

La planification familiale en

Haiti

Les accomplissements
des 50 dernières années

JUILLET 2015

Victoria M. Ward, PhD
Roberto Santiso-Gálvez, MD
Jane T. Bertrand, PhD, MBA



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



La planification familiale en Haïti

Les accomplissements des 50 dernières années

Victoria M. Ward, PhD

Roberto Santiso-Gálvez, MD

Jane T. Bertrand, PhD, MBA



Le MEASURE Evaluation est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) par le biais de l'Accord coopératif AID-OAA-L-14-00004 et mis en oeuvre par le Carolina Population Center de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, en partenariat avec le Futures Group, ICF Macro, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, et l'Université de Tulane. Les opinions exprimées par les auteurs de cette publication ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.



Préface

Cette publication est l'une des huit études de cas développées dans le cadre d'une analyse plus large intitulée "La planification familiale en Amérique Latine et dans les Caraïbes: Les accomplissements des 50 dernières années". Comme son titre l'indique, ce rapport documente et analyse le travail accompli dans toute la région depuis les premiers financements de l'USAID au début des années 1960. Le lecteur pourra accéder au résumé du rapport dans son intégralité sur:

<https://www.cpc.unc.edu/measure/publications/tr-15-101/>

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Tania DesGrottes, qui a contribué en tant que consultante à la préparation de cette étude de cas sur Haïti. Nous souhaitons également remercier les personnes qui ont apporté à ce rapport une perspective historique d'une immense valeur : Gadner Michaud, Betsy Brown, Jean Robert Brutus, Francisco di Blasi, Reginalde Masse et Shelagh O'Roarke. Par ailleurs, Kovia Gratzon Erskine, Natalia Machuca, Reginalde Masse et Gadner Michaud ont relu une version préalable de cette étude de cas. Awen Southern a traduit ce texte au français.

Les co-auteurs souhaitent exprimer leur plus grande reconnaissance à trois personnes qui ont consacré beaucoup de leur temps et énergie à cette étude de cas et au rapport principal : Kime McClintock et Jerry Parks (les assistants de recherche de l'École de Santé Publique et de Médecine Tropicale de l'Université de Tulane) et Maria Cristina Rosales (assistante éditoriale au Guatemala). Leur dévouement dans la recherche et vérification d'informations et de références, ainsi que dans l'édition du texte, a grandement amélioré la qualité de ce dernier. Nous remercions Nicole Carter, Alejandra Leyton et Maayan Jaffe pour leurs contributions en tant qu'assistantes de recherche pour certaines sections du rapport principal et/ou des études de cas. Mirella Augusto et Maria Carolina Herdoiza ont été d'une aide administrative et logistique précieuse. Nous adressons enfin notre gratitude à Erin Luben, Elizabeth T. Robinson et Nash Herndon de l'Université de Caroline du Nord à Chapell Hill pour leur soutien éditorial, ainsi que Denise Todloski, qui a conçu la couverture de cette publication.

Le Bureau régional d'Amérique Latine et des Caraïbes de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) a soutenu ce travail et apporté des conseils techniques constructifs pour son développement. Nous remercions Kimberly Cole pour sa gestion efficace de ce processus, et sa synthèse de toutes les remarques détaillées des relecteurs. Parmi les relectrices de l'USAID pour cette étude de cas figurent Dale Gibb, Susan Thollaug, Lindsay Stewart, Mary Vandenbroucke, Maggie Farrell. Enfin et Shelley Snyder, les auteurs souhaitent remercier les experts de l'Amérique Latine et des Caraïbes, internes ou externes à l'USAID, qui ont relu le rapport principal, et dont les noms figurent dans les remerciements de ce dernier.

Citations proposées:

Ward VM, Santiso-Gálvez R, Bertrand JT. *La planification familiale en Haïti. Les accomplissements des 50 dernières années*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Bertrand JT, Ward VM, Santiso-Gálvez R. *Family Planning in Latin America and the Caribbean: The Achievements of 50 Years*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Table des Matières

Préface	2
Remerciements	2
SITUATION DU PAYS.....	4
RÉSUMÉ DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE ET DES BESOINS NON SATISFAITS EN HAÏTI	6
LES PREMIÈRES ANNÉES (1960-1979).....	10
VERS LA CONSTRUCTION D'UN PROGRAMME, EN DÉPIT DE L'INSTABILITÉ (1980-1999).....	11
DE LENTES AVANCÉES (2000-2009)	13
LE TREMBLEMENT DE TERRE DE 2010 ET SES CONSÉQUENCES (2010-2014)	14
Politiques, leadership et gouvernance	18
La planification familiale et le système de santé	19
La prestation de service	20
Le personnel de planification familiale	21
Les systèmes d'information	22
Les commodités	23
Le financement	23
REGARD SUR L'AVENIR.....	24
CONCLUSION.....	26

SITUATION DU PAYS

Haïti est le pays le plus pauvre de la région de l'ALC (Amérique Latine et Caraïbes), avec près de 80 pourcent de sa population vivant avec moins de 2 dollars par jour et 54 pourcent avec moins d'1 dollar par jour. Selon la Banque Mondiale, en 2013 le produit intérieur brut (PIB) d'Haïti était de 8,5 millions de dollars,¹ faisant de cette nation l'une des plus pauvres au monde.² Le PIB réel par habitant a chuté de 30 pourcent entre les années 60 (lorsque les programmes de PF ont commencé) et les années 2000.³ Une légère tendance à la hausse du PIB a été observée dans les années 2000, mais elle demeure modeste. La croissance économique est lente en raison de la pauvreté écrasante, la corruption et le manque d'infrastructure de base.

L'instabilité politique et la violence endémique qui ont marqué ces cinquante dernières années ont affecté le développement économique et social d'Haïti, ainsi que sa capacité à répondre aux besoins de santé et planification familiale de la population. Des dégradations écologiques en milieu rural et une forte vulnérabilité aux catastrophes naturelles, dont les tremblements de terre et les ouragans, constituent un problème de taille en Haïti. Les cyclones, tempêtes tropicales et inondations qui en résultent sont des phénomènes récurrents et représentent des défis persistants pour le pays dans son ensemble et pour son système de santé en particulier. Le tremblement de terre de 2010, qui a fait près de 250 000 morts, 300 000 blessés, et 1 million de déplacés, a eu des effets dévastateurs qui se font encore sentir aujourd'hui.⁴

La population actuelle de 10,1 millions d'habitants (estimations de juillet 2013) est à 95% noire (de descendance africaine) et 5% métisse ou blanche. L'espérance de vie à la naissance est de 64 ans pour les femmes et 61 ans pour les hommes. Actuellement, 53 pourcent de la population vit en milieu urbain. La ville de Port au Prince a été construite pour 200 000 habitants, mais plus de 2 millions de personnes y vivent actuellement.⁵

Les langues officielles du pays sont le français et le créole, qui sont enseignés à l'école. Le créole haïtien est parlé par 100 pourcent de la population. Bien qu'aucun chiffre sur les taux d'alphabétisation ne soit disponible, une très faible proportion de la population sait lire et écrire en créole haïtien.

Les femmes haïtiennes sont confrontées à de hauts niveaux de discrimination. Les femmes vivant en milieu rural en particulier ont peu accès à l'éducation et effectuent de très longues heures de travail.⁶ En zones urbaines, les femmes ont été décrites comme « la colonne vertébrale de l'économie informelle », mais sont souvent exclues du secteur formel mieux rémunéré. En ville,

¹ World Bank. Country data – Haiti [Web]. Washington, DC: World Bank; nd; http://data.worldbank.org/country/haiti#cp_wdi.

² World Bank. Country overview—Haiti [Web]. Washington, DC: World Bank, nd; <http://data.worldbank.org/country/haiti>

³ Taft-Morales M. *Haiti Under President Martelly: Current Conditions and Congressional Concerns*. Washington, DC: Congressional Research Service; 2012.

⁴ Kent MM. *Earthquake Magnifies Haiti's Economic and Health Challenges*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2010.

⁵ Ibid.

⁶ Haiti Net. Gender in Haiti [Web]. Boston, MA: Haiti Net, Northwestern University; 2012: <http://www.northeastern.edu/haitinet/gender-in-haiti/>.

les hauts niveaux de chômage signifient généralement qu'il est encore plus difficile pour les femmes de trouver du travail. Les normes culturelles et sociales exigent que ce soit les femmes qui s'occupent des enfants et du foyer.⁷

Quarante et un pourcent des ménages haïtiens sont dirigés par des femmes,⁸ et la taille moyenne des ménages est de 4,4 personnes. La migration des travailleurs est particulièrement forte chez les hommes haïtiens, qui partent pour beaucoup en République Dominicaine ou aux Etats-Unis pour de longues périodes de travail. Le haut pourcentage de ménages dirigés par des femmes pourrait contribuer à influencer les décisions de celles-ci concernant leur fécondité, particulièrement en milieu rural. Une étude ethnographique conduite en milieu rural en Haïti a émis la théorie que l'absence prolongée des hommes a conduit les femmes à avoir plus d'enfants, ces derniers devenant une importante source de main d'œuvre additionnelle dans les ménages dirigés par des femmes.⁹

En Haïti, les schémas de fécondité sont corrélés au type d'union dans laquelle une femme est engagée. Le mariage formel (*marye*) est pratiqué principalement par l'élite en raison du coût élevé que représente une cérémonie religieuse. Le type d'union le plus commun est le *plasaj* ; ce type d'union tend à être stable et à durer, mais coûte moins cher qu'un mariage à l'église. Les unions dites *plasaj* sont explicitement fondées sur des accords économiques où les hommes acceptent de subvenir aux besoins de leur femme et enfants. Il existe également des unions moins formelles (*vivav'ek*, *remen* et *menaj*) où prime la cohabitation et se concentrent différents types de liens, mais sans aucun arrangement formel de soutien économique. Il a été observé que les femmes engagées dans ce type d'unions moins formelles peuvent avoir plus d'enfants. Ces femmes sont généralement plus pauvres et ont donc tendance à avoir plus d'enfants pour cimenter leur relation conjugale et s'assurer un certain soutien économique de la part de leur conjoint.¹⁰

La malnutrition aigue et chronique, ainsi que l'insécurité alimentaire, constituent de graves problèmes en Haïti : 81 pourcent de la population nationale, et 97 pourcent de la population rurale, ne mangent pas la ration alimentaire quotidienne minimum définie par l'Organisation mondiale de la Santé. Les hauts niveaux de pauvreté et le manque d'accès à l'éducation et à la santé ont contribué au fort taux de mortalité infantile de 59 morts pour 1000 naissances vivantes. Cependant, la mortalité infantile a sensiblement baissé depuis l'année 2007, lorsqu'elle représentait 79 morts pour 1000 naissances vivantes. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 88 morts pour 1000 naissances vivantes, et le ratio de mortalité maternelle (RMM) est estimé à 380 morts pour 100 000 naissances vivantes.¹¹

⁷ Ibid.

⁸ Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-V) 2012*. Calverton, MD: MSPP, ICF International; 2012.

⁹ Schwartz TT. *Fewer Men, More Babies: Sex, family, and Fertility in Haiti*. Lanham, MD: Lexington Books; 2009.

¹⁰ Maynard-Tucker G. Haiti: unions, fertility, and the quest for survival. *Soc Sci Med*. 1993. 43(9):1379-1387.

¹¹ World Health Organization (WHO). *Maternal Mortality in 1990-2013*. Geneva, Switzerland: WHO; 2013. Retrieved from: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/hti.pdf?ua=1.

RÉSUMÉ DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE ET DES BESOINS NON SATISFAITS EN HAÏTI

L'indice synthétique de fécondité (ISF) d'Haïti est le plus haut de l'Amérique Latine et des Caraïbes, bien qu'il ait baissé de 4,8 en 1994 à 3,5 en 2012 (cf. Tableau 1 ci-dessous). Les femmes qui ont un niveau d'éducation plus élevé (éducation secondaire et supérieure) ont 2,6 enfants en moyenne, contre 5,4 enfants pour les femmes d'un niveau d'éducation inférieur au niveau secondaire. La richesse des ménages est inversement corrélée à la fécondité ; les femmes appartenant au quintile de bien-être économique le plus bas ont près de trois fois plus d'enfants (5,7) que les femmes vivant dans le quintile le plus élevé (1,9).¹²

Le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCM) d'Haïti a augmenté de manière continue de 13,2% en 1994 à 31,3% en 2012. Cependant, le TPCM figure parmi les plus bas de la région d'ALC. Les niveaux de besoins non satisfaits demeurent parmi les plus hauts à l'échelle mondiale : 35,3%. Des problèmes d'approvisionnement, des facteurs socioéconomiques et des questions socioculturelles liées à la fécondité et la grossesse sont autant d'éléments qui peuvent partiellement expliquer les niveaux toujours élevés des besoins non satisfaits.

Tableau 1 : Tendence de fécondité, utilisation contraceptive et besoins non satisfaits chez les femmes en union de 15 à 44 ans, 1994-2012

	1994-1995	2000	2005-2006	2012
Indice synthétique de fécondité	4,8	4,7	3,9	3,5
Taux de prévalence contraceptive (toutes méthodes confondues) (%)	18,0	28,1	32,0	34,5
Taux de prévalence contraceptive moderne (%)	13,2	22,8	24,8	31,3
Besoins non satisfaits (%)	44,7	39,6	37,3	35,3

Sources : Données de l'enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS)a, obtenues via l'outil Statcompiler du programme de l'EDS.¹³

Les trois méthodes contraceptives les plus courantes en Haïti (Graphique 1) sont les injectables hormonaux (Depo-Provera), les préservatifs et la pilule. L'utilisation des contraceptifs injectables a fortement augmenté ces dernières années : en 1994, les injectables représentaient seulement 2,7 pourcent de l'utilisation contraceptive, alors qu'en 2012 plus de la moitié (56,2 pourcent) des utilisatrices optaient pour cette méthode de contraception. Les bénéfices évidents de ces contraceptifs d'une durée de trois mois (qui ne requièrent pas l'implication du partenaire/conjoint, ne nécessitent pas d'être pris tous les jours, et peuvent être utilisés discrètement) pourraient être la principale raison de leur niveau élevé d'utilisation. Cependant,

¹² EMMUS-V, 2012.

¹³ EMMUS-V, 2012; Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). 2006. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV) 2005-06*. Calverton, MD: MSSP, ICF International; 2006. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-III) 2000*. Calverton, MD: MSSP, ICF Macro; 2001.

cette forte dépendance à un seul type de méthode est potentiellement problématique pour plusieurs raisons : tout d’abord, une plus forte utilisation d’une méthode en particulier pourrait signifier que les femmes n’ont pas accès à une gamme variée de méthodes contraceptives en raison de problèmes d’approvisionnement et/ou parce que les fournisseurs promeuvent certaines méthodes plus que d’autres; par ailleurs, dépendre d’une méthode spécifique augmente la vulnérabilité du programme de PF en le rendant tributaire des problèmes d’acquisition potentiels liés à cette méthode, et le besoin de réapprovisionnement relativement fréquent des injectables peut générer un coût excessif pour le système de santé en comparaison aux méthodes de plus longue durée comme le DIU, les implants et la ligature des trompes.¹⁴ Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et l’USAID instituent des mesures (décrites plus bas) pour augmenter la disponibilité et la promotion d’une gamme variée de méthodes contraceptives, ce qui devrait améliorer l’accès et le choix des utilisatrices.

L’utilisation du préservatif masculin demeure stable (14,5 pourcent des utilisatrices en 1994-95 et 14,8 pourcent en 2012), alors que l’utilisation de la pilule a baissé de moitié, passant de 17,8 pourcent en 1994-95 à seulement 8,1 pourcent de l’utilisation contraceptive en 2012. Des observateurs ont noté que la majorité des femmes sont passées de la contraception par voie orale aux contraceptifs injectables, un phénomène qui a également été documenté dans d’autres pays de la région.¹⁵

L’utilisation des méthodes les moins fiables est faible (4,6 pourcent pour la méthode du rythme, 3,2 pourcent pour le retrait et 1,4 pourcent pour d’autres méthodes traditionnelles). Le retrait a fortement diminué, passant de 13 pourcent en 2006 à 3,2 pourcent en 2012.

En dépit des efforts menés pour augmenter l’accès et le nombre de stérilisations féminines dans les années 80, cette méthode ne représentait que 17,3 pourcent de toutes les méthodes utilisées en 1994-95, et a diminué de manière constante pour arriver à son niveau le plus bas de 1,5 pourcent de toutes les méthodes utilisées en 2012. Une raison potentielle pouvant expliquer cette tendance est le manque de services, ainsi que la formation inadéquate des prestataires et le manque de promotion de la méthode.¹⁶ Les facteurs liés à la demande, tels que les bas niveaux de connaissances de cette méthode et la persistance des mythes sur les effets secondaires de la stérilisation féminine semblent jouer un rôle dans la limitation de l’utilisation de cette méthode, mais les personnes informées questionnées sur le sujet indiquent que le manque de matériels adéquats pourrait constituer une raison plus pertinente. Le niveau d’utilisation du DIU est également extrêmement bas (0,3 pourcent), et là encore, c’est le manque de formation des prestataires et la faible promotion du DIU qui sembleraient jouer un rôle déterminant dans la limitation de l’utilisation de cette méthode. La contraception chirurgicale masculine (vasectomie) est la méthode la moins utilisée et demeurerait extrêmement peu courante en 2012 (seulement 0,1 pourcent de l’utilisation contraceptive).

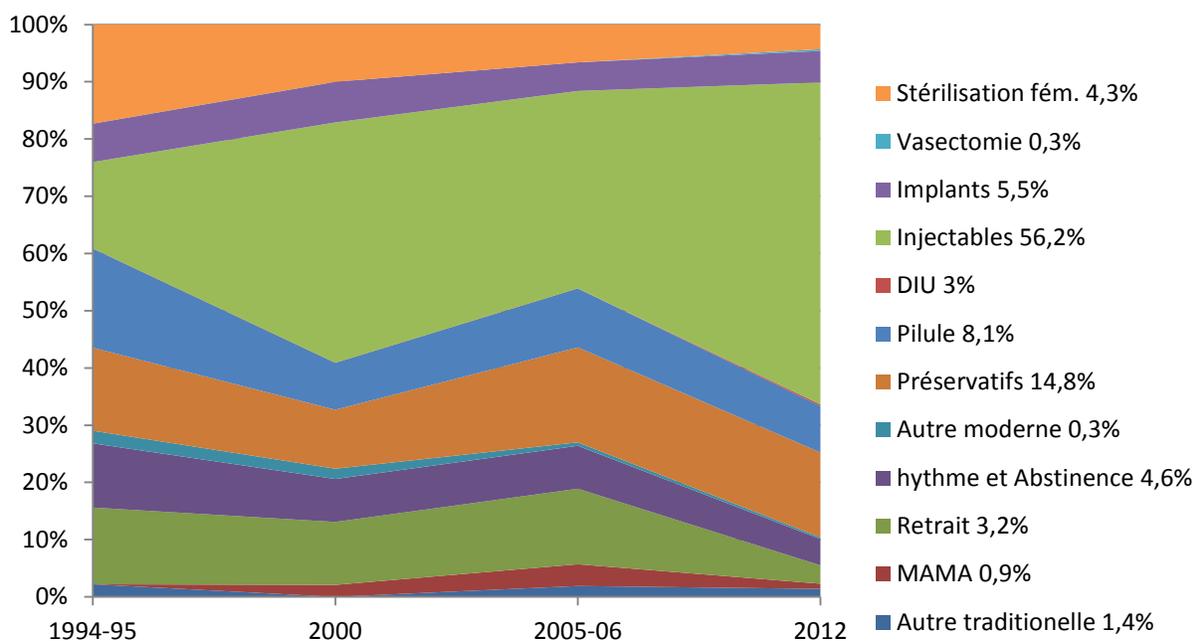
¹⁴ Bertrand JT, Sullivan T, Knowles EA, Zeeshan MF, Shelton J. Contraceptive method skew in low- and middle-income countries: continuing concerns despite modest improvement. *Intern Perspect Sexual Reprod Health*. 2014. 40(3).

¹⁵ Sutherland EG, Otterness C, Janowitz B. 2011. “What happens to contraceptive use after injectables are introduced? an analysis of 13 countries. *Intern Perspect Sexual Reprod Health*. 2011. 37(4):202-208.

¹⁶ Haiti seminar discusses voluntary sterilization. (Research Triangle Park, NC: Family Health International.) *Nework*. 1984. 5(2):6.

En 2012, les hôpitaux et centres de santé du secteur public fournissaient seulement 23 pourcent des contraceptifs utilisés dans le pays (voir Graphique 2 ci-dessous). Le secteur privé distribuait 58,4 pourcent de tous les contraceptifs, dont un pourcentage relativement élevé (14,7 pourcent) fourni par des organisations non médicales.¹⁷ Les Agents de Santé Communautaire (ASC) – à la fois du secteur public et privé – fournissait 11,8 pourcent des contraceptifs en 2012 (Graphique 2).

Comme représenté dans le Tableau 2 ci-dessous, la fécondité des adolescentes a chuté de 86/1000 naissances en 2000 à 66/1000 naissances en 2012.¹⁸ L'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes filles de 15 à 19 ans s'est multipliée par trois, passant de 7,1 pourcent en 2000 à 24 pourcent en 2012.¹⁹ Cependant, l'augmentation du TPC a eu peu d'effet sur les besoins non satisfaits de ce groupe démographique. L'EDS de 2012 indique que les besoins non satisfaits des adolescentes de 15 à 19 ans en union étaient à cette date de 56,6 pourcent, soit quelques points seulement en dessous du taux de 58,4 en 2000. La forte augmentation de l'utilisation contraceptive et les niveaux stables des besoins non satisfaits pourraient suggérer que le nombre d'enfants désirés est en train de changer, mais la connaissance des méthodes et l'accès à la contraception n'ont pas évolué au même rythme. Les efforts du gouvernement pour répondre à ces besoins en améliorant la promotion et l'accès sont décrits dans les sections plus bas.



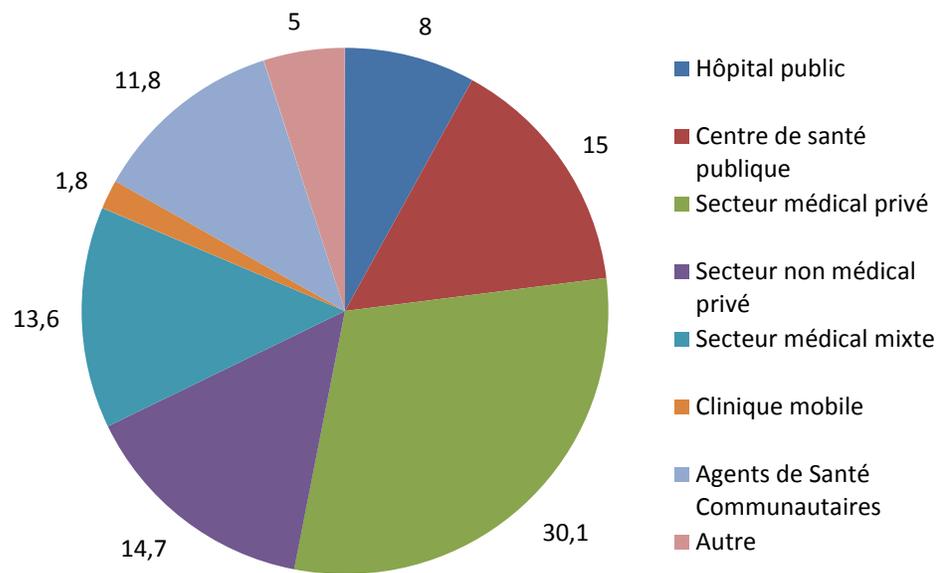
Source: EMMUS.
Les pourcentages de la légende se réfèrent à l'enquête la plus récente (2012).

Graphique 1 : Distribution des méthodes (1994-2012).

¹⁷ Près de la moitié de tous les préservatifs utilisés en Haïti sont obtenus via des organisations privées non médicales, dans le cadre de programmes de promotion de condoms et de prévention du VIH.

¹⁸ EMMUS-III, 2001 and EMMUS-V, 2012.

¹⁹ Ibid.



Source: EMMUS-V, 2012

Graphique 2: Sources des méthodes (2012).

Selon l'EDS de 2012 d'Haïti, 14 pourcent des jeunes filles en union de 15 à 19 ans ont déjà été enceintes. L'âge médian à la première naissance pour toutes les femmes de 25 à 49 ans est de 22,7 ans, un résultat comparable à de nombreux autres pays de la région. Historiquement en Haïti, il existe un écart considérable entre le taux de naissances des adolescentes en milieu urbain et rural, et les données récentes ne montrent aucune amélioration de cette tendance. En 2012, le taux de naissances des adolescentes en milieu urbain était de 49/1000 jeunes filles de 15-19 ans ; en milieu rural, il était de 78/1000.²⁰ L'accès aux services de santé dans certaines zones rurales demeure inadéquat.²¹

Tableau 2 : Tendances de fécondité, utilisation contraceptive et besoins non satisfaits chez les adolescentes de 15 à 19 ans.

	1994-1995	2000	2005-2006	2012
Taux de naissances des adolescentes	76/1000	86/1000	68/1000	66/1000
Indice synthétique de fécondité (%)	4,8	4,7	3,9	3,5
Taux de prévalence contraceptive (%)	10,7	16,4	28,5	25,6
Taux de prévalence contraceptive moderne des adolescentes (%)	7,7	7,1	20,2	24,0
Besoins non satisfaits des adolescentes (%)	61,1	58,4	52,4	56,6

Source: Données EMMUS.

²⁰ EMMUS 2001; EMMUS 2012.

²¹ Urrutia R et al. Unmet health needs identified by Haitian women as priorities for attention: a qualitative study. *Reprod Health Matters*. 2012. 20(39):93-103.

LES PREMIÈRES ANNÉES (1960-1979)

Les rapports relatant la forte croissance démographique d’Haïti sont publiés pour la première fois à la fin des années 50 ; la population du pays approche alors les trois millions.²² À la suite du premier recensement mené en 1950, les démographes haïtiens proposent l’inclusion de la planification familiale comme un élément essentiel des programmes de santé communautaire. Des leaders communautaires, physiciens, activistes de la PF et représentants du gouvernement unissent leurs forces pour obtenir le soutien du gouvernement aux initiatives de PF, ce qui donnera lieu en 1964 à la création du Conseil National de Planification Familiale. Peu après, une déclaration du gouvernement est publiée pour soutenir officiellement le Conseil National de PF. Le Conseil commence à se réunir de manière informelle mais régulièrement, marquant alors le début du mouvement pour la Planification Familiale en Haïti.

À la moitié et la fin des années 60, Haïti connaît un engouement considérable autour de l’idée de la planification familiale ; les leaders du secteur privé et public parlent alors de la nécessité de développer une stratégie nationale.²³ En 1965, 17 structures de santé fournissent des services de PF en Haïti, desservant en 1967 un peu plus de 7000 personnes dans la capitale.²⁴ Ces activités sont intégrées aux activités existantes de santé maternelle et infantile dans les cliniques privées et sont principalement financées par des organisations internationales. En 1969, le Gouvernement d’Haïti (GdH) suggère la mise en place d’un projet pilote, en commençant par une zone urbaine et une autre rurale. Il s’agit d’étendre graduellement l’accès à la PF dans tout le pays, tout en développant l’infrastructure nécessaire pour répondre aux besoins des habitants. Ce programme national est conçu en complément des programmes privés qui offrent déjà des services de PF.

Haïti est historiquement majoritairement catholique, bien qu’aujourd’hui environ la moitié de la population (54,7 pourcent) soit de cette religion.²⁵ La plupart du reste de la population est protestante, de différents courants du protestantisme. Historiquement, de nombreux prêtres catholiques ont été impliqués dans les affaires politiques du pays, bien que l’état soit officiellement laïque.²⁶ Des informateurs clés témoignent que si l’Église catholique comptait dans les années 70 des opposants manifestes à la planification familiale, cette opposition a aujourd’hui diminué.

En 1971, après la mort de François “Papa Doc” Duvalier et la nomination de son fils Jean Claude “Baby Doc” Duvalier à la présidence d’Haïti, le Conseil des ministres approuve une politique de PF permettant d’intégrer la PF aux programmes de santé maternelle et infantile. Le Parlement haïtien restructure le MSPP, créant une direction de l’Hygiène Familiale (aujourd’hui appelée Direction de la Santé de la Famille) chargée de superviser et coordonner toutes les activités du

²² Moral P. *Le Paysan Haïtien: Étude sur la Vie Rurale en Haïti*. Paris: G.P. Maisonneuve & Larose ; 1961.

²³ Ibid.

²⁴ Bordes, A., & Couture, A., 1978. *For the People, For a Change: Bringing Health to the Families of Haiti*. Boston: Beacon Press ; 1978.

²⁵ Institut Haïtien de Statistique et d’Informatique. *Présentation Générale des Résultats*. 2003: http://www.ihsi.ht/rgph_resultat_ensemble_population.htm.

²⁶ U.S. Department of State. *International Religious Freedom Report*. Washington, DC: U.S. Department of State; 2003: <https://www.osac.gov/pages/ContentReportDetails.aspx?cid=14000>.

secteur public et privé liées à la santé infantile, dont la planification familiale, sur le territoire de la République.

Depuis 1973, les Etats-Unis est le premier bailleur de fonds de la PF en Haïti.²⁷ Durant la première moitié des années 70, l'USAID soutient le programme de PF et de Santé Maternelle et Infantile (SMI) du gouvernement, ainsi que les ONG offrant ces services. Plusieurs nouvelles organisations sont créées pour se concentrer sur les initiatives de santé communautaires et la PF.²⁸ En 1974, le Centre de Développement et Santé (CDS), une organisation privée à but non lucratif, est fondé par un ancien ministre de la santé. Le CDS, financé par l'USAID pour mettre en place des services de PF, débute ses activités dans la Cité Soleil (un quartier défavorisé de Port au Prince). Le CDS fournit encore aujourd'hui des services sociaux et de santé dans les zones urbaines et rurales de tout le pays.

VERS LA CONSTRUCTION D'UN PROGRAMME, EN DÉPIT DE L'INSTABILITÉ (1980-1999)

Haïti traverse une période de forte instabilité politique et de violences au début des années 80. En 1986, Jean Claude "Baby Doc" Duvalier est évincé. Le Conseil National de Planification Familiale est également dissout la même année, et un an après le départ de Duvalier, le gouvernement américain suspend son assistance au GdH. Le projet de sensibilisation de PF du secteur public prend fin. En raison de la corruption généralisée et de l'instabilité politique, les organisations internationales et les ONG locales deviennent les premiers prestataires de services et fournisseurs de produits de contraception à partir de la seconde moitié des années 80.²⁹

L'Association pour la Famille Haïtienne (PROFAMIL), fondée en 1984, s'impose rapidement comme un prestataire de services de PF local important. Dès 1986, PROFAMIL devient membre de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale/Région de l'Hémisphère Ouest (IPPF/WHR) et à la fin des années 80, l'USAID commence à envoyer des fonds à travers l'IPPF/WHR à PROFAMIL et d'autres ONG plus petites pour mener des activités de PF et de prévention du VIH dans le pays.

La Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale (FOSREF) est fondée en 1988 et devient un autre fournisseur important de services de PF et un acteur de la lutte contre le VIH. Initialement financée par l'USAID à travers l'IPPF/WHR, FOSREF développera ensuite les structures administratives et comptables nécessaires pour recevoir directement des aides financières de PEPFAR (Le Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis pour la Lutte contre le SIDA) en tant que sous-contractuel des projets de l'USAID. FOSREF continue de travailler en Haïti à ce jour.

Au début des années 1980, les premiers cas d'infection du VIH sont détectés dans l'Hémisphère Ouest. La réponse initiale d'Haïti à cette épidémie (en 1982) donne lieu à la création du Groupe

²⁷ U.S. Department of State, 2013, Fact Sheet: US Relations with Haiti.

²⁸ Ibid.

²⁹ Maternowska MC. *Reproducing Inequities: Poverty and the Politics of Population in Haiti*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2006.

Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes (GHESKIO). GHESKIO vise à fournir des services, mener des recherches et faciliter des formations pour combattre le VIH, et continue d'être le principal prestataire de ces services aujourd'hui en collaboration avec le MSPP et avec le soutien financier de PEPFAR. GHESKIO se fonde sur un modèle de soins intégral contre le VIH/SIDA et d'autres maladies liées. Au cœur du modèle de GHESKIO repose l'idée qu'un individu à risque ou déjà infecté doit être rapidement identifié et avoir accès à un paquet de services comprenant le conseil et le dépistage volontaire, le traitement des maladies sexuellement transmissibles, le dépistage et traitement de la tuberculose, des services de santé reproductive (dont la PF), des soins contre le VIH, dont la thérapie antirétrovirale, et des services pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.³⁰ Selon des observateurs, à la fin des années 80 le financement des activités liées au VIH/SIDA avait largement dépassé celui de la planification familiale, en raison de la difficulté du GdH et ses partenaires nationaux et internationaux à réduire l'épidémie du VIH/SIDA déjà en forte expansion.

Un projet unique et typiquement haïtien tente alors d'utiliser la pratique courante du *voudoun* (voudou), une religion vénérant plusieurs esprits locaux, pour promouvoir la PF et la prévention du VIH. Environ la moitié de la population pratique le *voudoun*. Un projet financé par l'USAID et mis en œuvre par PROFAMIL travaille ainsi avec des spécialistes du vaudou comme agents du changement pour promouvoir des messages sur la PF et le VIH.³¹ Les *voudounistes*, ceux qui pratiquent le vaudou, valorisent le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels, c'est pourquoi les messages visant à se protéger contre le VIH étaient particulièrement importants pour réduire la transmission de ce virus. Des rapports anecdotiques suggèrent que les spécialistes du vaudou ont été d'importants moyens de communication pour diffuser des messages à la fois de santé et de PF.³² Bien que ce projet soit aujourd'hui terminé, il a servi de modèle pour d'autres projets impliquant des spécialistes du vaudou dans la promotion de la prévention du VIH et des méthodes de PF auprès de populations cibles.³³

Le marketing social des préservatifs commence en Haïti en 1989 avec l'introduction du préservatif *Pantè*, suivi d'une série d'autres produits au fil des ans. En 1996, *Pilplan*, un contraceptif oral, et l'injectable *Confiance* sont introduits sur le marché. Le soutien de l'USAID est alors crucial pour développer les efforts de marketing social et la capacité locale des ONG à construire l'image de marque, définir les stratégies de vente, et faire la publicité des contraceptifs et d'autres produits de santé.³⁴

En 1991, un violent coup d'état renverse le pouvoir en Haïti, évinçant le président Jean Bertrand Aristide. Le nouveau gouvernement militaire répressif n'apporte qu'un soutien minime à la santé publique, ce qui aboutira sur une chute drastique de l'accès et de la qualité des services de planification familiale pour les plus pauvres de l'île. L'ONU décrète un embargo commercial sur

³⁰ GHESKIO Centers, 2013.

³¹ Barker K. Diffusion of innovations: a world tour. *J Health Comm.* 2004. 9(S1):131-137.

³² Popline. Working with voodoo, reaching out: Haiti. *Forum.* 1995. 11(2):3-4.

³³ Fort S. Modern health care groups collaborate with voodoo priests to help identify the HIV-positive [Web]. Washington, DC: International Consortium of Investigative Journalists; 2006:
<http://www.icij.org/projects/divine-intervention/modern-health-care-groups-collaborate-voodoo-priests-haiti-help>.

³⁴ U.S. Agency for International Development/Haiti. *USAID/Haiti Maternal and Child Health and Family Planning Portfolio Review and Assessment*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health; 2008:
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACP887.pdf.

Haïti dans le but d'accélérer la restauration de la démocratie. Trois ans d'embargo économique empireront davantage encore la situation des services de santé.³⁵ En 1994, lorsque Aristide est réinvesti président, les services de santé du MSPP sont inexistant à l'échelle nationale, et les bailleurs sont réticents à l'idée de financer un gouvernement encore fragile.³⁶ Cette situation allait perdurer pendant encore presque dix ans.

DE LENTES AVANCÉES (2000-2009)

Les soulèvements politiques récurrents et la faible économie d'Haïti au cours de la décennie des années 2000 ont continué d'affecter les efforts menés pour améliorer la santé et la vie des Haïtiens en général, et la santé reproductive et la planification familiale en particulier. Alors que dans la plupart des pays d'Amérique Latine et des Caraïbes les années 2000 ont donné lieu à une certaine consolidation des gains de santé, les progrès dans ce domaine en Haïti se sont vus limités par la situation politique du pays.

Jean-Bertrand Aristide est réélu président d'Haïti en 2001 en pleine controverse politique. En janvier 2004, Aristide est renversé par le trente-troisième coup d'état depuis l'Indépendance du pays en 1803. La même année, les Nations Unies envoient une Mission de Stabilisation en Haïti (MINUSTAH) pour assurer l'application de la loi et le respect des Droits de l'Homme. L'élection de la nouvelle administration en 2005 permet des efforts, bien que limités, dans le domaine de la santé, mais les dernières années de soulèvement ont considérablement miné la capacité du MSPP, et l'enthousiasme des bailleurs, pour investir dans le pays. Il en résulte de lentes avancées en matière de santé, y compris en planification familiale.

En 2008, l'USAID/Revue et Évaluation du Portfolio de Santé Maternelle et Infantile et de Planification Familiale d'Haïti rapporte l'état déplorable du programme de PF du pays : à savoir, de sévères problèmes de gestion, des connaissances inadéquates des prestataires de services, une mauvaise qualité des soins, une offre contraceptive limitée, des ruptures de stocks récurrentes et prolongées, et des problèmes d'accès aux services dus à l'insuffisance et la mauvaise localisation des sites de prestation de services. Le programme de PF est alors surnommé « l'enfant pauvre du programme de SMI », par contraste avec la lutte contre le VIH/SIDA qui bénéficie d'un solide soutien financier. Le rapport conclut alors que la PF est un « domaine programmatique largement négligé »³⁷.

Une exception notable au manque de progrès en santé reproductive est le domaine du VIH. L'accès à la prévention et aux soins de VIH s'est amélioré dans les années 2000 grâce au financement de PEPFAR et d'autres sources de soutien financier, dont le Fonds Global pour le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Les autres services de santé (dont les soins de maternité et la planification familiale) demeurent très largement inadéquats. Un membre du Ministère de la santé d'Haïti rapportait en 2004 que le Ministère avait modernisé ses équipements pour évaluer

³⁵ Farmer P, Fawzi MC, Nevil P. Unjust embargo of aid for Haiti. *The Lancet*. 2003. 361(9355):420-423.

³⁶ Maternowska, 2006.

³⁷ USAID/Haiti, 2008.

la charge virale des patients séropositifs, mais ne disposait pas de services de laboratoire basiques nécessaires pour garantir des grossesses et naissances sécurisées.³⁸

LE TREMBLEMENT DE TERRE DE 2010 ET SES CONSÉQUENCES (2010-2014)

L'économie déjà fragile et le manque d'infrastructure de base en Haïti ont été sévèrement affectés par le tremblement de terre (d'une magnitude de 7 sur l'échelle de Richter) qui a frappé le pays en janvier 2010. L'épicentre du tremblement de terre se situait environ 20 kilomètres en dehors de la capitale. On estime qu'environ 250 000 personnes sont décédées sous les décombres du séisme, et au moins 1 million d'habitants ont été déplacés au sein du pays. Cette catastrophe a été évaluée comme la plus dévastatrice de la région des deux derniers siècles.³⁹

Avant le tremblement de terre de 2010, on estimait le nombre des organisations non gouvernementales (ONG) opérant en Haïti à entre 3000 et 10 000. Au lendemain du séisme, l'aide internationale afflue et de nouvelles ONG voient le jour. Les pays donateurs s'engagent à allouer plusieurs milliards de dollars à la réponse d'urgence et la reconstruction d'Haïti. L'aide humanitaire arrive immédiatement, suivie d'un fort mouvement de solidarité de la communauté internationale. Les efforts initiaux se concentrent sur les secours de survivants et le ravitaillement pour satisfaire les besoins primaires (eau, abris, sécurité et médicaments).⁴⁰

Immédiatement après la catastrophe, le MSPP se trouve dans l'incapacité de fournir des services en raison de la destruction d'une grande partie de l'infrastructure de Port au Prince, dont son siège social. Les organisations internationales et les ONG locales (celles qui n'ont pas été sévèrement touchées par la catastrophe) se mobilisent et apportent leur aide, y compris des soins post-traumatiques. Des organisations spécialisées dans la réponse humanitaire d'urgence, tel que l'International Rescue Committee et Médecins sans Frontières, répondent rapidement au désastre et apportent des soins médicaux d'urgence en coordination avec le Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies (OCHA).

L'USAID dirige la réponse d'urgence du gouvernement américain en mettant en place des missions impliquant toutes les branches de l'armée américaine, et en apportant des donations alimentaires et des refuges. L'agence met en œuvre une stratégie de secours à grande échelle qui implique de nombreux secteurs (logement, énergie, économie et sécurité alimentaire, santé, éducation et handicaps). Les principaux projets de santé de l'USAID, dont la distribution de commodités et la prestation de services, opèrent sans interruption tout au long de la période post-catastrophe.

La prestation de services de SSR et PF aux personnes déplacées vivant dans des Camps de Déplacés Internes (DI) constitue un défi majeur au lendemain de la catastrophe. La planification

³⁸ Bongaarts J, Cleland J, Townsend JW, Bertrand JT. *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: The Population Council; 2012.

³⁹ United Nations Stabilization Mission in Haiti (MINUSTAH), 2013. "Background."

⁴⁰ Klarreich K, Polman L. The NGO republic of Haiti: how the international effort to help the devastated country has left out its people. *The Nation* 2012. 295(21):11.

familiale est souvent ignorée en situation de crise, cependant, Haïti échappera à cette règle. L'USAID apporte son soutien à l'organisation membre de l'IPPF, PROFAMIL, et facilite ainsi l'offre de services de PF quelques jours seulement après le séisme. IPPF en République Dominicaine travaille en étroite collaboration avec IPPF/WHR et la Fédération Internationale de la Croix Rouge (FICR) pour assurer que PROFAMIL puisse fournir des services immédiatement après le désastre en dépit de la mort de son directeur exécutif, décédé dans les décombres du séisme.

L' OCHA est chargé de coordonner des ONG bilatérales, multilatérales et internationales impliquées dans les efforts de secours. Des professionnels de l'aide humanitaire témoigneront plus tard n'avoir jamais vu des efforts de secours d'une telle ampleur. Chaque secteur se réunit de manière indépendante et un groupe spécifique sur la Santé Sexuelle et Reproductive est créé pour superviser la provision des services de SSR.⁴¹ Le gouvernement d'Haïti n'est au moment du séisme pas familier (ni préparé) pour fournir le Paquet de Services Minimum Initiaux (PSMI) pour la Santé Reproductive en Situations de Crise, et n'est en mesure de mettre aucun programme post-séisme en place. Le PSMI est une série d'activités développées dans le but de gérer des domaines clés de la santé reproductive au début d'une crise, à savoir, la minimisation de la violence sexuelle, la prévention de la mortalité/morbidité maternelle et infantile, et la réduction de la transmission du VIH.⁴² En dépit du manque de préparation du gouvernement, les ONG internationales coordonnées par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont permis de fournir des services de PF et d'autres éléments du paquet PSMI.⁴³

En Octobre 2010, Haïti est de nouveau frappé d'une catastrophe, une épidémie de choléra qui éclate dans le plateau central du pays. Haïti n'a jamais vécu d'épidémie de choléra de toute son histoire, et cette nouvelle crise sanitaire génère une grande confusion, une vague de panique et un sentiment de peur. Le choléra se propage dans tous les districts du pays ; en mars 2014, l'épidémie avait fait plus de 8500 morts. Déjà affaiblis par le tremblement de terre, l'épidémie de choléra a rendu les efforts de reconstruction dix fois plus lents selon un rapport de l'ONU.⁴⁴

Bien que les organisations d'aide humanitaire fournissent généralement des services de santé reproductive pendant la crise humanitaire, un manque de financement et de services se fait souvent sentir entre la période de crise et la mise en œuvre des programmes de long terme. Les efforts de reconstruction en Haïti ont fait face à deux défis : d'une part, de nombreux pays qui s'étaient engagés à envoyer des financements pour la reconstruction n'ont pas donné suite à leurs engagements ; et d'autre part, un an après la catastrophe les fonds disponibles pour la reconstruction et le développement n'étaient pas utilisés efficacement selon de nombreux

⁴¹ Krause S, Heller L, Tanabe M. *Priority Reproductive Health Activities in Haiti. An Inter-Agency MISP Assessment Conducted by CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children and Women's Refugee Commission.* New York, NY: Women's Refugee Commission; 2011.

⁴² Reproductive Health Response in Crisis Consortium (RHRC). *Minimum Initial Service Package for Reproductive Health in Crisis Situations.* New York, NY: RHRC; 2011: <http://misp.rhrc.org/>.

⁴³ USAID/DELIVER Project. *Task Order 4: Annual Report October 2011-September 2012.* Arlington, VA: John Snow, Inc.; 2013.

⁴⁴ United Nations (UN). *UN Fact Sheet: Combatting Cholera in Haiti.* New York, NY: UN; 2013. Retrieved from: <http://www.un.org/News/dh/infocus/haiti/haiticholerafactsheet-december-2013.pdf>.

reportages.⁴⁵ Les groupes de réponse d'urgence étaient pour beaucoup occupés à répondre à l'épidémie de choléra plus qu'à la reconstruction. À la fin de l'année 2012, seulement 54,7 pourcent des fonds promis par les gouvernements et organisations multilatérales telles que les banques de développement avaient été déboursés.⁴⁶ Les financements de santé n'avaient pas été entièrement utilisés ; seulement 108 millions de dollars des 315 promis pour la santé avaient été déboursés à la fin de 2011.⁴⁷ Bien qu'aucune donnée officielle sur le financement du programme de planification familiale ne soit disponible au moment de la rédaction de cette étude de cas, les directeurs de programme ont indiqué que les financements de ce projet ont aussi diminué dès 2010. Le financement de l'USAID pour la population a retrouvé son niveau pré- catastrophe en 2011, et d'autres acteurs, tels que l'IPPF/WHR, ont eu du mal à financer leurs services.

En mai 2011, Haïti élit une nouvelle administration présidée par Michel Martelly. Les priorités du nouveau gouvernement incluent la stabilisation du pays avant tout, la sécurité, le logement pour les familles déplacées, et la reconstruction après le tremblement de terre. À partir de 2011, le GdH concentre ses efforts sur la reconstruction de structures anti-séismes, en construisant de nouvelles maisons pour les familles déplacées et en créant de nouvelles opportunités de développement économique. Étant donné les besoins massifs dans d'autres domaines, la santé sexuelle et reproductive n'est pas perçue comme une priorité du gouvernement Martelly au départ.

L'épidémie de choléra qui a éclaté en 2010 représentait encore un défi pour le système de santé les années suivantes ; elle a continué d'affecter la capacité de ce dernier à se reconstruire et à consolider d'autres domaines de santé. Bien que le nombre de cas de choléra ait baissé, le besoin d'améliorer l'eau, l'assainissement et l'hygiène demeurait urgent pour le gouvernement et les bailleurs.

Dans les années qui ont suivi le séisme, les ONG humanitaires et internationales ont continué de travailler en tant que principale source de planification familiale et d'autres services de santé reproductive. Cependant, depuis 2012, le MSPP a progressé dans la redynamisation de son programme de PF, en développant un nouveau Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction et Planification Familiale 2013-2016, une Campagne Nationale de Planification Familiale et une Résolution du Conseil des Ministres, qui soutient vivement les efforts de planification familiale. Ces trois politiques majeures seront décrites plus bas dans la section sur les "Politiques, leadership et gouvernance".

La violence en général, et la violence faite aux femmes en particulier, posent de graves problèmes en Haïti. À défaut d'avoir des statistiques officielles, les observateurs familiers de la situation post-séisme ont rapporté l'existence d'une culture pénétrante du viol. Une étude menée par l'organisation de la société civile Komisyon Fanm Viktim Pou Victim (KOFAVIV -

⁴⁵ Khan C. Haiti aid groups criticized as money sits unspent [radio broadcast]. *National Public Radio Special Series, Haiti: A Year Later*. Washington, DC: National Public Radio; 2011: <http://www.npr.org/2011/01/11/132807059/haiti-aid-money-lies-unspent-drawing-criticism>.

⁴⁶ United Nations Office of the Secretary-General's Special Adviser on Community-Based Medicine & Lessons from Haiti. *Summary*. New York, NY: United Nations Office of the Secretary-General's Special Adviser on Community-Based Medicine & Lessons from Haiti; 2013: <http://www.lessonsfromhaiti.org/assistance-tracker/>.

⁴⁷ Provost C. Haiti earthquake: where has the aid money gone? [*The Guardian Datablog*.] London, United Kingdom: The Guardian; 2012: <http://www.theguardian.com/global-development/datablog/2012/jan/12/haiti-earthquake-aid-money-data>.

Commission de Femmes Victimes pour les Victimes) a détecté 230 cas de viols dans 15 camps dans les deux mois qui ont suivi le paroxysme naturel.⁴⁸ Le viol, entre autres crimes, continue d'être sous-dénoncé en raison d'un manque de confiance dans le système judiciaire, considéré comme corrompu et apathique face à la réalité du viol.⁴⁹ Une enquête de l'ONU de 2012 a montré que 62 plaintes de viol ont été déposées sur une période de trois mois, et seule une a été présentée devant les tribunaux.⁵⁰ Par ailleurs, les autorités n'expliquent souvent pas l'importance ni ne donnent accès à un examen médical dans les 72 heures suivant le viol, ce qui porte préjudice aux résultats de l'enquête et réduit les chances d'obtenir un procès.⁵¹ Les effets dévastateurs du viol affectent la mobilité des femmes et leur capacité à accéder à des services.⁵² Certaines femmes agents de santé communautaires peuvent aussi être réticentes à l'idée de travailler dans certains quartiers en raison du danger qu'ils représentent. Récemment, des ONG locales, l'UNFPA, le Fonds des Nations Unies pour les Femmes (UNIFEM), Human Rights Watch et Amnesty International ont appelé à redoubler d'attention et surveiller de près le problème de la violence faite aux femmes en Haïti.⁵³

L' USAID et l'UNFPA se sont efforcés d'augmenter leur attention à la santé reproductive des adolescents et la violence faite aux femmes. Le système éducatif actuel d'Haïti est largement privatisé, et seulement 20 pourcent des jeunes vont à l'école publique. Cela pose un problème particulier pour la programmation de l'éducation de santé dans la mesure où il est difficile de mettre en place un programme scolaire universel en éducation sexuelle et santé reproductive.⁵⁴ L'éducation sexuelle entre paires transmise par les ONG locales s'est étendue ces dernières années.⁵⁵

Beaucoup reste à faire en matière de santé reproductive et planification familiale. En témoigne le fort taux de besoins non satisfaits de 35,3 pourcent pour toutes les femmes, et 56,6 pourcent pour les adolescentes en union, rapporté par l'EDS de 2012, soulignant un besoin profond d'expansion des services de PF. Des études qualitatives sur les femmes indiquent que l'accès aux contraceptifs à bas coût et l'accès aux soins en général demeure une préoccupation majeure pour de nombreux haïtiens.⁵⁶ L'USAID et d'autres bailleurs internationaux ont travaillé en étroite collaboration avec le MSPP pour améliorer les services de SR et de PF ces dernières années, comme le décrit la section suivante consacrée au système de santé.

⁴⁸ Institute for Justice & Democracy in Haiti. *Our Bodies Are Still Trembling: Haitian Women's Fight Against Rape*. Boston, MA: Institute for Justice & Democracy in Haiti; 2010. Retrieved from:

http://www.madre.org/images/uploads/misc/1283377138_2010.07.26%20-%20HAITI%20GBV%20REPORT%20FINAL.pdf.

⁴⁹ United States Department of State Bureau of Diplomatic Security. *Haiti 2013 Crime and Safety Report*. Washington, DC: United States Department of State Bureau of Diplomatic Security; 2013. Retrieved from:

<https://www.osac.gov/pages/ContentReportDetails.aspx?cid=14000>.

⁵⁰ United Nations Stabilization Mission in Haiti (MINUSTSAH). *A Profile of Police and Judicial Response to Rape in Port-au-Prince*. Port-au-Prince, Haiti: MINUSTSAH; 2012. Retrieved from:

<http://www.minustah.org/a-profile-of-police-and-judicial-response-to-rape-in-port-au-prince/>.

⁵¹ Ibid.

⁵² Human Rights Watch. *World Report 2014: Haiti*. New York, NY: Human Rights Watch; 2014:

<http://www.hrw.org/world-report/2014/country-chapters/haiti>.

⁵³ Ibid.

⁵⁴ UNICEF, 2011. "Les Défis."

⁵⁵ JSI Research & Training Institute. *A Long Wait: Reproductive Health Care in Haiti*. Arlington, VA: John Snow Inc.; 2009

⁵⁶ Urrutia et al., 2012.

Politiques, leadership et gouvernance

Le MSPP d'Haïti est dirigé par le Ministre de la Santé, conseillé par son cabinet. Le Directeur Général est la deuxième autorité du Ministère, jouant un rôle de directeur, coordonnateur et gérant de plusieurs départements du Ministère.

Au cours des années 80 et 90, il n'existait aucune politique gouvernementale officielle de la population. Certains observateurs suggèrent que cela était dû en partie à l'idée que la planification familiale devait uniquement être fournie dans le cadre d'un contexte de développement plus large, alors que d'autres observateurs estiment que la PF souffrait simplement d'un manque de volonté politique. En 2000, grâce à l'assistance technique et le soutien de l'USAID, le MSPP crée un nouveau poste intitulé Secrétaire d'État pour la Population, chargé de développer et mettre en œuvre la politique de population du pays. Ce poste est supprimé à la fin de l'année 2012. Les activités liées à la population sont actuellement supervisées par le Directeur de la Direction Santé de la Famille au MSPP.

La stratégie nationale de planification familiale avant la catastrophe de 2010 comprenait l'importance de la PF comme un élément important pour protéger la santé maternelle, tout en permettant aux personnes de procréer conformément aux normes socioculturelles locales.⁵⁷

En mai 2013, un décret présidentiel permet d'établir une forte politique de planification familiale, rendant obligatoire la provision de services de PF gratuits dans toutes les institutions de santé, y compris les infirmeries sur le lieu de travail. Toute institution ne pouvant remplir cette condition doit référer ses patients à une institution qui offre des services de PF. Ce décret prévoit également des sanctions pour les institutions ne remplissant pas les conditions requises de planification familiale. Par ailleurs, les prestataires de santé doivent encourager les femmes ayant plus de deux ou trois enfants à utiliser une méthode de contraception permanente ou de longue durée. Ce décret requiert aussi que la ligature des trompes soit administrée uniquement sur consentement écrit et informé des femmes. De la même manière, le MSPP est tenu de développer et mettre en œuvre un programme scolaire de PF, et de former les prestataires de santé sur les technologies contraceptives. Enfin, les médias de masse doivent consacrer un certain temps d'antenne aux messages de PF. Le décret stipule également que les ministères devant collaborer pour appliquer ce décret sont : le MSPP, le Ministère des Femmes et le Ministère de l'Intérieur.⁵⁸

L'USAID vise à assurer que le choix de contraception des femmes soit libre et informé dans le contexte de la prestation de services. L'USAID s'assure également que les partenaires gouvernementaux tels que le MSPP soient au courant des politiques, en organisant des sessions informatives destinées au personnel ministériel. L'USAID part du principe que l'application de ce décret doit être faite de manière à ce que toutes les femmes puissent choisir librement et en toute connaissance de cause si elles souhaitent ou non utiliser la contraception et quelle méthode elles souhaitent utiliser.

⁵⁷ Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). 2009. "Manuel de Normes en Planification Familiale et en Soins Maternels."

⁵⁸ Gouvernement d'Haïti, 2013. "Résolution #1 du Conseil des Ministres du 30 Avril 2013." *Le Moniteur* 168 (84).

Le Plan National Stratégique pour la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale pour 2013-2016 offre un cadre de travail bien plus solide pour la planification familiale, qui fait l'objet de deux objectifs clés :

- Réduire, d'ici 2016, le ratio de mortalité maternelle (à 400/100 000 naissances vivantes) et le taux de mortalité néonatale (à 20/1000 naissances vivantes) en offrant des services d'obstétriques de base et des soins néonataux à environ 2,6 millions de femmes en âge de procréer, particulièrement les 250 000-300 000 femmes enceintes, dont 30 000 souffrent de complications obstétriques qui pourraient bénéficier de soins appropriés, administrés par du personnel qualifié.
- Offrir des services de santé reproductive intégrés administrés par des prestataires de santé qualifiés, dont la provision d'informations et de conseil sur les questions de planification familiale, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et le traitement de violences faites aux femmes et aux filles, tout cela en tenant compte de la culture locale et du point de vue des femmes.

Le Plan National Stratégique pour la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale prévoit des interventions organisées selon trois axes complémentaires : (1) prestation de services ; 2) communication et plaidoyer ; (3) gouvernance. Le plan définit des résultats clés pour chacun de ces domaines programmatiques, en mettant l'accent sur l'augmentation de la disponibilité de la planification familiale et des soins maternels pouvant sauver des vies.

Le cadre réglementaire et opérationnel du décret de 2013 n'est pas encore complètement en place, mais on note des avancées significatives vers le développement d'un programme scolaire de PF et vers la formation des prestataires de santé à travers le soutien de l'USAID et ses partenaires.

Selon des observateurs de la situation actuelle de la planification familiale en Haïti, la PF bénéficie d'un fort soutien du Ministère de la santé. Cependant, d'autres secteurs du gouvernement tel que le Ministère de l'économie, fiscalement important, ont démontré peu d'intérêt pour la PF. Par ailleurs, le Ministère de l'éducation, un acteur essentiel pour l'introduction de l'éducation sexuelle, ne s'est pas encore engagé activement sur le sujet.

Le cadre politique actuel d'Haïti est une base solide pour continuer de renforcer le programme de planification familiale du pays, cependant il reste encore beaucoup à faire pour atteindre les objectifs fixés.

La planification familiale et le système de santé

Historiquement, le système de santé d'Haïti est constitué d'hôpitaux et de cliniques publiques financés par l'État, et un nombre élevé de cliniques privées dirigées par des docteurs ou de petites ONG. Lors du déclin économique et politique du pays dans les années 80 et 90, l'État est devenu de moins en moins capable de fournir au peuple haïtien les soins dont il a besoin. Les organisations privées à but lucratif (locales et internationales) et les organisations à but lucratif comblent partiellement les manques en provision de services.

La prestation de service

Le système de santé d'Haïti est divisé en trois niveaux : (1) les structures de santé primaires, (2) les hôpitaux départementaux, et (3) cinq hôpitaux d'université. Près de la moitié des établissements de santé d'Haïti sont situés dans la capitale de Port au Prince, et l'accès aux soins de qualité est extrêmement limité pour ceux qui vivent en dehors de la ville. Les hôpitaux subventionnés par l'État ont des ressources limitées et font payer leurs services (à l'exception des services de santé maternelle et infantile, qui sont gratuits). Ces structures ont tendance à être en sous-effectif et à fournir des services de basse qualité.⁵⁹

Avant le tremblement de terre, l'USAID fournissait des services de planification familiale à travers des contrats de performance avec les ONG locales. Au lendemain du séisme, les contractuels de l'USAID ont joué un rôle essentiel pour maintenir l'accès aux commodités de PF, et les organisations humanitaires se sont mobilisées pour apporter des services de PF et d'autres services de santé aux déplacés internes.

Une évaluation de 2011 des hôpitaux du MSPP au niveau des districts a souligné des manques considérables dans leur capacité à fournir des services de PF. Dès lors, l'USAID a soutenu plusieurs efforts à grande échelle pour renforcer la capacité de prestation de services du MSPP. Le soutien de l'USAID a également été déterminant pour consolider les systèmes d'orientation vers les structures de santé de référence.

Une campagne nationale conçue pour repositionner la planification familiale a été lancée par le MSPP en 2013 avec le soutien de l'USAID. Les objectifs de cette Campagne Nationale étaient de :

- Éduquer la population, particulièrement ses 80% de jeunes, sur leurs droits de santé sexuelle et reproductive, particulièrement en termes de PF, méthodes et services disponibles.
- Assurer la disponibilité des services de PF dans au moins 90% des institutions de santé.
- Organiser un système de services de PF dans 100% (5 au total) des hôpitaux d'université.
- Offrir des méthodes de longue durée réversibles et des méthodes permanentes dans 100% des hôpitaux départementaux (HD), des hôpitaux communautaires de référence (HCR), et des institutions de Soins Obstétriques d'Urgence, ainsi que dans des structures privées.
- Installer dans chaque département au moins 4 sites permanents offrant des services de PF à la communauté.
- Assurer la formation, ou renouvellement de la formation, de 100% des prestataires de santé, dont les sages-femmes et les agents de santé communautaire, afin qu'ils puissent offrir de la PF dans le cadre de leurs services.⁶⁰

L'USAID soutient la PF dans 164 cliniques à travers ses projets de prestation de services. De plus, l'USAID et le CDC soutiennent environ 300 institutions de santé, le CDC fournissant

⁵⁹ World Health Organization, 2011. Haitian Health Care: A Follow Up.

⁶⁰ Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), 2013. Campagne Nationale de Planification Familiale.

principalement des services de lutte contre le VIH. Deux tiers des 300 cliniques sont des sites du MSPP, tandis que le tiers restant est administré par des ONG. L'UNFPA fournit actuellement des contraceptifs à 300 cliniques dans le pays.

Dans le but de décentraliser les services de PF et de les étendre au niveau communautaire, le MSPP, avec le soutien de l'USAID, a renouvelé et étendu son programme d'Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASC). Ces ASC fournissent des services de santé maternelle communautaire, de nutrition et de santé reproductive. Les ASC sont formés à la distribution de la pilule, des préservatifs et au suivi de la contraception par voie injectable. Ils sont aussi en mesure de référer des clientes au centre de santé le plus proche pour un suivi des soins si nécessaire.

Comme représenté dans le Graphique 1 plus haut, l'utilisation de méthodes de contraception permanente et de longue durée a chuté depuis 1994-95, en dépit de l'augmentation générale du TPCM. La distribution des méthodes est préoccupante selon certains observateurs, car le besoin d'approvisionnement continu de certains contraceptifs coûte cher, à la fois pour les femmes et pour le gouvernement. Récemment, des efforts ont été menés pour s'assurer que les produits essentiels et la formation professionnelle nécessaire soient mis en œuvre pour fournir le stérilet (DIU) et la stérilisation féminine de manière adéquate lorsque les femmes sollicitent ces méthodes.

Les activités de communication pour le changement comportemental sont actuellement en cours de planification et application à travers la campagne nationale de planification familiale. Ces activités de communication apporteront plus d'informations sur les avantages de ces méthodes aux femmes intéressées par une solution contraceptive de long terme. Certaines activités sont également dirigées aux jeunes. Ce projet de marketing social a déjà généré des résultats positifs, bien que modestes, en ravivant l'intérêt pour le DIU selon des observateurs locaux.

Le personnel de planification familiale

Haïti souffre d'une grave pénurie de professionnels de la santé à la fois en milieu rural et urbain. Peu d'avancées ont été observées dans le domaine des ressources humaines du secteur de la santé en Haïti. L'USAID a historiquement soutenu la formation des docteurs haïtiens du secteur public, créant un cadre de médecins fonctionnaires. Cependant, les professionnels de la santé émigrent fréquemment pour trouver de meilleurs emplois à l'étranger et de meilleures opportunités d'éducation pour leurs enfants. Ceux qui restent en Haïti trouvent généralement de meilleures opportunités de travail au sein des ONG internationales implantées dans le pays, plutôt que dans le secteur public. Cette dynamique a considérablement limité la disposition des professionnels haïtiens à travailler dans le secteur public ou pour des ONG qui ont peu de moyens. Ce perpétuel problème a été exacerbé au lendemain du tremblement de terre de 2010, lorsque de nombreux professionnels de la santé haïtiens ont quitté leur travail au sein d'organisations haïtiennes pour rejoindre des organisations internationales, mettant à l'épreuve le secteur public.

Par ailleurs, le MSPP souffre d'un déséquilibre entre le personnel administratif et les prestataires de santé dans le secteur public. Par exemple, entre septembre 2010 et février 2011, le MSPP a embauché 1159 personnes au total, réparties entre 768 postes administratifs et seulement 391

postes de prestation de services de santé.⁶¹ Des informateurs clés rapportent de sérieuses déficiences du système de ressources humaines. D'autres défis d'importance sont à prendre en compte, comme l'amélioration des carrières et du statut des prestataires de santé, l'institution d'une politique de sélection compétitive des candidats, et le développement d'une politique clairement définie de rémunération des prestataires. Le problème de rétention du personnel doit être adressé par le MSPP. Les ONG internationales offrent fréquemment des salaires plus élevés et de meilleures conditions de travail, limitant ainsi la capacité du MSPP à retenir son personnel qualifié.⁶²

Ces dernières années, les projets soutenus par l'USAID ont permis de former des milliers de travailleurs de la santé en Haïti dans un effort continu visant à renforcer la capacité du système de santé. La formation professionnelle en gestion, leadership et gouvernance s'est concentrée sur le renforcement des capacités du MSPP à gérer la chaîne d'approvisionnement des commodités de santé, dont les commodités de PF.

Les systèmes d'information

Depuis 1994, l'USAID finance et soutient l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) en Haïti, laquelle est menée environ tous les 5 ans. L' USAID a également apporté son soutien à l'amélioration du Système d'Information Sanitaire d'Haïti (SISH) depuis 2001. Avant le tremblement de terre, le SISH incluait des informations sur 750 structures de santé du MSPP, mais ces rapports comportaient des erreurs fréquentes. De plus, il existe d'autres systèmes spécialisés dans le cadre du Programme Étendu de Vaccination (PEV) pour recueillir des données sur les patients atteints du VIH.

Après le tremblement de terre, un groupe de travail multi-agences a été créé pour aider les systèmes d'information en place. La Liste des Établissements de Santé en Haïti du MSPP a été améliorée avec le soutien de l'USAID afin d'apporter des ressources nécessaires aux établissements fournissant une aide d'urgence après le désastre.⁶³ La liste des établissements avant 2010 ne comprenait que les établissements publics et excluait les institutions privées, les ONG (locales et internationales), et les formations sanitaires communautaires de soins primaires. L'inexistence d'une liste concise et exhaustive de toutes les structures offrant des services de santé après le tremblement de terre a rendu plus difficile encore la réponse du MSPP.

Le Comité de coordination multi-agences a été maintenu et est actuellement présidé par le MSPP. Par la suite, le MSPP prévoit de renforcer et intégrer les différents systèmes d'information. Les observateurs locaux assurent que le Ministère a aujourd'hui de bien meilleures informations concernant les services fournis en santé reproductive qu'avant le tremblement de terre, en partie grâce aux investissements de l'USAID dans le renforcement des systèmes d'information.

⁶¹ PAHO. 2013. Health in the Americas: Haiti :

http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?option=com_content&view=article&id=38&Itemid=36&lang=en

⁶² OMS, 2011.

⁶³ Évaluation MEASURE, 2011. Haiti fact sheet.

Les commodités

En Haïti, les commodités contraceptives pour les programmes du secteur public et privé sont fournies par l'USAID et l'UNFPA.

Le Programme pour les Médicaments Essentiels (PROMESS) est un projet à bailleurs multiples créé par l'OPS en 1992, qui a reçu le soutien de l'USAID. Ce programme fournit un espace de stockage centralisé, facilite la gestion des stocks de commodités contraceptives de l'UNFPA, et dessert à la fois les ONG du secteur privé et public en Haïti. Le Ministre de la Santé préside son comité d'administration. Actuellement, des hôpitaux, agences et organisations privées obtiennent gratuitement des produits contraceptifs via PROMESS. Ces organisations et agences sont tenues de rapporter le nombre de contraceptifs distribués par mois dans le but de préparer le réapprovisionnement en fonction de la demande et des services fournis.⁶⁴

Dans le but d'améliorer la sécurité des commodités de santé, le gouvernement d'Haïti a mis en place un nouveau mécanisme de gestion centralisé national des commodités pour tous les médicaments essentiels, dont les commodités de santé reproductive. Le MSPP administrera désormais ce système national de commodités ; son comité de pilotage est composé de l'USAID, l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF. Le rôle de ce mécanisme de gestion des commodités est de faciliter la distribution de ces dernières, construire un entrepôt national et des entrepôts régionaux, et garantir la disponibilité des commodités.⁶⁵ L'USAID a soutenu des efforts récents visant à renforcer la chaîne d'approvisionnement du gouvernement et ses systèmes de gestion logistique.

Les données montrent que l'approvisionnement en contraceptifs en Haïti s'est amélioré ces dernières années. Selon l'UNFPA, le nombre de sites de prestation de services rapportant n'avoir « aucune rupture de stock » de contraceptifs au cours des 6 derniers mois a augmenté de 24,4 pourcent en 2011 à 42,6 pourcent en 2012.⁶⁶

Le financement

Le système de santé national est actuellement intégralement (100 pourcent) soutenu par les bailleurs de fonds, et la grande majorité du programme public de planification familiale est financé par l'USAID et l'UNFPA. L'USAID demeure le principal bailleur de la PF et la santé de la reproduction dans le pays, suivi de l'UNFPA qui contribue en grande partie à l'achat de contraceptifs. L'IPPF/WHR est le troisième bailleur actif du pays, en finançant son association PROFAMIL. Des observateurs informés de la communauté des bailleurs et des ONG locales considèrent que Haïti aura besoin de l'assistance des bailleurs dans le domaine de la santé et de la PF dans le futur proche.

⁶⁴ JSI Research & Training Institute, 2009

⁶⁵ UNFPA, 2012. Progress Profile—Global Program to Improve Reproductive Health Commodity Security.

⁶⁶ Ibid.

REGARD SUR L'AVENIR

Alors que les accomplissements et les avancées de ces dernières décennies méritent d'être soulignées, de grands défis devront être affrontés dans le futur proche en Haïti en matière de planification familiale.

Le leadership du gouvernement d'Haïti en santé reproductive — Le GdH a démontré son engagement pour la santé reproductive et la planification familiale au cours des dernières années et il est important de continuer dans cette voie. Le MSPP devra continuer à jouer un rôle majeur dans la concertation et la coordination d'un grand nombre d'acteurs, dont des ONG nationales et internationales, des bailleurs de fonds et d'autres parties prenantes impliquées dans les activités de santé sexuelle et reproductive en Haïti pour assurer la solidité et la réussite du programme sur le long terme.

De la politique à la réalité operative — Le décret présidentiel de 2013, qui rend obligatoire la provision de services de PF gratuits, la propagation d'un programme scolaire de PF et la promotion de méthodes de longue durée, constitue une base solide pour mettre en place le programme de planification familiale. Le GdH a maintenant l'opportunité de construire un cadre réglementaire et des stratégies opératives pour s'assurer que le programme de PF soit institutionnalisé et mis en œuvre. Le soutien au développement d'une structure normative et de régulation permettant l'institutionnalisation de la PF et des services de santé reproductive doit faire partie intégrante de l'assistance technique apportée au pays. Bien que les politiques et les normes ne soient pas suffisantes pour garantir le changement, elles permettent d'établir une structure plus résiliente en cas de changement politique et doit faire partie du processus de reconstruction. La stratégie de l'USAID pour renforcer le MSPP dans les domaines du leadership, la gouvernance et l'instrumentalisation des programmes est importante en ce qu'elle fait avancer la construction d'institutions locales.

Renforcer les organisations de la société civile — Les expériences d'autres pays de la région ont démontré que des approches solides d'ONG et du secteur privé peuvent assurer la durabilité des services de PF. Les ONG peuvent être d'importants plaideurs de l'expansion de la planification familiale, introduire de nouvelles méthodes (par exemple, la pilule du lendemain), et des garants de la transparence en encourageant le gouvernement à rendre des comptes. De plus, les ONG et Organisations à Base Communautaire sont des partenaires clés pour assurer la distribution des services aux populations stigmatisées (par exemple, les lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transsexuels ou prostituées) ou encore à des populations ayant des besoins spécifiques comme les personnes souffrant d'un handicap physique ou mental. Le GdH devra continuer de jouer un rôle clé dans la coordination et l'application de la loi liée à la prestation de services des ONG et du secteur privé.

Renforcer la demande et maintenir l'accès — Les programmes post-séisme se sont consacrés à améliorer l'offre de services de contraception de qualité à travers le MSPP. D'importantes avancées ont également été menées dans l'amélioration de l'accès à la planification familiale en renforçant les systèmes de prestation de services et la formation des prestataires de santé à tous les niveaux. Un défi persistant du MSPP et des bailleurs qui soutiennent ce programme est

l'amélioration continue des systèmes de ressources humaines requises pour renforcer la prestation de services.

Haïti devra faire preuve d'efforts intensifs pour étendre la gamme de contraceptifs disponibles et s'assurer que les femmes puissent utiliser la méthode de leur choix. Du reste, si l'expansion de la provision des méthodes permanentes et de longue durée réversibles s'avère être un succès, tout en assurant le libre choix informé des utilisatrices, ce programme sera plus rentable pour le gouvernement sur le long terme. Alors que les investissements dans le renforcement des services peuvent être initialement élevés, ils vont de paire avec le renforcement des soins obstétricaux et la qualité de la santé reproductive en général, et augmenteront la durabilité du programme au fur et à mesure que les femmes opteront pour des méthodes de longue durée.

Les programmes de communication promouvant la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale visent à amplifier la demande de services de PF de haute qualité. Ces programmes permettront d'augmenter les connaissances sur les bénéfices de santé de la planification familiale auprès des femmes et des adolescents, tout en promouvant l'accès à la contraception comme un droit de toutes les personnes en âge de procréer. Des efforts de recherche seront également menés pour évaluer l'acceptation et les préoccupations spécifiques de différentes méthodes de contraception chez les femmes haïtiennes. L'influence des réseaux sociaux et des normes socioculturelles devra être soigneusement évaluée pour déterminer comment augmenter la demande de manière appropriée et en tenant compte de la culture locale.

Il est peu probable que le secteur privé à but lucratif occupe un rôle majeur dans l'île fortement touchée par la pauvreté. Cependant, les stratégies de marketing social faisant partie d'approches intégrales pour augmenter la demande de services de PF et de SSR se sont avérées prometteuses pour la promotion du préservatif.

Fournir une éducation sexuelle exhaustive et des services de contraception aux adolescents

— Bien que la santé des adolescents ait été établie comme une priorité du MSPP, la plupart des programmes de santé des adolescents sont développés par le secteur privé en Haïti. Le projet actuel de l'USAID pour renforcer la prestation de services (2013-2015) répondra à ce problème en apportant un soutien au MSPP en matière de programmation orientée vers les jeunes et de construction d'espaces dédiés aux jeunes sur ses sites de prestation de services. Des supports de communication sur l'éducation sexuelle ont été développés récemment et seront distribués en masse.

Les programmes à forte participation juvénile impliquant des interventions entre pairs, des clubs de jeunesse et d'autres activités pour jeunes sont importants pour assurer le succès des programmes de SSR des adolescents. Les jeunes d'Haïti se trouvant en situation à risque de violence, assurer la sécurité des participants est une nécessité pour ces programmes ciblés.

Apprendre de ce qui a marché — Dans de nombreux pays, la lutte contre le VIH/SIDA a appris des expériences plus anciennes en santé de la population/planification familiale. En Haïti, ce processus d'apprentissage pourrait être inversé, et la PF a beaucoup à apprendre des succès de la lutte contre le VIH/SIDA. La prévalence du VIH en Haïti constituait la seconde plus élevée de

l'Hémisphère Ouest en 2012,⁶⁷ avec environ 130 000 adultes de plus de 15 ans vivant avec le VIH –dont plus de la moitié étaient des femmes.⁶⁸ Cependant, le pays a connu une baisse du nombre de nouvelles infections de 10,5/100 000 en 2010 à 7,5/100 000 selon les estimations de 2014.⁶⁹ Le succès considérable d'Haïti en matière de prévention du VIH démontre qu'avec le financement approprié et la bonne combinaison de partenaires privés et publics, le système de santé haïtien (avec le soutien des bailleurs) peut répondre à de très grands défis. Une étude détaillée des éléments de succès des programmes de prévention du VIH serait de grande utilité pour informer la programmation des activités de PF, et soutiendrait les efforts actuels pour intégrer la prévention et le traitement du VIH à d'autres efforts de santé.

CONCLUSION

Le mouvement pour la planification familiale en Haïti a commencé dans les années 60, peu de temps après que les premières activités de planification familiale de nombreux autres pays aient débuté dans la région d'Amérique Latine et des Caraïbes. Initialement, les docteurs et démographes ont travaillé main dans la main pour encourager la création de politiques gouvernementales autour de ce thème et pour initier des programmes de prestation de services dans le secteur privé, de la même façon que les activités de planification familiale ont commencé dans d'autres pays. Pourtant, en comparaison avec d'autres pays de la région, les progrès d'Haïti en matière de santé reproductive ont été lents.

L'histoire politique tumultueuse et l'économie fragile d'Haïti ont longtemps miné la capacité du pays à avancer dans le domaine de la planification familiale. Des gouvernements successifs faibles et parfois corrompus ont peu fait pour s'atteler à la tâche considérable de fournir des soins adéquats (dont la planification familiale) à un pays largement appauvri. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant qu'Haïti se situe loin derrière les autres pays de la région. Le ratio de mortalité maternelle est de 410/100 000 naissances vivantes (un résultat similaire à de nombreux pays de l'Afrique sub-Saharienne), et seulement 26,1 pourcent des naissances sont facilitées par un prestataire de santé qualifié.⁷⁰ La prestation de services et les systèmes soutenant cette situation sont confrontés à des défis perpétuels liés au maintien d'un leadership fort, la construction d'institutions capables de maintenir des services sur le long terme, et la gestion adéquate des ressources humaines.

Cependant, en raison des défis d'envergure posés par l'instabilité politique, la fréquence des catastrophes naturelles, la dévastation écologique et les crises sanitaires, le simple fait qu'il y ait eu des avancées en matière de santé en Haïti est remarquable. Haïti a réussi à maintenir la disponibilité des contraceptifs même après le séisme (avec le soutien déterminant de l'USAID et d'autres donateurs). Depuis la catastrophe, le système d'approvisionnement a été consolidé et la fréquence des ruptures de stocks est en baisse. Le programme revitalisé et étendu des ASC commence à atteindre et sensibiliser des zones défavorisées. Le TPCM d'Haïti de 31,3% en 2012 est plus du double de son TPCM de 13,2% en 1994/95, avec une importante tendance à la hausse

⁶⁷ The AIDS Healthcare Foundation (AHF). *Haiti: The Epidemic*. Los Angeles, CA: AHF; 2012: <http://www.aidshealth.org/americas/haiti>.

⁶⁸ UNAIDS, 2012. HIV and AIDS Estimates: Haiti.

⁶⁹ MSPP, PNLCSS 2014. Rapport National sur le VIH/SIDA

⁷⁰ United Nations Statistical Organization, 2014. Millennium Development Indicators.

documentée depuis 2006. L'environnement politique favorable à la planification familiale s'est amélioré grâce à des déclarations politiques fortes, un Plan National Stratégique pour la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale, et une Campagne Nationale de Planification Familiale ambitieuse. L'accès aux services de santé maternelle et infantile s'est amélioré et des services gratuits sont offerts à l'échelle nationale. Le taux de prévalence du VIH s'est stabilisé et la couverture des traitements antirétroviraux a significativement augmenté.

Pour qu'Haïti capitalise sur ces avancées, et améliore la durabilité de son programme de santé sexuelle et reproductive dont la planification familiale est la pierre angulaire, l'USAID et d'autres partenaires devront travailler de manière constante pour renforcer la capacité du MSPP à diriger, administrer et mettre en œuvre des programmes. Le rôle de l'USAID dans la construction d'efforts collaboratifs, la coordination de nombreux acteurs (à la fois internationaux et nationaux), et le renforcement des compétences du secteur public et des organisations de la société civile locale, seront d'importance vitale dans les années à venir.

MEASURE Evaluation

Carolina Population Center
400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, NC 27517

<http://www.measureevaluation.org>