept dans mon travail se focalise sur le domaine de la reproduction. Continuum comme : « celles qu'elles risquent de subir le plus fréquemment » (Kelly & Tillous, 2019, p. 23). Donc, il s'agit des formes de violence reproductive les plus courantes et dans une certaine mesure, les plus normalisées dans la société haïtienne. Ces formes de violence ne sont pas isolées. Elles sont des héritages historiques et systémiques et sont liées entre elles pour limiter l'accès des femmes aux soins. Face à ces obstacles, elles mettent en place des stratégies pour combiner des soins selon leurs besoins et leurs moyens.

6.2. Considération autour du concept de butinage médical dans l'étude

Les données produites à l'aide des informations recueillies sur le terrain nous permettent de présenter l'itinéraire thérapeutique périnatal des femmes haïtiennes comme un

butinage médical ; une stratégie de soins en contexte de pluralité. En effet, le pluralisme médical est abordé par Fosso (2010) dans son mémoire de maîtrise en socioanthropologie dans laquelle il conteste la cohérence interne des stratégies de lutte contre le paludisme par rapport aux attentes des patients et des structures de soins dans la communauté de Bandjoun au Cameroun.

Pour réaliser cette étude, il a mené des enquêtes auprès des malades et des professionnels de la santé dans une approche structuro-fonctionnaliste. Dans son travail, il met beaucoup d'accent sur les acteurs du système de soins, la diversité de l'offre et l'accès aux soins. Pour lui, l'itinéraire thérapeutique est fonction de : « l'offre de soins traditionnelles, a l'apport des formations sanitaires et aux facteurs conjoncturels divers » (2010, p. 7)³⁷. Suite à sa thèse, lui et son collègue chercheur ont mené des observations secondaires, enquêté 48 patients et analysé leurs récits, ce qui leur a conduit à dresser des typologies de pluralisme médical, théoriser le concept de butinage médical et présenter les logiques sociales autour des pratiques du butinage. Le premier travail est réalisé à partir d'une perspective qualitative à l'aide des observations et entretiens. Dans le second, il adopte une approche mixte qui lui permet de dresser des typologies et monter en généralisation. Dans les deux cas, aucun rapport de pouvoir dans les modèles de soins qui cohabitent à Bandjoun ou dans la relation de soin n'a été évoqué. Il n'a donné aucuns éléments sur les héritages historiques ou d'inégalité d'accès qui influencent l'accès aux soins dans cette communauté.

En revanche, dans ce travail, à partir d'une analyse féministe décoloniale des documents et des entretiens, j'ai montré que les deux médecines ne cohabitent pas de façon

³⁷ Tel que cela a été lu

harmonieuse, mais dans une lutte une hégémonique et de logiques marchandes au détriment de la médecine populaire. Ainsi s'explique l'invisibilisation des prestataires de soins populaires dans les statistiques sur les soins reproductifs en Haïti (MSPP, 2023), la réticence des matrones pour participer à un entretien avec quelqu'un dont la relation de confiance n'est pas préalablement établie. D'autant plus que, généralement dans les études sur l'accessibilité des soins, on souligne la migration des habitants des villes de province pour se procurer des soins dans à la capitale.

Cependant, en cas de périnatalité, il existe une quantité considérable de femmes qui se déplacent vers les villes de province pour accoucher, pour obtenir le soutien de leur proche, pour échapper aux jugements de leur entourage immédiat (Joseph, 2023) et pour butiner les soins.

Cette invisibilisation de l'apport de la médecine populaire en Haïti n'est pas neutre. Elle s'inscrit dans une démarche de subalternisation et d'injustice épistémique à l'égard des prestataires de soins et de la culturelle haïtienne (Damus, 2021b; Pierre-Charles, 2024) ainsi que de leurs savoirs, qui n'est autre qu'une conséquence de la santé mondiale. En effet, La mondialisation de la santé qui s'articule autour de la gestion des risques et de l'économie de marché (Hours, 2003) ne laisse pas de place aux pratiques thérapeutiques, aux savoirs qui n'entrent pas dans ce registre, et ce même en contexte où les structures de soins biomédicaux sont insuffisantes. Il suffit aux dirigeants haïtiens de mimer, de suivre ce que fait le « civilisé, le moderne » pour copier et coller même si cela ne correspond pas à sa réalité ni en termes de ressources sanitaires ni en termes de culture. Sinon, sortir de ce schéma ferait d'elle une société non moderne, arriérée.

Dans la santé reproductive, cette mondialisation s'exprime par une médicalisation de la naissance. Celle-ci a pour conséquences des maltraitances dans les salles d'accouchement, des interventions intensives en période périnatale, des actes d'irrespect, des négligences et une perte d'autonomie qui sont source de stress pour les femmes (Batram-Zantvoort et al., 2021; Champagne, 2019; Dessureault, 2015; Laurendeau, 1983). Par ailleurs, la reproduction des modèles mentaux coloniaux dans le système de soins veut que les connaissances, les techniques et le personnel de soins qui ne sont pas de la sphère occidentalocentrée soient considérés comme rudimentaires, non sécuritaires, non qualifiés. Dans les politiques publiques et les rapports statistiques, cette colonialité s'exprime en une marginalisation des prestataires de soins non conventionnels qui ont pourtant couvert les 58,4% des accouchements en Haïti , jusqu'en 2018 ((IHE) et ICF, 2018, p. 151)³⁸.

Tandis que chez Fosso (2011) les patients issus de l'église recourent exclusivement au système biomédical et ceux qui ne le sont pas combinent les soins dans plusieurs modèles, cette étude prouve que les femmes haïtiennes même issues de l'Église utilisent les deux systèmes de soins qui cohabitent en Haïti, tout en sélectionnant ceux qui ne sont pas contraires à leurs valeurs religieuses. Par conséquent, une femme protestante, même si elle ne recourt pas aux services d'un religieux vodouisant, elles utilisent néanmoins les remèdes naturels pour se soigner, alors qu'une catholique n'aura pas forcément à choisir.

Ce résultat est contraire aux discours du sens commun qui font croire que dans la recherche de soins ou en cas de maladie, l'être haïtien recourt obligatoirement au vodou

³⁸ Le document mentionne que 41,6% des accouchements sont réalisés par des prestataires formés. Nous avons fait la déduction.

pour se soigner ou encore que les choix thérapeutiques populaires sont un effet du faible niveau d'éducation. Même si pour Vonarx (2008), il existerait du vodou dans tous les espaces de soins dans le milieu rural haïtien, ma recherche montre que les femmes du département l'Ouest (milieu urbain) bricolent les soins selon leurs valeurs. Cela ne vaut pas dire qu'une femme chrétienne haïtienne est privée de réflexivité. Au contraire, les récentes recherches montrent que le niveau d'instruction des femmes chrétiennes leur permet de prendre du recul par rapport à la religion (Larose & Sanon, 2022). Une autre considération autour de l'utilisation du concept de butinage dans ce travail concerne la dimension spatiale. En effet, Fosso (2010, 2011) n'a pas fait mention des déplacements effectués à l'extérieur de son terrain d'études pour des raisons médicales. En revanche, dans ce travail j'y inclus la dimension migratoire en santé. Celle-ci renferme les déplacements effectués par les femmes vers une ville de province et à l'international pour recevoir des soins. Alors que la migration interne vers les provinces est effectuée par les femmes qui ont une faible situation économique, la migration sanitaire internationale est utilisée par celles de la classe moyenne pour permettre à leurs enfants d'avoir des privilèges de la citoyenneté étrangère. Si pour Meudec (2007), accoucher aux États-Unis ne veut pas forcément dire que les femmes ont les moyens nécessaires pour avoir accès aux soins à leur retour au pays, dans ce travail, au contraire accoucher à l'extérieur rend la parturiente vulnérable à cause de son statut migratoire qui ne lui permet pas d'obtenir certains services disponibles en périnatalité gratuitement et le soutien nécessaire.

6.3. Des inégalités de sexe aux inégalités d'accès aux soins

La violence structurelle dirigée contre les plus vulnérables de la population dans le système de santé haïtien le rend inaccessible. Ceci étant dit, celui-ci a toujours été

marqué, depuis toujours, par une insuffisance d'infrastructure et de personnels. Le peu d'infrastructures qu'il possède est majoritairement concentré à la capitale alors qu'actuellement, elle est quasiment dysfonctionnelle à cause de l'insécurité, ce qui rend l'accès aux soins encore plus difficile. Outre ces éléments, le témoignage des femmes permet de comprendre que le sexe, le statut matrimonial et la situation socio-économique constituent des barrières importantes dans l'analyse des itinéraires thérapeutiques périnataux dans la mesure où ils s'entrecroisent pour influencer leur choix. Cela sous-entend qu'une femme monoparentale, qui exerce une activité économique à faible rentabilité, peut avoir beaucoup de difficultés à avoir des soins, même si la grossesse a été planifiée et désirée. Inversement, la femme haïtienne enceinte étant mariée ou placée (mariage de droit coutumier) bénéficiera des supports de son conjoint pour assurer les charges de la grossesse. Parce que les hommes mariés ou placés haïtiens n'ont pas trop de marge de manœuvre par rapport à la grossesse. Ils doivent obligatoirement assumer leurs rôles de pères aux yeux de la société et de la loi, puisque lui et sa conjointe vivent sur le même toit (Camille, 2015). Contrairement à la femme mariée ou placée, la femme célibataire est vulnérable. Même si *Loi sur la paternité, maternité et filiation* préconise une égalité entre tous les enfants (de couples mariés ou non) et des obligations pécuniaires et morales de la part du père, dans la réalité, certains d'entre eux fuient leurs responsabilités à l'égard des enfants issus des femmes célibataires. Comme Joachim(1979) l'a souligné, « les structures mentales sont fortement résistantes » (1979, p. 171). En revanche, les hommes pauvres mariés ou placés sont susceptibles de subir une forme de violence reproductive (*kout pitit*)³⁹ en prenant en charge des enfants qui ne sont pas les siens, par manque d'accessibilité du

³⁹ Paternité supposée littéralement qui remonte elle aussi à la période coloniale où les hommes-esclaves élevaient les enfants nés du viol entre les femmes captives et leurs maîtres

test ADN. En effet, cette forme de violence restait invisibilisée pendant longtemps, parce que les Haïtiens n'étaient pas autorisés légalement à désavouer l'enfant s'il cohabitait avec sa femme pendant un certain temps avant la naissance (art.293 du Code civil). Généralement, la vérité ne sera révélée que dans un contexte de préparation à la migration. Avec la *Loi sur la paternité, maternité et filiation*, les hommes peuvent à tout moment faire un désaveu qui doit être prouvé. Toutefois, les soins ne sont pas automatiquement inaccessibles pour une mère monoparentale. Cette considération est essentielle dans le cas où la femme n'a pas les moyens d'assurer les coûts de par elle-même. Or, les femmes n'ont pas toujours les moyens financiers adéquats ((IHE) et ICF, 2018). En effet, en Haïti, la majeure partie de la population active se retrouve dans l'économie « informelle » et une bonne partie sont des femmes , soit 58,8% (Doura, 2018), ce qui les place dans une position de vulnérabilité économique puisque, les incendies des marchés sont très fréquents en Haïti. De ce fait, les entreprises dans ce secteur sont souvent en perpétuel recommencement parce qu'elles ne sont pas assurées. De plus, dans les périodes de violence comme celle qu'il y a actuellement, les activités chutent considérablement. Même exerçant dans un contexte institutionnalisé, les femmes n'occupent pas toujours pas des emplois qui leur permettent de bénéficier des avantages sociaux, dont les assurances médicales (2,9% contre 4,8 % pour les hommes) ((IHE) et ICF, 2018,p.60) , et perçoivent des salaires de 40% inférieur par rapport aux hommes, alors que la majorité des familles haïtiennes est dirigée par des femmes (Doura, 2018). Ces inégalités de genre dans l'économie sont documentées par Mireille Neptune Anglade (2005) sous le nom d'« économie de ségrégation ». En effet, elle montre comment les femmes haïtiennes occupent des emplois précaires (telles que les industries de sous-traitance, le ménage, les emplois ponctuels) qui ne leur permettent pas de se réaliser et qui ne respectent pas leurs droits. Dans le contexte actuel, du fait de

leur statut d'employée et de leur capacité reproductive, les femmes travailleuses sont contraintes de négocier leur droit à être mère et ne peuvent pas se déplacer pour faire les suivis à temps. Toutes ces situations limitent leur pouvoir d'agir dans une vision où la grossesse doit nécessairement placer sur la haute surveillance en dépit de la réalité du système sanitaire haïtien et de la conjoncture actuelle.

6.4. Pour une décolonisation de la naissance en Haïti

Le continuum de violence reproductive que nous avons souligné plus haut et notamment la difficulté pour les femmes d'accéder aux soins prodigués par les professionnel.le.s (les soins psychologiques en particulier) les orientent vers les soins plus accessibles et plus humains pour elles. Contrairement à ce que pense Tremblay (1995), la déshumanisation des soins périnataux n'est pas exclusivement associée au secteur public. L'expérience reste la même tant pour les femmes qui ont eu leurs soins dans les cliniques, dans les hôpitaux privés que pour celles qui ont choisi le secteur du public.

Cependant, les choix thérapeutiques ne sont pas uniquement motivés par l'inaccessibilité des soins. Les choix effectués par les femmes sont aussi le résultat de la perception de la périnatalité comme un évènement holistique qui implique le corps, la psychè, la foi et l'entourage de la femme.

Ainsi, décoloniser l'expérience périnatale n'implique pas un rejet radical de la médecine occidentale, mais de trouver une façon équitable de cohabiter avec la médecine ancestrale en Haïti. Cela suppose d'abord une démedicalisation de la naissance (Pierre-Charles, 2024) et une implication des prestataires de soins de la médecine populaire dans la prise en charge des accouchements qui ne nécessitent pas d'intervention technologique. Cela permettrait aux femmes d'être plus libres dans leur choix et de ne

pas sentir obliger d'accoucher en établissement de santé à leurs risques et périls. Bien sûr que cela permettrait de réduire le coût des soins liés à la naissance et les possibilités de violences obstétricales. De plus, cela soulagerait le système de soin conventionnel dans la mesure où, il y aurait moins de pression dans la demande, puisqu'il n'était jamais en mesure de répondre aux besoins de la population en termes d'effectifs ((IHE) et ICF, 2018; (MSPP), 2021, 2021; (MEF),(IHSI), 2009; MSPP, 2023).

Ensuite la décolonisation et la démedicalisation des soins périnataux impliqueraient une autonomie de l'État haïtien dans l'élaboration des politiques de santé. Car, toute décolonisation de la santé nécessite une transformation de la pensée, des financements, des formations et des actions (Ridde & Guillard, 2022,). De ce fait, il conviendrait à l'État haïtien de repenser la formation des prestataires de la médecine moderne c'est-à-dire de corriger les écarts éthiques, d'inclure une dimension de relation d'aide, de prendre des mesures pour sanctionner les violences obstétricales afin de mieux répondre aux besoins des femmes. Par ailleurs, il se doit de créer un organe de régulation de la profession, de reconnaître les pratiques thérapeutiques populaires ainsi que les prestataires afin de rendre les soins plus accessibles pour la population.

À ce stade, il disposerait des fonds pour la recherche et des activités de promotion de la médecine populaire. Ainsi, on aurait une collaboration interculturelle dans les soins. Pas une collaboration fonctionnelle comme exposé par Georges (2021), ou comme celle vécue par les sages-femmes des communautés autochtones mexicaines, où la présence des prestataires de soins locaux (les matrones) dans les hôpitaux était utilisée uniquement dans le but de susciter les femmes autochtones à accoucher dans les établissements de santé, sans un réel pouvoir de décision, sans rémunération ni considération (El Kotni, 2019, 2022). Nous ne parlons pas ici d'un rapport de

subordination, ni d'une stratégie de récupération, mais d'une relation équitable entre les savoirs, les pratiques et les personnes dans le système de soins (Mignolo, 2013; Quiroz, 2021; Walsh, 2005, 2010). Cela suppose par la même occasion de travailler avec les prestataires de la médecine populaire et notamment des leaders religieux (Catholiques, protestants, vodouisants) pour rendre les soins périnataux plus accessibles.

Par ailleurs, on ne peut pas parler de décolonisation ni de démedicalisation de la santé périnatale sans l'implication des femmes, des matrones et des militantes pour documenter les réels besoins, pour faire valoir les droits reproductifs dans la société en général et spécifiquement dans le monde professionnel.

6.5. Contributions de l'étude et limites

Cette étude offre une perspective féministe décoloniale de l'expérience de la périnatalité en termes de contribution théorique. En effet, plusieurs études sont réalisées sur la maternité en Haïti, mais ne prennent pas en compte les dimensions coloniales dans du système de sanitaire en Haïti. J'offre également une documentation sur les choix thérapeutiques en contexte de déstructuration politique et sanitaire. Si pour Tremblay (1995) la déshumanisation des soins est un effet de classe et une affaire du secteur public, j'ai montré que les violences obstétricales sont dans tous les établissements de soins, qu'elles des conséquences de la violence structurelle, de la médicalisation de la naissance et de la mondialisation de la santé. J'ai pris en compte la dimension migratoire du butinage médical de Fosso (2018) pour mieux décrire l'itinéraire thérapeutique périnatal des femmes. Mon étude permet de comprendre qu'il existe un butinage migratoire en Haïti qui est à la fois interne et externe.

Cependant, comme toutes recherches académiques, ce travail comporte plusieurs limites méthodologiques qui pourraient constituer des pistes d'exploration pour d'autres chercheur.se.s. qui s'intéresseraient à la santé périnatale haïtienne. Premièrement, se pencher sur l'itinéraire en périnatalité nécessiterait de séjourner pendant un temps sur son terrain d'études et de mener des observations dans des établissements de santé pour mieux comprendre les relations de pouvoir, l'accessibilité des services, la relation entre les prestataires de soins et les parturientes, ainsi que la distribution des rôles et le support de l'entourage au cours de cette période. Ensuite, on ne peut pas parler de santé périnatale en Haïti sans parler des matrones puisque, la majorité des accouchements fut réalisée par elle ((IHE) et ICF, 2018). De plus, une recherche qui s'inscrit dans une perspective féministe décoloniale s'efforce de documenter l'expertise des personnes et des narratifs marginalisés (Romulus, 2018). De ce fait, il serait pertinent d'interviewer les matrones, les leaders religieux, les mères (maternels et paternels), les nounous ou les femmes de ménages impliqués dans l'administration des soins aux femmes ainsi que. Enfin, nous aimerions rencontrer des femmes qui n'ont pas un niveau d'instruction élevé et qui habitent les quartiers populaires, des femmes qui ont accouché en République dominicaine et de celles qui ont avorté. L'itinéraire de cette dernière n'est documenté nulle part, du fait que l'avortement est criminalisé par le Code pénal haïtien. Or, l'avortement est aussi une possibilité face à la grossesse et que sa criminalisation n'empêche guère aux femmes de s'en user au besoin. Cela pourrait aider à diversifier un peu plus le profil sociologique des participantes et nous pourrions avoir une théorie beaucoup plus ancrée dans la réalité de la périnatalité en Haïti. Une exploration des conditions de travail des professionnel·le·s de la médecine biomédicale en Haïti serait également très pertinente, compte tenu de la disproportion entre le nombre de femmes en âge de procréer et le personnel médical haïtien ainsi que de l'émigration massive

observée au cours des dernières années. Cela impliquerait de comprendre la charge de travail, les défis et les attentes tels que : les matériels disponibles, les avantages sociaux et opportunités de perfectionnement, les rapports avec les gestionnaires et la collaboration interprofessionnelle au sein de l'établissement. Ce sont tous des éléments qui peuvent avoir des impacts sur la qualité du service et sur l'itinéraire des femmes. Certes, nous avons questionné deux prestataires de soins, mais nous n'avons pas pris la peine de comprendre les conditions dans lesquelles ils accomplissent leurs tâches. Or, l'environnement de travail et le style de management ont des conséquences directes sur l'efficacité des employé.e.s (Audebrand, 2018). Cela dit, plus l'environnement est humain et valorisant, plus l'individu est motivé à faire son travail avec soin et vice-versa.

Toutefois, même avec toutes ces limites, nous pouvons avancer que notre étude est transférable à d'autres groupes de femmes éduquées dans d'autres villes d'Haïti, dans les Caraïbes, dans d'autres sociétés créoles, dans d'autres espaces de pluralités de soins.

CONCLUSION

Cette thèse de maîtrise est rédigée à partir d'une perspective qualitative de la méthodologie de la théorisation enracinée, dans laquelle j'ai exploré l'itinéraire thérapeutique en santé périnatale des femmes haïtiennes, résidant dans le département de l'Ouest de 2019 à 2023. Mon objectif a été de comprendre comment les femmes procèdent pour répondre à leurs besoins en santé périnatale. Autrement dit, j'ai examiné les dynamiques autour de l'expérience périnatale.

Rappelons que les objectifs du travail étaient d'analyser les difficultés d'accès aux soins chez les résidentes du département de l'Ouest de 2019 à 2023, comprendre leur représentation de la période périnatale et documenter les choix thérapeutiques. Pour mener cette étude, nous avons adopté une approche qualitative en utilisant la méthodologie de la théorisation enracinée. J'ai organisé des entrevues semi-directives en ligne auprès de 12 personnes et j'ai considéré neuf des entretiens : sept femmes et deux prestataires de soins de la médecine biomédicale. Pour atteindre mes objectifs, j'ai opté pour une perspective théorique féministe décoloniale.

D'une part, j'ai analysé les différents défis des participantes (déstructuration politique, la désorganisation du système sanitaire sur l'accès aux soins, les rapports de pouvoirs vécus en établissements de santé et en milieu professionnel et je montre comment les événements participent à l'émergence d'une ambivalence de la maternité.

L'adoption du concept d'itinéraire thérapeutique périnatal est essentielle pour évoquer tous les types de soins obtenus par les femmes de la conception de la grossesse jusqu'après l'accouchement.

Les résultats me permettent de comprendre que les femmes butinent dans les deux modèles de soins selon leur étape dans la périnatalité, la représentation des soins dans

la culture haïtienne, l'accessibilité et la méthode d'accouchement. Cette conclusion est le résultat des entretiens conduits auprès des femmes, des analyses des documents statistiques, recension des écrits sur la santé périnatale en Haïti ainsi que des témoignages des prestataires de soin. L'ensemble de ces données m'ont permis de me plonger dans les récits des participantes afin de comprendre leur expérience d'un point de vue féministe décoloniale.

L'adoption de cette approche théorique a facilité ma compréhension sur les barrières vécues par les femmes comme des héritages de la colonialité sur le système sanitaire et d'inventorier tous les types de soins obtenus par les participantes.

En premier lieu, cette posture fournit des éléments pour comprendre que certains problèmes vécus par les participantes sont dus à leur sexe, précisément à leur capacité à donner naissance. Alors que la plupart d'entre elles subissaient la pression de leurs employeurs à cause de la maternité, leurs conjoints pouvaient travailler en toute tranquillité. De plus, elles sont aussi celles qui ont été exposées aux « risques » liés à la maternité pendant cette période, par manque d'accessibilité à plusieurs niveaux, par les violences obstétricales et des séquelles physiques et psychologiques à long terme.

En deuxième ressort, elle met en lumière les effets de la division genrée et radicalisée de tâches sur les parturientes et que dans le contexte actuel, la charge mentale des parturientes haïtiennes s'amplifie et constitue une source de stress pour elle. Ensuite cette thèse donne à voir que les inégalités de genre qui conduisent à une inégalité d'accès aux soins biomédicaux.

En dernier lieu, cette recherche me permet de conclure que les femmes naviguent à travers les deux systèmes de soins en les combinant selon leurs besoins physiques, psychologiques et spirituels.

Ces itinéraires résultent à la fois des facteurs structurels (la distribution inégale des soins périnataux sur le territoire en contexte de crise sociopolitique, l'influence de religion, la représentation de la grossesse et de l'accouchement, les expériences avec le système de soins conventionnels) et les facteurs conjoncturels (l'insécurité ou le peyi lòk, la disponibilité de l'entourage de la femme, le statut matrimonial pendant la périnatalité et la méthode d'accouchement).

Parallèlement, l'analyse de mes données m'a amenée à considérer le butinage des soins comme une opportunité, soit une capacité à mobiliser différents recours thérapeutiques et à composer avec les contraintes.

En résumé, l'accessibilité des soins périnataux ne dépend pas seulement de la disponibilité des soins biomédicaux, mais aussi des contraintes environnementales et de la violence structurelle.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada. (2021). *COVID-19 et décès chez les Canadiens âgés : Surmortalité et effets de l'âge et de la comorbidité*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-coronavirus-covid-19/recherches-donnees-epidemiologiques-economiques/surmortalite-effets-age-comorbidite.html>
- Alterpresse. (2020). *Santé- genre : Les femmes les premières victimes des conséquences de la pandémie du Covid-19 en Haïti la pandémie. 2*.
- Angeloff, T., & Gardey, D. (2015). Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud. *Travail, genre et sociétés*, n° 34(2), 31-38. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/tgs.034.0031>
- Audebrand, L. K. (2018). *Le management responsable : Une approche axiologique*. Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.1515/9782763739076>
- Bajoit, G., Digneffe, F., Jaspard, J.-M., & Nolet, Q. (2000). *Jeunesse et société : La socialisation des jeunes dans un monde en mutation*.
- Batram-Zantvoort, S., Razum, O., & Miani, C. (2021). Un regard théorique sur l'intégrité à la naissance : Médicalisation, théories du risque, embodiment et intersectionnalité. *Santé Publique, Vol. 33(5)*, 645-654. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0645>
- Belony, M.-S. (2024). *Humanitarian Response by NGOs to the 2010 Haiti Earthquake : Expectations vs. Realities. XIII(1)*, 16-27. <https://doi.org/10.26443/mjgh.v13i1.1357>
- Benoist, J. (1993). *Anthropologie médicale en société créole*. FeniXX.
- Bidart, C. (2006). Crises, décisions et temporalités : Autour des bifurcations biographiques. *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120(1), 29-57. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/cis.120.0029>
- Bien-Aime, E. (2022). *Étude de la représentation sociale du mariage religieux des mineurs à Dessalines : Une étude de cas en 2018* [Mémoire de licence inédite]. Université d'État d'Haïti (UEH)- Faculté des sciences humaines (FASH).
- Bijoux, L. (1990). *Coup d'oeil sur la famille haïtienne*. Éditions des Antilles.

- Billy, R. (2023). *La parentalité sacrificielle : Sens de la pratique d'abandon volontaire d'enfants en Haïti*. Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Blancpain, F. (2003). Note sur les «dettes» de l'esclavage : Le cas de l'indemnité payée par Haïti (1825-1883). *Outre-Mers. Revue d'histoire*, 90(340), 241-245.
<https://doi.org/10.3406/outre.2003.4054>
- Bonnet, D., & Guillaume, A. (2004). La santé de la reproduction : Une émergence des droits individuels. *Reproductive Health: Emergence of Individual Rights*). In *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, 11-32.
- Bonnet, D., & Pourchez, L. (2007). Postface. Pour une anthropologie de la petite enfance appliquée à la santé. La médicalisation de la petite enfance. Dans *Du soin au rite dans l'enfance* (p. 301-306). érès. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/eres.pourc.2007.01.0301>
- Bouvier-colle, M.-H., & Halleydes Fontaines, V. (2016). *La santé sexuelle et reproductive. États des lieux et émergences des problématiques*.
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad960959.pdf>
- Bujold, A., Gervais, C., & Pariseau-Legault, P. (2024). Pourquoi certaines femmes choisissent d'accoucher sans assistance professionnelle ? Une revue narrative systématisée. *Aporia*, 16(2), 27-39. <https://doi.org/10.18192/aporia.v14i2.7060>
- Camille, P. (2015). La loi sur la paternité , la maternité et filiation: pour la construction d'une société plus égalitaire. *Policy*. <https://mouka.ht/document/loi-sur-la-paternite-la-maternite-et-la-filiation-pour-la-construction-dune-societe-plus>
- Care Haiti, & ONU Femmes. (2020). *Analyse rapide genre-covid 19 : Haïti* (p. 49).
<http://careevaluations.org/evaluation/haiti-covid-19-rapid-gender-analysis/>
- Careau, E., & Vallée, C. (2014). Recherche qualitative et scientificité (Trustworthiness). Dans *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 489-507). De Boeck Supérieur. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0489>

- Casimir, J. (2018). *Une lecture décoloniale de l'histoire des haïtiens : Du traité de Ryswick à l'occupation américaine (1697-1915)* (L'Imprimeur S.A.).
- Castro, A., & Farmer, P. (2003). Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante. *Anthropologie et Sociétés*, 27(2), 23-40.
<https://doi.org/10.7202/007444ar>
- Champagne, L. (2019). La naissance respectée au 21e siècle. *Centre d'expertise et de ressources pour l'enfant*, (9). https://www.cere-asbl.be/wp-content/uploads/2021/11/analyse__naissancerespectee_vfinale.pdf
- Chaus, M. (2020). *Le côté sombre de faire le bien : Une étude qualitative pour explorer les perceptions des fournisseurs de soins de santé locaux concernant les missions chirurgicales à court terme à Port-au-Prince, Haïti*. 4.
<https://doi.org/10.29392/001c.11876>
- Collectif Hélianthe. (2021). L'empathie dans le soin. *Clinique infirmière*.
<https://www.clinique-infirmiere.org/clinique-soin-concept-.C/b33389a/L-empathie-dans-le-soin>
- Constant, I. (2008). Introduction. Dans *Le rêve dans le roman africain et antillais* (p. 7-14). Karthala. Cairn.info. <https://shs.cairn.info/le-reve-dans-le-roman-africain-et-antillais--9782845869707-page-7?lang=fr>
- Corbière, M., & Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. PUQ.
- Corten, A. (2014). Pentecôtisme, baptisme et système politique en Haïti. *Histoire, monde et cultures religieuses*, n° 29(1), 119-132. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/hmc.029.0119>
- Courcy, I., Saint-Charles, J., Lefrançois, M., Webb, J., Lapointe, É., & Buingo, P. (2024). *Renouveler le regard sur la charge mentale, constats et invisibilités sur la santé des femmes*.
https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2024/03/act_transfert_courcyetal_mars2024.pdf

- Damus, O. (2012). *Les rites de naissance en Haïti* (L'harmatthan).
- Damus, O. (2020). Le rôle des matrones dans la gestion et l'utilisation durable de la biodiversité en Haïti. Matrimonialisation et sauvegarde de leur métier. *Études caribéennes*, (45-46). <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.18967>
- Damus, O. (2021a). L'atelier de dialogue local, une technique d'enquête pour la promotion de la santé materno-infantile. *Études caribéennes*, (48). <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.20898>
- Damus, O. (2021b). Les pratiques épistémicides : Une menace pour le métier de matrone et de sage-homme traditionnel. *Espace, territoires et sociétés*, 97-102.
- Dandurand, R. B. (1981). Famille du capitalisme et production des êtres humains. *Sociologie et sociétés*, 13(2), 95-112. <https://doi.org/10.7202/001167ar>
- Daoud, Z. (1994). La conférence du Caire et ses enjeux. *Monde Arabe*, N° 146(4), 115-134. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/machr1.146.0115>
- Déré, V. (2025). *Les classes sociales en Haïti : Un concept imprécis. Une analyse critique des classes sociales en Haïti, appelant à des enquêtes empiriques rigoureuses pour fonder les catégories sociologiques*. <https://www.gazetteuniv.com/author/verly-dere/>
- Dessureault, A.-M. (2015). La médicalisation de l'accouchement : Impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, Vol. 27(1), 53-68. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dev.151.0053>
- Didier, P. (2019). Automédication et pluralisme thérapeutique : La construction du choix du remède et du thérapeute dans une localité rurale à Madagascar. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (18). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.4903>
- Dorismond, E. (2020). *Le problème haïtien : Essai sur les racines de la colonialité de l'État haïtien* (Étoile Polaire).
- Dorlin, E. (2009). Les « maladies des nègres ». *Poche / Sciences humaines et sociales*, 231-276.

- Doura, F. (2018). Situation de la femme haïtienne, ses besoins, droits et responsabilités. *Rencontres*, (34), 106-116.
- El Kotni, M. (2019). Regulating traditional Mexican midwifery : Practices of control, strategies of resistance. *Medical Anthropology*, 38(2), 137-151.
<https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1539974>
- El Kotni, M. (2022). La santé interculturelle, outil de domination ? L'expérience des sages-femmes traditionnelles mexicaines. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (24).
<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.10628>
- Étienne, S. P. (2007). *L'énigme haïtienne Échec de l'État moderne en Haïti*. Les Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.15165>
- Fanon, F. (1925). *Les damnés de la terre*. La découverte.
<http://dx.doi.org/doi:10.1522/030294731>
- Fanon, F. (1959). *Sociologie d'une révolution : L'An V de la révolution algérienne*.
https://classiques.uqam.ca/classiques/fanon_franz/sociologie_revolution/sociologie_revolution.html
- Fassin, D. (1992). *Pouvoir et Maladie en Afrique : Anthropologie sociale de la banlieue de Dakar* (1^{re} éd.). Presses Universitaires de France.
- Fauquert, E. (2021). «Sometimes the treatment you seek is just one flight away» : Causes et limites de nouvelles mobilités de santé étatsuniennes au xxie siècle. *IdeAs. Idées d'Amérique*, (18).
- Fosso, A. L. (2010). *Stratégies de lutte contre le paludisme face aux représentations Locales dans le district de santé de bandjoun au Cameroun* [Conférence]. Pluralisme médical en Afrique, UCAC-Yaoundé.
https://www.researchgate.net/publication/227858927_STRATEGIES_DE_LUTTE_CONTRE_LE_PALUDISME_FACE_AUX_REPRESENTATIONS_LOCALES_DANS_LE_DISTRICT_DE_SANTE_DE_BANDJOUN_AU_CAMEROUN

- Fosso, A. L. (2011). *Typologie du pluralisme et butinage médical au Cameroun*. EASA Conference on medical pluralism, Rome, Italie.
https://www.researchgate.net/publication/227858922_Typologie_du_pluralisme_et_butinage_medical_au_Cameroun
- Foucault, M. (2014). Droit de mort et pouvoir sur la vie. Dans *Histoire de la sexualité (Tome 1)* (p. 177-211). Gallimard. Cairn.info. <https://shs.cairn.info/histoire-de-la-sexualite-tome-1-la-volonte-de-savoir--9782070740703-page-177?lang=fr>
- Fouelifack, F. Y., Fouedjio, J. H., Ngowe, F., Tebeu, P. M., Fouelifa, L. D., & Fouogue, J. T. (2019). Itinéraire thérapeutique des parturientes qui arrivent avec une Rupture utérine à l'Hôpital Central de Yaoundé. *Health Sciences and Disease*, 20(1). <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1255/2360>
- Gaillard, G. K. (1990). *L'expérience haïtienne de la dette extérieure, ou, Une production cafière pillée : 1875-1915*. Impr. H. Deschamps.
- Gaillard-Pourchet, G.-K. (2014). La Première Guerre mondiale et l'influence française en Haïti. *Bulletin de la Société d'Histoire de la Guadeloupe*, (168), 221-234.
<https://doi.org/10.7202/1026854ar>
- Galland, O. (2022). *Sociologie de la jeunesse-7e éd.* Armand Colin.
- Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of peace research*, 27(3), 291-305.
- Garneau, S. (2015). Les défis de la théorisation ancrée. Échelle d'observation et échelle de contextualisation dans l'analyse de récits biographiques. *Recherches qualitatives*, 34(1), 6-28. <https://doi.org/10.7202/1084512ar>
- Gatelier, K., & Dijkema, C. (2018). Violence structurelle : Comprendre les racines des inégalités. *Alternatives Non-Violentes*, N° 188(3), 23-25. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/anv.188.0023>
- Gaudet, S., Burlone, N., & Lévesque, M. (2013). Repenser la famille et ses transitions. Repenser les politiques publiques. *Lectures, Les livres*, 300.

- Gaudet, S., & Drapeau, É. (2021). L'utilisation combinée du récit et du calendrier de vie dans un dispositif d'enquête narrative biographique. *Recherches qualitatives*, 40(2), 57-80. <https://doi.org/10.7202/1084067ar>
- Gaudet, S., & Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative : Du questionnement à la rédaction scientifique*. University of Ottawa Press.
- Gautier, L., Karambe, Y., Dossou, J.-P., Toure-Pegnougo, E., & Samb, O. (2022). Repenser la santé mondiale depuis la perspective des penseurs décoloniaux originaires d'Afrique francophone. *Journal des africanistes*, 174-201. <https://doi.org/10.4000/africanistes.12604>
- George, P. (1975). La conférence mondiale de la population de Bucarest (août 1974) : Réalités démographiques et débats politiques. *Annales de Géographie*, 84(461), 1-23.
- Georges, W. C. (2021). Collaboration entre le système de soins et les matrones pour la réduction de la mortalité maternelle en Haïti : Pertinence et faisabilité. *Études caribéennes*, (50). <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.22522>
- Gérardin, H., Dos Santos, S., & Gastineau, B. (2016). Présentation. Des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) aux Objectifs de développement durable (ODD) : La problématique des indicateurs. *Mondes en développement*, (2), 7-14.
- Gilbert, G., & Gilbert, S. (2017). Exploration de l'expérience de la maternité chez de jeunes femmes haïtiennes issues du milieu rural : Enjeux économiques, culturels et affectifs. *Alterstice*, 7(2), 91-104.
- Gouvernement du Québec. (2025). *Césarienne | INSPQ*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/accouchement/interventions-possibles-pendant-l-accouchement/cesarienne>
- Grosfoguel, R. (2014). La décolonisation de l'économie politique et les études postcoloniales : Transmodernité, pensée et colonialité globale. Dans *Penser l'envers obscur de la modernité. Une anthologie de la pensée décoloniale latino-américaine* (PULIM, p. 101-134).

- Guillemette, F., & Luckerhoff, J. (2015). *Introduction : Les multiples voies de la méthodologie de la théorisation enracinée (MTE). Approches inductives*, 2(1), 1-11.
<https://doi.org/10.7202/1028098ar>
- Haicault, M. (1984). *La gestion ordinaire de la vie en deux*.
<https://doi.org/10.3406/sotra.1984.2072>
- Haïti Libre. (2020). *Haïti—Covid-19 : La Cellule scientifique évoque des scénarios de plus de 20,000 morts au pays*. <https://www.haitilibre.com/article-30616-haiti-covid-19-la-cellule-scientifique-evoque-des-scenarios-de-plus-de-20-000-morts-au-pays.html>
- Hamel, J. (1998). Défense et illustration de la méthode des études de cas en sociologie et en anthropologie. Quelques notes et rappels. *Cahiers internationaux de sociologie*, 121-138.
- Héritier-Augé, F. (2002). Chapitre 5. Obstacles et blocages. La maternité, le travail et le domestique. Dans *Masculin/Féminin II* (p. 353-390). Odile Jacob. Cairn.info.
<https://shs.cairn.info/masculin-feminin-ii--9782738110909-page-353?lang=fr>
- Hernandez, S. D., & Madriaza, P. (2024). Théorie décoloniale, universalité et transmodernité : Entretien avec Santiago Castro-Gomez. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, (32), 27-37.
<https://id.erudit.org/iderudit/106943ac>
- Hours, B. (2003). La santé unique ou la globalisation du bien. *Les pratiques de santé dans un monde globalisé, Paris, Karthala, Hommes et Sociétés*, 37-45.
- Institut haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF. (2018). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) 2016-2017*.
<https://www.unicef.org/haiti/media/346/file/%20EMMUS-VI-Rapport-de-synth%C3%A8se-2018.pdf>
- International crisis group. (2025). *Haïti : Démanteler l'alliance meurtrière des gangs* (110; Rapport Amérique latine et Caraïbes). <https://www.crisisgroup.org/fr/rpt/latin-america-caribbean/haiti/110-undoing-haitis-deadly-gang-alliance>

- International Organisation for migration. (2024). *Haïti : Plus de 60% des déplacements forcés ont eu lieu en 2023, sur fond de brutalité accrue*. <https://haiti.iom.int/fr/news/haiti-plus-de-60-des-deplacements-forces-ont-eu-lieu-en-2023-sur-fond-de-brutalite-accrue>
- Joachim, B. (1979). *Les racines du sous développement en Haïti*. Imprimerie Deschamps.
- Joseph, G., Simon, D. J., Toudeka, A. S., & Carmil, J. A. (2023). Perception et vécu de la césarienne en urgence par les femmes en Haïti. *Périnatalité, Vol. 15(2)*, 101-109. Cairn.info. <https://doi.org/10.3166/rmp-2022-0191>
- Joseph, R.-M. (2022). *Violence de la reproduction et reproduction de la violence en Haïti. Rapports sociaux et subjectivités*. <https://hal.science/hal-03851805v1>
- Joseph, R.-M. (2023). *Entre le lait et le sang : Penser le post-partum en milieu populaire haïtien*. Global Insights on Postpartum: Perspectives from the Social Sciences, December 11, 2023, Université Paris Cité., France. <https://hal.parisnanterre.fr/hal-04660310v2>
- Jutras, J. (2016). Christine Delphy, Pour une théorie générale de l'exploitation. Des différentes formes d'extorsion de travail aujourd'hui, Québec/France, M éditeur/Éditions Syllepse, 2015, 126 p. *Recherches féministes, 29(1)*, 227-231. <https://doi.org/10.7202/1036682ar>
- Kelly, L., & Tillous, M. (2019). Le continuum de la violence sexuelle. *Cahiers du Genre, n° 66(1)*, 17-36. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cdge.066.0017>
- Knibiehler, Y. (2016). Chapitre 1. L'accouchement : Affaire privée, affaire de femmes. *Métiers Santé Social, 2*, 19-34.
- Lamour, S. (2021). *Étude d'impact et de suivi sur les mesures de réduction des risques de la pandémie Covid-19 sur les VBG et l'agentivité des femmes et des filles en Haïti*. SOFA, Fanm Deside, KOFASID, AFASDA, Fondation Toya,CECI,Voix et Leadership des femmes (VLF). <https://mouka.ht/sites/mouka.ht/files/pdf/Lamour%20-%202021%20->

%20%C3%89tude%20d%27impact%20et%20de%20suivi%20sur%20les%20mesures
%20de%20r%C3%A9du.pdf

Landry, J.-M. (2010). Repenser la norme, réinventer l'agencéité : Entretien avec Saba Mahmood. *Anthropologie et Sociétés*, 34(1), 217-231.

<https://doi.org/10.7202/044205ar>

Laplante, B. (2011). L'union libre, le mariage romain et le mariage chrétien. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (15).

<https://doi.org/10.7202/1008148ar>

Larose, S., & Sanon, G. F. (2022). *Femme, identité et chrétienté au temps moderne* (L'harmattan).

Laurendeau, F. (1983). La médicalisation de l'accouchement. *Recherches sociographiques*, 24(2), 235-243. <https://doi.org/10.7202/056034ar>

Le Nouvelliste. (2019). *Le « peyi lòk » et ses méfaits à long terme sur la santé.*

<https://lenouvelliste.com/article/210397/le-peyi-lok-et-ses-mefaits-a-long-terme-sur-la-sante>

Lemay, C. (2007). « Être là » : Étude du phénomène de la pratique sage-femme au Québec dans les années 1970-1980. <https://doi.org/10.71781/25643>

Lévesque, S. (2025). *Encadré 2 – La coercition reproductive en contexte conjugal | INSPQ*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-conjugale/encadre-2-la-coercition-reproductive-en-contexte-conjugal>

Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (2006).

<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/54037>

Louis-Juste, J. A. (2008). *Famille patriarcale « indépendante » et société capitaliste dépendante en Haïti : Quelles médiations sociales*. Alterpresse.

<https://www.alterpresse.org/spip.php?article7495>

- Lugones, M. (2019). La colonialité du genre. *Les cahiers du CEDREF. Centre d'enseignement, d'études et de recherches pour les études féministes*, (23), 46-89.
<https://doi.org/10.4000/cedref.1196>
- Maffi, I., & Gouilhers, S. (2019). *Conceiving of risk in childbirth obstetric discourses, medical management and cultural expectations in Switzerland and Jordan. Health, Risk & Society*. 21(3-4), 185-206. <https://doi.org/DOI: 10.1080/13698575.2019.1621996>
- Marcellini, A., Turpin, J.-P., Rolland, Y., & Ruffié, S. (2000). Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. Le recours aux thérapies alternatives : Une éducation à un «autre corps»? *Corps et culture*, (5). <https://doi.org/10.4000/corpsetculture.710>
- Marijàn. (2021). *Un appel à la solidarité féministe internationale*. Marijàn.
- Mathon, D., Apparicio, P., & Lachapelle, U. (2019). Mobilité transfrontalière et itinéraire thérapeutique des Haïtiennes et des Haïtiens de la région de Ouanaminthe. *Revue francophone sur la santé et les territoires*. <https://doi.org/10.4000/rfst.355>
- Mbembe, A. (2006). *Nécropolitique. Raisons politiques*, 1(21), 27-60.
<https://doi.org/10.3917/rai.021.0029>
- Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée : Illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives*, 15, 435-452.
- Merlet, M. (2005). Lorsque le tabou social se cache derrière la foi! *État laïc et droit*. IXe Rencontre Féministe de l'Amérique Latine et de la Caraïbe Resistencia activa frente a la globalización neoliberal Résistance active face à la globalisation néolibérale Costa Rica, 1er au 5 décembre 2002. <https://mouka.ht/document/lorsque-le-tabou-social-se-cache-derriere-la-foi>
- Meudec, M. (2007). Corps, violence et politique en Haïti. Aspects sociologiques. *Aspects sociologiques*, 14. hal-01636285
- Mignolo, W. (2013). Géopolitique de la sensibilité et du savoir. (Dé)colonialité, pensée frontalière et désobéissance épistémologique. *Mouvements*, n° 73(1), 181-190.
 Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/mouv.073.0181>

- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). (2021). *Plan-Directeur-Santé-2021-2031*. <https://www.mspp.gouv.ht/wp-content/uploads/Plan-Directeur-Sant%C3%A9-2021-2031-version-web.pdf>
- Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), Institut haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). (2009). *Objectifs du millénaire pour le développement Etat, tendances et perspectives*. <https://mit-ayiti.net/wp-content/uploads/2023/06/Objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement-IHSI-2009.pdf>
- Missonnier, S. (2009). *La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité*. érès. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.misso.2005.01>
- MSPP. (2023). *Rapport statistique 2022*. MSPP; Unité d'études et de programmation (UEP). <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20Statistique%20MSPP%202022.pdf>
- Mulot, S. (2021). Peut-on être guadeloupéenne, potomitan et féministe? *Recherches féministes*, 34(2), 123-148. <https://doi.org/10.7202/1092234ar>
- Muray, M., Peguero-Rodriguez, G., Scarlett, E., Perron, A., & Chartrand, J. (2022). L'accès aux soins de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada : Une recension des écrits. *Minorités linguistiques et société*, (19), 62-94. <https://doi.org/10.7202/1094398ar>
- Nations Unies. (s. d.). *Les soins de santé primaires: plus que jamais nécessaires* | Nations Unies. United Nations. United Nations. Consulté 11 avril 2024, à l'adresse <https://www.un.org/fr/chronicle/article/les-soins-de-sante-primaires-plus-que-jamais-necessaires>
- Négrîé, L., & Cascales, B. (2016). *L'accouchement est politique : Fécondité, femmes en travail et institutions* (L'instant présent).
- Obossou, A. A. A., Salifou, K., Aboubakar, M., Ahouingnan, F. M. N. H., Bagnan, A. J. T., Hounkpatin, B. I. B., Sidi, R. I., Vodouhe, M. V., Araye, L., & Perrin, R. X. (2017). *Vécu psychologique De La parturiente En salle d'accouchement À La maternité Du centre hospitalier départemental Et universitaire Du borgou À parakou (BENIN)*.

European Sci J, 13(21), 407.

<https://doi.org/URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2017.v13n21p407>

Paillé, P. (1994). *L'analyse par théorisation ancrée*. *Cahiers de recherches sociologiques*, (23), 147-181. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales—5e éd.* Armand Colin.

Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P. C., Jaimes, A., Raphaël, F., Raikhel, E., Whitley, R., Rousseau, C., & Kirmayer, L. J. (2010). Culture et santé mentale en Haïti : Une revue de littérature. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 13-47. <https://doi.org/10.7202/044797ar>

Pierre-Charles, T. (2023). Décoloniser l'approche des accouchements en Haïti pour diminuer la mortalité maternelle. *Mouka*. <https://mouka.ht/dossier-thematique/1547/decoloniser-laproche-des-accouchements-en-haiti-pour-diminuer-la-mortalite>

Pierre-Charles, T. (Réalisateur). (2024). *Coloniser l'accouchement : Violence et politique de santé reproductive en Haïti* [Video recording]. <https://youtu.be/6gX-xRsSkRo>

Quéniart, A., Chabot, P., Walsh, S., & Jobin, P. (1990). Parcours thérapeutiques en médecines alternatives. *International Review of Community Development*, (24), 43-50. <https://doi.org/10.7202/1033935ar>

Quérue, N. (2020). Guadeloupe : « Améliorer le parcours de soins de la femme autour de la grossesse. *La santé en action*, (451), 28-29.

Quijano, A. (2007). « Race » et colonialité du pouvoir. *Mouvements*, 51(3), 111-118. <https://doi.org/10.3917/mouv.051.0111>

Quiroz, L. (2021). Une analyse féministe décoloniale de l'histoire de l'obstétrique (Pérou au XIX^e siècle). *Cahiers Francois Viète (III-11)*, 85-102. <https://doi.org/10.4000/cahierscfv.333>

- Raphaël, F. (2006). Grossesse hors mariage dans les familles haïtiennes. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 165-178. <https://doi.org/10.7202/014810ar>
- Ridde, V., & Guillard, É. (2022). Le retour d'«une seule santé» et la santé mondiale : Ne reproduisons pas les mêmes erreurs. *Médecine tropicale et santé internationale*, 2(3), mtsi-v2i3. <https://doi.org/10.48327/mtsi.v2i3.2022.255>
- Romulus, C. (2018). Le potentiel d'une recherche féministe décoloniale pour déconstruire le récit de l'État fragile haïtien. Dans *Déjouer le silence : Contre-discours sur les femmes haïtiennes* (Éditions du Remue-ménage, Mémoire d'encrier, PressuniQ, p. 35-51). <https://mouka.ht/document/le-potentiel-dune-recherche-feministe-decoloniale-pour-deconstruire-le-recit-de-letat>
- Ronceray, H. de. (1979). *Sociologie du fait haïtien*. Presses de l'Université du Québec; Port-au-Prince, Haïti: Editions de l ...
- Roy, S. N. (2003). L'étude de cas. Dans *Recherche sociale, 6e édition : De la problématique à la collecte des données* (p. 159-184). Presses de l'Université du Québec.
- Rozée, V., & Schantz, C. (2021). Les violences gynécologiques et obstétricales : Construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique, Vol.* 33(5), 629-634. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0629>
- Sabourin, P., & Mondain, N. (2009). *De l'éthique de la recherche à l'éthique dans la recherche. Cahiers de la revue sociologique*, (48). <https://doi.org/10.7202/039762ar>
- Safeguarding Health in Conflict (SHCC). (2025). *Haïti : La violence contre les services de soins de santé en temps de conflit 2024*. Safeguarding Health in Conflict (SHCC). <https://reliefweb.int/report/haiti/haiti-la-violence-contre-les-services-de-soins-de-sante-en-temps-de-conflit-2024>
- Salès, J. F. (1992). *Code du travail de la république d'Haïti : Avec annotations jurisprudentielles , la législation modificative et connexe, les principaux textes législatifs relatifs aux assurances sociales*. Université Quisqueya.

- Santelli, E. (2019). L'analyse des parcours. *Sociologie*, (N° 2, vol. 10), Article N° 2, vol. 10.
<https://journals.openedition.org/sociologie/5375>
- Santos, B. de S. (2011). Épistémologies du sud. *Études rurales*, (187), 21-50.
- Sauvegrain, P. (2021). Violences dites « gynécologiques et obstétricales » envers les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne en France. *Santé Publique*, Vol. 33(5), 627-628.
 Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0627>
- Sauvegrain, P., El Kotni, M., & Racioppi, A. (2022). Comment étudier les discriminations en santé périnatale d'un point de vue socio-anthropologique? *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (24).
<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11615>
- Savoie-Zajc, L. (2013). Interrelations entre le singulier et l'universel : Les propositions de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 15, 7-24.
- Schneider, J. (2024). Parcours croisés : Intersections entre trajectoires migratoires et expériences périnatales dans les parcours de vie de femmes sud-asiatiques à Montréal. *Diversité urbaine*, 21(3), 88-114. <https://doi.org/10.7202/1115235ar>
- Starrs, A. (1987). *Prévenir la mort tragique de la mère*. Rapport sur la Conférence internationale sur la Maternité sans Risques, Banque Mondiale, Nairobi.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/607441468766784210/pdf/multi-page.pdf>
- Tabet, P. (2005). *La grande arnaque : Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*.
- Toyo, F. (2011). *Le corps des femmes : Un territoire de guerre pour les tyrans en période de trouble*. <https://lenouvelliste.com/article/88871/le-corps-des-femmes-un-territoire-de-guerre-pour-les-tyrans-en-periode-de-trouble>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality : Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tremblay, J. (1995). *Mères, pouvoir et santé en Haïti*. Karthala Editions.

- Unité d'études et de programmation (UEP), J. P. (2024). *Presentation du rapport statistique 2023* [Statistique]. Ministère de la santé publique et de la population (MSPP).
<https://oldwebsite.mspp.gouv.ht/wp-content/uploads/Presentation-Annuaire-Statistique-2023-final-191224-12.pdf>
- Valentini, H. (2004). «Notre force de changement»–L'évolution de la périnatalité au Québec–1973-2003. *Santé, Société et Solidarité*, 3(1), 49-55.
- Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, no 29(2), 213-237. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/ctf.029.0213>
- Vergès, F. (2017). *Le ventre des femmes : Capitalisme, racialisation, féminisme* (Albin Michel).
- Vergès, F. (2020). *Une théorie féministe de la violence : Pour une politique antiraciste de la protection*. La fabrique.
- Vieux, S. H. (2007). La mutation des rapports de genre et droits de la famille en Haïti : La famille « démembrée ». Dans *Haiti : Les recherches en sciences sociales et les mutations sociopolitiques et économiques* (L'Harmattan, p. 143-152).
- Vogel, J., Souza, J., Mori, R., Morisaki, N., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Ortiz-Panozo, E., Hernandez, B., Pérez-Cuevas, R., Roy, M., Mittal, S., Cecatti, J., Tunçalp, Ö., Gülmezoglu, A., & on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. (2014). Maternal complications and perinatal mortality : Findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(s1), 76-88. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12633>
- Vonarx, N. (2008). Vodou et pluralisme médico-religieux en Haïti : Du vodou dans tous les espaces de soins. *Anthropologie et Sociétés*, 32(3), 213-231.
<https://doi.org/10.7202/029725ar>

- Wallerstein, I. (2009). 2. Le système-monde moderne comme économie-monde capitaliste: Production, plus-value et polarisation. *Poche / Sciences humaines et sociales*, 43-69.
- Walsh, C. (2005). Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. *Signo y pensamiento*, 24(46), 39-50.
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. *Construyendo interculturalidad crítica*, 75(96), 167-181.

Note d'avertissement du CBIM

