

"Le Secret Qui Nous Tue"



L'Avortement, la Mortalité Maternelle,
Et la Santé Reproductive en Haïti

Une étude présentée par

L'Initiative pour un Développement Equitable en Haïti
(IDEH)

DECEMBRE 2014



L'Initiative pour un Développement Equitable en Haïti (IDEH)

Droit d'Auteur - © IDEH Octobre 2014

Une étude du projet
Promotion de la Sante Sexuelle et Reproductive
et de l'Avortement Sécurisé
IDEH

Tel: (+509) 28 11 95 28
ide.haiti@gmail.com
www.idehaiti.org

Financé par :

**safe abortion
action fund**

Fond d'Assistance
à l'Avortement Sécurisé

En collaboration avec :

**HEARTLAND
ALLIANCE
INTERNATIONAL**



“Le Secret Qui Nous Tue”

Cette étude est le produit du travail accompli en 2014 par l'équipe de l'Initiative pour un Développement Equitable en Haïti (IDEH), au cours du projet «Promotion de la santé sexuelle et Reproductive et de l'avortement sécurisé. »

Financement et Collaborateurs: Le projet a été financé par le Fond d'Assistance à l'Avortement Sécurisé (SAAF). Il a été mené par IDEH avec l'assistance technique de l'ONG Heartland Alliance International.

A propos de l'IDEH:

L'IDEH, Initiative pour un Développement Equitable en Haïti, est un organisme à vocation féministe qui encourage le leadership et la participation des femmes dans le processus de développement et travaille pour le renforcement des capacités des organisations de femmes. IDEH plaide pour l'égalité des droits entre les hommes et les femmes et un égal accès aux ressources du pays.

Présentement, IDEH travaille sur trois chantiers: le premier sur les obstacles aux carrières des femmes, en particulier le **harcèlement sexuel**, le second sur **l'éducation à l'égalité** avec les jeunes filles et garçons des classes humanitaire (troisième a Philo) et le troisième sur la **santé sexuelle et reproductive**.



Photo Credit : IDEH 2014

Mission d'IDEH : *Nous visons un développement équitable basé sur l'égalité concrète entre femmes et hommes en Haïti, à travers la participation et le leadership des femmes haïtiennes sans discrimination dans tous les aspects de la vie publique et sociale.*

Remerciements:

IDEH remercie les collaborateurs/trices qui ont travaillé/es a cette étude : les organisations AFAS, FACSDIS, Les Abeilles, GCFV et les bénéficiaires du projet; Rachel Anne Guha, assistante de recherche pour HAI, pour l'aide méthodologique, Marie de Cenival, Senior Gender Advisor pour HAI, pour ses analyses et relectures, Anne-christine d'Adesky, Consultante pour IDEH, pour la mise en forme; Esther Randiche Présidente de IDEH, pour la supervision, Rigal Paulissaint, Chauffeur et Logisticien pour IDEH ; Marie Isnise Romelus Coordonnatrice de Terrain ; Katia Jean Louis, Anne Judith Désir, Lovely Maignan, Wulande Dieudonné, Monie Pierre, Carlène Henry, Sherley Moreau, Nephtalie Jean Louis, enquêtrices pour IDEH; Claudine Saintal, Directrice Executive d'IDEH, pour l'orientation, Glorieuse Stéphanie Nelson pour le recueil de témoignages et la supervision, Dieudonne Zidor Responsable de Plaidoyer et Formation, pour la coordination et l'analyse.

Collaborateurs Institutionnels:

Nos remerciements vont également aux institutions qui nous ont permis de récolter les données ; les centres publics hospitaliers comme l'Hôpital de Carrefour, la Maternité Isaïe Jeanty, l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti, le Centre de Santé de Portail Léogane, des Centres Associatifs y inclus PROFAMIL (Association pour la Promotion de la Famille Haïtienne), la FOSREF (Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale), l'APROSIPHA, (Association pour la Promotion de la Santé Intégrale des Familles), la SODEC (Société d'Offre d'Emploi et de Consultation), des Centres Religieux comme l'Hôpital Adventiste d'Haïti (Diquini), le centre de l'agence humanitaire internationale MSF (Médecins Sans Frontières) et la DSF (Direction de la Santé de la Famille du Ministère de la Santé Publique et de la Population, MSPP).

IDEH EN ACTION : Les ateliers, les rencontres, l'éducation des medias.



MISSION d'IDEH:

- Développement Equitable femmes-hommes
- Leadership ET Participation des femmes



Photos : © IDEH 2014

Acronymes

AFAS	Association Filles et Femmes au Soleil
APROSIPHA	Association pour la Promotion de la Santé Intégrale des Familles
DSF	Direction de la Santé de la Famille
FACSDIS	Femmes en Action Contre la Stigmatisation et la Discrimination Sexuelle
FOSREF	Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale
GCFV	Groupe Conservateur des Femmes Victimes
HAH	Hôpital Adventiste d'Haïti
HAI	Heartland Alliance International
HUEH	Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti
IDEH	Initiative pour un Développement Equitable en Haïti
MIJ	Maternité Isaïe Jeanty
MSF	Médecin Sans Frontière
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
PROFAMIL	Association pour la Promotion de la Famille Haïtienne
SODEC	Société d'Offre demande d'Emploi et de Consultation

Contexte et Discussion:

L'interruption volontaire de grossesse en Haïti est un sujet brûlant, si brûlant qu'il fallait de la bravoure pour vouloir en découdre. IDEH a décidé de creuser le sujet en menant une étude dans 15 services de santé de la reproduction dans des centres publics hospitalier à Port-au-Prince, auprès des professionnels de santé et des administrateurs ainsi qu'auprès de leur clientèle féminine.

IDEH a lancé son étude après avoir appris qu'un grand nombre d'avortements clandestins et dangereux se produisaient en Haïti et contribuaient à la mortalité maternelle et d'autres mauvaises conséquences pour les femmes qui cherchent à mettre fin à des grossesses non désirées ou précoces. Compte tenu de la situation illégale de l'avortement en Haïti, les femmes, les filles et les familles ont recours à des avortements de rues et par des charlatans (sans diplômes de médecine). Ces avortements ne sont enregistrés qu'au niveau des urgences quand on amène les femmes par ambulances aux centres de santé et hôpitaux publics pour le service de post-avortement, qui lui est légal en Haïti. Souvent les femmes souffrent d'une hémorragie grave qui a met leur vie en danger.

Aujourd'hui, trop peu est connu sur la pratique de l'avortement en Haïti, mais, la majorité des femmes participant à cette étude ont exprimé une demande pressante pour un service de l'avortement sans danger pour les femmes en Haïti, et la nécessité de dépenaliser l'avortement. Il y a une demande pressante également pour que le gouvernement prenne des mesures contre les charlatans médicaux qui profitent des femmes et des familles désespérées et qui n'assument pas de responsabilité pour les opérations dangereuses, parfois mortelles, dans les cliniques privées, à la maison, et dans la rue sans médicament contre la douleur ou sans supervision adéquate. Comme l'ont déclaré les femmes de cette étude à l'IDEH, l'avortement est un secret national que tout le monde connaît, et est largement pratiquée, mais ne peut être nommé ou parlé ouvertement - jusqu'à ce que les femmes meurent ou soient en danger de mort. Les gens ont peur car c'est un crime puni par la loi.

L'avortement est un secret national que tout le monde en Haïti connaît mais refuse de discuter ouvertement. Ils ont peur.

Résumé:

Dans cette étude, réalisée avec l'aide de 137 femmes dans 10 « focus groupes » (groupes de discussion), et avec la collaboration de 187 personnes au total, y compris des professionnels et établissements de santé et les chercheurs, IDEH vise à aider à briser le silence sur le sujet de l'avortement illégal souvent mortel et presque toujours dangereux en Haïti, et mettre en lumière la nécessité d'une réforme des lois actuelles sur l'avortement. Au lieu d'un secret mortel et du stigma social attaché à l'avortement, les femmes veulent une politique nationale qui offre aux femmes un avenir sûr, qui s'adresse aux problèmes sérieux des grossesses non-désirées, des grossesses liées au viol, ou des grossesses précoces des fillettes.

Les femmes ajoutent leurs voix aux médecins et professionnels qui n'osent pas parler publiquement mais qui jour après jour essaient de sauvegarder la vie et la santé des femmes enceintes qui deviennent des cas de post-avortement mal tournés. Dans son étude, IDEH a trouvé une autre demande aussi brûlante que le problème de l'accès aux services d'avortement sécurisé, c'est celle de l'accès et d'un financement public pour l'éducation, la prévention, et les services de santé sexuelle et reproductive afin d'aider les femmes et les familles Haïtiennes.

Ce que les femmes révèlent:



« Nous avons un besoin urgent pour le service de l'avortement sécurisé en Haïti de médecins agréés... Nous devons dépénaliser l'avortement... Il faut arrêter les charlatans de la rue qui nous exploitent pour le profit et souvent mettent nos vies et notre santé en danger. »

Un sujet stigmatisé :

A cause de l'illégalité et du tabou social qui entoure l'avortement, le stigma continue à pousser les femmes qui vont chercher un avortement et leurs proches à cacher les conséquences de ces opérations souvent bâclés, même quand une femme meurt, même quand d'autres souffrent de fortes conséquences pour leur santé. Elles ont peur de le

révéler, car l'avortement est un crime. La loi pousse les femmes enceintes en danger à éviter les hôpitaux pour se retourner vers des charlatans.

Dans cette étude, IDEH révèle que la stigmatisation et le mépriscontenu dans l'attitude decertains médecins et autres professionnels de santé dans les hôpitaux et centres de santé publique contribuent le plus souvent à retarder le moment de l'opération, ou au refus de services essentiels aux femmes qui arrivent pour les services post-avortement, selon les participants-es de l'étude.

Comme en témoigne une femme qui fut amenée á l'hôpital Général après un avortement pratiqué par un charlatan: « Chaque médecin qui est venu me voir a dit, 'Cette femme a décidé de se retirer de la vie... (Faire un avortement). Laissons-la laisser mourir.' »

*«Vraiment, tous ceux qui venaient
me voir disaient: « laissez la mourir. '»*

Des opinions mixtes sur l'avortement chez les femmes, mais un accord sur le besoin d'assistance urgent:

L'étude d'IDEH a également porté sur les attitudes des femmes envers l'avortement et a trouvé une gamme de points de vue divers. Certaines répugnent á l'idée de l'avortement pour raison de moralité et de religion, mais disent qu'elles n'ont pas d'alternatives économiques ou sociales. La décision de chercher l'avortement est un dernier recours pour des femmes souvent très pauvres qui ne voient pas d'autres options en dehors de mettre fin à leur grossesse. La dure réalité économique de la vie des femmes Haïtiennes est un facteur important dans la question de l'avortement en Haïti, comme est le rôle des hommes et aussi la réalité de l'inégalité des sexes. Certains ont déjà eu des enfants et ne pouvait pas se permettre d'élever un autre seule ou avec un partenaire qui refuse de les aider ou les abandonnent après la découverte de leur grossesse. La détresse économique est souvent accentuée par l'abandon ou la démission du père, selon les témoignages recueillis. Parfois, les hommes ne veulent pas d'un autre enfant et ce sont eux alors qui décident de l'avortement.

Mais en fin de jour, ce sont les femmes qui se retrouvent seules, dans des cliniques ou chez des charlatans clandestins, souvent en danger et vulnérables, sujettes à l'exploitation pour le profit puisque l'avortement est un crime.

*La détresse économique est le facteur principal, accentué
par l'abandon ou la démission du père.*

Les liens de la violence, y compris le viol et l'inceste qui sont des engins des grossesses précoces chez les jeunes filles, sont aussi des facteurs que les études antérieures ont trouvés comme étant un facteur d'avortements illégaux en Haïti. C'est aussi ce qu'expriment les femmes interrogées dans cette étude. Parmi les demandes, on retrouve dans tous les groupes de discussion l'exigence de la dépénalisation de l'avortement pour les victimes de viol.

*La violence, y compris le viol et l'inceste,
sont des engins des grossesses précoces*

Ceci dit, il est également clair que les femmes ne cherchent pas facilement l'avortement; ceci reste un dernier recours, souvent de survie, et une décision qui est marquée par la peur et la douleur pour certains des sujets de l'étude. La charge émotionnelle de l'avortement illégal continue de peser lourdement sur certaines d'entre elles.



Confirmation des études antérieures:

Les résultats de l'étude d'IDEH confirment des études antérieures sur le rôle de l'avortement illégal dans la mortalité maternelle en Haïti, sur le danger de graves atteintes à la santé liées aux procédures bâclées, et sur l'existence d'une demande forte pour un avortement sûr et légal. Ils soutiennent également les résultats du FNUAP(1) en 2010 qui montrent une augmentation marquée des grossesses non désirées et des témoignages anecdotiques d'avortement, une autre constatation confirmée dans deux autres rapports de Human Right Watch (2) et d'Interact Worldwide (3) à la suite du tremblement de terre de 2010. Le rapport Beyond Shock ('Au-delà de Choc') (et livre) (4) sur la violence sexuelle post-séisme. L'étude de PotoFi (5) sur 2000 adolescentes révèle un lien entre le viol et les grossesses précoces chez les adolescents après le tremblement de terre. Ces études ont aussi révélé un lien entre la demande d'avortement et la violence sexuelle, y compris l'inceste. L'étude de PotoFi a documenté de nombreuses jeunes survivantes de viols dans les quartiers des centres interrogés par IDEH qui ont cherché des avortements après être tombée enceinte d'un viol. Un bon nombre a rapporté des complications d'avortements bâclés ou défaillants, notamment les filles dans les zones rurales qui, en utilisant des herbes, n'ont pas réussi à mettre fin à leur grossesse mais ont mis leur vie en danger.

Plusieurs études ont noté des conditions économiques qui rendaient les femmes et les filles vulnérables à la violence sexuelle, et les poussent à terminer des grossesses précoces ou non-désirées. L'aspect économique des grossesses non désirées est une autre conclusion de la période post-séisme, y compris les obstacles de transport (8) pour accéder aux services de soins et de consultation prénatale. L'élément de l'abandon masculin par des partenaires des femmes enceintes, également liées à la pauvreté économique, fut aussi soulevé dans les études de l'augmentation de grossesses après le séisme de 2010.

D'autres études réalisées par le FNUAP (6) ont souligné le besoin urgent d'étendre les services et programmes de santé et d'éducation reproductive et sexuelle pour réduire le risque de mortalité maternelle, et la nécessité d'étendre ces services aux jeunes femmes – comme aux jeunes garçons (7).

Enfin, nos recommandations supportent les appels précédents par les groupes Haïtiens féministes et de défense des droits de santé, entre autres, pour la légalisation de l'avortement, et un investissement beaucoup plus important dans l'éducation et les programmes publics pour réduire la mortalité maternelle, aider les jeunes mères, éduquer les jeunes et les adultes (9), notamment les plus pauvres citoyens et les gens dans les zones rurales en leur offrant plus de services de santé sexuelle et reproductive.

Les résultats de notre étude confirme la nécessité de poursuivre l'effort national entamé en Haïti pour inscrire dans la loi un paquet de réformes législatives liées à l'égalité des sexes, la violence sexuelle, la paternité, les droits de l'enfant et la protection, ainsi que les protocoles nationaux et des programmes de formation pour améliorer l'accès aux services et soins de santé reproductive et sexuelle en Haïti.

Analyse du problème:

En Haïti les femmes ne jouissent pas pleinement de leurs droits. Les services de Santé Sexuelle et Reproductive offerts par les institutions ne le permettent pas, or ces droits font partie intégrante des Droits Humains, et donc ils sont consacrés dans plusieurs instruments juridiques internationaux notamment : la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la CEDEF, le CIPD et la Convention de Belém do Para.

L'absence du service d'avortement sécurisé produit des conséquences graves pour l'ensemble des femmes, et en particulier pour les groupes marginalisés et discriminés (travailleuses du sexe et minorités sexuelles, jeunes adolescentes) qui n'ont pas facilement accès aux services de Santé Sexuelle et Reproductive.

IDEH a pensé qu'il était donc nécessaire de faire une analyse de la situation, qui a consisté à répertorier les services de santé sexuelle et reproductive de la région métropolitaine de Port-au-Prince sur cinq communes: Port-au-Prince, Carrefour, Delmas, Pétiion-Ville et Cite Soleil.

Il fallait ensuite déterminer leur qualité, tout en répertoriant les demandes de services d'avortement, les accidents de grossesse, les soins et conséquences post-avortement, et finalement, de tester la perception des institutions ainsi que les usagères sur l'avortement sécurisé.

Méthodologie

La méthodologie de collecte et d'analyse comprenait deux systèmes : une approche qualitative par groupes de discussion et une enquête quantitative via des questionnaires individuels sur la qualité et l'étendue des services prodigués aux femmes. 163 questionnaires pour les bénéficiaires et 24 questionnaires pour les institutions à raison de 2 questionnaires par institutions. Au total, 187 personnes ont contribué à cette enquête.

Techniques et Outils d'Analyse

Pour la conception du mode de collecte de données, deux méthodes et trois outils fut utilisées :

1. Entrevues Structurées:
 - OUTIL1: Questionnaires pour les fournisseurs
 - OUTIL 2: Questionnaires pour les clientes
2. Discussions Dirigées:
 - OUTIL 3: Guide de discussion dirigée

Notre Approche:

L'entrevue structurée consiste à réaliser un entretien dirigé en tête-à-tête afin de recueillir des renseignements détaillés sur les sentiments, les pensées et les expériences de quelqu'un sur un sujet donné. Dans une telle entrevue, les questions sont clairement définies dans un guide d'entrevue et posées à toutes les personnes interviewées dans le même ordre. Les réponses sont libres et sont analysées en fonction de leur qualité.

Pour cette étude, IDEH à utiliser la méthode d'entrevue structurée qui fournit des renseignements exhaustifs en vue d'obtenir des informations spécifiques et bien détaillées. Nous avons formulé des questions ouvertes et fermées pour obtenir les données qualitatives et quantitatives qu'on a besoin.

Le groupe de discussion dirigée était une forme de recherche qualitative dans laquelle un groupe de personnes étaient interrogés sur leurs perceptions, opinions, croyances et attitudes à l'égard d'un sujet d'intérêt. Le groupe était normalement composé de personnes issues du même milieu ou partageant une même expérience.

Les échantillons homogènes étaient typiquement préférés, car un mélange peut avoir un effet inhibiteur sur certaines personnes, en particulier les femmes. Le liste de questions était normalement court – on voulait que toutes les femmes ont la chance de répondre à chaque question. On avait une personne pour faciliter la discussion et une autre pour la prise des notes.

Un grand nombre de données pouvait être obtenues à travers cette activité. L'effet du groupe: quand on entend les expériences des autres, nos expériences peuvent remonter plus facilement. La validation et soutien qui viennent des personnes avec des expériences similaires peuvent rendre le sujet sensible plus facile à parler.

Toutes les données étaient analysées à partir du logiciel Survey Monkey. La démarche d'enquête précédait le dépouillement des données, encore nommé traitement des données et leur analyse. L'analyse était systématique, et non pas intuitive. Le discours était une production orale significative.

Toutes les questions étaient formulées à l'avance et l'enquêtrice devait les poser sans adaptation ni explication. C'était à cette condition que les réponses des différents sujets pouvaient être considérées comme comparables, qu'on pouvait les dénombrer et qu'elle se prêtait à une exploitation statistique.

Les questions fermées imposaient au répondant une forme de réponse et un nombre limité de choix de réponses. Les questionnaires fermés étaient utilisés pour obtenir des renseignements factuels, juger d'un accord, ou non, connaître la position du répondant concernant une gamme de jugement.

Le questionnaire ouvert, la personne interrogée développait une réponse que l'enquêteur prend en note. Cette enquête de type entretien structuré une question ouverte laisse la réponse libre et dans sa longueur, la consigne de départ étant fixée.

Considérations éthiques de l'enquête

La Direction de Santé de la Famille du Ministère de la Santé Publique et de la population (DSF/MSP) fut informée de la réalisation du projet. Sa collaboration fut requise pour la réalisation de l'enquête et de l'ensemble des activités du projet intitulé, **“Promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive et de l'Avortement Sécurisé”**

Une coordonnatrice de terrain fut chargée de la supervision des équipes d'enquête, de la supervision de la collecte et de la prise de contact avec les institutions cibles. La Coordonnatrice de terrain s'assurait de la présence du personnel des institutions ciblées avant tout passage des enquêtrices.

Une fois arrivée dans les institutions après une brève présentation, il était impératif que nous obtenions le consentement de la participante préalable de l'interview ou du groupe dirigé. Nous leur expliquons le but de l'étude: que cherche-t-on et à quelle fin, comment on va utiliser les données, et que leur participation est volontaire.

Nous assurons la confidentialité de toutes les informations fournies ainsi que la confidentialité des sujets. Nous répondons à toutes leurs questions et préoccupations avant de commencer.

Pour des raisons de confidentialité, les données saisies fut anonymes et après analyse, elles furent gardées dans les dossiers techniques accessibles seulement à la Coordination d'IDEH.

Les équipes d'enquêtrices furent placées sous le contrôle direct de la coordonnatrice de terrain chargée de toute la logistique de terrain, allant de la liste des prestataires des services ciblés dans l'analyse de situation jusqu'au dépouillement des résultats à la gestion des interventions des enquêtrices sur le terrain ; la vérification de tous les questionnaires achevés sur le terrain ; ainsi que la conduite des sessions de revue régulières avec chacune des enquêtrices pour les conseiller sur tout problème relatifs aux questionnaires.

Les institutions ciblées :

IDEH a fait son étude dans 12 centres de services de santé sexuelle et reproductive de la région métropolitaine de Port-au-Prince, auprès des professionnels de santé et des administrateurs ainsi qu'auprès de leur clientèle féminine. Les centres incluent :

- Les centres publics hospitaliers :
 - l'Hôpital de Carrefour
 - la Maternité Isaïe Jeanty
 - l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti
 - le Centre de Santé de Portail Léogane
- Les Centres Associatifs:
 - L'Association pour la Promotion de la Famille Haïtienne (PROFAMIL)
 - La Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale (FOSREF)
 - L'Association pour la Promotion de la Santé Intégrale des Familles (APROSIFA)
 - La Société d'Offre d'Emploi et de Consultation, (la SODEC)

Un entre Religieux ; Hôpital Adventiste d'Haïti

Un Centres humanitaire ; Médecins Sans Frontières (MSF).

Nous présentons surtout ici les résultats qui concernent en particulier la question de l'interruption volontaire de grossesse. Les résultats concernant la qualité des services restent pour la plupart à usage interne pour permettre à IDEH de mieux orienter les femmes vers des services non discriminants de bonne qualité.

Objectifs de l'analyse de situation:

- Répertorier et analyser la qualité des services de santé sexuelle et reproductive de la région métropolitaine de Port-au-Prince, sur (5) cinq communes : Port-au-Prince, Carrefour, Delmas, Pétion-Ville et Cité Soleil.
- Répertorier les demandes de services d'avortement; les accidents de grossesse, les soins et conséquences post-avortement
- Tester la perception des institutions ainsi que les usagères sur l'avortement sécurisé.

Douze des quinze structures de service ont été touchées dans le cadre de cette analyse. IDEH cherchait des réponses à quelques questions cruciales: Quels types de services offrent-ils en général ? Des services d'avortement médicalisé sont-ils offerts aux patientes ? Les services de santé reçoivent ils beaucoup de cas de complication post avortement ? Comment les patients sont-ils pris en charge ?

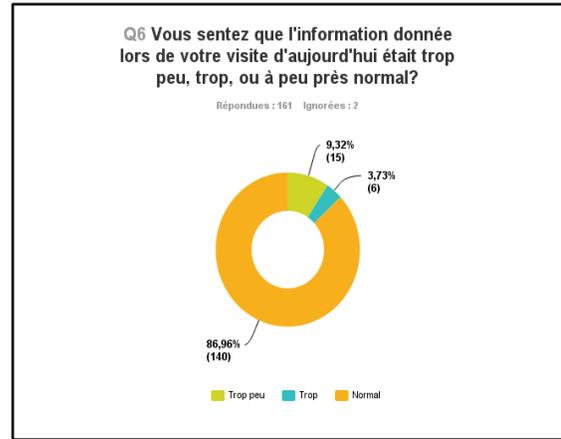
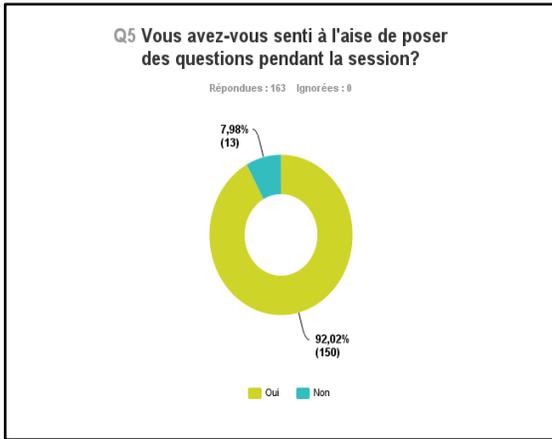
Les réponses des usagères

A travers 163 questionnaires de 13 questions, IDEH a discerné l'organisation de l'accueil, la confidentialité, le temps d'attente, etc.

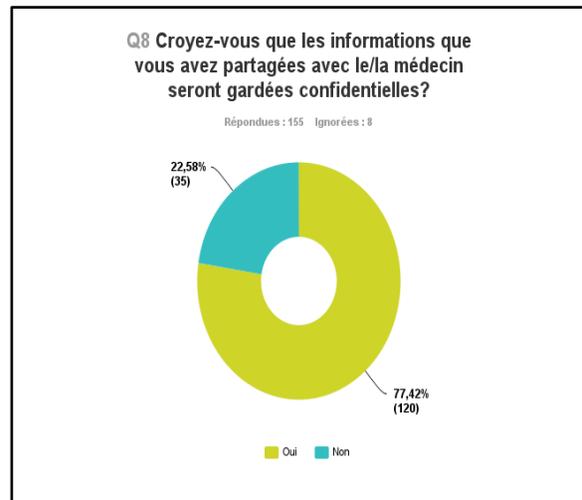
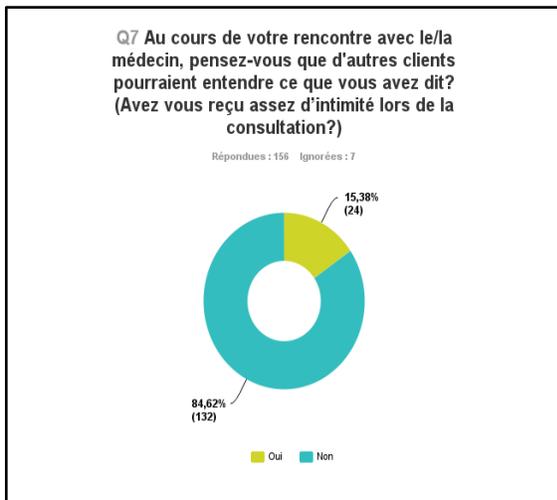
Résultats et Chartes:

Des 163 patientes interrogées :

- 150 se disent satisfaites des conseils et du traitement reçus, 13 ne le sont pas;
- 149 se sont senties à l'aise de poser des questions lors de la consultation soit 91,98% et 13 personnes se sont senties mal à l'aise soit 8,02% ;
- 139 ont trouvé les informations données normales, 15 les ont trouvé insuffisantes, et 6 excessives -- soit respectivement 86,88%, 9,38% et 3,75%.



132 personnes pensent qu'elles ont eu assez d'intimité, soit 84,62 %. Par contre 24 personnes pensent qu'elles n'ont pas eu assez d'intimité (quelqu'un d'autre pourrait l'entendre), soit 15,38 %. 119 personnes pensent que les informations données seront gardées confidentielles (77,27%) et 35 personnes pensent le contraire (22,73%).



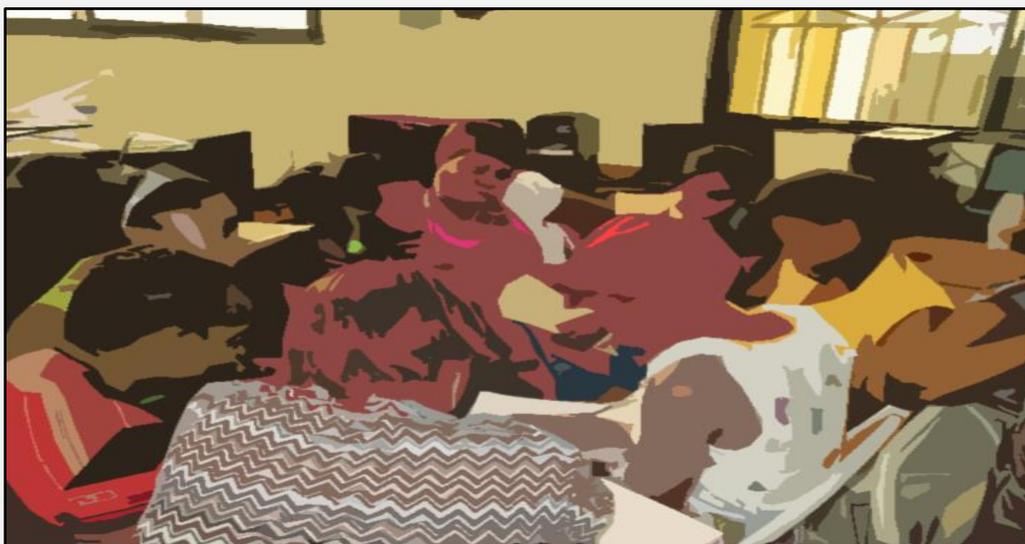
Quatre personnes sur 161 disent qu'elles n'ont pas été bien traitées par le/la médecin. 3 sur 163 déclarent n'avoir pas été bien traitées par le personnel.

Près de la moitié des personnes enquêtées déclarent avoir attendus entre 1 heure et 5 heures de temps pour une consultation.

Qu'est-ce que les femmes pensent des services reçus?

La majorité des personnes enquêtées pensent qu'il faut renforcer :

- Les services de santé sexuelle et reproductive
- Le service d'avortement
- La prise en charge de la maternité
- La salle d'accouchement
- Le bloc opératoire en cas de césarienne
- L'approvisionnement de la pharmacie
- Réorganisation de l'infrastructure, la structure d'accueil
- Augmentation du personnel médical
- Le ponctualité des médecins
- L'ajustement de salaire pour tout le personnel médical.



Les réponses des professionnels de santé

Pour tester la perception des institutions sur la qualité des services, l'accessibilité, l'accueil, la confidentialité, le temps d'attente et la sensibilité par rapport à l'avortement, IDEH a utilisé 24 questionnaires a raison de 2 questionnaires par institution.

Les personnes interrogées font partie du staff décisionnel, exécutif ou médical, à savoir administrateur, chef de service, médecin responsable, superviseur.

A propos des jours et heures de services, toutes les institutions s'ouvrent du lundi au vendredi entre 7 heures à 4 heures, et quatre d'entre elles s'ouvrent également les samedis et dimanches de 8 heures à 4 heures.

Accessibilité et Qualité des services

Les 12 institutions offrent des services d'éducation, de formation sur la santé sexuelle et reproductive, des services de planification familiale, 10 des 12 institutions font des tests de VIH/SIDA et autre IST, donnent des soins VIH/SIDA et autre IST, les 12 institutions font des tests de grossesse, 7 des 12 institutions donnent des soins post abortifs, les 12 institutions offrent des soins prénatal, 9 donnent des soins post natal, 6 offrent des services d'accouchement ; La majorité des institutions réfèrent les patientes a un autre centre hospitalier si elles n'ont un service demandé.

Accompagnement: Dans les centres de service, les deux tiers exigent que les adolescents-es soient accompagnés-es par un parent.

Consentement : les deux tiers exigent que les adolescents-es ont le consentement d'un parent;

Notification : la moitié exigent que les adolescents-es aient la notification des parents; 2 centres sur les 12 exigent la notification du mari d'une femme !

Avant-visite ou délai/attente: un quart des centres exigent qu'une personne doit visiter plusieurs fois avant de recevoir une méthode de contraception;

3 centres exigent que la patiente soit membre du centre.

70% exigent que les adolescents-es aient le consentement d'un parent





Traitement des clients/es (Accueil et Confidentialité):

10 des centres disent avoir des personnels formés sur l'importance des soins axés sur le/la client/e bien que l'information n'ait pu être vérifiée.

Dans l'ensemble les clients-es sont reçus/es dans un endroit suffisamment intime. Il y a un système de codage pour les clients-es et leurs dossiers, et les dossiers sont gardés dans un espaces sécuritaire. Les responsables interrogés estiment que les entrevues entre le médecin et le/la client/e sont confidentielles, se font dans espace intime, et déclarent que le statut du/de la client/e n'est pas divulgué ; la grande majorité des centres auraient une politique interne qui traite de la confidentialité.

La plupart des institutions disent disposer d'une politique interne qui traite de la façon dont le personnel doit agir avec les bénéficiaires.

Prix de services : 5 des institutions donnent des soins gratuits et les autres font payer entre 25 à 150 gourdes pour une consultation.

Délai et Stigmatisation

Partout le personnel admet que les clients/es se plaignent des retards et absences des médecins, certaine fois des clients séropositifs croient qu'ils/elles sont stigmatisée par le personnel. On invoque alors la question au cours de réunions du personnel, dépendamment de la gravite du cas, la personne fautive reçoit une lettre de blâme.

Le personnel reconnaît que dans la majorité des cas une personne peut attendre entre 1 heure à 4 heures de temps, d'autre fois tout dépend du médecin qu'il doit l'ausculter et de la file d'attente.

Mais le centre de MSF dispose d'une boîte a suggestion et également de plusieurs agents de santé qui sont là pour recevoir les plaintes des clients/es.



La boîte a suggestion au centre de MSF pour mieux répondre aux besoins des patients

Par ailleurs les membres du personnel du MSF signent la charte «**Zanmi malad**». Lors des rencontres avec l'équipe on discute des stratégies pour résoudre les plaintes et améliorer les services. Ainsi, les plaintes diminuent.

Besoins des groupes spécifiques ou marginalisés

Parlant des besoins des groupes spécifiques, 9 centres sur 12 disent avoir reçu des formations sur les besoins des adolescentes ; 4 sur 12 les besoins des lesbiennes ; 6 sur 12 sur les besoins des travailleuses de sexe ; 5 sur 12 sur les besoins des handicapées. Des formations sont offertes sur l'égalité des sexes, le droit des enfants, le counseling et l'appui psychosocial, sur comment approcher les PVVIH et les travailleuses de sexe.

Près de la moitié des centres enquêtés a une politique interne pour le traitement des groupes marginalisés, tels les travailleuses de sexe et les lesbiennes. A leur avis le manque d'éducation sexuelle, les problèmes économiques, l'accès à la confidentialité, les croyances religieuses du personnel traitant, la stigmatisation, la discrimination et les intolérances sociales sont autant de facteurs qui empêchent les populations marginalisées de trouver des soins. Pour rendre les soins plus accessibles au groupes marginalise, il faut des séances d'éducation sexuelle, des séances de formations sur la santé sexuelle et reproductives, mettre la personne en confiance, l'accepter comme une personne à part entière, et effectuer des visites de proximités.

*Pour rendre les soins plus accessible au groupes marginalisés
Il faut des séances d'éducation sexuelle.*

L'Avortement:

La Demande: 7 des 12 centres reçoivent des demandes de services d'avortement. L'année dernière, il y avait entre 2 à 20 filles et entre 5 à 20 femmes qui cherchent un service d'avortement.

Services offert : La majorité des institutions conseillent les patientes. Si le processus d'avortement est déjà enclenché, il y des institutions qui les soignent, mais d'autres les réfèrent aux institutions publiques.

Complications de santé: 11 des 12 institutions enquêtées déclarent avoir reçus des filles et des femmes ayant eu des complications après un avortement.

La maternité Isaie Jeanty a reçu 2 cas de filles et 3 cas de femmes par mois, sur une année, APROSIPHA a reçu 250 cas femmes et 200 cas de filles le MSF 960 cas femmes et filles compris, mais la grande majorité sont des filles, HAH 5 cas de femme, le Centre de Santé de Portail Leoganne a reçu 15 cas de femme et 5 cas de fille, les autres centres ne peuvent donner un chiffre exacte.

Pour beaucoup de ses filles et femmes, les complications furent fatales.

Les conséquences post-avortement sont souvent néfastes pour la femme ou la fille : forte douleur, anémie après une forte hémorragie, infections, perforation de l'utérus, dans certains cas la mort.

La mort après l'avortement : Sur une année l'HUEH recense 250 femmes et 200 filles, morte suite à un avortement, la maternité Isaie Jeanty dit qu'elle n'a pas une idée du nombre de décès, la majorité des autres centres préfèrent ignorer cette question.

Selon la nécessité du cas, la personne est référée à un autre centre. Certaines fois, le centre fait le curetage, prescrit des médicaments, et prodigue des conseils sur l'importance de l'utilisation des préservatifs et l'adoption des méthodes de planning familial (PF).



Les Obstacles Connus – et les Solutions:

Le manque d'éducation sexuelle, le manque d'investissement dans les services et soins de santé sexuelle et reproductive, les croyances religieuses, les tabous sur les méthodes contraceptives et la pénalisation de l'avortement – ceux-ci sont autant d'obstacle à la résolution de ce problème. Et pour le résoudre il faut garantir l'accès à l'avortement à toutes, voter une loi autorisant l'avortement, continuer l'éducation sexuelle des plus jeunes, encourager l'utilisation des préservatifs, et l'adoption des méthodes de planification familiale. Voici les étapes que les femmes pensent prioritaires.

Que Pensent les Femmes? Que Veulent les Femmes ?

A travers 10 focus groupes réunissant un total de 137 clientes, IDEH a analysé les connaissances, les opinions et les attentes des femmes concernant l'interruption volontaire de grossesse. IDEH cherchait des réponses à quelques questions cruciales:

- Quelles sont les raisons pour lesquelles de si nombreuses femmes mettent leur vie en danger pour tenter d'interrompre des grossesses non désirées?*
- Quelles sont les conséquences de telles tentatives - souvent désespérées, étant donné les conditions dans lesquelles l'avortement est pratiqué?*
- Lorsque les choses tournent mal, quelles sont les voies de recours disponibles pour ces femmes qui ont tenté d'avorter dans la clandestinité? Aujourd'hui en Haïti, l'avortement est considéré comme un crime par la loi, une interdiction dont il semblait important de mesurer l'impact.*
- La pratique de l'interruption de grossesse doit-elle rester proscrite comme elle l'est aujourd'hui, et quelles sont les conséquences de cet état de fait?*
- Les femmes sont-elles majoritairement favorables à cette pénalisation, ou sont-elles pour une médicalisation des pratiques d'avortement?*
- Pour quelles raisons et dans quelles conditions pensent-elles que cette technique devrait être autorisée?*

Enfin, IDEH s'est interrogé sur les attentes de ces femmes vis à vis de leur gouvernement sur cette question de santé publique qui touche à la définition même de la vie, et fait surgir des débats passionnés.

Les Résultats:

Un tiers des femmes interrogées s'affiche résolument *contre* l'avortement pour des raisons religieuses, morales, ou de santé publique.

Certaines femmes considèrent l'avortement comme une pratique "anormale" pour des raisons religieuses "C'est Dieu qui donne l'enfant" disent-elles, ou morales "c'est comme si on tuait quelqu'un". Elles sont encore nombreuses à estimer que l'avortement est un péché. " On ne peut donner la vie, on ne doit pas la prendre" disent-elles, ou encore "la femme est là pour reproduire, il ne faut pas changer l'ordre établi."

Toutefois, la raison la plus couramment invoquée pour condamner l'interruption de grossesse est parce que "c'est dangereux".

"Ça met la vie de la femme en danger," elles disent. "Il y a trop de risque"..."trop de complications".

Ces craintes sont justifiées, puisqu'aujourd'hui en Haïti, l'avortement représente la troisième cause de mortalité maternelle, soit 30% des cas, sur 530 femmes mortes en couche 102 le sont après un avortement.

L'avortement représente la troisième cause de mortalité maternelle -- 30% des cas. 102 de 530 femmes sont mortes en couche après un avortement.

La demande pour les méthodes de contraception:

"Il faut savoir se protéger" disent ces femmes, qui recommandent donc à leurs consœurs-plutôt que de prendre de telles mesures - d'avoir recours aux méthodes existantes de contraception. Pour ou contre l'avortement, les femmes sont unanimes: il faut se protéger autant que possible, car *mettre fin à une grossesse en Haïti c'est mettre sa vie en danger*, vu les conditions d'accès aux services médicalisés.

Elles sont également d'accord pour constater la faiblesse des recours au cas où des complications arriveraient. Au total, sur l'ensemble des dix groupes de clientes consultées, la majorité des femmes qui se sont exprimées considèrent qu'il est normal pour une femme d'avoir à avorter compte tenu des conditions dans lesquelles elles se trouvent.

Pourquoi est-ce que les femmes avortent?

Lorsqu'elles sont interrogées sur les raisons même qui pourraient pousser une femme à avorter, et ce malgré une connaissance des risques et de l'interdit qui semble partagée, quelques-unes d'entre elles invoquent tout simplement le fait que *"La femme doit pouvoir faire ce choix si elle ne veut pas de l'enfant"*.

*Mais elles listent d'abord et avant tout la
Nécessité économique et la charge de famille.*

En Haïti où de nombreuses femmes ont à leur charge cinq à dix enfants, certaines estiment qu'elles ne peuvent pas élever un enfant de plus. C'est la raison prioritaire invoquée dans tous les groupes de discussion, bien avant le viol ou les grossesses à risque. *La détresse économique est accentuée par l'abandon ou la démission du père: "rejet de l'enfant par le père", "manque de responsabilité", qui font qu'"il vaut mieux interrompre une grossesse que faire souffrir un enfant si on est pas capable de l'élever"*.

Le deuxième facteur qui pousserait les femmes à avorter en grand nombre, si l'on en croit de très nombreux témoignages, c'est *"la crainte du jugement"*, *"pour éviter des punitions sociales et religieuses"* qui sont infligées à celles qui tombent enceinte *"hors mariage"*, *"trop jeune"*, *"avec un homme marié"*, etc.

*La détresse économique est accentuée par l'abandon
ou la démission du père*

Pour éviter le rejet, l'exclusion de l'école, le bannissement de la famille au nom de la morale ou de la religion, de jeunes femmes qui n'ont souvent pas encore la maîtrise de leur sexualité sont conduites à d'autres actes, plus dangereux, et plus gravement condamnés encore.

*Le même jugement qui condamne l'avortement condamne
Ironiquement de nombreuses femmes à chercher l'avortement,
Dans la honte et la clandestinité.*

L'absence de dialogue avec les parents, le tabou du sexe dans la société sont également évoqués comme des facteurs qui empêchent les jeunes femmes de maîtriser leur sexualité.

Lien avec le viol, l'inceste, et les grossesses précoces:

Le viol, les grossesses précoces et l'inceste, les grossesses à risque ne sont pas les raisons les plus souvent évoquées parmi celles qui poussent les femmes à l'avortement, mais reviennent systématiquement dans les discussions.

Peur du SIDA:

Le VIH-SIDA est évoqué dans plusieurs groupes comme une raison qui pousserait une femme à avorter, alors que la médecine ne prévoit pas d'interrompre une grossesse en cas de séropositivité, mais plutôt de prévenir la transmission de l'infection au bébé par traitement antirétroviral. C'est la le signe d'un manque grave d'information sur la santé sexuelle et reproductive.

Où vont les femmes pour avorter?

IDEH s'est engagé à ne pas donner de références précises pour protéger l'anonymat des personnes et éviter les poursuites en diffamation, compte tenu de la criminalisation de l'avortement. Aucun des sites sur lesquels l'étude s'est basée n'est concerné et les femmes se sont référées à des sites différents de ceux où nous les avons rencontrées. Certains professionnels sur les sites de l'étude reconnaissent toutefois que la gestion des complications liées à des avortements non médicalisé constitue une grosse part de leur activité.

Si la pratique est interdite, et que personne n'a témoigné y avoir eu recours directement dans le cadre de l'enquête, tout le monde sait où et comment ça se passe. Il n'y a pas un groupe qui ait affiché une quelconque ignorance : *"il y a beaucoup d'endroits pour ça"*.

Hôpital privé, médecin feuille, centres de santé... *"il faut juste payer le gynécologue", "tous les gynécologues font de l'avortement, secrètement". L'Etat ne dispose pas de clinique pour qu'on puisse le faire sans crainte" mais "on peut aussi prendre des cachets toute seule"*. Sur certains sites les cliniques privées pratiqueraient quasiment toutes l'avortement, à des prix bien sur d'autant plus élevés qu'il est interdit.

Si la pratique est interdite... tout le monde sait où et comment ca se passe.

Comment les femmes sont-elles traitées lorsqu'elles vont avorter?

"L'accueil est mauvais, le traitement est mauvais, même si on paie normalement pour le service qu'on vient chercher". "Les soi-disant médecins discriminent les patientes" et "lancent des propos malsains aux patientes". "Il n'y a pas d'espace favorable pour recevoir les patients" d'après les femmes consultées. Les femmes en détresse sont discriminées " même par les médecins qui vous avortent" dira l'une des femmes consultées.

La qualité des services d'avortement sera fonction du prix qu'on paiera au médecin dans le secteur privé, mais "ce service est tellement cher qu'il est plus facile de se rendre chez un charlatan ou un médecin de feuille". *"Si c'est un charlatan, la patiente peut y trouver la mort" dit-on. D'autres estiment qu'il n'y a que des incompetents". "Ils sont pour la plupart des charlatans".*

Quels sont les recours en cas de complication ?

"Le seul recours qu'a une femme en cette circonstance, c'est de se rendre à un autre hôpital" (Chancerel, HUEH, MSF sont les plus couramment cités) ou de " Retourner chez le médecin qui a fait l'avortement". Les plus pessimistes estiment qu'"il n'y a aucun médecin qui accepterait de s'occuper d'un cas pareil" tant la discrimination est grande.

Il n'y a pas de voie légale en cas d'abus, car la loi Haïtienne interdit l'avortement, et les faits sont connus: pas de recours en cas de problème grave, puisque ça se fait en clandestinité. Et les témoignages, tous indirects, affluent. Plusieurs ont été témoins des séquelles laissées sur des personnes qui leurs sont chères, douleur abdominales, infections, et même la mort. L'ont rapporté le témoignage d'une femme qui a failli perdre sa vie et son enfant en essayant d'avorter. L'enfant est handicapé. Mais disent les femmes, *"les médecins se retirent toutes responsabilités en cas de complications".*

POUR OU CONTRE ?

Les femmes sont-elles pour ou contre le fait de criminaliser l'avortement?

Certaines femmes restent campées sur leurs positions:

"C'est contre la morale religieuse, c'est un crime sans nom."

"Cela va donner beaucoup de libertinage dans le pays," disent celles-ci.

Elle s'oppose en nombre équivalent à celles qui disent que *"la femme a le droit de vouloir enfanter ou pas"*.

"Son pouvoir de reproduction est entre ses mains."

"La femme peut avoir beaucoup d'enfant et peut décider de n'en faire plus".

Mais *"Que la loi change ou pas, dit l'une, « il y aura toujours autant d'avortement"*.

Une autre dira sur le même ton *"Pénaliser l'avortement ne peut pas empêcher une femme d'enlever un enfant si elle ne le veut pas ou si les conditions ne sont pas réunies pour ça. Pour ma part, on peut me mettre en prison toutes les fois qu'on peut, mais ça ne va pas me contraindre à garder un enfant que je ne souhaite pas voir"*.

A nouveau, les soucis de santé publique prime:

"Il y aurait beaucoup moins de risque quand on voudrait se faire avorter, moins de discrimination".

"Oui, l'avortement devrait être légalisé, parce qu'il y a trop de risque de mort pour la femme qui veut le faire clandestinement."

"Quand l'avortement est pénalisé, toutes les personnes le font en secret et ca n'est pas une bonne chose."

"Si l'avortement dépénalisé il y aurait moins de personnes qui meurent a cause de l'infection".

Puis c'est un sentiment d'injustice qui s'exprime :

"Cette loi est une injustice faite aux femmes."

"Il n'y a pas de travail dans le pays, en plus les hommes ne veulent pas prendre leurs responsabilités en tant que pères."

Cette loi punit beaucoup de personnes. On est dans un pays pauvre ou les gens n'ont pas de travail pour subvenir à leurs besoins."

"Les faux témoins cesseront de tuer et de compliquer la vie des femmes".

Un chœur de voix de femmes s'exprime donc fortement contre une criminalisation qui ne fait rien pour dissuader les femmes d'avorter, mais qui permet à des charlatans d'abuser de leur détresse et les met en danger. Elles demandent pour finir quel suivi sera fait pour la dépénalisation de l'avortement en Haïti? Quels processus l'Etat va entamer pour que l'avortement soit sécurisé?

*Elles demandent pour finir quel suivi sera fait
Pour la dépénalisation de l'avortement en Haïti?*

Témoignages
Les Secrets Qui Nous Tuent

**« M gen de twa zanmi m ki di m achte sitotèk...
Achte byè mete l byen glase... »**



“Nan 2006...tap fe m 8 an depi m tap mouri, m gen yon ti gason m fè an 2004 sou de zan. M vin tonbe ansent pou yon lòt patenè men moun lakay mwen pat vle paske ti gason m nan c te sou kont yo li ye. Yo te toujou di m ou pap al pran yon lòt pou met nan kay la anko, déjà yo te kontinye etid mwen alepok m tap fe segond. Mwen renmen avèk patenè a, men mwen menm ankò ki vin timid m ansent, mpa vle al di patenè an sa, m rele de twa zanmi m di kisa pou m fè paske m ansent. Yo di ou fou ou paka ansent, m di yo wi m ansent. Lè yo mennen m yon kote, nan yon lopital yo di m yap fè tès pou nou pou wè si m ansent vre nan sen minit yap banm rezilta, vrèman vre nan sen minit yo bay rezilta m ansent.

Epi m gen de twa zanmi m ki di m achte sitotèk, achte byè mete l byen glase, m pral mete glase lakay la pou ou, m di wi, demen maten pou w pran l.

Efektivman m glase byèr la, m pran konprime an, kijan yo t di m pou m pran l, li te di m wap met youn nan vajan w bò gòch la, wap fè trent minit avè l aprè sa wap pran sa wap pran lòt de an avèk byèr lan byen glase men sa pran souf, pou w pa kite lè pase, efektivman mwen fè l men aprè m vin pèdi kontròl mwen paske m te sou, mpat abitye bwè.

Sa ap fèt nan maten pou moun lakay mwen pa sispèk kan lè lekòl mwen rive, m leve m al lekòl m santi m paka ret lekòl la m santi m gen doulè, yo mennen m al lakay mwen. Tout moun lakay mwen ap mande m sa m genyen sa m genyen m di mpa konnen sof ke m gen vant fè mal, nan nwit m gen yon premye sòmèy, lè m fin domi m leve yon vant fè mal pran

m, kounya c yon grand sè m ki te nan menm chanm avè m avèk ti pitit mwen an, kounya m rele grand sè m mwen an m di vin mete m atè sou kabann nan, li di m sa w genyen, m di l ou mèt mete m atè pa rele pèsòn, mete m atè. Lè l w`e m ap kriye map pouse paske l banm pouse, li di non pito rele manman m, m di l non pa rele manman m ou mèt kite si m mouri di w pa konnen, ou sèlman jwenn mwen atè a, m mouri. Li di m non, m pap kapab li rele yon gran frè m, gran frè m nan menm yo kite manman m nan chanm pa la, menm kote a yo desann lopital san frontyè ak mwen.

Lè nou rive san frontyè, yo mande sa k genyen, m di vant fè mal m genyen, yo mande sa k kòz vant fè mal la, yo di vant fè mal ou genyen ... m vin pèdi konesans. Lè yo fin fè tout sa pou yo fè m revini, epi san frontyè mande m kisa ki pase paske w nou wè yon bagay pandye nan bouboun ou. M di m pa konn sa l ye, yo di m si w ap bay manti wap mouri wi. M di m pa konn sa l ye. Men m ap fè doktè yo siy pou yo fè frè m nan sòti, paske m pi pè frè m nan ke sè m nan. Gen yon miss ki te la ki konprann, li di men mesye pa ka gen de moun ki la ak malad la, gen yon fi la ou menm deyò. Frè m nan di non, se mwen ki pi gran se mwen ki pou rete, miss lan di non e mwen menm ki komande isi a se ou kap deyò. Vrèman vre li sòti, m di doktè m te ansent, men sa k pase, m pran yon sitotèks avèk yon byè epi li banm pouse a se konsa m wè bagay la sòti nan bouboun mwen pandan m ap pouse a, li di jeneral tou dwat. Yo pran m yo mete nan machin yo voye m jeneral.

Lè m rive jeneral, doktè yo sèman yo pap manyen m fò m ret mouri. Yo di m ou t dakò fè afè w reziye w pou w mouri. Yo fè kominikasyon an pase bouch an bouch, chak doktè ki vini "madanm sa a deside retire tèt li nan lavi, kite l pou l mouri". Vrèman vre chak sa ki vini yo gade m yo di kite l pou l mouri li deside retire tèt li.

Map rele, m gen yon bò frè m ki medsen, lè frè m nan voye rele, m pa konnen manman m dwe leve nan nwit lan, li sispèk gen moun ki te sòti, lè l pa wè l li ap rele rele, frè m nan di li lopital avè m, li di kòm se granmoun nou ye, si yon moun malad m anndan yon chanm pou nou sòti avè l asime responsablite nou. Epi yo rele bò frè m nan, li prezante kat li, li di doktè yo kelkeswa sa ki ta genyen nou la, nou jire pou nou bay lavi, kèlkeswa sa li ta fè, se nòmal pou nou pran ka l, yo di non li dwe ale lopital pou sa se pa li ki pou te fè l. Li di ok, admeton li gentan fè l nan pwen kote l rive a. Yo retounen gade m, yo di sèl sa nou ka fè pou li « achte gan », yo achte gan, yo fè m monte ti bourik yo banm gan. Yo di m « madanm sèl sa nou ka fè pou ou nap voye w nan sal operasyon, nap koupe sa ki pandye a pou ou, epi anyen ankò non madanm ». Vrèman vre yo fè l men se atò m pral gen doulè gen pral vin debouche emoraji. Yo di yo pap manyen m.

M ale pa jwenn kabann, m pa jwenn chèz pou m chita, moun yo kanpe avè m ; kounya frè m nan oblije apiye m sou pye l, nou ten an ijans. Lè l wè m ap mouri vre, li di non, fò n chache yon lōt lopital pou n ale avè w paske nou pa ka kite w mouri la. Lè bò frè m nan

rive li di lap rele jij de pè, lap rele lapolis vin fè konsta paske se mehan kelkeswa sa ki ta rive yo dwe pran w. Depi yè swa m jan m ye a, m pat gen emoraji se aprè yo fin fè m operasyon an m vin gen emoraji. Sa vle di, bò frè m nan di, nou pa pa konn kisa ki koupe a, nou pa konn si se pa nan matris li nou al pike, nou pa konn kisa ki pase, dayè pa gen anyen nou pa fè sonografi pou nou di kisa ki sòti a, sèlman nou koupe, kounya nou pa ka deside pou nou kite l mouri.

Gen yon dam ki parèt, dam nan di m se manman w ki voye vin w`e w, manman w ap kriye, manman w di li pap vin lopitl paske n pa respekte l, nou pat dwe ale san nou pa di l. Epi lè l rive, li rele manman m paske eta l wè nan, li di manman m si w pa vini wap pèdi pitit ou an. Manman m di sa l genyen ? Li di janm wè l la, li pa jwenn kabann e lap bay san, manman m di eben sa l genyen ? Li di pa konnen, manman m di sa l genyen. Li di pa konnen paske yo di l sa m genyen. Epi manman m di okay lap prezante.

Lè manman m prezante, li mande doktè yo si yap kite m mouri, doktè yo reponn yo di nou menm k ap kite l mouri madanm, mande l sa l genyen. Kounya manman m anfas mwen li di m si w pa di m sa w genyen wap mouri, yo se doktè w m se avoka w, si w banm manti ou déjà mouri. M di manman m pat konn si m t ansent, m t ansent, manman m di koman w fè ansent m di m pa konnen, m te ansent epi m al bwè ti byè pou anivèsè yon zanmi m men sa k rive men sa k rive. Manman m di sa poko pawòl la, ou wè mwen menm, m te pase jèn fi tou. di m sa k pase a. M di m pa konnen, li di m wap fin geri pou l wap kite lakay mwen an pou 2 men sèlman m pap kite w mouri.

Yo pran m yo desann nan lopital asil fransè, lè yo rive asil fransè avè m doktè yo mande kote m te ye dat sa a sa k pase. M di m te san fwontyè, ssan fwontyè voye m jeneral, jeneral fin fè koupe sa l ap koupe a sòf ke m pat gen emoraji sòf ke m te gen pouse, yo banm piki li kanpe men yo pa resevwa m ankò atout san an ap koule. Yo di non sa pa ka fèt konsa, yo siyen yon papye yo di se jeneral ki fè w operasyon, swa jeneral ap fè yon dosye pou yo di nou men sa l koupe oubyen jeneral responsab ou, nou pa ka fè anyen sinon. Vrèman vre, m te gen yon kouzen m ki komisè alepòk, yo annik rele kouzen m nan, li debake avèk jij, li di doktè yo di sa n ap di an. Yo mande kiyès ki te koupe, genyen di y opa konnen, l`e yo mande kiyès ki te fè e nwi, yo jwenn li. Yo di rele doktè a sou plas pou l di sa l ap di a paske yo pa kite l mouri. M pèdi konesans se sou de semèn m reprann konesans.” ††

~ Jèn fanm, yon trantèn lane, ki ap viv nan zon kafou

*“Nouantannnousoutwa mil goud, m di m pa
gen tout kòb la non, m gen de mil.”*



††

††

“M pral pale soukòzavòtman an, m fè yon eksperyans de sa. Se pa rapòavèk yon mennajke m te genyen, poulennan pa ansanm. Men lajmwentevanseke li menm, lèsa a li te nan filo li menm. Otomatikmansate vin fèt li tetoujouaprele m nan telefòn, li di m men sakrive, men sak rive ke li pa wèrèg li. Kounya la menm, m di l kisa l vlefe. Li di non li pa an mezipou l fètimounpoulennanpaske l lekòl, e siparan l konnenke li nanbagay sayo, yokarejete l tou yon seri de bagay.

Premyeeksperyanskenoutefè, te gen yon afè de sitotèk, m teachte 3 grennsitotèk, yoteeksplike m koman m pou m fè li fè l. M fè l vin lakaymwengranmbonè, m ba l yon byè, li bwè l, epi m ba l de grennsitotèk li bwèepiyote di fòkoufèsèks a fi a watheverepi mete lòtsitotèklan nan vajen li, episate rive.

Men ofilditan, nap swiv, oukonnen le plisouvanlè w fin fè l fò w tann yon jou, le meme jouantousaka rive san an vini. Lè n ap ret tannnouwè san an pa janmvini. Lè san an pa janmvinikounyamanzè di konsa bon, m vrèmancho la a paske m pralsounenpòttwasemenndepi m pa wèrègmwen, katsemenn, ouoblifè yon bagaypoumwen. Li fènwitlan lap rele m, m komanseevetou, kounya la m oblije apfèdemachkòbkounya m rele de twazanmi m. Yoeksplike m yon koteanfaslopitaljeneral, yoeksplike m kote a epiefektivmanvrenou ale. Men okour de la rout, lè w apantre nan espasa a, otomatikmanouantre nan espas la, tout moungetankonnen se saou vin fèpaske se sayofèanndanespasa a.

Nouantre, epinoujwenn yon jennmedsen, epi m eksplike l fè a, li fèanalizepi l jwenndemwazèl la ansentvremene, lè l fin wèsa, li dim konbyenkòbougenyen. M di bon se anfonksyon de mank de mwayen kifè m pat vlefe l men kijan w kapabnegosyepounoufèsapaskedemwazèl la vrèmanenkyète. Kounyaefektivmanvre, nouantannnousou yon afè de twa mil goud.Nouantannnousoutwa mil goud, m di m pa gen toutkòb la non, m di m gen de mil.

Kounya la medsenan di ebyen okay, kòm se jennou ye, mwèdemwazèl la se yon jenndemwazèltou map fè l pououpou de mil goudatestankeoudwe m rèsyò. Epi efektivmanvre, li fin fè tout analizpou demwazèl la epi m wè l antrenan yon tichanmavè l epi m deyè. Sakiteplisfristre m nan bagay la, se le fèke... rèldemwazèl la tap bay la, m tesantiemi nan mwenmenmpaske l tap kriyeamèrmantousa. Men se pa yon bagaykiteprananpil tan, sateka dire yon afè de 15 a 20 minit. Epiannaprèdemwazèl la sòtianswityofè l dèprekskripsyon, yo di noumenmsapounouachtekontenfenksyontousa.

Se temwagnajlansa, anfen m tekapab di an gwo, se yon bagaykivrèmanderanjman, li deranjman pa rapòavèkjansosyete a konprann li, e pa rapòavèkfristrasyonougenyenlè w pralfè l tou, ou pa santi w nan pò w vrepaske gen anpil mounkikontsa.” ††

~ Jèn gason yon trantèn lane, ki rete zòn dèlman

Conclusion

Au terme de cette analyse nous déduisons les différentes raisons qui poussent une femme à vouloir mettre fin à une grossesse en dépit de la connaissance du danger que cela représente, que les centres hospitalier reçoivent une forte demande des services d'avortement, et post-avortement ; que tout le monde sait ou se fait l'avortement, mais n'ose pas le dévoiler puisque cette pratique est interdite par la loi. Que les femmes n'ont aucune voie de recours au cas où l'avortement aurait mal tourné, qu'il ait de graves complications ou même la mort.

Cette étude montre que les femmes veulent pouvoir choisir de mener une grossesse à terme ou pas, qu'elles puissent jouir pleinement de leurs droits sexuels et reproductifs sans mettre leur vie ou leur santé génésique en péril, que les services d'avortement doivent être libre, gratuit, accessible et sécuritaire à toute.

Recommandations:

L'avortement bâclé est actuellement la troisième cause de mortalité maternelle en Haïti, basé sur des cas de décès maternels déclarés, tandis qu'Haïti a le taux le plus élevé de la mortalité maternelle dans la région.

Les recommandations suivantes visent à réduire la mortalité maternelle et les autres conséquences de santé grave liées à l'avortement illégale, réduire les grossesses non désirées, améliorer l'accès à la prévention, l'éducation et les services de santé sexuelle et reproductive, et répondre aux besoins des victimes de viol et d'inceste qui vont chercher un avortement.

L'avortement reste un problème de santé national et le voile public doit être levé via la décriminalisation et aussi par l'amélioration des services de santé maternelle.

□ ***Dépénaliser l'avortement en Haïti et de réduire l'obstacle juridique à l'accès*** des femmes à des avortements médicaux sécurisés par des professionnels agréés car c'est une question de santé publique nationale qui reste urgente. Cette étape législative permettrait de réduire considérablement l'incidence élevée de la mortalité maternelle liée aux conséquences de l'avortement bâclé.

□ ***Prendre des mesures pour améliorer l'accès des victimes de viol au conseil, à la contraception d'urgence, au dépistage pour les IST et le VIH, et aux services médicales*** dans la fenêtre juridique obligatoire de 72 heures après le viol.

□ **Réglementation des professionnels agréés par un protocole national** de la santé sur l'avortement légal, et améliorer l'accès à la formation, le personnel et les centres de santé offrant des services post-avortement, y compris des conseils.

□ **Lutter contre les attitudes négatives au sujet de l'avortement par le personnel des centres de santé publics** qui limitent ou empêchent les femmes à aboutir des services de santé post-avortement après un avortement échoué. Mandat la formation des professionnels de santé publique dans les salles d'urgence qui reçoivent de tels clients.

□ **Rapporter les abus: Mettre en place un service d'assistance téléphonique SOS anonyme et gratuite**, au niveau national, géré par un conseiller qualifié, pour répondre aux demandes du public ou des plaintes relatives à des services d'avortement. Utilisez la ligne SOS pour l'inviter les rapports publics de fournisseurs illégaux et des charlatans, de documentation des violations, et pour informer l'enquête juridique et judiciaire, et le suivi des plaintes.

□ **Fournir une éducation publique et communautaire et d'informations sur les dangers des produits et méthodes de rue non réglementés** qui peuvent provoquer l'avortement, y compris les herbes.

Améliorer les services:

□ **Fournir une formation normalisée des professionnels agréés** sur les services d'avortement et post-avortement légales et sécurisés.

□ **Offrir la formation et l'éducation sur l'avortement, contraception d'urgence, et les services post-avortement aux sages-femmes, les matrones et les guérisseurs traditionnels**, en particulier dans les zones rurales, qui sont souvent les fournisseurs de soins primaires dans les zones avec peu de services de santé.

□ **Faire connaître le programme gratuit des services obstétriques de l'OMS (SOG)** qui assure le transport d'urgence pour les femmes ayant besoin de services d'accouchement et gynécologie.

□ **Réglementer la qualité des services: Sous les auspices du MSPP, convoquer les directeurs d'hôpitaux** publics et les centres privés qui fournissent les services de contraception d'urgence, post-avortement, et d'autres services pour les femmes enceintes, a but d'examiner les protocoles et les directives, établir un processus de rapportage des plaintes des patients, et à offrir de la formation, de l'équipement et d'autres services nécessaires à l'amélioration sur les plaintes.

□ **Encourager les centres à avoir un représentant des patients** pour documenter les plaintes et le suivi.

□ **Lutter contre la stigmatisation envers les populations vulnérables** (travailleurs du sexe, les lesbiennes / gay / personnes trans, le VIH-positifs).

- ***Intégrer la formation et de l'information sur l'avortement dans les services et l'éducation en matière de procréation et de santé destinés aux adolescents.***

Education pour les fournisseurs, la prévention:

- ***Financer une campagne médiatique d'éducation du public sur le risque de décès et de conséquences de l'avortements bâclé***, le risque d'utilisation d'herbes et d'autres produits pour provoquer l'avortement, et la disponibilité des services publics existants gratuites, y compris la contraception et la planification familiale, service de contraception d'urgence, dépistage des IST et du VIH, les soins maternels, et les services de soins légal post-avortement.

- ***Faire connaître l'emplacement des sites et services pour la contraception d'urgence et des services de planification familiale.*** Augmenter la distribution des services de contraception d'urgence, les conseils, les médicaments, les services de planification familiale par les fournisseurs dans les zones rurales - les mesures de prévention proactives pour contrer la demande de l'avortement.

Recherche

- ***Soutenir la recherche nationale sur les services d'avortement et l'impact des interruptions de grossesse non médicalisées***, pour arriver à une image nationale plus complète de l'avortement en Haïti, qui peut de suite informer les interventions visant à réduire la mortalité maternelle.

- ***Soutenir la recherche sur l'accès aux services d'avortement et post-avortement dans les régions rurales d'Haïti.***

- ***Soutenir la recherche sur les liens de l'avortement à la mortalité maternelle, à la violence sexuelle, l'inceste, à la pauvreté économique,***

- ***Soutenir la recherche sur les besoins en services des populations vulnérables*** (travailleurs du sexe, les victimes de viol, etc.).

L'éducation publique et de mobilisation communautaire:

- ***Lancer un vaste débat sur l'avortement non médicalisé comme problème de santé publique national.*** Amener les autorités publiques dans les discussions de l'avortement comme une question de santé urgente qui contribue à la mort des femmes et des filles en raison de la criminalisation. Organiser des forums, inviter les perspectives et voix des Haïtiens, le débat, sensibiliser les médias, et faire participer les communautés à discuter la demande croissante des femmes pour la dépénalisation et accès à l'avortement sécurisé.

- ***Engager les hommes et faire respecter les Lois sur la paternité.*** Attirer l'attention du public et de la communauté sur le rôle des hommes et le problème connu d'abandon des femmes enceintes et le refus de reconnaître la paternité qui pousse certaines femmes à se faire avorter.

- ***Intégrer dans le curriculum scolaire des formations sur la santé sexuelle et reproductive pour les enfants à partir des classes humanitaires.***

- ***Engager les églises et dirigeants religieux dans le débat national sur l'avortement comme sujet d'urgence nationale et de sante pour les femmes.*** Bien que certaines personnes s'opposent à l'avortement pour des raisons morales et religieuses, les églises ont un rôle important à jouer dans la lutte contre les facteurs qui poussent a recourir à un avortement non médicalisé. L'opposition religieuse à la planification familiale et à la contraception est un facteur critique qui explique le taux très élevé de grossesses non désirées et fait croire la demande de l'avortement en Haïti.

Références

- ACCESS FP, “Young Mothers, Young Girls,” rapport sur l’accès à le planning familiale pour les adolescents en Haïti, ACCESS FP, March 31, 2011.
http://archive.k4health.org/system/files/ACCESSFP%20Final%20Report_31March11.pdf
- D’Adesky Anne-christine and PotoFanm+Fi, “Beyond Shock: Charting the Landscape of Sexual Violence in Post-quake Haiti,” UCSB Center for Black Studies Research, 2013.
www.facebook.com/beyondshock
- Fitzgerald Molly and Larsen Erica, “The Long Wait: Reproductive Health Care in Haiti,” JSI Research and Training Institute, 2009, p. 11.
- “Gender Aftershocks: Teen Pregnancy and Sexual Violence in Haitian Girls,” Final Results of an Adolescent Survey. Summary Report, Fall 2012. PotoFi coalition, Haiti.
- Klasing Amanda, “Nobody Remembers Us,” a Human Rights report, August 2011.
www.hrw.org/sites/default/files/reports/haiti0811webcover.pdf
- Soins Obstetricaux Gratuit – The SOG Program: Examining Haiti’s Maternal Health Care Services,” MSF OCA, October 2009.
- Tong Katie and Gaillardin Florianne, “Interact Worldwide: Adolescent Sexual and Reproductive Health Assessment Mission to PLAN Haiti,” July 4-20, 2010, Interact Worldwide.
- UNFPA 2010 Annual Report. Online at:
unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/AR_2010.pdf