

**Quelle place pour l'infertilité dans les interventions en santé sexuelle et reproductive
en Haïti?**

par

Régine SEIDE

Mémoire déposé à

L'École de service social

En vue de l'obtention de la maîtrise en service social

Sous la direction de

Marguerite Soulière

UNIVERSITÉ D'OTTAWA, Décembre 2020

© Régine SEIDE, Ottawa, Canada

Remerciements

Je remercie grandement ma directrice de mémoire Marguerite Soulière pour son accompagnement et ses directives. Ses commentaires, ses suggestions, son encouragement et sa flexibilité m'ont été de grande utilité durant la réalisation de mon travail de recherche.

Je tiens à remercier mes parents, Dieudil'homme Séide et Lavictoy Israël pour leur confiance et surtout pour tous leurs sacrifices pour pouvoir m'éduquer et m'aider à réaliser mes entreprises. Mes remerciements à mon frère et mes sœurs Samuel, Christelle, Christina et Christine.

Remerciements à mes amies-sœurs, Fanise, Katia, Ruth, Manuella.

Un merci spécial à mon amie Stacy qui durant la réalisation de ce travail n'a pas été pour moi uniquement une amie. Mais à la fois ma coloc, ma psychologue, ma conseillère, mon appui. Merci d'avoir toujours été à mes côtés tant dans mes difficultés personnelles qu'académiques.

Un grand merci à *Fondasyon Konesans ak Libète (FOKAL)* pour son support financier.

Un grand merci à Laure Gonat, Magalie Civil, Walner Osna, Fabiola Sénor, Dernick Neize, Jacquarby Oxilus, Julien Sainvil.

Table des matières

Remerciements	ii
Résumé	v
ABSTRACT	vi
Liste des abréviations	vii
Introduction	1
Chapitre I : Problématique	1
1.1 Prévalence de l'infertilité	1
1.2 Infertilité et Stérilité : les nuances	2
1.3 Les facteurs explicatifs de l'infertilité	3
1.4. Les considérations psychanalytiques et sociologiques sur le désir d'enfant	4
1.5 Effets psychologiques et sociaux de l'infertilité	5
1.6 Droits de Santé Sexuelle et Reproductive	6
1.7 Traitements de l'infertilité : Canada et ailleurs	8
1.8 Situation de l'infertilité en Haïti	11
1.8.1 Représentation de la féminité et de la masculinité	12
1.8.2 Réalité sociodémographique et économique	14
1.8.3 Accès à l'éducation.....	15
1.8.4 Accès à la santé	15
1.8.5 L'État haïtien et ses interventions en Santé Sexuelle et Reproductive	16
Chapitre II : L'intersectionnalité	19
Chapitre III : Cadre Méthodologique	21
3.1 Méthodologie choisie et mode de collecte de données	21
3.2 Choix des documents	22

3.3 Stratégie et procédures d'analyse	23
Chapitre IV : Interventions en SSR : infertilité et intersection des inégalités.....	24
4.1 Les acteurs en intervention en SSR et en infertilité.....	24
4.2 Les actions et les services des trois groupes d'acteurs	25
4.3 La complémentarité des actions et services.....	26
4.4 À qui s'adressent les sites et documents d'information en SSR ?	28
4.4.1 Et la diversité sociale?	28
4.4.2 Et le créole?	29
4.5 Qui paye et qui décide?	31
4.6 Pour conclure	33
5. Discussion-Conclusion	36
5.1 Recommandations	37
5.1.1 Praticien.ne.s en travail social dans l'intervention contre l'infertilité.....	37
5.1.2 Formation-sensibilisation sur la question de l'infertilité.....	37
5.1.3 Une approche féministe intersectionnelle de l'intervention	38
5.1.4 Une meilleure organisation et gestion de l'infertilité par l'État haïtien.....	39
À long terme.....	39
À moyen terme.....	40
5.2 Avenues possibles de recherche.....	41
Bibliographie	43

Résumé

Être capable de transférer ses gènes ou pouvoir fonder une famille peut être difficile pour quelqu'un qui est considéré comme infertile. Si l'infertilité est une maladie biologique, elle est aussi connue comme un problème social de par le nombre de personnes (15% de la population) qu'elle touche et ses effets dans la vie des personnes désireuses d'un enfant. Toutefois, elle affecte les femmes d'une manière particulière, du fait de la stigmatisation qui est rattachée à l'infertilité féminine. Comment cette réalité est-elle vécue chez les femmes haïtiennes, compte tenu des inégalités sociales et économiques qui s'ajoutent à la condition d'être une femme infertile en Haïti? Telle était la préoccupation à l'origine de cette recherche. Compte tenu du contexte de la pandémie, les entrevues qualitatives ont été remplacées par une étude des documents des organismes, incluant l'État qui interviennent en Haïti en Droits de la Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR). J'ai choisi de regarder de plus près comment quatre instances choisies, représentantes des acteurs clés dans le domaine (l'État, les ONG internationales et le secteur privé) abordent l'infertilité, à qui s'adressent leurs descriptions d'objectifs, de programmes et de services, et au final dans quelle mesure, les instances responsables et concernées par les questions d'infertilité prennent en compte les réalités de toutes les femmes haïtiennes dans leurs interventions. Utilisant une perspective intersectionnelle, je constate que l'infertilité est secondarisée dans les interventions en SSR en Haïti, et que les inégalités socio-économiques des femmes haïtiennes et les référents culturels ne sont pas suffisamment reflétés dans les documents orientant les interventions. À la lumière de ces résultats cette étude en travail social propose des pistes pour la gestion, l'intervention et la recherche en vue d'améliorer la qualité de vie des femmes haïtiennes et des couples vivant avec une problématique d'infertilité.

Mots clés : Infertilité, Haïti, Santé, Femmes, Inégalités sociales, Diversité, Intersectionnalité, Droits de la santé sexuelle et Reproductive, Santé sexuelle et Reproductive, Procréation Médicalement Assistée, Intervention sociale (PMA)

ABSTRACT

Being able to transfer genes or start a family can be difficult for someone who is considered infertile. While infertility is a biological disease, it is also known as a social problem because of the number of people (15% of the population) it affects and its effects in the lives of people who want a child. However, it affects women in a special way because of the stigma attached to female infertility. How is this reality experienced by Haitian women, given the social and economic inequalities that come with being an infertile woman in Haiti? This was the concern at the origin of this research. Given the context of the pandemic, qualitative interviews were replaced by a document review of organizations, including the State, that intervene in Haiti in the area of Sexual and Reproductive Health Rights. I choose to take a closer look at how four selected bodies, representing key actors in the field (the State, organizations non-governmental and the private sector) address infertility, to whom their descriptions of objectives, programs and services are addressed, and ultimately to what extent the bodies responsible for and concerned with infertility issues take into account the realities of all Haitian women in their interventions. Using an intersectional perspective, I note that infertility is secondarized in Sexual and Reproductive Health interventions in Haiti, and that the socio-economic inequalities of Haitian women and cultural references are not sufficiently reflected in the documents guiding the interventions. In light of these findings, this social work study proposes management, intervention and research avenues to improve the quality of life of Haitian women and couples living with infertility.

Keywords: Infertility, Haiti, Health, Women, Social Inequalities, Diversity, Intersectionality, Sexual and Reproductive Health Rights, Sexual and Reproductive Health, Medically Assisted Reproduction, Women, Social Inequalities, Diversity.

Liste des abréviations

DSSR	Droit de la Santé Sexuelle et Reproductive
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PA	Procréation Assistée
OFATMA	Fonds d'Assurance contre les Accidents du Travail, les Maladies Professionnelles et la Maternité
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MDM	Médecins du Monde
CHITAI	Centre d'Investigation de Traitement Avancé contre l'Infertilité
VIH	Virus Immunodéficience Humaine
SIDA	Syndrome d'immunodéficitaire Acquis
IUI	Insémination Intra Utérine
ICF	International Coaching Federation
FIV	Fécondation in Vitro
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
ADN	Acide Dexasyribonucléique
ITS	Infections Transmissibles sexuellement
ICSI	Intra-Cytoplasmic Sperm Injection
IHE	Institut Haïtien de l'Enfance
OSC	Organisation de la Société Civile
ONG	Organisation Non Gouvernementale
UNFA	Fonds des Nations Unies pour la Population
FAES	Fonds D'Assistance Économique et Sociale

DSF	Direction de la Santé de la Famille
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
CNHCU	Commission Nationale Haïtienne de Coopération avec L'UNESCO
FOKAL	Fondasyon Konesans ak Libète

Introduction

Cette recherche s'intéresse à l'infertilité en Haïti. Elle a été conçue suite à de nombreux constats et observations faits dans mon entourage sur les difficultés rencontrées par des femmes haïtiennes du point de vue émotionnel, économique et social liées à l'infertilité. En effet, l'infertilité provient des dysfonctionnements biologiques pris séparément chez l'homme ou chez la femme ou chez les deux en même temps (De Mouzon, 2011, Léridon, 2010). Elle est devenue un problème social par l'ampleur du nombre de personnes qu'elle touche et aussi à cause des répercussions de l'infertilité. Les injonctions sociales à devenir parents ou mères aggravent l'état émotionnel des personnes infertiles. Toutefois, cette situation est beaucoup plus stressante et stigmatisante pour les femmes (Whitehead, 2016, Loftus et Andriot, 2012, De la Rochebrochard, 2009). À cela s'ajoutent les difficultés pour les personnes des conditions socio-économiques précaires -majoritairement composées des femmes- de recourir facilement à des solutions comme la Procréation Médicalement Assistée (PMA).

En Haïti, les questions de santé liées à la reproduction s'inscrivent dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive (SSR). L'État haïtien, des organisations non- gouvernementales et des organismes privés interviennent en matière de prévention et de dispensation de soins et de services. Cette étude s'intéresse plus spécifiquement aux programmes, services et interventions en lien avec l'infertilité, celle des femmes particulièrement.

Par ailleurs, elle s'inscrit dans le cadre des exigences de l'obtention d'un diplôme de maîtrise en travail social de l'Université d'Ottawa. Elle s'inspire, en ce sens, des principales valeurs retrouvées dans la définition du travail social de l'Ordre des Travailleurs Sociaux et des Thérapeutes Conjugaux et Familiaux du Québec (OTSTCF, 2018). L'idée de cette recherche en travail social est de voir dans quelle mesure et comment les interventions en lien avec l'infertilité respectent les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective.

J'ai structuré le texte en cinq (5) chapitres. Le premier est la problématique. Il présente de la littérature rapportant des connaissances sur l'infertilité dans les pays du Nord et du Sud

et particulièrement en Haïti. Ce chapitre se termine par la formulation des objectifs et de la question de recherche.

Quant au deuxième, le cadre théorique, est la base explicative de la façon dont j'ai analysé l'agencement des interventions en lien avec l'infertilité. L'approche intersectionnelle a pour objectif de saisir comment le cumul de situations d'inégalités sociales que vivent les femmes haïtiennes se traduit dans les discours et les pratiques entourant l'infertilité.

Le troisième chapitre explique la méthodologie. Il constitue la partie intermédiaire qui relie la problématique et le cadre théorique avec les résultats de la recherche. J'y explique la démarche de collecte des données, le choix des documents et la procédure de leur analyse avec une perspective intersectionnelle. C'est à travers ce processus que j'arrive à répondre à ma question et mes objectifs de recherche.

Le quatrième est la présentation des résultats, de l'analyse des documents. Il comporte une partie descriptive qui présente les organismes d'intervention en santé sexuelle et reproductives en Haïti, les activités et services de chacun et leur complémentarité pour assurer la prévention et l'intervention en matière d'infertilité. Ensuite, je présente les différents éléments sur lesquels se fonde mon analyse intersectionnelle pour montrer dans quelle mesure les inégalités sociales que vivent les femmes infertiles dans la société haïtiennes, y compris celles entre les différents groupes de femmes, sont prises en compte dans les interventions.

Le cinquième et dernier chapitre – la discussion conclusion reprend mes objectifs et ma question de recherche en vue de faire ressortir les points majeurs de mes résultats et surtout de proposer des pistes pour l'intervention et la recherche sociales ayant des visées d'équité et de justice, propres au travail social.

Chapitre I : Problématique

Ce chapitre de problématique présente différentes études qui ont été effectuées sur l'infertilité. De manière plus précise, il étale les statistiques, les causes, les conséquences et un ensemble de thèmes qui peuvent se rattacher à l'infertilité, entres autres, le désir d'enfant et les Droits de Santé Sexuelle et Reproductive (DSSR). Avant d'aborder la réalité haïtienne, je présente des recherches sur l'infertilité menées dans le Nord et dans le Sud à travers le monde.

1.1 Prévalence de l'infertilité

Statistiquement, selon Nana, Wandji, Fomulu, Mbu, Leke, Woubinwou (2011, p.1), « 15 % des couples souhaitant procréer dans le monde » font face à « l'incapacité de concevoir après 12 mois de rapports sexuels normaux, réguliers et non protégés » (Nana et al., 2011, p.1). C'est ainsi qu'ils définissent l'infertilité. Selon une répartition selon le sexe, 30% des cas d'infertilité sont d'origine féminine, 20% masculine et 40% d'origine mixte (Nana et al., 2011, p. 1). Par ailleurs, selon De La Rochebrochard (2009), il existe un taux de prévalence d'infertilité beaucoup plus élevé dans les pays du Sud que dans les pays du Nord. Cela s'explique ici par le fait que les pays du Sud sont plus touchés par des causes de l'infertilité qui pourraient être évitées mais qui tardent à être traitées, par exemple, il y a des causes liées aux infections transmises sexuellement (ITS), aux infections après accouchement ou avortement, à la tuberculose pelvienne et la schistosomiase (De La Rochebrochard, 2009).

Pour illustrer cette affirmation en chiffres, au Cameroun, 20 à 30% des couples sont infertiles (Nana et al., 2011) tandis que 16% des couples canadiens sont touchés par des problèmes d'infertilité (Agence de la Santé Publique du Canada, 2020). En 2003, 18% de cas d'infertilité sont recensés en France (Santé Publique France, 2012-2019).

Mais, de quoi parle-t-on quand on se réfère au concept d'infertilité? Quelle est la différence entre stérilité et infertilité? La section suivante permet de saisir la nuance existante et les raisons qui m'ont incitée à choisir le terme de l'infertilité.

1.2 Infertilité et Stérilité : les nuances

Les définitions de l'infertilité et de la stérilité peuvent être confondues ou différenciées selon les auteurs qui les abordent. Deux approches sont possibles pour établir une différence entre les thèmes liés à l'infertilité et à la stérilité (Rochon, 1986). Il s'agit des approches de la médecine et de la démographie. D'après la définition médicale, la stérilité est vue comme « parfois incapacité seulement, parfois infécondité dans un certain délai (deux ans par exemple) » (Rochon, 1986, p. 31). En démographie, la stérilité est « l'incapacité de procréer; il s'agit ici de la stérilité définitive et naturelle, différente de la stérilité acquise en raison d'une intervention chirurgicale (stérilisation) ou d'une stérilité temporaire (aménorrhée suite à une grossesse) (Rochon, 1986, p. 31) ». En d'autres mots, il y a lieu de parler de la stérilité quand la fertilité est nulle (Mouzon, 2011). Ce concept « ne devrait être utilisé qu'après la fin de la vie reproductive, pour les couples qui n'ont jamais réussi à concevoir » (De Mouzon, 2011, p.123).

La définition médicale la plus fréquente de l'infertilité est le fait de n'avoir pas obtenu de conception après 12 ou 24 mois de tentative » (Léridon, Mandelbeaun, De la Rochebrochard, Jaoul et Lenfant, 2011, p.11). L'agence du Canada la voit comme l'absence de conception après avoir eu plusieurs relations sexuelles sans utilisation de moyen contraceptif durant une période d'une année pour les femmes de plus de 35 ans et six mois pour les femmes de moins de 35 ans (l'Agence de la Santé Publique du Canada, 2019).

Il faut surtout retenir qu'au fil des temps, on a fini par remplacer le concept de stérilité par l'infertilité à cause de la médicalisation reproductive (Chateauneuf, 2011). L'infertilité traduit le fait de ne pas concevoir au moment souhaité par le couple, ce qui est différent de la stérilité qui voulait dire une situation irrémédiable par rapport à la conception. De plus, certains éléments historiques et culturels sont pris en compte dans la compréhension de l'infertilité des couples vu l'implication de la médecine reproductive. Avant, seuls des couples hétérosexuels s'intéressaient à la médecine reproductive, mais maintenant d'autres demandes provenant des homosexuels et des femmes seules s'ajoutent, des catégories qu'on pouvait considérer individuellement stériles (Chateauneuf, 2011). C'est ainsi dans ce travail, le concept privilégié sera l'infertilité car il me paraît non seulement beaucoup

plus ouvert mais il laisse entrevoir la possibilité de traitement pour les personnes touchées par l'incapacité de procréer au moment désiré.

Par ailleurs, plusieurs éléments peuvent être à la base explicative de l'infertilité chez l'homme et chez la femme, et c'est ce que propose la partie suivante.

1.3 Les facteurs explicatifs de l'infertilité

Généralement, on distingue deux types de pathologies liées à l'infertilité (De La Rochebrochard, 2009). Le premier concerne les infertilités liées aux problèmes anatomiques, génétiques, endocrinologiques¹ et immunologiques² (Daar et Merali, 2002, p.15 cité par De La Rochebrochard, 2009). Le deuxième type de pathologies est lié à des facteurs de risques évitables comme des infections transmises sexuellement (la gonorrhée, l'infection à la chlamydia), des infections post-accouchement et post avortement, la tuberculose pelvienne et la schistosomiase (De La Rochebrochard, 2009).

De manière plus spécifique, les éléments à considérer pour parler de l'infertilité des femmes sont différents de ceux utilisés pour évoquer celle des hommes. Chez les femmes, les indicateurs pour aborder la fertilité peuvent être la réserve ovarienne, le cycle menstruel, les paramètres hormonaux, l'âge. « La fertilité diminue progressivement dès 30 ans, surtout entre 35 et 40 ans, et devient presque nulle à 45 ans » (De Mouzon, 2011, p.125). Le facteur d'âge chez l'homme pour expliciter l'infertilité est évoqué dans les études mais les divergences en ce sens ne permettent pas de l'affirmer (Hervé, 1992). Chez les hommes, il est surtout question de la qualité du sperme, les paramètres spermatiques et hormonaux, la varicocèle, les traumatismes testiculaires, les infections urinaires et sexuellement transmissibles (Hervé 1992 et Slama, Ducot, Keiding, Blondel et Bouyer,2012).

¹ Endocrinologie est défini selon le Larousse (S.D) comme la science qui étudie la physiologie et la pathologie des hormones et celles de leurs organes producteurs, les glandes endocrines, ainsi que le traitement de cette pathologie.

² Spécialité biologique et médicale qui étudie l'ensemble des mécanismes de défense de l'organisme contre les antigènes (agents pathogènes extérieurs) (Larousse, S.D)

Lorsqu'il s'agit d'infertilité du couple, les facteurs individuels sont importants, mais ils sont très peu documentés. On se limite au délai de la conception et le temps que les couples restent involontairement inféconds (Slama et al.2012). La difficulté à concevoir peut-être mise en rapport avec l'impatience d'un ou des deux partenaires. Des entretiens en psychothérapie peuvent faire ressortir des éléments clés pour comprendre le désir d'enfant et le fait de ne pas arriver à concevoir (Cailleau, 2006).

Par ailleurs, l'infertilité chez des couples désirant enfanter peut être vécue difficilement. J'essaie ainsi de comprendre le sens que peut prendre le désir d'enfant en termes psychanalytiques et sociologiques dans la prochaine section.

1.4. Les considérations psychanalytiques et sociologiques sur le désir d'enfant

Le désir d'enfant est un thème assez controversé et son sens dépend des aspects culturels, historiques d'une société donnée (Chateauneuf, 2011). Le désir est un concept qui a été d'abord et surtout travaillé dans le domaine de la psychanalyse (Cailleau, 2005). D'après Freud (Cailleau, 2005), le désir fait référence à une envie non permise et indestructible qui s'identifie à des signes présents depuis l'enfance. Ainsi, il est dit que : « tout état de désir crée une attraction vers l'objet désiré et aussi vers l'image mnémonique » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 120 cité par Cailleau, 2005, p.145). Le désir peut aussi être associé à un manque qui doit être comblé par un objet réel mais il peut être remplacé par n'importe quel substitut (Cailleau, 2005). Plus spécifiquement, « le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmission de l'histoire personnelle et familiale » (Bydlowski 1999, p.139, cité par Cailleau, 2005, p.144).

Tandis que dans le champ socio-anthropologique, « le désir d'enfant est davantage interprété comme répondant à des attentes collectives et à des normes sociales, permettant de perpétuer le groupe et d'accéder à un nouveau statut » (Charton et Lévy, 2017, p.10). Suivant certaines perspectives féministes, la maternité a toujours été abordée de deux pôles (Descarries et Corbeil, 1994). Elle est considérée comme une aliénation des femmes ou à contrario comme élément de construction de leur identité, leur culture et leur source de pouvoir. Toutefois, le désir d'enfant ne manifeste pas de la même manière ni avec la même

intensité chez les hommes que chez les femmes (Whitehead, 2016). Lorsqu'elles n'arrivent pas à enfanter, ces dernières se sentent beaucoup plus concernées ; elles sont plus affectées dans leur identité et leur personne que le sont les hommes (Whitehead, 2016).

Par ailleurs, la venue d'un enfant n'a pas la même représentation au Nord que dans les pays du Sud. En Occident, la venue d'un enfant est rarement le fruit du hasard et comporte des aspects relatifs à l'épanouissement personnel d'un couple et constitue la continuité d'un mode de rapport fondé sur l'individualité (Chateauneuf, 2011). Dans les pays du Sud, la venue d'un enfant est différente. Elle est souvent « un soutien économique important pour les familles » (De la Rochebrochard, 2011, p.278). Toutefois, l'infertilité prise dans un contexte où des couples désirent enfanter peut avoir des effets négatifs. La prochaine section traite de ces effets psychologiques et sociaux en lien avec la quête d'enfanter.

1.5 Effets psychologiques et sociaux de l'infertilité

L'infertilité comporte des incidences psychologiques et sociales sur la vie des couples et particulièrement sur celle des femmes que ce soit dans les pays du Nord ou ceux du Sud; quoi qu'il faille souligner que dans les pays du Sud, il peut exister quelques particularités liées à l'aspect socio-culturel. Une étude comparative faite au Portugal sur une population regroupant des personnes infertiles, non infertiles et d'autres qui optent pour l'adoption, révélait que l'infertilité comporte des effets psychologiques et force certains couples à s'adapter à leur situation d'infertilité (Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia, 2011). Les femmes infertiles pensent qu'elles sont perçues comme négatives, non attrayantes, défectueuses et inférieures (Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia, 2011, Whiteford et Gonzalez, 1995). Elles développent aussi des comportements de non-acceptation de soi et de non-compassion (Galhardo, Cunha, Pinto-Gouveia, 2011). L'infertilité est aussi associée à une transition ratée et cela tend à influencer les rapports des femmes qui en souffrent avec les autres femmes (Loftus et Andriot, 2012). Cela est expliqué par le fait que le désir de maternité est considéré comme une étape importante de la vie des femmes à travers la socialisation dès leur plus jeune âge (Loftus, et Andriot, 2012). L'infertilité remet en question leur féminité. Elle devient à ce moment comme une barrière sociale qui sépare les femmes entre elles: les femmes fertiles des femmes infertiles (Whitehead, 2006).

Dans un pays du Sud, au Cameroun, des effets psychologiques similaires sont repérés chez des personnes infertiles (Nana et al., 2011). En plus de la honte, le stress, la dépression, et la culpabilité, l'infertilité comporte aussi des effets sur la relation de couple (Nana et al., 2011). La plupart des personnes concernées par l'infertilité expliquent leur situation par des malédictions et consultent des tradi-praticiens pour faire face à ce problème (Nana et al., 2011). Dans d'autres pays africains, les femmes peuvent être aussi répudiées ou se font remplacer par une autre épouse (Aaddouni 2003 cité par Charton et Lévy, 2017).

Pour clore cette partie, rappelons que l'infertilité est vécue difficilement par les couples et particulièrement par les femmes au Nord comme au Sud. La maternité (et la paternité) sont parfois vues comme un droit. De là découlent les revendications de mesures d'accompagnement et d'accès aux interventions pour les femmes et les couples qui n'arrivent pas à concevoir naturellement (Whitehead, 2006, Marquès Pereria et Raes, 2002). Par conséquent, il est important de comprendre la notion de Droits en termes de santé Sexuelle et Reproductive.

1.6 Droits de Santé Sexuelle et Reproductive

Dans une perspective historique, plus précisément avant 1980, on parlait de « santé maternelle et infantile ». Jusqu'alors, la planification familiale reposait surtout sur l'abstinence sexuelle et l'allaitement après l'accouchement ; elle ne se pratiquait pas avec des méthodes contraceptives modernes. Durant les années 1980-1990 l'appellation « Droits de la Santé Sexuelle et Reproductive » est devenue d'usage courant (Bonnet et Guillaume, 1999). La notion des droits reproductifs apparaît pour contrer une planification familiale qui ne respecte pas totalement la liberté et la santé des femmes (Marquès Pereria et Raes, 2002). Deux grandes luttes sont à la base de ces droits. La première consiste à lutter contre les stérilisations forcées et les politiques anti-natalistes coercitives, et à dénoncer le viol et les violences faites aux femmes. La deuxième est la lutte pour une plus grande participation des hommes au travail reproductif, c'est-à-dire d'inclure les hommes dans les questions liées à l'éducation des enfants et dans la contraception (Marquès Pereria et Raes, 2002).

Cette notion est apparue plus précisément en 1980 dans le contexte pandémique du SIDA avec les interventions des Organisations non gouvernementales (Fonds des Nations Unies pour la population, Organisations Mondiale de la Santé), celles des organismes féministes (Bonnet et Guillaume, 1999). Comme en fait état cet extrait d'Andro et Desgrees du Loû (2009, p.4):

Deux éléments viennent considérablement bouleverser ce paysage : l'épidémie de SIDA, qui conduit la communauté internationale à mettre en place des études sur les comportements sexuels ; la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, au Caire en 1994, qui marque une rupture dans la manière d'aborder la fécondité et la régulation des naissances en introduisant le concept de santé de la reproduction.

Tout cela dans l'objectif non seulement de diminuer la focalisation sur la dyade mère/enfant mais aussi d'envisager séparément la sexualité et la procréation (Bonnet et Guillaume, 1999). Conséquemment, de même qu'on va essayer de traiter les questions typiquement liées à la reproduction, on va aussi aborder la question de la sexualité sans risque. Par exemple : les maladies sexuellement transmissibles, l'excision, les grossesses non désirées particulièrement chez les adolescentes (Bonnet et Guillaume, 1999). Les femmes sont à ce moment actrices et non observatrices de leur vie reproductive quoique dans des pays du Sud, elles ne disposent pas d'une autonomie totale dans les décisions relatives à leur corps (Bonnet et Guillaume, 1999).

Cependant, entre avoir un droit et l'exercer, il peut y avoir un grand décalage. Certes, les droits reproductifs peuvent permettre à tous les êtres humains de décider librement de leur fertilité, toutefois, l'exercice de ces droits est intimement lié aux droits civils, politiques et sociaux (Marquès Pereria et Raes, 2002). Lorsqu'on réfère aux droits civils, on comprend que l'individu est doué de sa capacité de disposer de lui-même. Pour les femmes, les droits politiques émergent des luttes des mouvements féministes en vue de permettre l'affirmation d'un nouveau sujet politique qui lutte et négocie « pour la reconnaissance d'une identité collective basée sur la visibilité des rapports sociaux de sexe » (Marquès Pereria et Raes, 2002, p.27). Quant aux droits sociaux, pour s'exercer, ils dépendent de certaines conditions matérielles et structurelles. Plus précisément les droits reproductifs

sont accolés aux politiques de santé publique, aux réseaux des hôpitaux et des centres de santé.

Ainsi la Santé Sexuelle et Reproductive est définie non pas uniquement en termes de santé maternelle, mais comme étant :

UN ÉTAT DE BIEN-ÊTRE GÉNÉRAL, TANT PHYSIQUE QUE MENTAL ET SOCIAL, DE LA PERSONNE HUMAINE, POUR TOUT CE QUI CONCERNE L'APPAREIL GÉNITAL, SES FONCTIONS ET SON FONCTIONNEMENT ET NON PAS SEULEMENT L'ABSENCE DE MALADIES OU D'INFIRMITÉS. CELA SUPPOSE DONC QU'UNE PERSONNE PEUT MENER UNE VIE SEXUELLE SATISFAISANTE EN TOUTE SÉCURITÉ, QU'ELLE EST CAPABLE DE PROCRÉER ET LIBRE DE LE FAIRE AUSSI SOUVENT OU AUSSI PEU SOUVENT QU'ELLE LE DÉSIRE ». (MÉDECINS DU MONDE, 2015, P.4).

À la lumière de cette définition, lorsque des femmes, des hommes et des couples rencontrent des problèmes d'infertilité, quelles sont les mesures mises en place et quelle en est leur accessibilité?

1.7 Traitements de l'infertilité : Canada et ailleurs

Dans le but de faciliter l'accès au traitement de l'infertilité, la médecine procréative dans nombre de pays du Nord et du Sud tend à progresser au fil des années. La Procréation médicalement Assistée (PMA) ou Assistance Médicale à la Procréation (AMP) constitue l'ensemble des moyens utilisés dans le but d'initier une grossesse qui ne pouvait pas se faire à cause de problèmes de fertilité (Paraiso, Dolz Arroyo, Poveda Garcia, Salvador, et Packan, 2018). Dans les pays qui peuvent se le permettre et qui en font le choix, les politiques publiques offrent aux personnes infertiles des conditions leur facilitant l'accès aux traitements de l'infertilité. Par exemple en France, l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) « est à l'origine de 2 à 2,5 % des naissances en France et mérite incontestablement d'être considérée comme un des traitements majeurs de l'infertilité du couple » (Mandelbeaum, 2011, p.19). On propose, ainsi, un cadre légal qui définit les actes médicaux autorisés dans l'AMP, d'après le Code de la santé publique en France (art. I. 2141-1) comme : des « pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel » (Mandelbeaum, 2011, p.14).

Ainsi par rapport à cette définition, on distingue : l'Insémination Intra-Utérine (IIU), la fécondation in vitro conventionnelle ou avec micro-injection de spermatozoïdes, appelée ICSI (Intra-Cytoplasmic Sperm Injection), les dons de gamètes (spermatozoïdes ou ovocytes) et l'accueil d'embryons ; et enfin l'autoconservation de gamètes ou de tissus gamétiques³ (Mandelbeaum, 2011).

Au Canada, plusieurs options sont offertes pour les femmes infertiles voulant enfanter. Sur leur site, non seulement des conseils pour faciliter la procréation sont prodigués, mais aussi des traitements de fertilité médicaux possibles sont exposés (Agence de la Santé Publique du Canada, 2019). Par exemple, il leur est proposé d'utiliser des techniques de Procréation Assistée (PA) qui peuvent être :

- 1-des médicaments pour stimuler l'ovulation, appelés des inducteurs d'ovulation;
- 2-l'insémination intra-utérine (IIU), intervention lors de laquelle, à l'aide d'un petit tube (cathéter), le sperme est introduit directement dans l'utérus de la femme par le vagin;
- 3-la fécondation in vitro (FIV), où la manipulation du sperme et des ovules se fait à l'extérieur du corps pour favoriser l'ovulation.

³ Durant le 20^{ième} siècle, les techniques d'assistance ont connu un grand essor, commençant à l'insémination Intra Utérine jusqu'à la congélation des ovules et spermatozoïdes (Mandelbaum, 2011). Plus précisément l'Insémination Intra Utérine a vu le jour en 1790 avec un chirurgien écossais appelé John Hunter. Quant à la fécondation in vitro, elle a pris naissance en 1978 en Angleterre (Mandelbaum, 2011). Elle est la seule technique qui permet de faire un transfert embryonnaire dans l'utérus. On pratique la FIV surtout en cas d'échec d'autres techniques qui se révèlent plus simples et au recours d'un don d'ovocytes (Mandelbaum, 2011). L'injection d'un spermatozoïde dans le cytoplasme ovocytaire, est une fécondation in vitro pratiquée dans le cadre de l'infertilité du côté des hommes. Les dons des gamètes et d'embryons ont été reconnus et encadrés en France dès 1994 avec les principes mis en place par Georges David dans le cadre de l'Organisation du Don de Spermatozoïdes dans le Centre d'études de conservation des œufs et du sperme, comme par exemple la gratuité, l'anonymat et l'expérience de la parenté pour les donneurs. La spécificité du don des spermatozoïdes remonte en 19^{ième} siècle, mais les demandes ont augmenté en 1995. Quant aux spécificités du don d'ovocytes, cela remonte à 1983 en Australie. L'accueil des embryons consiste à un transfert d'embryon congelé et est en application en France depuis 1994. La congélation d'ovaires reste actuellement une option réservée aux femmes qui ont plus de 50 % de risque d'infertilité.

D'après l'Agence de la Santé Publique du Canada, plus d'une trentaine de cliniques spécialisées dans la fertilité sont disponibles dans le pays ; toutefois, certaines possèdent des techniques à la procréation beaucoup plus avancées que d'autres. Ainsi, une femme ou un couple infertile a avantage à s'en informer avant de faire le choix d'une clinique. En termes de remboursement des frais de traitements médicaux, le Québec est la seule province canadienne qui s'y est engagée. Par ailleurs le gouvernement fédéral offre des crédits d'impôts de remboursement de frais médicaux (Ressource Santé, 2020).

Les choix d'adopter ou de se transformer en famille d'accueil constituent deux autres alternatives proposées par l'Agence de la Santé Publique du Canada. Cependant, l'Agence réfère les couples et les femmes intéressés par ces options à un organisme provincial spécialisé en adoption pour en assurer le suivi (Agence de la Santé Publique du Canada, 2019).

Par contre, dans certains pays du Sud l'accès aux traitements de l'infertilité est limité. De ce fait, les personnes voulant se faire traiter se dirigent vers la phytothérapie ou pratiquent la mobilité médicale. Par exemple à Brazzaville, les femmes qui sont la plupart du temps les premières à essayer de trouver de l'aide contre l'infertilité se tournent vers la médecine traditionnelle. Suivant la qualité des plantes, elles utilisent une ou plusieurs plantes, soit les feuilles, la tige ou les racines (Nkounkou-Loumpangou, Binimbi-Massengo, Nzonzi, J., Oumba, Abena, et Diatwa 2005). Pour la mobilité médicale, il y a l'exemple des femmes angolaises qui vont se faire soigner au Brésil. Parmi les raisons qui expliquent la recherche d'un traitement au Brésil par les angolaises, il y a : la connaissance d'une même langue (deux colonies portugaises), le lien entre les deux pays et le partage de référents identitaires culturels, la confiance dans la capacité des professionnels de la santé, ainsi que l'accueil et le soutien de la communauté angolaise au Brésil (Machin, Augusto et Mendosa, 2018).

En gros, comme pour beaucoup de femmes du Sud, enfanter constitue un élément fondamental dans leur accomplissement de vie, les femmes angolaises et congolaises n'y échappent pas. Ainsi, lorsqu'elles ne peuvent avoir accès naturellement à la maternité, elles cherchent, selon leur milieu d'appartenance et leurs ressources matérielles, des solutions à leur infertilité. Qu'en est-il pour les femmes haïtiennes infertiles qui accordent cette même

importance fondamentale à la maternité? Comment leur situation d'infertilité est-elle présentée et représentée?

1.8 Situation de l'infertilité en Haïti

Si dans les pays occidentaux il y a des manifestations d'intérêt grandissant pour l'infertilité, les priorités de l'État haïtien en matière de SSR sont orientées vers le contrôle de la fertilité. Rappelons qu'Haïti est le pays de l'Amérique latine et des Caraïbes le plus peuplé et qui offre un accès limité aux services de planning (Kohler, 2017).

Les besoins non satisfaits en matière de planning familial demeurent à l'un des niveaux les plus élevés du monde, avec plus de 35% de la population ayant des besoins non satisfaits en matière de planning familial : 20% ont besoin de limiter les naissances et 16% ont besoin d'espacer les naissances (Kohler, 2017, p.4).

Bien que l'État haïtien reconnaisse l'importance de réduire la fécondité depuis les années 1970-1980, les crises socio-politiques incessantes qui se sont produites en Haïti dans les années 1980 jusqu'en 2000, notamment la dictature duvaliériste (Cameau, 2012) et l'apparition des programmes du VIH/SIDA n'ont pas permis à cette initiative d'évoluer.

Par ailleurs, l'ampleur de la problématique de l'infertilité est énorme. On dénombre 400 000 personnes qui sont infertiles en Haïti: 45 % femmes, 25 % hommes, 15 % de couples et 15 % de cas inexplicables (Cossy, 2016). En Haïti, l'infertilité a aussi de grandes conséquences physiques et psychologiques sur les femmes (Enquet'Action, 2020). Elles sont également stigmatisées et sujettes à des pressions sociales. Ces femmes, la plupart du temps, sont appelées *milèt*⁴. De plus, l'accès à la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) est très limité (Enquet'Action, 2020). Il existe des cliniques de gynécologie-obstétrique ou des hôpitaux publics qui traitent l'infertilité, mais avec la technologie avancée, il n'existe qu'une seule clinique spécialisée en traitements de l'infertilité : CHITAI. Les personnes concernées par les problèmes d'infertilité recourent à la médecine traditionnelle ou à la religion (Singer, Davidson, et Gerdes, 1988, Tremblay 1995). Par exemple, Tremblay

⁴ Animal engendré par un âne et une jument par conséquent stérile.

(1995) rapporte qu'une femme haïtienne lui avait expliqué sa capacité et sa facilité de donner naissance à l'aide des *loas*.

Dieu est un principe de fertilité qui agit dans un bon sens, indiquant une route à suivre. Quand elle accouche, elle est chevauchée (en transe) par le loa Damballa qui symbolise la création et la connaissance. Elle s'abandonne à la présence du loa dans sa tête, lui permettant d'incorporer ses attributs de fertilité dont elle a tant besoin pour accoucher (Tremblay, 1995, p.135).

Le problème d'infertilité, qu'il s'agisse des pays du Sud ou du Nord, touche les femmes d'une manière particulière, et le cas d'Haïti n'est pas différent. Ainsi, pour mieux saisir les effets de l'infertilité sur les femmes haïtiennes, je me réfère au mode de rapports sociaux existant entre hommes et femmes et aussi entre les femmes elles-mêmes.

1.8.1 Représentation de la féminité et de la masculinité

Historiquement en Haïti, l'organisation familiale ne suit ni une logique de famille nucléaire européenne, ni les règles de polygamie africaines (Louis-Juste, 2008). Après la révolution haïtienne, le *lakou*⁵ a été la première forme d'organisation de la famille en Haïti. Il s'est constitué avec le marronnage qui était une forme de résistance face à l'esclavage et a favorisé la révolution (Louis-Juste, 2008). Toutefois, ce mode d'organisation n'a pas libéré la sexualité des femmes (Louis-Juste, 2008). Les femmes s'occupaient encore des terres de leur patriarche et procréaient pour pouvoir assurer la main d'œuvre de la plantation. En effet, la construction de la sexualité est bâtie sur une prédominance de la domination masculine (Lamauthe-Brisson, 2012). En milieu rural, les enfants constituent une main d'œuvre importante pour la survie de la maison et soulagent en quelque sorte le travail des femmes. Ce qui est différent en milieu urbain (Lamauthe-Brisson, 2012).

S'il existe des rapports différenciés entre les hommes et les femmes en Haïti, il existe aussi des rapports débalancés entre femmes en lien avec leur lieu d'habitation et leurs conditions socio-économiques.

⁵ Le *lakou* est une forme de famille élargie répondant aux besoins du moment où les moyens de travail étaient rudimentaires. Il constituait également une défense nécessaire en cas d'attaque.

Autrefois, du point de vue légal, les personnes vivant en milieu rural n'avaient pas le même statut social que celles vivant en milieu urbain. Elles étaient considérées comme des citoyennes de seconde zone et cela était légiféré par l'État haïtien. Ce qui a contribué à l'exclusion que vivent aujourd'hui encore les femmes paysannes dans le domaine de la santé et de l'éducation (N'zengou-Tayo, 1998). Une typologie regroupant quatre types d'activité économique nous permet d'aborder et de mieux saisir la réalité des femmes rurales:

a) La femme n'effectue pas de production marchande, elle est ménagère à temps plein; b) La femme effectue une production marchande, mais les lieux où s'exercent les productions domestique et marchande se confondent; c'est le cas de certaines paysannes et des ouvrières à domicile; c) La femme effectue une production marchande et les lieux où s'effectuent les productions domestique et marchande sont distincts; c'est le cas des ouvrières et des domestiques ne logeant pas chez leurs patrons par exemple ; d) La femme effectue une production marchande et le lieu où devrait s'exercer normalement sa production domestique ne lui est pas accessible quotidiennement; c'est le cas par exemple des commerçantes rurales (*madan sara*) et des domestiques (*domi-leve*) logeant chez leurs employeurs (Anglade, 1988, p.39).

Apparemment, il n'existe pas une réelle division en classes sociales entre les femmes paysannes, par contre des différences économiques sont significatives entre elles (N'zengou-Tayo, 1998). Par exemple, à part le travail dans les champs, les femmes paysannes font du commerce une grande partie de leur temps, elles sont des *madan-sara*⁶ qui gagnent beaucoup plus que celles qui vendent au marché ordinaire.

Les femmes vivant en ville sont majoritairement des femmes venant de la campagne, elles sont souvent célibataires et sans emploi (N'zengou, 1998). Elles sont aussi des femmes qui

⁶ En Haïti, les femmes connues sous le nom de « *madan sara* » travaillent sans relâche pour acheter, distribuer et vendre de la nourriture et d'autres produits essentiels dans de nombreux recoins du pays. Malgré tous les obstacles rencontrés par les femmes travaillant dans un secteur qui manque d'investissements, d'infrastructures et d'aide de l'État, les « *madan sara* » continuent d'être l'un des éléments les plus importants de l'économie haïtienne.

migrent dans de grandes villes en Haïti comme Cap-Haïtien, Port-au-Prince, Gonaïves et Port-de-Paix avec deux ou trois enfants. Elles doivent s'adapter au milieu urbain dans des conditions assez difficiles. Parfois, elles recourent à la prostitution ou à des ventes au détail comme de la nourriture, des bonbons ou des bijoux bon marché. De même qu'à la campagne, dans les villes, la majorité des personnes qui font le commerce sont les femmes (N'zengou, 1998).

Dans mon étude sur l'infertilité, c'est la catégorisation des femmes urbaines et paysannes qui est priorisée, celle employée par Anglade (1988) et N'zengou-Tayo (1998) à travers laquelle les femmes en ville est composée de la classe bourgeoise, moyenne et pauvre. Les femmes de la classe bourgeoise sont considérées comme étant des « femmes qui partaient travailler au début du XX^e siècle ; elles secondaient leurs conjoints afin d'accroître les revenus en baisse du foyer faisant suite à la dégradation de l'économie nationale lors de la première occupation du pays par les États-Unis en 1915 » (Lamour, 2019, p.16 et 17 repris par Bouchereau). Chaque femme haïtienne vit une réalité qui lui est propre. La situation socio-économique, l'accès à l'éducation, à la santé sont autant d'indicateurs qui peuvent nous permettre d'apprécier la réalité des femmes haïtiennes.

1.8.2 Réalité sociodémographique et économique

La population générale a été estimée en 2017 d'après l'Institut Haïtien de l'Enfance et *International Coaching Federation* (ICF) en 2018, à 11 085 919 habitants. 50% de la population totale vit en milieu urbain. Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes : 5 598 949 femmes contre 5 486 970 hommes. Haïti a aussi une population assez jeune. L'âge médian est de 23 ans et l'espérance de vie à la naissance est de 62, 2 ans. En termes d'infrastructures routières, c'est rudimentaire et largement dégradé faute d'entretien. Ce qui ne facilite pas l'accès de la population aux services de base, en particulier aux écoles et aux institutions sanitaires (Institut Haïtien de l'Enfance et *International Coaching Federation* (ICF), 2018). Les effets de la pauvreté sont surtout marquants dans les zones rurales et dans la zone du Cap-Haïtien. Plus de 80% de personnes vivent au seuil de la pauvreté en milieu rural, 30 % d'entre elles ne peuvent pas assurer leur besoins nutritionnels (Word Bank, S.D).

Les femmes haïtiennes vivent une situation d'extrême précarité (Fonds des Nations Unies pour la population (UNFA), 2017). Elles sont majoritairement dans le secteur informel sans droit à la sécurité sociale soit à (55,9%) et lorsqu'elles travaillent dans le secteur formel soit 30%, elles reçoivent un salaire inférieur par rapport aux hommes (2017).

1.8.3 Accès à l'éducation

Des inégalités traversent également l'accès à l'éducation en Haïti. D'ailleurs, l'analphabétisme est un grand problème dans le pays (World report, 2019). Selon UNFA (2017), un niveau inadéquat d'éducation affecte les femmes de manière beaucoup plus poussée que les hommes. Et il est aussi l'un des facteurs qui expliquent en quelque sorte leur entrée précoce et sans préparation sur le marché du travail. Les filles sont majoritaires au niveau secondaire tandis que l'inégalité est flagrante quand elles sont au niveau d'études supérieures: 6,1% pour les femmes de 35 à 39 ans, tandis que 11,8% pour les hommes. Dans l'ensemble, la qualité de l'enseignement reste à désirer et 85 % des écoles sont assurées sous l'obédience des entités privées qui imposent des frais de scolarité élevés, inaccessibles pour des familles à faible revenu.

1.8.4 Accès à la santé

La question sanitaire en Haïti est extrêmement précaire et c'est encore plus compliqué pour les femmes ; leurs besoins sont nombreux et aussi particuliers. Les indicateurs de santé révèlent une mortalité et morbidité élevées chez des femmes haïtiennes. Leur espérance de vie à la naissance est de 64 ans (UNFA, 2019). Plus de 17% des décès suite à un cancer sont en lien avec le col de l'utérus et plus de 13% avec le cancer du sein. La moyenne d'âge des femmes qui meurent du cancer est de 30 ans (UNFA, 2019). Plus de 3,8 millions d'haïtiennes de plus de 15 ans sont exposées à ce risque (UNFA,2019). La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes (2,3%) que chez les hommes (1,6%). Les femmes haïtiennes sont encore vulnérabilisées en ce qui a trait à la santé reproductive, 42% ont recours à l'assistance médicale et de sage-femme lors de leur accouchement. Pour 100 000 naissances vivantes, 529 femmes meurent des causes liées à la grossesse. En Haïti, on compte 2,8 millions de femmes en âge de procréer et on estime 3 enfants par femme. Enfin, en 2017, 12% des femmes disaient avoir été victimes de violences sexuelles au cours de

leur vie, la question de la violence basée sur le genre étant une situation qui affecte de manière multidimensionnelle la santé des femmes (UNFA 2019).

1.8.5 L'État haïtien et ses interventions en Santé Sexuelle et Reproductive

Historiquement, la question sociale s'est posée différemment en Haïti. L'État haïtien est souvent comparable à un État prédateur qui accumule des richesses mais ne les distribue pas à la population (Evans 1992; Lundahl 1992a; Fass 1988; Trouillot 1986 cité par Lamaute-Brisson, 2013). Il est vu également comme un État dit « sans providence » qui met juste en place des politiques informelles pour solidariser la relation entre les individus et les familles (Lundahl 1992b cité par Lamaute-Brisson, 2013).

En effet, les premières mises en place pour la création de mécanismes d'assistance sociale ont débuté dans les années 1940 dans un contexte de salarisation croissante et de la présence d'une classe moyenne (Farman, 1947b; Department of Labour and Welfare of Haïti, 1967, cité par Lamaute-Brisson, 2013). À la fin de 1960, on assiste à la création des organismes publics de sécurité sociale (assurance et assistance sociales) mais ils se sont peu développés depuis. Après la fin de la dictature de Duvalier (1986), des nouvelles dispositions en termes de protection sociale ont été prises comme par exemple l'émergence de nouvelles institutions et de nouveaux programmes. Un fonds d'investissement social appelé Fonds d'Assistance Économique et Sociale (FAES) a aussi vu le jour. Après sa création, il y eu des mises en place des processus d'extension et de diversification des mécanismes de protection sociale. L'apparition des politiques de promotion sociale dans les secteurs de l'éducation, de la santé, de la sécurité alimentaire et de l'emploi a été également observée (Le scientifique, 2019). Il est important de souligner la présence des Organisations Non Gouvernementales (ONG) qui d'une façon ou d'un autre participe à la protection sociale en Haïti en essayant de combattre la pauvreté (Lamaute-Brisson, 2013). Il est cependant important de souligner leur effet sur l'autonomie de l'État haïtien. D'après Etienne (1995), les ONGs dotées des politiques de leur pays peuvent travailler à renforcer les structures archaïques et ainsi affaiblir le processus de développement.

La protection sociale dévolue aux femmes est problématique du fait qu'elles sont beaucoup plus présentes dans le secteur informel que formel. Il existe soit 83% de femmes contre

73% d'hommes dans le secteur informel (Le scientifique, 2019). Ce qui fait que les femmes haïtiennes se voient refuser le droit à une protection sociale en cas de maladie, d'accident routier, de chômage et de maternité (Le scientifique, 2019).

Plusieurs instances haïtiennes s'intéressent à la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) des femmes haïtiennes, comme la Direction de la Santé Famille (DSF), certaines organisations communautaires et Organisations Non gouvernementales (ONG). Toutefois, leur intérêt se concentre surtout autour du contrôle de la fertilité avec des programmes qui s'occupent du planning familial, des méthodes contraceptives et de l'accompagnement des femmes avant et après un avortement. Par exemple, le texte de plan Stratégique national de santé sexuelle et reproductive (2019-2023) (DSF, 2018) constitue l'outil de gestion en SSR pour cette période. Il existe une seule institution privée spécialisée dans l'infertilité : le Centre d'Investigation Haïtien de Traitement et d'Infertilité (CHITAI, 2017). Celle-ci offre des services de procréation assistée. Leurs coûts sont élevés et l'État ne les prend pas en charge.

Comme expliqué plus haut, en Haïti, même si du point de vue démographique les femmes sont majoritaires, du fait de leur genre, elles n'ont pas le même accès aux différents services de base comme l'éducation et la santé. À cela s'ajoutent les inégalités entre les femmes elles-mêmes du fait de leur classe sociale, leur activité socioéconomique et leur lieu de résidence. Une grande partie des femmes sont analphabètes ou atteignent difficilement un niveau supérieur de scolarité. Elles sont majoritairement absentes du secteur formel de l'emploi, ce qui est considéré comme l'une des caractéristiques de la féminisation de la pauvreté. Elles sont en effet les plus pauvres de la population haïtienne. Leurs besoins particuliers en termes sanitaires ne sont pas adressés efficacement, par exemple, une grande partie des femmes accouchent sans assistance médicale ou sans l'aide d'une sage-femme.

Avec la complexité de l'infertilité conjuguée aux conditions différenciées des femmes haïtiennes, je veux comprendre à travers cette recherche : **Comment est prise en compte l'infertilité en lien avec les conditions socio-économiques différentes des femmes haïtiennes dans les interventions en Santé Sexuelle et Reproductive?**

Ainsi, je poursuis trois objectifs qui sont les suivants :

1. Connaître le sens accordé à l'infertilité des femmes haïtiennes et la place qui y est faite dans les programmes d'intervention en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) en Haïti
2. Mettre en lumière la prise en compte des différences de conditions des femmes haïtiennes à travers les programmes et d'interventions en SSR
3. Proposer des repères pour l'accompagnement universel des femmes haïtiennes aux prises avec l'infertilité.

Chapitre II : L'intersectionnalité

Cette étude souhaite saisir la place de l'infertilité dans les interventions en SSR. Elle cherche également à voir comment est prise en compte la diversité des conditions des femmes haïtiennes à travers la présentation des actions et des interventions en SSR. Enfin, elle souhaite proposer des avenues possibles en recherche et en intervention pour une plus grande inclusion et une amélioration des services en SSR.

C'est ainsi que j'utiliserai la lunette intersectionnelle pour y parvenir. Celle-ci va me permettre de saisir les différences de réalités qui existent entre les femmes et comment elles sont matérialisées dans les interventions en SSR et contre l'infertilité en Haïti.

L'historicité de l'intersectionnalité commence avec les féministes afro-américains qui remettaient en question certains paramètres du féminisme américain de la deuxième vague (Harper, 2012).

Pendant les années 1970 jusqu'au milieu des années 1990, des auteures comme bell hooks (1981, 1984, 1990), Kimberley Crenshaw (1991 ; 1994) et Patricia Hill Collins (1993) remettent en question le féminisme américain de la deuxième vague qui minimise la racisation des femmes afro-américaines en ne tenant pas compte des conséquences de l'esclavage et du colonialisme notamment. Pour ces féministes, le discours du mouvement des femmes s'est forgé à partir du vécu des femmes blanches et leur programme politique ne sert que leurs propres intérêts (Harper, 2012, p.5).

L'intersectionnalité a pour but d'analyser les oppressions que vivent les femmes en se fondant sur le fait que les femmes ne sont pas un groupe homogène (Crenshaw, 2005). Ce qui revient à dire que même si certaines femmes haïtiennes sont infertiles, leurs réalités face à cet état ne sont pas les mêmes. Au regard des différences en termes de positions socio-politiques, les femmes ne jouissent pas des mêmes privilèges. L'intersectionnalité permet de comprendre la manifestation des oppressions de manière structurelle et politique. L'intersectionnalité structurelle s'intéresse aux rapports de pouvoir liant la classe, la race et le genre (Crenshaw, 2005). En d'autres mots :

Au niveau le plus élémentaire, race, genre et classe sont tous en cause, étant donné la forte corrélation entre « femme de couleur » et pauvreté. En outre, la disparité de l'accès à l'emploi et au logement — c'est-à-dire

la discrimination — est redoublée par leur identité de race et de genre. La race et le genre sont parmi les tous premiers facteurs responsables de cette distribution particulière des ressources sociales qui aboutit aux différences de classes observables. Et dès lors qu'elles se trouvent réunies dans une classe sociale défavorisée, les structures de race et de genre déterminent la manière singulière, par rapport aux autres groupes, dont les femmes de couleur vivent la pauvreté (Crenshaw, 2005, p. 56).

Certes, il est difficile de dire que les femmes haïtiennes vivent une certaine oppression et une hiérarchisation entre les différences de couleurs de peau (Déus, 2018), par contre les femmes ont beaucoup plus tendance à se dépigmenter dans une logique de séduction (Déus, 2018) :

Autrement dit, les femmes à peau sombre auraient moins de valeur sur le marché de la séduction, et donc moins d'opportunité d'être choisies pour former des unions et se marier. Les discriminations qui les touchent sont donc proprement « raciales » et sexistes, et rendent difficile leur intégration sociale (Déus, 2018, p.14).

Les oppressions que vivent les femmes haïtiennes sont par ailleurs beaucoup plus rattachées à la structure de la société haïtienne qui est fondée sur l'inégalité de classe et de genre. Les interventions en lien avec l'infertilité devraient non seulement prendre en compte des inégalités liées au sexe mais d'autres formes d'oppressions aussi structurantes que le genre, comme des facteurs liés conditions matérielles et à la langue.

En gros, l'utilisation de la perspective de l'intersectionnalité me paraît très appropriée pour étudier la question de l'infertilité chez les femmes haïtiennes en tenant compte de la discrimination dont elles font souvent l'objet : l'analyse intersectionnelle « dévoile le fonctionnement de la société dans son ensemble et permet également de penser l'imbrication des privilèges » (Falquet et Kian, 2015, p. 2). Elle désigne l'interaction entre le genre, la race et d'autres catégories de différences dans les vies individuelles, les pratiques sociales, les dispositions institutionnelles, les idéologies culturelles et l'issue de ces interactions en termes de pouvoir (Falquet et Kian, 2015).

Après la présentation de la perspective que j'ai utilisée pour mieux approcher mon objet d'étude qui s'intéresse aux interventions dans le cadre de l'infertilité, la prochaine section aborde la méthodologie adoptée et les différentes étapes de collecte et données et d'analyse.

Chapitre III : Cadre Méthodologique

Ma démarche de recherche vise à comprendre comment est prise en compte l'infertilité en lien avec les conditions socio-économiques diversifiées des femmes haïtiennes dans les interventions en Santé Sexuelle et Reproductive. Plus spécifiquement, comprendre le sens donné à l'infertilité et la prise en compte de la diversité sociale des femmes haïtiennes infertiles dans des documents officiels qui présentent les actions en SSR. Ce chapitre présente l'approche de recherche, la méthode utilisée pour le choix et l'analyse des documents.

3.1 Méthodologie choisie et mode de collecte de données

La méthodologie fait référence à l'approche utilisée pour réaliser la recherche (Giordano et Jolibert, 2016). Il existe deux approches méthodologiques : quantitative et qualitative. La recherche utilisant la méthodologie quantitative permet de mesurer les phénomènes (Giordano et Jolibert, 2016) ; tandis qu'une approche qualitative permet de comprendre l'aspect subjectif et la complexité du sujet (Gaudet et Dominique, 2008).

Étant intéressée au sens accordé à l'infertilité et la diversité des conditions socio-économiques des femmes, j'opte pour une méthodologie qualitative. Ce choix me donne la possibilité de saisir les différentes composantes sociales et culturelles qui définissent et organisent les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive et d'infertilité en Haïti. Cette approche de mon sujet permet de plus de dégager la logique culturelle et la rationalité qui construisent les interventions.

Ce travail s'est fait à partir des documents officiels qui présentent les programmes et les services. Le terme document traduit tout type de document manuscrit ou électronique qui est porteur d'une culture (Giordano et Jolibert, 2016). Il peut être une image fixe ou animée, un plan, un monument, un édifice ou un texte. Le document écrit est animé d'une intention pour le livrer au public. C'est-à-dire, il est organisé pour être lu et compris par de nombreuses personnes ; « il cherche à annoncer à créer une pensée, à modifier un état de chose par la mise en place d'une histoire ou d'une réflexion » (Farge, cité par Gaudet et Dominique, p.108).

Ainsi, cette recherche m'a amenée à des documents et des structures actives dans le domaine de la SSR et l'infertilité dans le contexte particulier de l'organisation des interventions en santé en Haïti. Il s'agit d'un ensemble constitué de textes et de sites produits par l'État et des institutions publiques, par des Organisations non gouvernementales (ONGs) et des centres de services de santé privés. J'ai visité des sites et pris en compte tous documents qui pourraient servir mon analyse.

3.2 Choix des documents

Les contenus des documents choisis et la variété de l'ensemble doivent être en accord avec la question de recherche (Gaudet et Dominique, 2018). J'inclus dans ces documents trois catégories -associées à des groupes d'acteurs: 1- organismes publics : l'État haïtien et la couverture publique d'assurance santé et sociale, 2- la communauté internationale, 3- le secteur privé.

À ce titre, j'ai relevé des données sur les sites de : 1- *Ministère de la Santé Publique et de la Population* (MSPP) 2- *Médecins du Monde* (MDM), 3- *Centre Haïtien d'Investigation et de Traitement Avancée de l'Infertilité* (CHITAI). Pour les assurances, l'accès au site étant bloqué au moment de ma recherche, j'ai obtenu des informations sur l'*Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité* (OFATMA) dans des articles scientifiques.

Pour ce qui est des informations de l'État haïtien liées à la santé sexuelle et reproductive des femmes, c'est la Direction de la Santé de la Famille qui s'en occupe. Elle est sous la tutelle du MSPP et a pour mission d'orienter des politiques de santé, de la planification stratégique et tactique des programmes (DSF, 2013). Dans cette logique, plusieurs plans stratégiques ont été élaborés. Mais dans mon travail j'utiliserai à la fois des informations trouvées sur le site de la DSF et dans son *plan stratégique de 2019-2023* lorsque j'aurai à parler des interventions de l'État haïtien en SSR. Il constitue un plan, un cadre référentiel pour toutes interventions en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) en Haïti (DSF, 2019). Son objectif principal consiste à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive et le respect des droits des femmes, des jeunes et adolescents (DSF, 2019).

3.3 Stratégie et procédures d'analyse

J'ai utilisé l'analyse de contenu pour étudier ces documents. L'analyse de contenu « vise à étudier la signification du message étudié qu'il soit un poème, un discours, un récit de vie, un article de journal, un écrit scientifique, un roman, un rapport verbal ou écrit relatif à une expérience intérieure, un film, une affiche, etc. » (Mayer et Deslauriers 2000, p. 60). Elle se fait à partir de la classification des différentes parties d'un document et la codification des unités de sens en vue de saisir les significations en lien avec mes objectifs de recherche. (Mayer et Deslauriers, 2000).

L'analyse de cette recherche comporte trois (3) étapes :

Premièrement, j'ai fait un tri de documents et d'informations sur les sites des instances concernées par la Santé Sexuelle et Reproductive (nommés plus haut) et/ou l'infertilité en fonction de la question de recherche.

Deuxièmement, j'ai fait une lecture attentive de ces documents pour découvrir comment est abordée l'infertilité et comment est prise en compte les conditions socio-économiques des femmes haïtiennes.

Troisièmement, en utilisant l'approche intersectionnelle, j'ai construit des catégories pour faire ressortir dans les écrits des vecteurs d'inégalités comme la langue utilisée dans les documents présentant les services et les activités, les questions des coûts et de l'accès socio-économiques et géographique de ces services pour les femmes infertiles, et finalement, à un autre niveau, la question du financement des institutions en Haïti.

Ainsi à partir de ces catégories, j'ai fait une analyse des discours et des pratiques en santé sexuelle et reproductive en Haïti en lien avec l'infertilité. C'est ce qui fait l'objet du prochain chapitre.

Chapitre IV : Interventions en SSR : infertilité et intersection des inégalités

Cette partie concerne les interventions en santé sexuelle et reproductive, et en infertilité à partir de l'analyse des documents et des sites qui en font la promotion aujourd'hui (2020). À travers ce chapitre, je montre le rôle et les responsabilités de chaque acteur, leurs activités et leurs limites en SSR. Je mets en lumière la manière dont sont prises en compte les dimensions sociales, économiques et culturelles des réalités des femmes infertiles Haïti. Pour bien comprendre la gestion des interventions, j'aborde la question du financement de la SSR en Haïti.

4.1 Les acteurs en intervention en SSR et en infertilité.

Parler du cadre interventionnel en SSR en Haïti signifie aborder les modes d'action de l'État haïtien, des organisations non gouvernementales internationales et des organismes privés. D'après les documents en SSR, c'est l'État haïtien qui s'occupe principalement des interventions en SSR. Il coordonne des activités en santé sexuelle et reproductive sur le plan local et international (DSF, 2019) par le biais de la Direction de Santé de la Famille (DSF, 2019). Celle-ci veille à la mise en application des normes tant nationales qu'internationales en vue d'assurer le progrès en termes de la santé de la famille. De manière plus opérationnelle, le *Plan 2019-2023* constitue un outil de gestion qui, en se basant sur des orientations de la Politique Nationale de Santé et du Plan en Santé, veut permettre un consensus entre le gouvernement, la communauté internationale, les autorités locales et les partenaires de la société civile autour des stratégies d'intervention. Ce plan a non seulement comme objectifs d'améliorer la santé sexuelle mais de le faire selon les normes de la communauté internationale.

Les interventions des ONGs sont importantes dans le domaine de la santé. Leurs actions depuis 1998 en Haïti ont participé à la Santé Sexuelle et Reproductive, la santé des mères, des nouveaux nés et des enfants. Parmi celles-ci, *Médecins du Monde* MDM mène des actions en Haïti avec des projets valorisant le plaidoyer en lien avec l'accès sécuritaire à l'avortement et l'accès à des soins pré et post-avortement de qualité, réduisant également des barrières financières aux soins

(MDM, 2013). Depuis 2017, MDM (S.D), mène des actions dans le département de l'Ouest, le Nord-Ouest, l'Artibonite et les Nippes.

De son côté, l'OFATMA, un organisme public, offre des indemnités en cas d'accidents du travail, de maladies et de maternité. Cette assurance est accessible aux travailleurs et travailleuses du secteur formel, privé et public (Fene, Gómez-Dantés, Lachaud, 2020).

Quant au Centre haïtien d'investigation et de traitement CHITAI (2017), il s'agit d'une clinique médicale privée haïtienne co-fondée et dirigée par le Dr Beauvais (nommé entrepreneur de l'Année en 2017). Après ses formations en endocrinologie de la reproduction et une spécialisation en traitement de l'infertilité à l'étranger, Harry Beauvais souhaite développer dans son pays des services de qualité en vue de limiter la dépendance à l'étranger, répondre aux besoins de la population haïtienne, stimuler les forces vives et ainsi accroître la fierté dans son pays. Aujourd'hui, il souhaite élargir ses services à d'autres régions du pays et à l'international (Beauvais, 2018).

Depuis 2011 CHITAI propose principalement aux couples haïtiens des soins liés à l'infertilité en privilégiant l'investigation et l'éducation personnelle (CHITAI, 2017). Les membres de son équipe sont gynécologues obstétriciens en formation ou spécialisés en endocrinologie de la reproduction. Au début, le Centre comptait principalement des médecins américains et indiens, mais aujourd'hui, des médecins haïtiens fraîchement diplômés font partie de leur équipe, des groupes de médecins visiteurs viennent régulièrement et font un travail de relais (Nouvelliste, 2012).

Pour conclure, ce qu'il faut retenir c'est que l'intervention en SSR en Haïti concerne à la fois l'État haïtien, la communauté internationale et le secteur privé. Les offres de services et les activités de ces trois groupes d'acteurs m'aideront à voir leurs priorités en termes d'action sur le terrain.

4.2 Les actions et les services des trois groupes d'acteurs

Plusieurs actions différentes sont menées dans le cadre du *plan 2019-2023* de l'État haïtien qui vise l'intégration de tous les services en SSR. Ces actions veulent combler les vides existant dans la SSR en Haïti. Certaines se concentrent d'abord sur différents aspects

comme l'approvisionnement en ressources matérielles, le recrutement de ressources humaines, la formation du personnel dans les services des Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgence (SONU). D'autres promeuvent l'implication de la communauté, des groupes de femmes, des élus locaux et des collectivités territoriales (DSF, 2019). D'autres encore se concentrent sur des personnes affectées par le VIH sida. Finalement un cadre légal pour l'encadrement de toutes les activités SSR en Haïti est en voie d'élaboration (DSF, 2019).

Pour MDM, leurs actions en Haïti en SSR priorisent des campagnes de sensibilisation sur les comportements sexuels à risque dans les écoles secondaires, la formation continue des professionnels de la santé, la création d'un dialogue entre les matrones et le personnel des établissements de santé pour favoriser le référencement des femmes enceintes vers les institutions.

Pour CHITAI (2017), il y a des services comme la Procréation médicalement Assistée, l'Insémination Artificielle, la Fécondation in Vitro. En termes de projection, il vise des traitements préventifs en lien avec l'infertilité par la prise en charge des grossesses à risque et des traitements de cancer de l'utérus (Beauvais, 2018).

4.3 La complémentarité des actions et services

La présentation des services offerts et des actions menées par différentes instances en santé sexuelle et reproductive, et dans une moindre mesure en infertilité, démontre leur variété et leur complémentarité. Par exemple, la dimension légale, l'implication des organisations de femmes, la formation des ressources humaines, l'approvisionnement des ressources matérielles, les formations, les sensibilisations se conjuguent aux services de la Procréation Médicalement Assistée (PMA). Tous ces éléments semblent pouvoir permettre de traiter l'infertilité et améliorer les réalités difficiles des couples, mais surtout des femmes infertiles.

Toutefois, il est à remarquer que l'État haïtien et l'ONG internationale MDM traitent de manière générale les interventions en SSR. Il manque de clarté concernant les activités qui encadrent l'infertilité. Si les actions prises globalement s'intéressent beaucoup plus à l'aspect préventif, il n'existe pas de services de traitement de l'infertilité. Certes, la prévention en santé sexuelle et reproductive a des effets positifs pour réduire les problèmes

de fertilité mais le lien avec cet objectif de contrecarrer l'infertilité n'est pas clairement explicité. D'ailleurs, c'est ce que résume le contenu du concept de la *prévention sociale* qui s'inspire de la Charte d'Ottawa de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1986 (Baillergeau, 2008). Il s'agit de tous « actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas, à travers des activités d'éducation et d'information. Cependant, contrairement à la prévention primaire, la *prévention sociale* est de surcroît guidée par des principes spécifiques » (Baillergeau, 2008 p.8).

En ce sens, l'infertilité, les formations et les sensibilisations devraient fournir de l'information sur l'importance de prévenir les maladies infectieuses et sexuellement transmissibles pour protéger la fertilité ; et sur les effets de l'âge des femmes sur leur capacité biologique de concevoir (Kuttenn, 2019). Des services et activités devraient permettre également d'agir sur des facteurs comme la varicocèle, les traumatismes testiculaires, les infections urinaires et sexuellement transmissibles qui sont les premiers facteurs étiologiques expliquant l'infertilité masculine (Hervé,1992, Comean, 2002). En d'autres mots, en termes de prévention il devrait y avoir des objectifs spécifiques permettant de faire face aux facteurs étiologiques inhérents à l'infertilité des femmes et des hommes.

Seul CHITAI, un centre privé spécialisé en traitement de l'infertilité, concentre son action directement et explicitement sur l'aspect curatif et projette dans l'avenir d'élargir son action sur des interventions préventives comme le traitement de cancer de l'utérus et la prise en charge des grossesses à risque (Beauvais, 2018). Cependant, alors qu'on estime à 400 000 les personnes infertiles en Haïti (Cossy, 2016), comment CHITAI peut-il répondre à lui seul aux besoins en traitements d'infertilité de toutes ces personnes alors qu'il ne compte que de 26 employés au total y compris 5 médecins spécialistes, 3 médecins anesthésiologistes et 6 infirmières (Beauvais, 2018)? D'autant plus que la prise en charge de l'infertilité nécessite des accompagnements personnalisés adaptés à chaque cas et des ressources matérielles sophistiquées et coûteuses.

Au-delà de la pluralité des services préventifs et curatifs SSR en Haïti, il est difficile de saisir quel engagement l'État haïtien prend envers le traitement de l'infertilité. Sauf pour CHITAI qui offre des services privés et coûteux, il ne semble pas y avoir d'action concertée

pour prendre en charge ce problème en tenant compte de la diversité des conditions socio-économiques des femmes haïtiennes et des spécificités sociales et culturelles en lien avec l'infertilité.

En d'autres mots, il est difficile de voir comment les SSR vont agir sur l'infertilité des femmes et en fonction de leur vie réelle. Car si je reprends la définition de la SSR qui exprime une attention égale et particulière à chaque aspect de la vie sexuelle et reproductive des femmes, doit-on comprendre que l'infertilité est une problématique à part? Mérite-t-elle alors une attention spécifique et appropriée aux milieux dans lesquels vivent les femmes?

On serait en droit de s'attendre à ce que l'État haïtien manifeste un intérêt clair et joue un rôle de coordination et d'autorité qui consisterait à répondre au désir d'enfanter des couples et surtout des femmes infertiles en tenant compte de la diversité des conditions socio-économiques et des aspects culturels de l'infertilité qui affectent ces femmes.

4.4 À qui s'adressent les sites et documents d'information en SSR ?

Les programmes de la DSF et *le plan 2019-2023* s'adressent aux femmes, aux enfants, aux hommes de la communauté civile, mais aussi au personnel et aux gestionnaires qui interviennent dans la SSR. Sur la plateforme web du DSF, il est spécifié que ce site est fait pour toute personne voulant s'informer sur la SSR (DSF, 2013).

Les interventions de MDM (2013) s'intéressent aussi à la santé de la famille et la santé des femmes. Par contre, CHITAI ne s'adresse pas à un sexe en particulier. Il dit s'intéresser aux couples haïtiens qui ont des problèmes d'infertilité, tout en fournissant l'information que 40% de ceux-ci se trouvent chez l'homme. Quant à l'OFATMA, elle offre des services de compensations aux travailleurs du secteur formel, privé et public, incluant les frais liés à la maternité, la grossesse, l'accouchement et le post-natal. Cela touche un nombre restreint de personnes.

4.4.1 Et la diversité sociale?

Les sites qui présentent les interventions en SSR s'adressent personnel mais aussi les membres de gestion et presque toutes les catégories hétéronormées de la société haïtienne. À l'exception de MDM, les autres instances ne présentent pas leurs services en fonction de

la différence existant entre la santé des femmes et des hommes. En plus, les personnes visées par les interventions en SSR semblent provenir de milieux homogènes et vivre des situations similaires. Alors qu'il existe des inégalités socio-culturelles et linguistiques au sein de la population haïtienne.

En effet la qualité des services dans les institutions publiques de santé en termes d'accès et d'offres est médiocre dans l'ensemble du territoire du pays. Cependant, les femmes rurales sont doublement taxées de cette précarité si on compare avec les femmes vivant en milieu urbain. En Haïti en milieu rural, il n'existe que quelques centres ruraux mal équipés qui donnent des soins prénataux. Par exemple, dans le département de l'Artibonite, il n'y a que 50 dispensaires ruraux et 27 dispensaires (Anglade, 1988). En plus du système de santé défaillant et des difficultés socio-économiques, les moyens de transport et le mauvais état des routes constituent des éléments limitatifs à l'accès des femmes aux soins contre l'infertilité. Comme CHITAI est localisé à Port-au-Prince, les femmes qui n'y habitent pas et qui veulent avoir de soins doivent s'y rendre.

Un autre aspect qui n'est pas suffisamment relevé dans les sites de présentations des acteurs en SSR, c'est la dimension culturelle de l'infertilité. Elle aurait pourtant sa place d'abord pour sensibiliser les femmes et la population en générale sur les croyances populaires entourant l'infertilité et qui font inutilement souffrir les femmes. En abordant cette dimension, il serait possible de freiner les discriminations dont font souvent l'objet les femmes infertiles en Haïti lorsqu'on les compare à des mules. Ce volet culturel haïtien pourrait aussi être en rapport avec l'utilisation de la phytothérapie souvent utilisée pour solutionner les problèmes d'infertilité. L'État pourrait organiser des campagnes de sensibilisation à cet effet. Ainsi dit, comment les institutions en intervention en SSR représentent leurs publics cibles qui sont les principaux concernés de ces services?

4.4.2 Et le créole?

Les sites et les documents analysés en lien avec les interventions en SSR et spécifiquement en infertilité sont tous rédigés en français alors qu'ils s'adressent tous à la population haïtienne qui a pour langue maternelle, le créole. Pour CHITAI et DSF, il n'existe pas d'autres options de langue pour accéder aux informations de leur site. Ce qui signifie qu'il

faudra aux utilisateurs un niveau de connaissance de la langue française pour pouvoir accéder à ces informations. Quant à l'OFATMA, son site est inaccessible. Mais les informations recueillies sur son mode de fonctionnement sont aussi en langue française. Par contre, MDM offre une autre option de langue : l'anglais.

Pourtant en Haïti, la majorité de la population est analphabète et utilise en grande partie le créole plutôt que le français ou toute autre langue. Il existe à peine 10% de la population qui maîtrise le français (Théodat, 2004). D'après Théodat (2004), la langue peut être un analyseur des inégalités existant au sein d'un groupe. En Haïti, la langue française est prise non pas comme une langue d'exercice mais une langue de pouvoir utilisée souvent par l'élite du pays. Par conséquent, un décalage existe entre les prescriptions écrites et la pratique : souvent les ordres seront transcrits en français mais toutes les transactions opérationnelles seront effectuées en créole (Théodat, 2004).

D'autant plus que l'accès à l'éducation est limité en Haïti. Or, l'éducation permettrait à la population de se tenir informée par les différents moyens existants, particulièrement de nos jours. Par exemple, le fait d'accéder aux documents des interventions en SSR et particulièrement contre l'infertilité sur les sites des différents organismes.

UNICEF (2012) estime que durant la période 2000-2012, 74.4% de jeune hommes et de 70,5% des jeunes femmes en Haïti savent lire et écrire. Ce problème d'accès à l'éducation est encore plus marquant en milieu rural. Il existe 80,5% de la population urbaine contre 47,5% des ruraux qui ont accès à l'éducation. Cela démontre que la langue la plus utilisée dans la population haïtienne n'a pas été prise en compte dans les documents produits par les trois groupes d'acteurs de l'intervention en SSR et particulièrement en infertilité.

Il y a lieu de se demander dans quelle mesure les planifications, programmes, interventions et services en SSR et en infertilité en Haïti prennent en compte les réalités des personnes les plus affectées par l'infertilité : les femmes (ce sont elles qui en porte le blâme) n'ayant pas eu accès à l'éducation ou de manière limitée, celles vivant en milieu rural, celles vivant dans la précarité et la pauvreté.

Un autre aspect à considérer dans une analyse intersectionnelle des interventions en SSR est le financement de celles-ci et les interrelations entre les acteurs que produisent les sources de financement.

4.5 Qui paye et qui décide?

Les sources de financement des interventions en SSR et en infertilité soulèvent trois enjeux : la pauvreté de l'État haïtien, les deux côtés de l'apport de la communauté internationale, la prise en compte des besoins réels des femmes haïtiennes.

L'incapacité économique de l'État haïtien à répondre dans l'ensemble aux besoins de la population apparaît dans la manière dont sont gérées les interventions en SSR et en infertilité. L'État qui joue le rôle principal de coordination ne peut pas porter de manière significative le poids économique de celles-ci. Cette incapacité dure depuis l'indépendance du pays en 1804. Haïti a traversé nombre d'instabilités sociopolitiques et surtout la main forte de l'Occupation des États-Unis de 1915 (Dupuis, 2016).

Dans ce chaos, l'aide internationale par l'intermédiaire des ONGs a pris de l'ampleur en Haïti à plusieurs niveaux, particulièrement depuis les années 1970 (Dupuis, 2016). Elle se retrouve autant dans les luttes sociales, le développement local que l'humanitaire ; et c'est dans ce domaine qu'intervient le MDM (Louis, 2017). La communauté internationale finance non seulement directement l'État haïtien mais, par les ONGs, elle met également en place certaines activités qui normalement devraient être prises en charge par l'État.

C'est dans cette logique que MDM met en place des interventions de proximité comme la sensibilisation et la formation auprès des communautés. Elles peuvent certes apporter aux femmes en matière de SSR, mais elles peuvent aussi être l'occasion pour MDM d'imposer ses propres politiques plutôt que celles qui conviennent le mieux à la population haïtienne (Perroulaz, 2004).

En déployant ses interventions à travers le pays, MDM risque de jouer un rôle de substitution de l'État haïtien, et de ce fait, affaiblir l'orientation que cherche à se donner le pays, par exemple dans le développement des services de santé et sociaux liés à l'infertilité (Perroulaz, 2004). Étant donné que ce sont les ONGs qui financent, leurs programmes

peuvent être dirigés en fonction de leurs intérêts. Elles ont le dernier mot dans les décisions de financer ou non tel projet et elles développent leurs propres stratégies de contrôle (Perroulaz, 2004). En d'autres mots, « la main qui donne est au-dessus- de la main reçoit » (Perroulaz, 2004, p.20).

Un autre aspect limitant les bienfaits de la communauté internationale dans les interventions en SSR est le fait que l'apport des ONGs n'est pas uniquement fondé sur l'altruisme. Elles ont aussi le souci de se reproduire comme toute autre organisation et cela demande de développer des astuces qu'elles jugent pertinentes pour leur survie (Perroulaz, 2004). Ce qui peut impliquer qu'avec l'argent destiné aux besoins en SSR en Haïti, ces derniers peuvent passer au second plan parce que l'ONG doit répondre aux besoins d'emploi de son pays donateur (Boisrond, 2013).

En plus de la précarité économique de l'État et de l'ambivalence de l'apport des ONGs internationales, la féminisation de la pauvreté est un autre élément à prendre en compte dans le paramètre financier des interventions en SSR. Peu importe la mesure économique utilisée (individualiste ou familialiste) pour calculer les inégalités selon le sexe, les femmes sont beaucoup plus exposées à la pauvreté que les hommes (Périvier, 2016). En plus d'être plus pauvres, il revient aux femmes haïtiennes d'assurer le relais en termes de protection sociale qui devrait être assurée par l'État haïtien (Lamour, 2019). Étant donné que celui-ci ne peut le faire, chaque famille tente de désigner un individu comme pilier de protection sociale et dans la majorité des cas, ce sont des femmes (Lamour, 2019). Elles ont comme responsabilité de prendre financièrement en charge les problèmes du groupe au lieu de s'occuper de leurs propres besoins (Lamour, 2019).

En ce qui concerne l'aspect financier du traitement de l'infertilité, le CHITAI ne précise pas sur son site ni dans ses documents les coûts du traitement. Car même s'il est noté qu'ils sont abordables, cela ne signifie pas qu'ils le sont pour toutes les femmes, d'autant plus qu'un grand nombre d'entre elles vivent dans la pauvreté ou avec de lourdes responsabilités financières. De plus, comme déjà mentionné il n'existe pas un système d'assurance sociale et médicale pour les femmes qui ne sont pas rattachées au secteur d'emploi formel.

Ce qui m'amène à comprendre dans quelle situation les femmes se trouvent quand elles doivent faire face à un problème d'infertilité. Elles sont à la fois dans une précarité économique qui ne les permet pas d'accéder au traitement de l'infertilité et ne bénéficient pas du soutien et du réconfort d'un système de protection sociale (Lamour, 2019). Bref, elles sont des laissées pour compte avec leur problème d'infertilité.

4.6 Pour conclure

En fait, cette analyse a permis de rencontrer les trois objectifs de départ. Tout d'abord, j'ai une meilleure idée de l'importance donnée à l'infertilité des femmes en Haïti et la place qui lui est accordée dans les interventions en santé sexuelle et reproductive (SSR). Il semble évident que l'infertilité occupe une place de second rang dans les interventions faites par les trois groupes d'acteurs (l'État et OFTMA dans le secteur public, MDM une ONG internationale et un centre privé CHITAI). Certes, il existe des services et activités qui consistent à prévenir l'infertilité mais ils ne sont pas définis comme tels. Par exemple, lorsqu'on parle des interventions pré et post avortement, des interventions liées à l'éducation des jeunes adolescentes et l'implication de la communauté. La problématique de l'infertilité n'est pas abordée comme un volet spécifique dans un ensemble de services disponibles. En d'autres mots, les instances publiques dont l'État ne soutiennent pas directement la question de l'infertilité alors que le droit à la SSR préconise une attention particulière à chaque composante de la sexualité et de la reproduction des femmes et des hommes.

Ensuite, la diversité sociale et économique et la précarité d'un grand nombre de femmes haïtiennes ne sont pas prises en compte dans les options pour le traitement de l'infertilité. Du point de vue socio-économique, les femmes rurales et les femmes urbaines n'ont pas les mêmes conditions de vie. En milieu rural, les services médicaux et sociaux sont presque inexistantes alors qu'il n'en existe que quelques-uns en ville. Pour ce qui est du traitement médical moderne de l'infertilité, en plus de ses coûts trop élevés pour la majorité, la seule clinique spécialisée se trouve à Port-au Prince. Cela implique des déplacements difficiles

pour les personnes ne vivant pas dans la capitale ; les moyens de transports et l'état des routes comportant en Haïti des problèmes d'accès majeurs.

La diversité d'accès aux services et activités en infertilité se manifeste aussi au niveau de la langue en Haïti. Tous les documents sont rédigés en français alors que la population est majoritairement créolophone. Les personnes qui maîtrisent le français sont celles qui ont été à l'école tandis que la population est en grande partie analphabète.

Enfin, il y a le manque de capacité financière et d'autonomie gestionnaire de l'État haïtien, ce qui handicape la prise en charge publique des besoins des femmes infertiles. Certes, il est dit dans le plan que c'est l'État qui assure la coordination des activités dans le secteur privé et international. Mais dans les documents comme le cadre référentiel et l'institution CHITAI la coordination avec l'État n'est pas clairement élucidée. Il se peut en ce sens que leur action tend à être posée en vase clos sans trop de lien avec l'État haïtien qui lui propose des lignes directrices à suivre en SSR.

Dans l'histoire des ONGs en Haïti, il est reconnu que ces interventions sans partenariat défini préalablement fragilisent davantage les structures déjà faibles au lieu de participer à leur renforcement. Cela peut constituer une sorte de transfert de souveraineté et de renforcement de la charge des femmes haïtiennes (Lamour 2019). En ses propres mots, c'est de soutenir :

une forme de gouvernementalité qui se manifeste par le transfert de la souveraineté de l'État haïtien à la communauté internationale pour la prise en charge des besoins surgissant à l'interne, en scellant la configuration d'un rapport de sexe : l'assignation des femmes au devoir de protection (Lamour, 2019,p.9).

Quant aux activités relevées dans le cadre des interventions en SSR, elles sont multiples et diversifiées mais n'abordent qu'indirectement l'encadrement des femmes ayant des problèmes de fertilité. Pourtant, cette condition vécue de manière stressante et affligeante (Whitehead, 2016) se conjugue au rejet social lié à l'infertilité et à l'humiliation d'être comparée à un animal et étiquetée de mulet.

Pour conclure, il faut redire que les aspects financiers demeurent un grand handicap à l'accès de la santé plus particulièrement à l'infertilité. La couverture des frais de santé, l'OFATMA n'est offerte qu'à 2% et le MSPP qu'à 13 % de la population totale (Fato Fene, Gómez-Dantés, et Lachaud, 2020).

Il faut se rappeler que les populations les plus pauvres, majoritairement des femmes, et celles qui vivent à la campagne n'ont pas accès à bon nombre de services, comme l'éducation. Celle-ci est aussi un facteur limitant pour elles par rapport à l'accessibilité des informations sur les interventions en SSR. Ce qui revient à dire comme N'zengou (1998) et Anglade (1988) que les conditions des femmes ne sont pas toutes les mêmes. Les plus défavorisées semblent laissées pour compte dans les services de soins des maladies liées à la reproduction (Singer, Davidson et Gerdes, 1988), et d'autant plus lorsqu'il s'agit d'infertilité.

Je voudrais conclure en ajoutant qu'en dépit des manquements dans les documents, si on se base sur les informations retrouvées sur les sites et autres documents au sujet de la planification de l'État haïtien, des programmes et des actions en SSR, des multiples acteurs présents, de la volonté de soutenir la santé des femmes, on peut espérer pouvoir atténuer ou éradiquer l'ensemble des obstacles aux services de soins en SSR plus particulièrement dans l'encadrement de l'infertilité. Je formule dans la prochaine section des propositions d'action et de recherche pour intervenir de manière globale en amont et en aval des traitements en infertilité.

5. Discussion-Conclusion

Comment est prise en compte l'infertilité en lien avec les conditions socio-économiques différentes des femmes haïtiennes dans les interventions en Santé Sexuelle et Reproductive?

Cette recherche avait trois objectifs de départ :

- 1.- Connaître le sens accordé à l'infertilité des femmes haïtiennes et la place qui y est faite dans les documents d'interventions en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) en Haïti
2. Mettre en lumière la prise en compte des différences de conditions des femmes haïtiennes à travers les documents d'interventions en SSR
3. Proposer des repères pour l'accompagnement universel des femmes haïtiennes aux prises avec l'infertilité

Cette étude met en lumière le fait que l'infertilité n'est pas abordée comme une problématique à part entière dans les interventions en Santé Sexuelle et Reproductive en Haïti. Évidemment, il y a des dispositifs de l'État haïtien et de MDM qui tendent à intervenir en amont pour prévenir l'infertilité, comme dans la formation, la sensibilisation et les accompagnements post-avortement. Mais il manque des objectifs précis et clairs à cette première démarche pour véritablement prévenir les causes de l'infertilité détectées souvent chez les hommes et les femmes. Le traitement de l'infertilité est pris en charge par une entité privée, CHITAI, qui ne peut pas assurer à elle seule la quantité des cas connus d'infertilité en Haïti. En plus d'être la seule institution, elle ne comporte pas des ressources matérielles, humaines et économiques pour pouvoir traiter adéquatement l'infertilité. Le gouvernement haïtien et le MDM sont totalement absents dans l'aspect curatif de l'infertilité. Il revient pourtant à l'État de répondre correctement aux besoins liés à la sexualité et à la reproduction de la population. Selon les documents, il ne joue pas correctement son rôle de coordination pour permettre à toutes les femmes, quel que soit le niveau socio-économique, d'accéder aux soins en SSR de manière égalitaire et équitable.

Les résultats de ce travail permettent également de voir que les différences des conditions socio-économiques des femmes haïtiennes ne sont pas tout à fait prises en considération dans les documents. Des aspects inhérents à la vie quotidienne des femmes ne sont pas reflétés dans les présentations des services et interventions en SSR. Par exemple, le fait que les femmes vivant en milieu rural ne bénéficient pas des mêmes accès aux services que celles en milieu urbain. Il y a aussi le fait qu'une femme en milieu rural est beaucoup plus exposée à l'inaccessibilité liées à l'éducation, à la santé, aux infrastructures des routes qui peuvent l'empêcher de profiter des services en infertilité. Par ailleurs, le manque d'autonomie financière de l'État constitue un grand handicap à l'organisation et à une meilleure prise en compte des conditions des femmes en Haïti dans les interventions en SSR. L'État haïtien dépend majoritairement de l'aide extérieure, et cela constitue un blocage à une réalisation efficiente et efficace des actions pouvant traiter l'infertilité.

Ces constats m'amènent à proposer quelques repères pouvant favoriser un accompagnement universel des femmes haïtiennes aux prises avec l'infertilité :

5.1 Recommandations

5.1.1 Praticien.ne.s en travail social dans l'intervention contre l'infertilité

Une plus grande implication des praticiennes (praticiens) en sciences humaines et sociales et particulièrement celles (ceux) formé.e.s en travail social aurait toute sa place. Elles (ils) ont un grand rôle à jouer dans l'accompagnement des couples et particulièrement les femmes qui doivent faire face à un problème d'infertilité. Cela implique qu'elles(ils) soient formé.e.s sur les multiples aspects de l'infertilité pour qu'elles (ils) soient en mesure de répondre aux questions, de rassurer et de comprendre les personnes qui ont des difficultés à concevoir un enfant désiré.

5.1.2 Formation-sensibilisation sur la question de l'infertilité

Il est important qu'elles (ils) comprennent l'importance de la parentalité, du problème de fertilité et de l'accès aux ressources en traitement de l'infertilité (Shreffler, Greil Athur, Mcquillan, 2017). Elles (ils) pourront, en ce sens, proposer des moyens d'action adaptés au pays. L'accompagnement peut impliquer également des échanges visant à comprendre les valeurs attribuées à la parentalité par les couples qui ont des difficultés à concevoir. Dans

les désirs d'enfant, quelle importance est donnée au fait d'avoir un enfant biologique? Est-il possible d'envisager être parent d'un enfant non biologique ou d'arrêter de faire des efforts pour avoir un enfant (Shreffler, Greil Athur, Mcquillan, 2017)? Les échanges doivent être aussi abordés les efforts matériels et émotionnels qu'entraînent le traitement de l'infertilité (Schneider, Myra, Forthofer, Melineda, 2005).

Pour les professionnel.le.s, il est important de savoir que personne d'autre ne peut choisir les options liées à l'infertilité en lieu et place d'une personne infertile (Shreffler, Greil Athur, Mcquillan, 2017). Mais en tant que professionnel.le, la responsabilité est de fournir des informations sur les diverses possibilités. Leur travail en termes de sensibilisation peut inclure également des informations liées au déclin de la fertilité au fil du temps et aux comportements associés à la fertilité, comme maintenir un poids sain, arrêter de fumer (Shreffler, Greil Athur, Mcquillan, 2017). Les professionnels travaillant avec des personnes infertiles doivent être à même de les rassurer sur le fait qu'ils ne sont pas seuls eu égard à cette problématique (Shreffler, Greil Athur, Mcquillan, 2017). Les professionnelles pourraient aussi être encouragées à organiser des groupes de discussion pour que les personnes infertiles reçoivent des informations éclairées basées sur des expériences (Schneider, Myra, Forthofer, Melineda, 2005). Par exemple, la plupart des personnes infertiles quel que soit leur statut de parent - qui n'ont jamais donné naissance un jour- ne souffrent pas de conséquences psychologiques négatives à long terme (Bures, Koropecj-Cox et Loree, 2009 cités par Shreffler, Greil Athur, Mcquillan, 2017).

5.1.3 Une approche féministe intersectionnelle de l'intervention

Le cadre interventionnel des professionnel.le.s peut être aussi inspiré de l'approche féministe par le fait que les femmes ressentent souvent une charge émotionnelle plus lourde que les hommes dans la question de l'infertilité. Dans le cadre des interventions, on pourrait favoriser un groupe d'entraide constitué de femmes ayant vécu cette situation (Dunnigan, 1988). Cela leur permettrait de poser leur problème d'un point de vue individuel et collectif afin de comprendre les origines culturelles du désir d'enfant et des injonctions liées à la maternité et l'identité féminine (Dunnigan, 1988). Les praticien.ne.s du travail social doivent être en mesure de faire un travail de soutien avec les femmes infertiles dans leur

prise de décision. Elles (ils) devront les informer sur les conséquences du traitement, les risques, les avantages et les taux de naissances vivantes ; présenter les obstacles au traitement, promouvoir l'égalité d'accès au traitement et éliminer les disparités dans le traitement de l'infertilité ; informer les couples sur les alternatives au traitement de l'infertilité, telles que l'adoption et la vie sans enfant (Shreffler, Greil Athur, Mcquillan, 2017). En cas d'échec lié aux traitements de l'infertilité, un groupe d'entraide au sein duquel les femmes se soutiennent afin de redéfinir leur identité, leurs rapports amoureux, leurs projets de vie en dehors de la maternité (Dunnigan, 1988) pourrait être mis sur pied. Cette intervention féministe doit être intersectionnelle afin d'intervenir suivant les rapports de pouvoir liant la classe, la race et le genre (Crenshaw, 2005).

Il ne faut cependant pas oublier qu'à un niveau macrosocial le problème d'infertilité doit être considéré comme une question de santé publique pour mieux prévenir, détecter et traiter l'infertilité (Centers of Disease Control and Prevention-CDC; 2014 cité par Shreffler, Greil Athur, Mcquillan, 2017).

En ce sens, il est important de recommander :

5.1.4 Une meilleure organisation et gestion de l'infertilité par l'État haïtien

De manière explicite, l'État devra prendre en compte l'ensemble des besoins en santé sexuelle et reproductive des femmes haïtiennes. C'est pourquoi au même titre que le contrôle de la fertilité fait partie du plan national en santé publique, le traitement de l'infertilité doit être aussi mis de l'avant. L'infertilité est un problème social et, de ce fait, mérite d'être encadrée par un plan d'action spécifique. À cet effet, l'intersectionnalité est une approche à privilégier en intervention afin de prendre en compte les réalités socio-économiques et culturelles des femmes haïtiennes. Ainsi, les interventions proposées seraient en cohérence et auraient une meilleure adéquation avec la vie réelle des femmes haïtiennes.

L'État pourrait mettre en place :

À long terme

Des services préventifs permettant de sensibiliser et de former la communauté haïtienne en milieu urbain et rural tout en ayant des objectifs qui permettraient d'encadrer l'infertilité.

D'abord, poursuivre des objectifs clairs et précis et des actions concrètes pour prévenir les maladies infectieuses, comme par exemple la promotion des méthodes contraceptives, particulièrement le préservatif car il sert à prévenir les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST). Ensuite, développer des programmes d'information aux jeunes couples sur les impacts que peuvent avoir l'âge (pour les femmes) sur la fertilité.

Finalement, à un autre niveau, favoriser la solidarité de la société pour encourager les femmes désireuses d'enfanter à le faire le plus tôt possible en mettant des services de crèches et de garde financés par l'État en vue d'aider les femmes à équilibrer leur vie professionnelle et familiale.

Des cliniques spécialisées en la Procréation Médicalement Assistée (PMA) de proximité dans les zones reculées d'Haïti.

En ce sens, en développant des partenariats avec des Centres de santé universitaire étrangers, l'État doit encourager des personnes à se spécialiser dans ce domaine en mettant des programmes de spécialisations liées à la PMA dans les Universités de Médecine en Haïti. Pour l'implantation des cliniques en région éloignée, l'expertise de la médecine cubaine en matière de soins de santé primaires pour toute la population pourrait être une référence.

À moyen terme

l'État haïtien doit développer une stratégie en vue de contrôler les actions des ONGs et du secteur privé en SSR afin d'aboutir à de meilleurs résultats. En ce sens, l'État peut voir comment il peut joindre sa capacité d'agir avec celle des ONGs et du secteur privé. En reconnaissant ses limites d'interventions, les autres instances peuvent intervenir pour les combler. Il doit pouvoir développer une législation afin de contrôler les travaux des ONGS. En plus, il peut exiger des ONGs d'adopter et de respecter la certification ISO 9001 qui consiste à :

l'exigence économique, pour garantir que les ressources allouées à l'ONG soient bien gérées et utilisées conformément aux objectifs fixés par l'ONG ; la recherche d'efficacité ;

la volonté de se démarquer des autres organisations en adoptant un label de qualité et une spécificité ; l'exigence politique de certains offices fédéraux, avec l'adoption des normes ISO 9001 par le seco ; la recherche de crédibilité sur un marché saturé, pour montrer aux donateurs et bailleurs de fonds publics que l'ONG met la qualité au centre de ses préoccupations (Perroulaz, 2004, p.23).

5.2 Avenues possibles de recherche

Cette étude s'est uniquement concentrée sur la documentation décrivant et annonçant les programmes, services et interventions en lien avec l'infertilité. Ce qui m'a permis de voir théoriquement comment les interventions sont agencées pour intervenir auprès des personnes infertiles. Toutefois le vécu et l'expérience des personnes infertiles ne sont pas prises en compte dans ce mémoire. Pourtant, c'était mon intention de départ mais dans le contexte de COVID-19 et les mesures de distanciation physique, j'ai été obligée d'éviter la proximité avec des personnes.

Pour faire suite à ma recherche, des études utilisant des outils favorisant une approche relationnelle peuvent être envisagées, tels que le récit de vie, l'entretien ethnographie, les focus groups, etc... Il s'agit de processus communicationnels entre personnes qui construisent des interprétations en lien avec un sujet (Gaudet et Robert, 2018). Ces méthodes de production de connaissances rendent significatives les interprétations que les acteurs ou actrices donnent à leur vécu et aux événements de leur vie. Elles permettent d'articuler les dimensions relationnelles et subjectives dans un récit dialogique et intersubjectif (Demazière, 2011).

Ainsi, plusieurs aspects de l'infertilité pourraient être explorés, entre autres, la perception de l'infertilité suivant le sexe chez les Haïtiens, les impacts de l'infertilité sur la vie personnelle et la vie de couple. En Haïti, il y a une certaine croyance qui suppose que la femme est souvent la principale cause de l'infertilité, et ce malgré le fait que les deux conjoints aient consulté auprès des professionnels de la santé (Louis, 2018). Les femmes sont souvent jugées et subissent des pressions dans leur entourage (Louis, 2018). Tandis que l'infertilité des hommes, en dépit des causes retrouvées par des spécialistes, reste souvent un sujet tabou (Fils-aimé, 2020).

Les expériences des femmes et des hommes dans des démarches de traitements contre l'infertilité peuvent aussi faire l'objet d'études. Déjà, en Haïti, il n'existe que quelques cliniques des soins obstétricaux et une clinique spécialisée en traitement de l'infertilité (CHITAI, 2018). De futures recherches pourraient aborder également les obstacles et le mode d'accompagnement des personnes infertiles dans leur cheminement de traitement souvent difficile. Il serait important, ainsi, de voir les besoins en termes d'accompagnement des praticiens principalement les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales avant et durant le traitement de l'infertilité.

Pour conclure, je pense qu'avec ce type d'études et surtout la prise en compte des recommandations qui en découlent, l'intervention contre l'infertilité s'orientera vers un avenir prometteur où il existera une concordance entre les réalités des personnes infertiles (particulièrement celles des femmes), les interventions et les approches des praticien.ne.s dans ce domaine. Ainsi les personnes touchées par l'infertilité, principalement les femmes, seront mieux encadrées et accompagnées par des professionnel.le.s de la santé et des services sociaux sensibilisé.es à la diversité sociale et culturelle de leur expérience.

Bibliographie

Agence de La Santé Publique du Canada. (2019). *Traitements de fertilité*. Récupéré le 25 avril du <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/fertilite/traitements-fertilite-possibles.html>

Agence de La Santé Publique du Canada. (2020). *Fertilité*. Récupéré le 25 avril 2020 du <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/fertilite/traitements-fertilitepossibles.html>

Andro, A, et Desgrees du Loû, A. (2009). La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive: enjeux et difficultés. *Presses de Sciences PO*. 4 (52), 3-12.

Anglade, M. N. (1988). Du travail domestique comme deuxième journée de travail des haïtiennes. *Recherches féministes*, 1 (2), 39-52. <https://doi.org/10.7202/057514ar>

Association de la Gente Universitaire féminine en Haïti (AGUF). (2016). *La féminisation de la pauvreté en Haïti*. Récupéré le 5 juin 2020 du <https://agufhaiti.wordpress.com/2016/10/21/la-feminisation-de-la-pauvrete-en-haiti/>

Avocats Sans Frontière Canada (ASFC), Kay Fanm et Office Protection du Citoyen (OPC).(2019). *L'impunité des violences faites aux femmes et aux filles en Haïti*. Mémoire présenté à la Commission interaméricaine des droits de l'homme.

Baillergeau, E. (2008). Intervention sociale, Prévention et contrôle social. La prévention sociale d'hier à aujourd'hui. *Déviance et société*, 1 (32), 3-20. <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2008-1-page-3.htm>

Baki-Abdel, A. et Poulin, M.J. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse. *Médecines et hygiènes*, 1 (24), 3-9. <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2004-1-page-3.htm>

Beauvais, H. (2018, 16 mars). Open Access and Open Data-TYT Science [vidéo]. <https://www.youtube.com/watch?v=TfEwGZ4p0A8>

Bélangier J. , Héon, M et Lefebvre,H. (2010). Le développement d'un outil d'enseignement, « Nous avons un rêve », au cœur de l'intervention auprès des couples infertiles. *L'infirmière clinicienne*, 7(1), 33- 40. Revue en ligne <https://wer.uqar.qc.ca/revue-inf>

Boer, M.J, Archetti, C, et Solbraekke, K. N. (2019). In/Fertile Monsters: The Emancipatory Significance of Representations of Women on Infertility Reality TV. *Journal of Medical Humanities*, sv (sn), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10912-019-09555-z>

Boisrond, F., (2010). *Des miettes pour Haïti*. Récupéré le 20 septembre 2020 du <https://www.lapresse.ca/debats/votre-opinion/201301/09/01-4609845-des-miettes-pour-haiti.php>.

Bonnet, D., et Guillaume, A. (1999). La santé de la reproduction. Concept et acteurs. *Institut de Recherche pour Le Développement*, Sv (8), 1-21.

Breton, G. (1983). Compte rendu de [Pierre Rosanvallon, La crise de l'État-providence, Paris, Seuil, 1981, 183 p.] *Politique*, Sn (3), 160-163. <https://doi.org/10.7202/040426ar>

Cailleau, F. (2005). Le désir d'enfant à l'épreuve du deuil. *Cahier de psychologie clinique*, 24(1), 129-147. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2005-1-page-129.htm>

Cailleau, F. (2006). Et si c'était dans la tête? Histoire et représentations de l'infertilité. *Cahier de psychologie clinique*, 1 (26), 85-98. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2006-1-page-85.htm>

Centre d'Haïtien d'Investigation et de Traitement Avancé de l'Infertilité (CHITAI). (2017). *Qui sommes-nous*. Récupéré le 26 avril du <https://chitaihaiti.com/blog.php#>

Charton, L. et Lévy, J. J. (2017). Présentation : Désir d'enfant et désir de transmission : quelles influences sur la formation des familles? *Anthropologie et Sociétés*, 41(2). <https://doi.org/10.7202/1042312ar>

Chateaufort, D. (2011). Projet familial, infertilité et désir d'enfant : usages et expériences de la procréation médicalement assistée en contexte québécois. *Enfances, Familles, Générations*, (15), 61–77. <https://doi.org/10.7202/1008146ar>

Comean, D. (2002). La prévention de l'infertilité masculine. *Le médecin du Québec*, 11(37), 74-81.

Cossy, R. (2016). *L'infertilité peut être traitée en Haïti*. Récupéré le 15 avril 2020 du <https://challengesnews.com/linfertilite-etre-traitee-haiti/>

Crenshaw, K. (2005). Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du Genre*, 39 (2), 51-82.

De la Rochebrochard, E. (2009). Médicalisation de l'infertilité : quelle est la situation mondiale du Nord au Sud? Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action. *Centre de recherche en démographie et sociétés*, sn (sv), 277-292.

De Mouzon, J. (2011) Épidémiologie de l'infertilité. Dans C. Poncelet, et al., (2011). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris : Springer-Verlag.

Debest, C. et Hertzog, I. L. (2017). Désir d'enfant - devoir d'enfant. *Recherches sociologiques et anthropologiques*. Sn(sv), 29-51. <http://journals.openedition.org/rso/1907>.

Dechanet, C. et al. (2011). Effets du tabagisme sur la reproduction : de l'ovocyte à l'embryon. *Gynécologie, Obstétrique et fertilité*, 39 (10), 559-566. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.07.033>

Descarries, F., Corbeil, C. (1994). Entre discours et pratiques : l'évolution de la pensée féministe sur la maternité depuis 1960. *Nouvelles Questions Féministes*, 15 (1), 69-93. <http://www.jstor.com/stable/40619565>

Déus, F. R. (2018). *Le phénomène contemporain de dépigmentation en Haïti. Début d'une réflexion*. Récupéré le 22 juillet 2020 du <http://lapeaologie.fr/phenomene-contemporain-depigmentation-haiti/>

Direction de la Santé de la Famille (DSF). (2013). *Présentation*. Récupéré le 12 juin 2020 du https://mspp.gouv.ht/newsite/_direction/pagePresentation.php?IDDir=6&idpres=21

Direction de la Santé de la Famille. (2019). *Plan stratégique de la Santé Sexuelle et Reproductive (2019-2013)*. Récupéré le 12 juillet du https://mspp.gouv.ht/newsite/_direction/pagePresentation.php?IDDir=6&idpres=21

Dunnigan, L. (1988). La naissance tardive d'une intervention psychosociale en infertilité. *Service social*, 37 (1-2), 120–136. <https://doi.org/10.7202/706388ar>

Dupas, C. Christin-Maitre, S. (2008). Quels sont les facteurs qui modifient la fertilité en 2008? *Annales d'endocrinologie*, Sv (69), 57-61.

Dupuis, S. (2016). *Échec de l'aide humanitaire : Le cas haïtien*. Récupéré le 16 septembre 2020 à <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMAAnalyse?codeAnalyse=2083>

Enquet'Action. (2020). *Les femmes haïtiennes à l'épreuve des règles douloureuses, de l'infertilité et de l'endométriose*. Récupéré le 26 avril 2020 du <https://www.enquetaction.com/dysmenorrheesinfertilitendometriose.haïtiennes>

Etienne, S. P. (1997). *Haïti : L'invasion des ONG*. Québec: Bibliothèque du Québec.

Fato Féné, M., Gomèz-Dantez, O., Lachaud, j. (2020). Sistema de Salud de Haiti. *Salud Publica de Mexico*, 62(3). <https://doi.org/10.21149/10938>

Fils-Aimé, R. (2020). *Infertilité masculine, un sujet tabou jusqu'à présent en Haïti (1ère partie)*. Récupéré le 2 décembre 2020 à <https://arcadins.com/2020/11/23/infertilite-masculine-un-sujet-tabou-jusqua-present-en-haiti-1ere-partie/>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (2012). *Statistique*. Récupéré le 8 juillet 2020 du https://www.unicef.org/french/infobycountry/haiti_statistics.html

Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). (2017). *Faits et chiffres clés sur la situation des femmes en Haïti*. Récupéré le 26 avril 2020 du <https://haiti.unfpa.org/en/node/29291>

Fonds des Nations Unies pour la Populations (UNFA). (2017). *Faits et chiffres clés sur la situation des femmes en Haïti*. Récupéré le 14 juillet 2020 du <https://haiti.unfpa.org/en/node/29291>

Galhardo, A. Cunha, M., Pinto Gouveia, J. (2011). *Psychological aspects in couples with infertility*. Récupéré le 20 juillet 2020 du www.sciencedirect.com

Gaudet, S. et Robert D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative*. Les presses de l'Université d'Ottawa.

Giordano, Y. & Jolibert, A. (2016). *Pourquoi je préfère la recherche quantitative/Pourquoi je préfère la recherche qualitative*. *Revue internationale P.M.E.*, 29 (2), 7–17. <https://doi.org/10.7202/1037919ar>

Gotman, A. (2017). *Pas d'enfant : la volonté de ne pas engendrer*. Paris : maison des sciences de l'homme.

Guérin, M. (2016). IVG : le combat de Médecins du Monde dans les pays prohibitifs. Récupéré le 15 juin 2020 du <https://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/17741-IVG-le-combat-de-Medecins-du-Monde-dans-les-pays-prohibitifs>

Hervé L. (1992). Prévention de l'infertilité d'origine infective chez l'adolescent. *Andrologie*, sv (2), 100-103. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2006-3-page-39.htm>

Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et International Coaching Federation (ICF). (2018). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017)*. Pétion-Ville, Haïti, et Rockville, Maryland, USA : IHE et ICF.

Jenson, J. (2002). Le nouveau régime de citoyenneté du Canada : Investir dans l'enfance. *Lien social et Politiques*, sv (44), 11-23. <https://doi.org/10.7202/005131ar>.

Joubert, L. (1957). *L'envers du landau : regard extérieur sur la maternité et ses débordements*. Ottawa : Triptyque.

Julien, M. (2012). Impacts des interventions des ONG en Haïti: nécessité d'un nouveau cadre de partenariat. *Haïti et perspectives*, 1(2), 79-87.

Kergoat, D. (2000). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. Dans *Dictionnaire critique du féminisme* (p. 35-44). Paris : PUF.

Kergoat, D. (2009). *Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux in Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination* Paris: éd. Elsa Dorlin, Actuel Marx, PUF.

Kohler, H.P. (2017). *Coûts et avantages de l'expansion des services de santé reproductive sexuelle en Haïti, Haïti Priorise*. Copenhagen Consensus Center. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 4.0.

Kutenn, F. (2019). Autoconservation ovocytaire, thérapeutique, prévention, don, précaution : quelles indications? *Médecines et société*, 3(67), 18-33. <https://www.cairn.info/revue-laennec-2019-3-page-18.htm>

Lamaute-Brisson, N. (2013). *Système de Protection sociale dans les caraïbes et Haïti*. Nations Unies: CEPLAC.

Lamaute-Brisson, N. (2012). *Enquêtes auprès des ménages en Haïti et perspective de genre (1999-2005)*. Chili : Nations -Unies.

Lamour, S. (2019). L'irresponsabilité de l'État, une compétence de dominant. *Revue internationale des études du développement*. 219(3), 7-29. <https://www.cairn.info/revue-internationale-des-etudes-du-developpement-2019-3-page-7.htm>

Le scientifique. (2019). *Comment peut-on garantir la protection sociale des femmes travailleuses en Haïti particulièrement les travailleuses agricoles, les travailleuses domestiques, les marchandes ambulantes et les madan sara ?* Récupéré le 23 avril 2020 du <https://lescientifique.com/comment-peut-on-garantir-la-protection-sociale-des-femmes-travailleuses-en-haiti-particulierement-les-travailleuses-agricoles-les-travailleuses-domestiques-les-marchandes-ambulantes-et-les-madan-s/>

Léridon H., Mandelbeaun J., De la Rochebrochard E., Jaoul M., Lenfant D.(2011). De l'infertilité à l'assistance médicale de la procréation. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, sv (75) 11-27.

Leridon, H. (2010). L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité? *Population et société*, Sv(47), 1-4

Loftus, J et Andriot, A.L. (2012). That's What Makes a Woman”: Infertility and Coping with a Failed Life Course Transition. *Sociological Spectrum: Mid-South Sociological Association*, 32(3,) 226-243.<http://dx.doi.org/10.1080/02732173.2012.663711>

Loop Haïti. (2018). *Bientôt une carte d'assurance de santé pour chaque haïtien*. Récupéré le 26 juin 2020 du <https://www.loophaiti.com/content/bientot-une-carte-dassurance-sante-pour-chaque-haitien>

Louis, L. (2018). *Ils sont nombreux les hommes infertiles en Haïti*. Récupéré le 2 décembre 2020 du <https://ayibopost.com/ils-sont-nombreux-les-hommes-infertiles-en-haiti/>

Louis- Juste, J. A. (2008). *Famille patriarcale indépendante et société capitaliste dépendante en Haïti :quelles médiations sociales*. Récupéré le 20 août 2020 du <https://www.alterpresse.org/spip.php?article7495#.X8KNIapKjGI>

Louis, I. (2017). *Les Ongs en Haïti*. Récupéré le 17 septembre 2010 du [http://www.anthropolitics.org/wp-content/uploads/2017/01/Les-ONG-en-Hai%CC%](http://www.anthropolitics.org/wp-content/uploads/2017/01/Les-ONG-en-Hai%CC%80)

Machin, R., Augusto, M.H. O, et Mendosa, D. (2018). Cross-border reproduction :the reproductive market in Angola and Brazil. Papeles del CEIC. *International Journal on collective Identity Research*, Sv (2),1-22.

Mandelbaum, J. (2011). L'assistance médicale à la procréation, un des traitements de l'infertilité. *AdSP*, SV (75), 14-23.

Marques- Pereira, B et Raes, F. (2002). Les droits reproductifs comme droits humains :une perspective internationale. *Corps de femmes*. Sv (Sn), 19-38, <https://www.cairn.info/corps-de-femmes-sexualite--9782804139476-page-19.htm>

Max Rudolph, S.A. (2015). Contribution du régime d'assurance maladie, maternité de l'OFATMA au financement de la santé en Haïti. Récupéré le 26 juin 2020 du <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/04/Contribution-de-l---assurance-publique-dans-le-financement-de-la-sant---en-Ha--ti-r--le-groupes-cibles-et-poids.pdf>

Mayer, R. et Deslauriers, J.-P. (2000). « Quelques éléments d'analyse qualitative ». Dans Mayer, R. et all. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal-Paris : Gaëtan Morin, pp. 159-188

Médecins du monde. (2015). *Santé sexuelle et reproductive - Cadre de référence*. Récupéré le 13 avril 2020 du https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2017/08/201502_Sante-sexuelle-et-reproductive-Cadre-de-re%CC%81fe%CC%81rence.pdf

Médecins du monde. (2013). *Santé sexuelle et reproductive, cadre de référence*. Récupéré le 26 juin 2020 du <https://www.medecinsdumonde.ca/wp->

[content/uploads/2017/08/201502_Sante-sexuelle-et-reproductive-Cadre-de-re%CC%81fe%CC%81rence.pdf](#)

Médecins du Monde. (S.D). *Haiti*. récupéré le 10 juillet 2020 du <https://www.medecinsdumonde.ca/action-MDM/haiti/>

Médecins du monde. (S.D). *Nos programmes en Amériques*. Récupéré le 25 juin 2020 du <https://www.medecinsdumonde.org/fr/continent/amerique>

Mike G. (2020). *Haiti: Madan Sara Women, A film about extraordinary women in the informal economy*. Récupéré le 7 juin 2020 du <https://lab.org.uk/haiti-madan-sara-women/>

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). (2018). *Profil des femmes haïtiennes*. Récupéré le 10 décembre 2019 du <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/OD27/ProfildefemmeHaiti.pdf>

Morel, N. (2013). Le genre des politiques sociales. L’apport théorique des « gender studies » à l’analyse des politiques sociales. *Sociologie du Travail*, 3(49), 383-397.

N’Zengou-Tayo, M.J. (1998). “Fanm Se Poto Mitan”: Haitian Woman, the Pillar of Society. *Feminist Review Rethinking Caribbean Difference*, 59 (s.v), 118-142. <https://www.jstor.org/stable/1395727>

Nana P.N, Wandji J.C., Fomulu J.N., Mbu R.E., Leke R.J.I., Woubinwou M.J (2011). Aspects psychosociaux chez patients infertiles à la maternité principale de Yaoundé.

Ashdin Publishing Clinics in Mother and Child Health's, 1(8) (2011), 1-5.
doi:10.4303/cmch/C100601

Nkounkou-Loumpangou, C., Binimbi-Massengo, A., Nzonzi, J., Oumba, J-M, Abena, A, Diatewa, M. (2005). Inventaire des plantes médicinales utilisées dans le traitement de l'infertilité féminine à Brazzaville. *Phytothérapie*, Sv(6), 252-259. DOI 10.1007/s10298-005-0117-7

Omar, A. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche des organisations. Une introduction à la démarche classique et critique*. Montréal : Les presses de l'université du Québec.

Paraiso, B., Dolz Arroyo, M., Poveda Garcia M., Salvador, Z,et Packan R. (2018). *Techniques PMA :les principaux techniques contre l'infertilité*. Récupéré le 17 septembre 2020 au <https://www.invitra.com/fr/methodes-de-procreation-assistee/>

Pateman, C. (2010). *Contrat sexuel*. Paris : La découverte « textes à l'appui ».

Perivier, H. (2016). La pauvreté au prisme du genre. *Le seuil*. 1(98), 159- 173, <https://www.cairn.info/revue-communications-2016-1-page-159.htm>

Perroulaz, G. (2004). Le rôle des ONGs dans la politique de développement : forces et limites, légitimité et contrôle. *Annuaire Suisse de politique et de développement*, 2 (23), 8-24.

Ressource Santé. (2020). *Le coût des traitements pour la fertilité*. Récupéré le 26 avril 2020 du <https://ressourcessante.salutbonjour.ca/channel/fertilite/prete-a-mentretenir-avec-un-specialiste-de-la-fertilite/le-cout-des-traitements-pour-la-fertilite>

Rochon, M. (1986). Stérilité et infertilité: deux concepts. *Cahiers québécois de démographie*, 15 (1), 27-56. <https://doi.org/10.7202/600584ar>

Santé Publique en France. (2019). *La fertilité des couples*. Récupéré le 28 juillet 2020 à <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-fertilite-des-couples-en-france>

Schneider, Myra G; Forthofer, Melinda S. (2005): Associations of Psychosocial Factors with the Stress of Infertility Treatment. *Health & Social Work*, 3(30) 183-191.

Sepaniak, S et al. (2004). Impact négatif du tabac sur la fertilité masculine des spermatozoïdes à la descendance. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 33(5), 384-390.

Singer, M., Davidson, L. et Gerdes, G. (1988). Culture critical theory and Reproductive illness behavior in Haiti. *Medical Anthropology quarterly*, 2(4), 370-385 <https://doi.org/10.1525/maq.1988.2.4.02a00060>

Slama, R., Ducot, B. Keiding, N. Blondel et B. Bouyer J. (2012). La fertilité des couples en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Sv (7,8,9), 87-91. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-fertilite-des-couples-en-france>

Tabet, P. (2004). *La grande arnaque : sexualité des femmes et échange économique- sexuel*. Paris : Harmattan.

Théodat, J.M. (2004). Haïti, le français en héritage. *Hermès la revue*, 3(40), 308-313.

Tondreau J.L. (2008). Rapport National de la République. Récupéré le 8 juillet 2020 du https://uil.unesco.org/fileadmin/multimedia/uil/confintea/pdf/National_Reports/Latin%20America%20-%20Caribbean/Haiti.pdf

Torchenaud, M. (2017). *Amélioration de la rétention des filles à l'école: Une Analyse Coûts-Avantages*. Haïti Priorise, Copenhagen Consensus Center, Licence : Creative Commons Attribution CC BY 4.0

Tremblay, J. (1995). *Mères, pouvoir et santé en Haïti*. Paris : éditions Karthala.

Villenave, B. (2006). La discrimination positive : une présentation. *ERES*, 3(3), 39-48.

Whiteford, L.M. et Gonzalez, L. (1995). Stigma: The hidden burden of infertility. *Social Science*, 40 (1), 27-36.

Whitehead, K. (2016). Motherhood as a Gendered Entitlement: Intentionality, “Othering,” and Homosociality in the Online Infertility Community. *Canadian Sociological Association*, 53 (1), 94-122.

World report. (2019). *Haïti : événements de 2018*. Récupéré le 14 juillet 2020 du <https://www.hrw.org/fr/world-report/2019/country-chapters/325548>