



Université de Montréal

**Analyse critique de la présence  
des contraceptifs longue durée réversibles en Haïti**

par Aube Cormier-Beaugrand

Département d'anthropologie  
Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté  
en vue de l'obtention du grade de maîtrise scientifique  
en anthropologie

Juin 2017

© Aube Cormier-Beaugrand, 2017



## Résumé

Ce projet aborde la dimension institutionnelle du choix en contraception et questionne la présence et la prévalence, en Haïti, de deux contraceptifs hormonaux longue durée réversibles (LARC) : les injections de *Depo-Provera* et les implants sous-cutanés. L'approche théorique adoptée est celle de l'anthropologie critique de l'humanitaire et fait usage du concept de dispositif mis de l'avant par Michel Foucault (1975-76) afin d'analyser les différents éléments qui s'articulent au sein du dispositif de santé mondiale tel qu'il se déploie en Haïti. Une analyse de la documentation disponible a permis d'identifier trois paradigmes explicatifs pour les contraceptifs LARC en Haïti : les discours biomédicaux, la structure administrative et le modèle de financement du dispositif de contraception mondiale. L'analyse des discours biomédicaux permet d'entrevoir les différents consensus entourant l'usage des contraceptifs LARC dans les pays en développement, tout en révélant l'impact de l'OMS en tant qu'instance normative dans le contexte des différentes controverses entourant les effets secondaires associés aux technologies contraceptives à progestérone et à longue durée. La structure administrative qui encadre la livraison des contraceptifs aux femmes vivant en Haïti permet de comprendre que les contraceptifs LARC vont de pair avec une approche démedicalisée de la contraception. Enfin le modèle de financement des programmes permet de saisir l'impact des dons en contraceptifs sur l'approvisionnement des programmes de contraception en Haïti, ainsi que la prédominance des organisations philanthropes sur l'orientation biomédicale des programmes de santé mondiale. En discussion le mémoire présente des réflexions anthropologiques critiques et questionne l'adéquation des contraceptifs LARC en Haïti, en raison des impacts de ces médicaments sur la santé, des préoccupations des Haïtiens et de la nécessité de remettre en cause le modèle biomédical en planification familiale.

**Mots-clés** : anthropologie, critique, humanitaire, développement, Haïti, femmes, santé, reproductive, contraception

## **Abstract**

This project addresses the institutional dimension of contraceptive choice and questions the presence and prevalence in Haiti of two long-acting reversible hormonal contraceptives (LARCs): Depo-Provera injections and subcutaneous implants. The theoretical approach adopted is that of critical humanitarian anthropology and makes use of the concept of "*dispositif*" in French (translated in "apparatus" by Dreyfus Rabinow in 1984) put forward by Michel Foucault (1975-76) in order to analyze the different elements that are articulated within the Global health system as it unfolds in Haiti. An analysis of the available literature identified three explanatory paradigms for LARC contraceptives in Haiti : biomedical discourse, administrative structure and funding model of the global contraceptive system. The analysis of biomedical discourse provides insight into the different consensuses surrounding the use of LARC contraceptives in developing countries, while revealing the impact of WHO as a normative body in the context of the various controversies surrounding side effects associated with progesterone and long-term contraceptive technologies. The administrative structure that governs the delivery of contraceptives to women living in Haiti makes it possible to understand that LARC contraceptives go hand in hand with a demedicalized approach to contraception. Finally, the program funding model captures the impact of contraceptive donations on the supply of contraceptive programs in Haiti, as well as the predominance of philanthropic organizations on the biomedical orientation of global health programs. In discussion, the paper presents critical anthropological reflections and questions the adequacy of LARC contraceptives in Haiti because of the health impacts of these drugs, the concerns of Haitians and the need to challenge the biomedical model in family planning.

**Keywords** : anthropology, critical, humanitarianism, development, Haiti, women, reproductive, health, contraception

# Table des matières

Résumé .....	1
Abstract.....	2
Table des matières .....	3
Liste des tableaux .....	7
Liste des figures.....	8
Liste des abréviations .....	9
Remerciements .....	11
<b>1. Introduction</b> .....	<b>12</b>
1.1. Réflexions sur la présence du Depo-Provera et de l'implant en Haïti .....	12
1.2 Problématique.....	15
1.3 Cadre théorique .....	20
1.4. Approche méthodologique .....	22
1.5. Les résultats <i>micro, meso</i> et <i>macro</i> .....	24
1.5.1 Analyse des discours biomédicaux.....	25
1.5.2. Les structures administratives .....	26
1.5.3. Les modèle de financement .....	26
1.6 Réflexions critiques .....	28
1.7 Conclusion.....	30
<b>2. Problématique</b> .....	<b>33</b>
2.1. Les contraceptifs modernes .....	34
2.2. Les contraceptifs longue durée réversibles (LARC) .....	35
2.2.1. Les injections de Depo-Provera.....	36
2.2.2. L'implant contraceptif.....	37
2.3. Contraception moderne en Haïti.....	38
2.4. Approche comparative.....	39
2.5. Progression des usages des contraceptifs LARC en Haïti.....	42

2.6. Clientèles ciblées pour les LARC.....	43
2.7. Le choix en contraception .....	45
2.8. Les méthodes contraceptives offertes en Haïti .....	46
2.9 Questions et objectifs de recherche .....	49
<b>3. Cadre théorique .....</b>	<b>51</b>
3.1 Anthropologie critique de l’humanitaire .....	51
3.1.1 La critique du développement international .....	51
3.1.2 La critique des droits humains.....	56
3.1.3. La critique de l’intervention humanitaire .....	60
3.2 Critique du modèle biomédical .....	61
3.3 Politiques de population clés en main .....	62
3.4 Les pressions des groupes de femmes .....	63
<b>4. Approche méthodologique.....</b>	<b>66</b>
4.1. L’analyse du dispositif .....	66
4.2. Analyse critique des discours .....	67
4.3. Collecte de données .....	69
4.4. Analyse sémiotique des discours.....	72
4.5. Les rapports entre éléments .....	74
<b>5. Les discours biomédicaux .....</b>	<b>77</b>
5.1 Introduction .....	77
5.2. Contraceptifs sans réapprovisionnement.....	78
5.3. Efficacité inégalée .....	79
5.4. Stérilisation réversible .....	80
5.5. L’acceptabilité de l’implant.....	81
5.6. Le retrait de l’implant.....	82
5.7. Pour toutes les femmes .....	83
5.7.1. Les adolescentes .....	86
5.7.2. La période post-partum.....	86
5.8 Les effets secondaires.....	90
5.8.1 Effets secondaires du Depo-Provera .....	90

5.8.2. Effets secondaires de l'implant sub-dermal .....	93
5.9. Conclusion .....	97
<b>6. Un agenda de démedicalisation .....</b>	<b>98</b>
6.1. La livraison des contraceptifs .....	99
6.1.1. Le personnel dédié.....	99
6.1.2. Le personnel non-médical .....	101
6.1.3. Sans examen médical préalable, ni suivi médical .....	102
6.2. Les pratiques à haut impact dans la prestation de services.....	103
6.2.1. Les agents de santé communautaire .....	104
6.2.2. La contraception post-avortement .....	105
6.2.3. Le marketing social .....	105
6.2.4. La contraception mobile .....	107
6.3. L'agenda de la « <i>contraceptive convenience</i> ».....	107
6.4. Conclusion .....	110
<b>7. Financement de la contraception mondiale.....</b>	<b>111</b>
7.1. Les partenaires .....	112
7.2. Les visées du partenariat .....	113
7.3. Les partenaires-donateurs internationaux.....	115
7.4. Les organisations philanthropes .....	115
7.5. La santé mondiale sous influence.....	117
7.6. Le secteur public.....	120
7.7. Sécurité contraceptive en Haïti.....	121
7.8. La participation de l'État haïtien .....	123
7.9. Les dons en contraceptifs .....	125
7.10. Points de services de contraception .....	126
7.11. Financement basé sur la performance .....	127
7.12. Conclusion.....	128
<b>8. Réflexions critiques.....</b>	<b>130</b>
8.1 Introduction .....	130
8.2 Des effets secondaires inacceptables.....	131



8.3 Critique du choix en contraception.....	134
8.4 <i>Depo-Provera</i> en Haïti .....	135
8.5 Antécédents du <i>Depo-Provera</i> .....	138
8.6 Programmes de contraception en Haïti.....	141
8.7 La résistance des Haïtiens .....	144
8.8 La crainte des méthodes proposées .....	146
8.9 Des soins de santé appropriés.....	148
8.10 Critique de la démedicalisation de la contraception en Haïti .....	150
8.11 Diversification du financement .....	152
8.12 Responsabilité et action.....	154
8.13 Le potentiel de la contraception naturelle.....	155
8.14 Le principe de précaution .....	162
8.15 Conclusion.....	163
<b>9. Conclusion</b> .....	166
9.1 Cadre théorique .....	166
9.2 Approche méthodologique .....	168
9.3 Les résultats.....	169
9.4 Réflexions critiques .....	170
Bibliographie .....	i

## Liste des tableaux

1. Tableau 1 – Usages de contraceptifs - Haïti /vs/ autres pays (ONU 2013)
2. Tableau 2 – Usages de contraceptifs LARC en Haïti de 1977 à 2012 (ONU 2013)

## Liste des figures

1. Figure 1 – Capsules de l’implant contraceptif *Norplant* (photo tirée d’Internet).

## Liste des abréviations

**APROSIFA** - *Association pour la promotion de la santé intégrale de la famille*

**DMO** – *Densité minérale osseuse* / en anglais : **MBD** – *Mineral Bone Density*

**DP** – *Depo-Provera (Metroxyprogesterone)*

**FDA** – (US) *Food and Drug Administration*

**LARC** - *Long acting reversible contraception* / en français : *Contraception « longue durée réversible »*

**MSPP** - *Ministère de la santé publique et de la population (Haïti)*

**MTS** - *Maladies transmissibles sexuellement* / en anglais : **STD's** (*Sexually Transmissible Diseases*)

**ONG** - *Organisation non gouvernementale* / en anglais : **NGO** - *Non Governmental Organisation*

**ONU** - *Organisation des Nations Unies* / en anglais : **UN** - *United Nations*

**OMS** - *Organisation mondiale de la santé* / en anglais : **WHO** - *World Health Organisation*

**UNESCO** - / en français : *Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture*

**UNICEF** - *United Nations Children's Fund* / en français : *Fonds des Nations Unies pour l'Enfance*

**UNFPA** - *United Nations Population Fund* / en français : *Fonds des Nations unies pour la population*

**USAID** - *U.S. Agency for International Development* / en français : *Agence des États-Unis pour le Développement International*

**VIH** - *Virus de l'Immunodéficience Humaine*, virus responsable du SIDA (*Syndrôme d'Immunodéficience Acquis*) / en anglais : **HIV** (*Human Immunodeficiency Virus*)

*Fanm ayisyenn*  
*Fanm fò*  
*Annou pa kite etranje yo*  
*Fè lalwa nan kò nou*

## Remerciements

J'aimerais remercier Anioclès Grégoire pour avoir rendu possible mes deux premiers séjours en Haïti en 2009. Je chéris tout particulièrement mes rencontres avec les femmes devenues mes amies, surtout Mireille, Milouze et Zolinia. Ce mémoire vous est dédié. Je remercie également Rose-Anne Auguste pour m'avoir ouvert les portes de son *Association pour la promotion de la santé intégrale de la famille* (APROSIFA) en Haïti, ainsi que l'anthropologue Timothy Schwartz pour avoir inspiré à ce projet une approche critique vis-à-vis des programmes de contraception en Haïti.

Je remercie ma directrice de maîtrise Karine Bates, pour sa patience et ses judicieux conseils à toutes les étapes de ce projet de maîtrise. Je remercie également ma mère pour m'avoir chaleureusement encouragée et aidée à compléter la rédaction de ce mémoire en prenant soin de mon fils Levy.

Je remercie le jury d'évaluation de mon mémoire, composé de Pierre Minn et de Sylvie Fortin, professeurs en anthropologie à l'Université de Montréal, pour leurs apports respectifs à ce mémoire de maîtrise.

# 1. Introduction

*« For population is a quintessentially international field  
in which big global theories have concrete and sometimes drastic implications  
for the most intimate, personal elements of a woman's or man's life : sexuality and reproduction »*  
(Freedman et Isaacs 1993 : 19)

## 1.1. Réflexions sur la présence du *Depo-Provera* et de l'implant en Haïti

Durant l'année 2009, j'ai fait deux voyages d'un mois en Haïti au cours desquels j'ai fait la rencontre de plusieurs femmes qui utilisaient les injections de *Depo-Provera* ou des implants sous-cutanés comme méthode de contraception<sup>1</sup>. Selon ces femmes, les contraceptifs leurs avaient été offerts gratuitement dans le cadre de soins post-nataux à l'hôpital ou dans le contexte de camps temporaires de contraception organisés par une ONG<sup>2</sup>. J'ai été préoccupée par cette observation car je connaissais le contraceptif *Depo-Provera* pour l'avoir moi-même utilisé. Je m'étais sentie interpellée lorsqu'en 2004, le médicament *Depo-Provera* s'était vu imposer un avertissement « boîte noire » (« *black box warning* ») par la FDA américaine (FDA 2004) et qu'il fut l'objet d'un avis public de Santé Canada en 2005 mettant en garde contre son utilisation (Santé Canada 2005). J'avais également été sollicitée lorsqu'en 2006, dans le cadre d'un recours collectif entrepris au Québec, des anciennes utilisatrices du *Depo-*

---

<sup>1</sup> L'OMS définit la *contraception* comme : « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (site internet OMS 2017).

<sup>2</sup> L'acronyme ONG est utilisé pour parler d'une *Organisation Non Gouvernementale*, en anglais NGO (« *Non Government Organization* ») (Fisher 1997).

*Provera* ont obtenu gain de cause contre la compagnie pharmaceutique *Pfizer* en raison de la perte de densité minérale osseuse (DMO) qu'avait provoqué leur usage prolongé du contraceptif (Grenier 2008). Alors que je croyais sincèrement que le *Depo-Provera* avait été retiré des protocoles médicaux, j'étais en réaction devant plusieurs femmes rencontrées en Haïti qui me disaient avoir reçu ou recevoir les injections de *Depo-Provera*.

J'étais par ailleurs étonnée d'apprendre l'existence même d'un implant sous-cutané contraceptif dont l'usage était apparemment répandu en Haïti. Les femmes rencontrées en Haïti étaient pour la plupart surprises d'apprendre que les injections de *Depo-Provera* étaient « à usage limité » aux États-Unis et au Canada en raison des effets secondaires reconnus (FDA 2004, Santé Canada 2005). Ces femmes étaient également perplexes de constater que j'ignorais tout de l'implant, elles qui croyaient qu'elles avaient eu accès à des contraceptifs « de pointe » qu'utilisaient les femmes de pays riches<sup>3</sup>.

Cette rencontre entre mes perceptions face aux contraceptifs hormonaux et les perceptions des femmes haïtiennes sur ces questions, aurait pu et aurait probablement dû faire l'objet de cette étude. Or les circonstances post-tremblement de terre de 2010 m'ont rendue inconfortable à retourner en Haïti à court terme et encore moins d'y mener un projet de terrain visant à rapporter la parole des femmes. J'étais déjà critique de la présence de l'international en Haïti avant le séisme de 2010, que je ne pouvais que l'être davantage après, me refusant de participer à la ruée humanitaire qui a déferlé sur Haïti. Les revendications post-colonialistes et décolonialistes<sup>4</sup> se faisant entendre toujours plus fort dans les dernières années n'ont fait que

---

<sup>3</sup> Dans ce mémoire j'utiliserai l'expression « pays riches » pour parler des pays comme les États-Unis, le Canada, la France ou la Grande-Bretagne, dont le revenu national par habitant est nettement plus élevé que celui des pays dits « pauvres » comme Haïti.

<sup>4</sup> Post-colonialisme et décolonialisme sont deux postures politiques et académiques face aux différentes formes de colonialisme qui ont marqué et qui marquent l'humanité. Le post-colonialisme (ou études post-coloniales), marqué par les écrits de Frantz Fanon (1952) et ceux d'Edward Saïd (1978), implique une prise en considération des impacts du colonialisme et l'entrée dans une ère lui succédant. Le décolonialisme (ou décolonisation) implique l'action de démanteler les formes actuelles de colonialisme et parfois revendiquer des identités métissées ou associées à l'époque pré-coloniale. Le livre *Race, Class, and the Politics of Decolonization* (Clarke 2016) rapporte les discussions liées à la planification familiale durant la période de 1961-1968 en Jamaïque qui fut marquée par la prise d'indépendance politique de la nation jamaïcaine.



renforcer mon inconfort en tant qu'étrangère de me faire porteuse de la parole des femmes et des Haïtiens, à moins que c'eut été de façon entièrement collaborative et dans une démarche d'une toute autre nature.

Conséquemment, la parole directe des femmes haïtiennes est plutôt absente de ce mémoire de maîtrise, bien que celles-ci soient les plus directement concernées par les questions ici soulevées. Lorsque la perspective éémique des Haïtiens face aux contraceptifs qui leurs sont offerts est évoquée, c'est à travers la documentation ethnographique ou les études cliniques qui la rapportent. Malgré cela la voix des Haïtiens et particulièrement leur expression de résistance sont bien présents dans la documentation et il est à cet effet révélateur de constater le peu de remise en question qu'ont occasionné au sein du dispositif mondial de santé, ces voix de protestation provenant d'Haïti et d'ailleurs.

Dans ce projet, j'ai souhaité opérer un retournement du regard, une forme d'anthropologie du chez soi<sup>5</sup>, le soi étant ici le *dispositif*<sup>6</sup> d'aide humanitaire et d'aide au développement tel qu'il se déploie dans le domaine de l'accès à la contraception en Haïti. Bien que je n'aie jamais travaillé en Haïti au sein d'une ONG ou autre organisation étrangère présente en Haïti, je considère appartenir en tant qu'anthropologue étudiante au dispositif international agissant sur Haïti. Qu'il s'agisse de la production de connaissance scientifique portant sur Haïti ou de l'impact direct que j'ai sur les gens rencontrés en Haïti, sur le prix de leurs aliments ou de leur loyer, ou simplement mon appartenance à la société québécoise laquelle soutient activement le dispositif international présent en Haïti, j'aurai toujours un rôle à jouer. Dans le cas de ce mémoire, je souhaite qu'il puisse soulever différents problèmes éthiques entourant les usages

---

<sup>5</sup> L'anthropologie chez soi est un courant de l'anthropologie qui privilégie d'ethnographier ou de penser le « chez soi » plutôt que « chez l'autre ». Selon Marianne Gullestad, la distinction entre l'anthropologie traditionnelle et l'anthropologie « chez soi » serait un héritage du colonialisme et de son ségrégationnisme binaire (Gullestad, Lien et Melhuus 2009).

<sup>6</sup> Le concept de *dispositif* hérité de Foucault (1975-76) est central à ce mémoire en tant qu'outil de conceptualisation des mécanismes de pouvoir qui agissent dans nos sociétés modernes.

en Haïti des contraceptifs longue durée réversibles (LARC<sup>7</sup>) tels que le *Depo-Provera* et l'implant hormonal sous-cutané. En ce sens, ce projet n'échappe pas au « complexe du sauveur blanc<sup>8</sup> » face au peuple haïtien, toutefois j'ai choisi de privilégier la prise de responsabilité face à la situation que ce mémoire s'apprête à problématiser.

## 1.2 Problématique

Suivant mon retour d'Haïti, j'ai entrepris des recherches documentaires afin de mieux connaître les deux technologies de contraception longue durée réversible (LARC) que sont les injections de *Depo-Provera* et les implants de type *Norplant*. J'ai tenté de comprendre les mécanismes d'action des contraceptifs à progestérone et leurs effets sur le corps des femmes. J'ai cherché à connaître les effets secondaires et les critiques qui étaient associés à ces types de contraceptifs hormonaux, le contexte de leur approbation et les positions normatives les concernant.

J'ai également voulu vérifier si la présence des contraceptifs LARC était statistiquement significative en Haïti, autrement dit : dans quelle mesure les femmes vivant en Haïti utilisaient la méthode par injections et les implants contraceptifs décrits par les femmes rencontrées en Haïti ? J'ai constaté que le *Depo-Provera* était de loin la méthode la plus utilisée en Haïti, représentant près des deux-tiers (2/3) des usages totaux de contraceptifs modernes en Haïti (ONU 2013). Moins prévalents, les implants contraceptifs étaient tout de même bien présents (ONU 2013). J'ai tenté de comparer les statistiques d'usages de contraceptifs en Haïti avec les statistiques mondiales. De cet exercice, il est ressorti qu'à l'inverse d'Haïti, les injections et les implants étaient pratiquement absents des statistiques d'usages de contraceptifs dans les

---

<sup>7</sup> L'abréviation LARC est tirée de l'appellation anglaise de « *Long Acting Reversible Contraception* » et fait référence aux méthodes de contraception dont l'effet perdure sur une longue durée mais est réversible.

<sup>8</sup> En premier lieu le complexe du sauveur est un concept issu de la psychologie et qui définit un individu qui se définit pathologiquement dans l'aide apportée aux autres. Le « complexe du sauveur blanc » (en anglais par « *white savior's complex* ») transpose le concept aux rapports entre peuples afin de décrire le complexe de supériorité qui motiverait les participants de l'aide internationale. L'écrivain Teju Cole parle quant à lui de « complexe industriel du sauveur blanc » (« *white-savior industrial complex* ») faisant là référence à l'industrie qu'est devenue l'aide internationale.

pays comme le Canada et les États-Unis (ONU 2013). Les usages de contraceptifs recensés en Haïti en 2012 étaient plutôt comparables à ceux de pays d’Afrique de l’Est tels que le Rwanda et l’Éthiopie (ONU 2013), lesquels sont cités en exemple de pays où les usages de LARC sont les plus élevés (Jacobstein et Stanley 2013).

La documentation a révélé que l’Afrique sub-saharienne constituait la clientèle la plus visée pour la contraception par implant sous-cutané, alors que 87% des implants contraceptifs étaient destinés au sous-continent africain en 2012 (RHSC 2012). J’ai tenté de comprendre les conditions (politiques, historiques, culturelles, économiques) qui favorisaient l’usage des contraceptifs LARC en Afrique sub-saharienne ainsi qu’en Haïti. J’ai entrepris de connaître l’histoire des programmes de contraception en Haïti et de comprendre comment est organisé le dispositif de contraception mondiale qui se déploie actuellement en Haïti.

L’historique de l’implantation des programmes de contraception en Haïti semble marqué d’une part par une forme de résistance de l’État et de la population haïtienne face aux programmes de contraception, d’autre part marqué par une prise en charge progressive de la sécurité contraceptive par le développement international (ONU, USAID). Alors que le gouvernement haïtien a traditionnellement favorisé des programmes d’accès à la planification familiale s’imbriquant dans un ensemble de soins maternels et infantiles, ses partenaires étrangers auraient au contraire favorisé la décentralisation, la privatisation et la fragmentation des soins de santé, accordant une attention soutenue à l’accès à la contraception, souvent au détriment des autres volets de la santé reproductive (Maternowska 2006).

En dépit des nombreux efforts investis depuis les années 1950 afin d’augmenter la prévalence de la contraception en Haïti, le taux de natalité est longtemps demeuré inchangé. Lorsque Timothy Schwartz publiait son livre en 2009, le taux de natalité des femmes haïtiennes était toujours parmi les plus élevés du monde avec 5 enfants par femme (Schwartz 2009). Le taux de natalité d’Haïti a depuis considérablement diminué, car il était de 3,9 enfants par femme dans l’ensemble du pays selon les statistiques de 2010 (Pierce 2013, IHSI 2014), puis était de 3,15 enfants par femme en 2013 (Guay 2015). Selon les prédictions de l’organisme *Perspective monde*, basées sur les données de la Banque Mondiale des cinquante dernières

années (1960-2013) et sur les tendances des dernières années, le taux de fertilité d'Haïti aura atteint 2,67 enfants par femme en 2017 (Guay 2015). Entre les données de Timothy Schwartz datant de 2007 (Schwartz 2009) et les prédictions pour 2017, le taux de natalité fertilité en Haïti pourrait donc avoir diminué de moitié en seulement dix ans, après être resté pratiquement inchangé durant près de 50 années de programmes de contraception.

De nombreux anthropologues ont été envoyés en Haïti, par la USAID, afin d'étudier les phénomènes de santé reproductive et comprendre les raisons derrière le refus des Haïtiens face à la contraception offerte. Deux groupes d'explications ont été produites par les anthropologues : le premier groupe évoquant divers phénomènes de résistance liée à des phénomènes culturels tels que l'importance des enfants dans la société haïtienne (Schwartz 2009), le deuxième groupe faisant porter l'échec de la contraception sur la gestion même des programmes internationaux mis sur pied en Haïti (Smith 1998). Le médecin et anthropologue Paul Farmer évoquait un « paradoxe haïtien de fertilité » (préface de Maternowska 2006), alors qu'une majorité de femmes haïtiennes déclarait souhaiter utiliser la contraception moderne, mais que cette volonté ne se traduisait pas en usages statistiques.

Selon les données les plus récentes pour Haïti, 44% des femmes qui souhaitent avoir accès à une forme de contraception afin d'espacer les naissances, n'y ont toujours pas accès. Ces statistiques placent Haïti au sommet des pays où la demande en contraception est la moins comblée et font d'Haïti une priorité en terme d'efforts visant un plus grand accès à la contraception (USAID 2015). L'accès à la contraception constitue l'un des instruments clés de la santé publique mondiale afin d'améliorer la santé des populations. La contraception permettrait de réduire considérablement le taux de grossesses non planifiées, de fausses-couches et d'avortements, elle permettrait de réduire considérablement le taux de mortalité maternelle et infantile, les grossesses adolescentes et plus (Singh et Darroch 2012).

Un dispositif de sécurité contraceptive a été mis en place en Haïti en 2004 par l'ONU (*Organisation des Nations Unies*) et la USAID, lequel vise à garantir l'approvisionnement d'Haïti en contraceptifs (USAID 2015). Ce dispositif d'urgence humanitaire est le résultat d'une prise en charge de la santé reproductive d'Haïti, renforcée au rythme des crises

politiques successives qui ont marqué l'histoire d'Haïti durant les trente dernières années (Maternowska 1996, , Gibbons et Garfield 1999, Maternowska 2006, Schwartz 2010).

Bien que le *Depo-Provera* ait été présent en Haïti depuis les années 1970 dans quelques établissements privés de santé, l'approbation du médicament en Haïti a fait l'objet d'une controverse après qu'une copie de l'article choc de Minkin (1981) ait été acheminée au gouvernement haïtien de l'époque, sous Jean-Claude Duvalier, lequel s'empressa d'interdire le contraceptif. L'article de Minkin (1981) sonnait l'alerte quant aux effets secondaires associés au *Depo-Provera* ainsi que son usage auprès d'une clientèle majoritairement composée de femmes qui allaitent leurs enfants et vivant dans les pays en développement (Minkin 1981). Après plusieurs manœuvres diplomatiques visant à rassurer le gouvernement haïtien, ce dernier autorisa le *Depo-Provera* en 1982 (Tafforeau et al. 1986). Toutefois l'étude ethnolinguistique commandée par l'État haïtien<sup>9</sup> afin de déterminer le degré d'acceptabilité des contraceptifs a révélé quatre années plus tard en 1986 que les effets secondaires associés au *Depo-Provera* étaient considérés comme étant « inacceptables » par une majorité de femmes haïtiennes interrogées (Tafforeau et al. 1986). Malgré le faible potentiel d'acceptabilité de la méthode en Haïti, celle-ci fut progressivement introduite dans le protocole de santé publique.

Selon l'ensemble des statistiques concernant les usages de *Depo-Provera* en Haïti, ceux-ci ont bondi une première fois entre 1995 et 2000, puis une seconde fois entre 2005 et 2012 (ONU 2013). Le second bond correspond à la période où le *Depo-Provera* est devenu à « usage limité » en Amérique du Nord (Shea 2007), ce qui donne place aux questionnements suivants : Pourquoi les standards de sécurité qui ont été appliqués à protéger la santé des femmes vivant au Canada et aux États-Unis, n'ont pas été appliqués aux femmes d'Haïti ? Qui a fait ce choix et pourquoi ?

---

<sup>9</sup> L'étude ethnolinguistique réalisée par Tafforeau, Daney, Allman et Allman (1986) faisait partie d'un ensemble de mesures demandées par l'État haïtien, lequel souhaitait effectuer les vérifications nécessaires avant d'autoriser le *Depo-Provera* en Haïti (Tafforeau et al. 1986).

La question du choix en contraception est complexe et repose sur un enchevêtrement de facteurs inter-reliés et d'importance relative selon différentes variables. Barrett et Buckley (2007) identifient trois dimensions au choix en contraception, les dimensions individuelle, clinique et institutionnelle (Barrett et Buckley 2007). Selon les données officielles disponibles au sujet d'Haïti, dix méthodes de contraception seraient offertes aux Haïtiens en milieu hospitalier ou en clinique de planification familiale (MSPP 2009). Toutefois Maternowska nuance ces données et précise qu'il existe une différence entre les méthodes recensées par les points de services de santé et les méthodes réellement offertes aux femmes, observables de façon ethnographique (Maternowska 2006).

Les données ethnographiques de Maternowska révèlent que la dimension individuelle du choix en contraception est peu respectée, que les médecins décident le plus souvent à la place des femmes d'une méthode contraceptive (Maternowska 2006). Alors que la littérature en planification familiale insiste sur l'importance de transmettre toute l'information disponible afin de produire un consentement éclairé (Walsh 1997), le compte-rendu de Maternowska en Haïti témoigne de nombreuses questions de femmes laissées sans réponse par les médecins et le personnel clinique, amenant Maternowska à questionner l'information reçue non seulement par les femmes mais également par le personnel clinique haïtien (Maternowska 2006).

Les données de Maternowska révèlent également que les milieux cliniques en Haïti subissent des pressions institutionnelles afin de favoriser certaines méthodes comme le *Depo-Provera* et l'implant (Maternowska 2006). La littérature en santé reproductive insiste sur l'importance d'offrir une variété de méthodes contraceptives (Bruce 1990) et que l'arrivée de nouvelles technologies contraceptives devrait élargir la gamme de méthodes contraceptives offertes aux femmes (Shea 2007). Or les études révèlent que les populations vivant dans les pays en développement se voient offrir moins de choix de méthodes contraceptives (Jonhson et al. 1994, Ross et al. 2002). En Haïti, les injections de *Depo-Provera* et les implants semblent être en train d'éclipser les autres méthodes de contraception existantes (ONU 2013).

### 1.3 Cadre théorique

Ce projet s'inscrit dans le champ d'études portant sur l'humanitaire (« *humanitarianism* » en anglais, dans Minn 2007), que Pierre Minn définit par l'union de l'élément « humains » (ou « humanité ») et d'une composante relationnelle (Minn 2007). Il s'agit donc d'humains en relations, mais ces relations sont teintées d'une intention particulière et d'un positionnement particulier. La perspective de l'humanitaire est celle des pays du Nord face aux pays du Sud, l'intention est bienveillante et bienfaitrice. Les pays riches représentant la sphère internationale sont les prodigueurs d'une aide destinée aux pays pauvres, devenant les bénéficiaires de l'aide internationale (Saillant 2007).

Les études portant sur le domaine de l'humanitaire ne comprennent pas impérativement une dimension critique. Comme le mentionne Atlani-Duault (2005), parfois des études émergent « de l'intérieur » du dispositif de l'humanitaire et n'emploient pas de perspective autocritique (Atlani-Duault 2005). Selon Didier Fassin (2010), les acteurs de l'humanitaire auraient même tendance à éviter complètement l'analyse critique (Fassin 2010). Francine Saillant (2007) propose une anthropologie de l'humanitaire qui soit intrinsèquement critique<sup>10</sup> : l'anthropologie critique de l'humanitaire (Saillant 2007).

Redfield et Bornstein (2010) proposent trois formes de critiques anthropologiques de l'humanitaire, chacune s'adressant à un sous-domaine de l'humanitaire : 1- les critiques du développement international, 2- les critiques adressées aux droits humains, 3- les critiques de l'intervention humanitaire (Redfield et Bornstein 2010). Malgré ces distinctions, les sous-domaines de l'humanitaire ne sont pas mutuellement exclusifs et leurs activités se chevauchent régulièrement (Minn 2007). L'étude des droits humains est parfois considérée comme une catégorie d'étude distincte, quoique difficile à dissocier de l'humanitaire dans certains

---

<sup>10</sup> Ici le concept de *critique* réfère à son sens philosophique original hérité du terme grec *kritikē* signifiant l'art de discerner, c'est-à-dire le fait de discerner la valeur des personnes ou des choses. Dans ce mémoire la critique s'opère dans la tradition de l'anthropologie critique et de l'anthropologie médicale critique. Voir *Critique de la santé publique, Une approche anthropologique* de Dozon et Fassin (2001).

contextes, comme dans le cas de la contraception où le dispositif de lois internationales soutient toute action du dispositif de développement et d'intervention d'urgence.

Le premier angle critique abordé dans ce mémoire est anthropologique. La critique est ici anthropologique au sens où elle questionne l'adéquation des programmes de contraception et des contraceptifs LARC en Haïti, à la lumière des données ethnographiques publiées (Tafforeau 1986, Lee Poy 1995, Smith 1998, Maternowska 2006, Schwartz 2009).

L'étude emprunte certains concepts à l'approche de l'anthropologie médicale critique (Fassin 2000) laquelle adresse les phénomènes de santé<sup>11</sup> par le politique, dans une perspective historique ou contemporaine, qui tient compte des déterminants *macro* sur la santé c'est à dire du contexte d'économie-politique internationale qui influe sur la santé des populations (Fassin 2000). Pour Fassin :

il s'agit de concevoir une économie politique de la maladie dans laquelle les rapports de forces internationaux trouvent leur place, dans laquelle le rôle des institutions médicales soit soumis à l'analyse, dans laquelle enfin la position du chercheur lui-même fasse l'objet d'une plus grande vigilance (Fassin 2000 : 98).

Ce projet emprunte à l'anthropologie de la santé sa théorie critique du modèle en santé publique<sup>12</sup> (Dozon et Fassin 2001), ici adaptée à la critique du modèle en santé mondiale alors qu'il est question de politiques de santé mondiale gérées par la gouvernance mondiale, c'est à dire l'ONU, ses agences et ses partenaires (Cock 2013). À certains moments l'étude formule une critique de certains modèles proposés par l'approche communautaire en santé publique. Dans le contexte de la santé mondiale et des programmes de contraception en Haïti, l'approche

---

<sup>11</sup> Selon l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition remonte à la constitution de l'Organisation mondiale de la santé en 1946 et n'a pas été modifiée depuis (OMS 2017).

<sup>12</sup> Dozon et Fassin (2001) présentent la santé publique comme : « *un savoir, un savoir-faire, une méthode et un état d'esprit* », dont l'émergence est intimement liée à celle de l'épidémiologie moderne laquelle a permis d'adopter une perspective statistique de la maladie et de la santé. Autrement dit la santé publique est « la santé de tous », bien que ce « tous » dépende du contexte donné.



biomédicale des programmes peut poser certains problèmes éthiques, par exemple lorsqu'il est question de l'emploi d'agents de santé communautaire afin de recruter des clientes pour les contraceptifs en échange d'une rémunération, alors que ces derniers ne disposent que de très peu d'information sur les effets secondaires associés aux technologies contraceptives LARC (Maternowska 2006).

## **1.4. Approche méthodologique**

Ce projet entreprend une analyse du dispositif de contraception mondiale tel qu'il se déploie en Haïti et plus précisément, des mécanismes qui sont à l'œuvre dans la construction du choix des contraceptifs LARC (injections et implants).

Les données de ce projet sont essentiellement documentaires et proviennent de bases de données statistiques, scientifiques et biomédicales, de documents internes rendus publics sur internet par certaines agences ou organismes internationaux. J'ai découvert que le domaine de l'humanitaire rendait une abondance de documentation disponible sur Internet, parfois des documents contenant des informations assez détaillées. J'ai circonscrit mes recherches aux deux contraceptifs longue durée réversibles, injections de *Depo-Provera* et implants, à Haïti, à l'Afrique sub-saharienne et aux pays en développement. J'ai trouvé quelques documents clés qui contenaient de nombreuses informations recherchées, comme le commentaire de Jacobstein et Stanley (2013) présentant un argumentaire complet point par point visant à faire la promotion de l'implant contraceptif dans les pays en développement.

Le concept de dispositif de Foucault (1975-76) est l'unité d'analyse du projet, l'approche par laquelle il a été possible de faire la collecte d'éléments aussi hétérogènes que : des discours et des énoncés scientifiques, des structures administratives et des modèles de financement. Les éléments recueillis ont été placés sur une grille d'analyse sémiotique permettant de rendre compte des rapports qu'ils entretenaient entre eux (Chandler 2010).

D'une part, j'ai étudié les consensus présents au sein du dispositif, les concepts sur lesquels les acteurs du dispositif sont en accord, là où le discours est homogène et où les acteurs entretiennent des rapports de collaboration. D'autre part, j'ai identifié les controverses qui sont survenues au sein du dispositif de contraception mondiale, les lieux de désaccord et de rupture, où les intervenants sont en rapports d'opposition. Dans le contexte du choix des contraceptifs, ce procédé a permis d'identifier les acteurs déterminants, les sources reconnues d'autorité, le pouvoir normatif, légal, administratif et financier. Le procédé analytique laisse entrevoir les joutes de pouvoir, les interventions qui semblent avoir influencé le cours des choses. Ici les éléments sont en rapports dits logiques puisqu'il y a rapports de causalité (Chandler 2010), par exemple lorsque l'OMS détermine les lignes directrices de santé mondiale. Quant aux discours dissonants : qui sont-ils ? que disent-ils ? comment sont-ils intégrés ou marginalisés par les discours dominant ? À la manière de Foucault, il s'agit également de prendre en considération les affiliations du discours (Foucault 1971). L'exercice permet d'entrevoir les liens entre : pouvoir, savoir et discours, lesquels seraient indissociables selon Foucault (Cock 2013).

Selon Raffinsøe (2013) : « *Le dispositif n'est pas une interprétation, mais un résultat* » (Raffinsøe 2013 : 63). L'analyse « dispositionnelle » consiste à cartographier la disposition des éléments du dispositif (Raffinsøe 2013) et le résultat s'apparentant à un ensemble multilinéaire aux lignes soumises à des dérivations (Deleuze 1989). Selon Raffinsøe (2013), l'analyse dispositionnelle inspirée de Foucault : en plus d'être « *une méthode d'analyse productive en sciences sociales* », elle permet d'examiner « *ce qui est déterminant pour nous aujourd'hui* » (Raffinsøe 2013 : 46).

Dans le contexte de cette étude portant sur le dispositif de contraception mondiale, trois paradigmes explicatifs de la présence des contraceptifs LARC en Haïti sont ressortis d'une analyse dispositionnelle : 1- les discours biomédicaux, qui supportent l'usage des LARC dans les pays en développement, 2- les discours administratifs, qui guident l'administration des contraceptifs dans des pays au faible accès dans les soins de santé moderne et 3- les structures de financement, lesquelles influencent les programmes de santé mondiale et le choix des contraceptifs offerts dans le cadre des programmes de contraception.

Le mémoire est divisé en neuf sections qui comprennent : 1- l'introduction, 2- la problématique, 3- le cadre théorique, et 4- l'approche méthodologique. Puis le mémoire comprend trois sections de résultats : 5- les discours biomédicaux, 6- les discours administratifs, 7- les structures de financement. Enfin le chapitre 8 présente une série de réflexions critiques et certaines solutions, et 9- la conclusion finale et la bibliographie.

### **1.5. Les résultats *micro, meso et macro***

Le premier chapitre de résultats présente les éléments du discours qui appartiennent au domaine biomédical et qui constituent le premier et plus important niveau de justifications pratiques et de légitimation des contraceptifs hormonaux LARC pour des pays en développement comme Haïti. Cette section fait appel à la perspective *micro* au sens d'infiniment petit. Le discours se situe au carrefour du langage biologique et du langage médical, alors que les deux s'allient afin d'expliquer comment les contraceptifs agissent sur le corps des femmes et sur leur vie. Les unités de sens sont de l'ordre des molécules biochimiques, des hormones de synthèse et de la métabolisation microscopique. Ici les technologies biomédicales sont pensées, conçues et testées, sur des animaux comme sur des humains.

Dans le deuxième chapitre de résultats, il est question du discours administratif qui accompagne la gestion des programmes de contraception en Haïti et la livraison des contraceptifs aux femmes. Ici l'accent est mis sur les aspects *meso* au sens de « l'entre-deux », puisqu'ils émergent du mouvement visant à rejoindre les femmes haïtiennes dans leur milieu, dans leur communauté, dans leur vie intime et familiale. La pulsion est entrepreneuriale, le langage emprunte au vocabulaire des marchés : livraison, administration, approvisionnement et marketing, sont parmi les concepts évoqués par l'entreprise visant à optimiser l'accès aux contraceptifs des femmes de pays en développement.

Dans le troisième chapitre de résultats, il est question de comprendre comment et dans quelle mesure le dispositif de financement et l'approvisionnement des contraceptifs influencent la

sélection des contraceptifs qui sont administrés en Haïti. Ici le recul est *macro* et s'attarde aux questions de politique, de souveraineté des états et de gouvernance mondiale. Le langage est formé de chiffres et de dollars \$US, de grandes fortunes et de grandes intentions. Les objectifs sont planétaires et multi-générationnels.

### **1.5.1 Analyse des discours biomédicaux**

L'analyse des discours biomédicaux présents au sujet des contraceptifs LARC permet de révéler l'ensemble des caractéristiques biomédicales qui font des contraceptifs longue durée réversibles des méthodes idéales pour les administrateurs de programmes de contraception destinés aux pays en développement. Dans les pays marqués par le manque d'accès dans les contraceptifs modernes, particulièrement en régions rurales, des technologies contraceptives qui permettent de limiter le besoin en réapprovisionnement présentent un avantage considérable par rapport aux méthodes comme la pilule ou le condom. De plus les contraceptifs LARC sont d'une efficacité inégalée, sont réversibles et ils s'adresseraient à « presque toutes les femmes », incluant les adolescentes, les femmes en période *post-partum*<sup>13</sup> et les mères qui allaitent (Jacobstein et Stanley 2013), lesquelles constituent la clientèle visée par les LARC dans les pays en développement (OMS 2005).

L'analyse des discours biomédicaux permet d'une part d'entrevoir la convergence des acteurs (scientifiques, pharmaceutiques, gouvernance mondiale) au sein du dispositif de contraception mondiale. D'autre part l'analyse sémiotique, tenant compte des consensus mais également des points de rupture et de controverses qui ont jailli du dispositif de contraception mondiale, permet d'entrevoir l'impact et le positionnement de l'OMS en tant qu'instance normative en santé mondiale. Ainsi lorsqu'il est question des effets secondaires associés aux contraceptifs LARC, l'OMS semble être intervenue à de nombreuses reprises afin de permettre leur utilisation auprès des clientèles de pays en développement, considérant les bénéfices de la

---

<sup>13</sup> La période *post-partum*, du grec ancien *post* (« après »), jumelé au latin *partus* (« accouchement »), s'étend chez la femme de l'accouchement au retour des menstruations.

contraception supérieures aux risques qu'ils comportaient pour la santé des femmes (Minkin 1981, Green 1988, OMS 2005, Shea 2007).

### **1.5.2. Les structures administratives**

Une analyse des structures administratives des programmes de contraception présents dans les pays en développement, dont Haïti, permet de constater que les technologies contraceptives LARC vont de pair avec une gestion « démedicalisée » de la contraception (Jacobstein et Stanley 2013). Des modèles novateurs de livraison des contraceptifs, impliquant le recours à du personnel dédié aux technologies LARC ainsi qu'à du personnel non médical formé spécifiquement afin d'administrer les LARC, permettent de promouvoir les contraceptifs LARC dans des pays dont l'accès aux contraceptifs est complexe. D'autres approches, considérées comme étant à haut impact dans la prestation de services (HIP) sont utilisées, telles que la contraception post-avortement, le marketing social et la contraception mobile (« *mobile outreach* »), afin d'augmenter la prévalence des contraceptifs LARC (HIP 2015). Toutes ces pratiques répondent à l'agenda politique pour une facilitation de l'accès aux contraceptifs (la « *contraceptive convenience* ») (Barot 2008), impliquant une vision des contraceptifs hormonaux comme des médicaments sans effets secondaires graves et qui seraient désormais bien connus des femmes, lesquelles seraient aptes à s'auto-diagnostiquer pour les maladies constituant des contre-indications pour l'usage des contraceptifs hormonaux (Barot 2008).

### **1.5.3. Les modèle de financement**

Il ressort de l'analyse du modèle de financement du dispositif de contraception mondiale que l'accès à la contraception en Haïti repose sur un réseau complexe de partenariats entre plusieurs organisations internationales dont l'influence semble toutefois très centralisée. La gratuité de l'implant contraceptif est rendue possible dans les pays en développement via un

dispositif de contraception mondiale marqué par la prédominance de quelques grands donateurs internationaux (Jacobstein et Stanley 2013, Martens et Seitz 2015). En résumé, des partenariats unissent les compagnies pharmaceutiques à des donateurs internationaux, lesquels influencent l'orientation biomédicale des programmes de développement international et de sécurité contraceptive. Le dispositif de sécurité contraceptive présent en Haïti sollicite la collaboration de l'État haïtien mais ne semble lui fournir pratiquement aucun budget. Les dons sont plutôt versés sous forme de fournitures contraceptives, un modèle de financement que j'ai traduit par dons en contraceptifs (USAID 2014) et qui semble également appliqué à l'approvisionnement et au financement des différents points de services de santé reproductive actifs en Haïti.

Selon l'étude de Martens et Seitz (2015), les fondations Gates et Rockefeller exerceraient à elles seules une influence prépondérante sur l'ensemble du dispositif de santé et de contraception mondiale, finançant le développement de technologies contraceptives, les compagnies pharmaceutiques, les instances de gouvernance mondiale (OMS, Banque Mondiale) ainsi qu'une variété d'ONG internationales. Ces deux organisations philanthropes auraient une influence sur l'orientation biomédicale (lire : médicamenteuse) des solutions adoptées en santé mondiale (Martens et Seitz 2015). La prédominance des organisations philanthropes dans le financement de la gouvernance mondiale comporterait plusieurs autres tendances préoccupantes, comme l'adoption d'orientations capitalistes : le « philanthrocapitalisme » (de l'anglais « *philanthrocapitalism* » dans Martens et Seitz 2015), la présence de conflits d'intérêts et de pressions d'influence, ainsi qu'un manque de transparence (Martens et Seitz 2015). Ce mémoire tente d'illustrer l'impact de cette nouvelle réalité au sein de la gouvernance mondiale sur le choix des technologies contraceptives LARC pour Haïti.

## 1.6 Réflexions critiques

Dès les premières études portant sur l'acceptabilité des contraceptifs LARC en Haïti, les données ont révélé que les effets secondaires du *Depo-Provera*, particulièrement l'arrêt des règles (*aménorrhée*), étaient considérés comme étant inacceptables pour les femmes haïtiennes (Tafforeau et al. 1986). De nombreuses autres études ont ensuite confirmé l'inconfort des femmes haïtiennes vis-à-vis des perturbations des saignements menstruels provoqués par les contraceptifs hormonaux longue durée (Lee Roy 1995, Smith 1998, Maternowska 2006). Malgré les réticences des Haïtiens face aux méthodes contraceptives qui leur étaient offertes, la planification familiale en Haïti semble s'être organisée autour de l'administration des injections de *Depo-Provera* et l'implant sub-dermal (Maternowska 2006).

Haïti est parmi les tout premiers pays où l'implant contraceptif a été testé, l'étude de Klavon et Grubb (1990) ayant révélé que l'implant était particulièrement problématique en Haïti en raison de certains manques dans les protocoles d'hygiène en contexte de soins de santé (Klavon et Grubb 1990). L'implant contraceptif, que certains Haïtiens surnomment « la méthode des cinq années » selon Smith (1998), semble également inspirer un sentiment de contrainte par sa longue durée (Smith 1998). Il ressort de la documentation que les Haïtiens témoignent d'une pression qui est exercée sur leur vie reproductive par les programmes de planification familiale présents en Haïti (Lee Roy 1995, Smith 1998, Maternowska 2006, Schwartz 2009).

En dépit de leur faible potentiel d'acceptation en Haïti, les contraceptifs LARC ont continué d'être activement promus auprès de la population haïtienne parce qu'ils représentaient des solutions pratiques pour les programmes de contraception (Maternowska 2006). Les États-Unis entreverraient par ailleurs plusieurs avantages politico-économiques au fait d'exporter le médicament *Depo-Provera* dans les pays en développement : production pharmaceutique américaine, stimulation de l'économie américaine et des exportations (Minkin 1981, Green 1988, Shea 2007).

Cette étude questionne d'un point de vue anthropologique, mais également politico-économique, l'adéquation des méthodes contraceptives LARC en Haïti. Ici les technologies contraceptives LARC sont appréhendées comme des composés pharmaceutiques à haut impact sur la santé des femmes (Grino 2014) et des enfants qui sont régulièrement allaités alors que leur mère reçoit des doses quotidiennes d'hormone contraceptive (Minkin 1981). L'usage des technologies contraceptives LARC en Haïti soulève également les questions de consentement éclairé et de respect de l'autonomie, alors que Maternowska (2006) décrit un contexte clinique où les femmes possèdent peu de liberté face à leur choix d'une méthode contraceptive.

Dans la conclusion de son ethnographie du domaine de la planification familiale en Haïti, Catherine Maternowska (2006) pose les conditions pour ce qu'elle considère comme des soins de santé appropriés pour Haïti, passant par une approche intégrée de la santé, impliquant la participation de la communauté, ayant recours à la diversification du financement et impliquant la responsabilisation et l'action du dispositif de santé reproductive face aux préoccupations des Haïtiens quant aux méthodes contraceptives qui leur sont proposées. Les projets de consultation communautaire entrepris par Maternowska (2006) ont permis aux participants d'exprimer leurs préoccupations face aux effets secondaires qui sont associés aux contraceptifs LARC, quant au manque de ressources médicales du pays ne permettant pas d'encadrer l'importance des effets secondaires provoqués par les méthodes contraceptives LARC et quant au caractère inapproprié de certaines méthodes contraceptives pour Haïti, comme l'implant *Norplant* (Maternowska 2006).

Le cas de la clinique communautaire de l'APROSIFA permet de comprendre comment la diversification du financement par les points de service en santé reproductive ne permet pas d'échapper au modèle de financement par dons en contraceptifs et laisse peu de marge de manoeuvre à l'administration de la clinique de santé reproductive afin d'effectuer des choix de technologies contraceptives. Selon moi il est également questionnable que soient employés des agents de santé communautaire en guise d'extension du modèle biomédical au sein des communautés. Les agents de santé communautaire sont issus de la communauté auprès de laquelle ils interviennent et bénéficient de la confiance de leurs pairs. Il m'apparaît comme



étant questionnable qu'ils soient rémunérés pour chaque nouvelle utilisatrice de contraception recrutée, étant souvent très peu informés au sujet des effets secondaires associés aux différentes méthodes contraceptives (Maternowska 2006).

Alors que les groupes religieux d'Haïti, surtout l'Église catholique et les églises protestantes, ont souvent constitué un obstacle à l'accès à la contraception en Haïti, s'opposant ouvertement et politiquement à celle-ci, depuis les années 1960 l'Église catholique de Rome s'est montrée ouverte aux méthodes naturelles de contraception. J'ose entrevoir la situation comme une opportunité de rejoindre une clientèle haïtienne religieuse avec une approche naturelle de la contraception. La méthode *Serèna*, originaire du Québec, est une combinaison de méthodes d'observation des cycles de fertilité (prise de température basale, observation de la glaire, de l'utérus et des autres symptômes liés à la fertilité) et d'abstinence périodique. Je crois par ailleurs dans le potentiel d'une approche laïque de la contraception naturelle, laquelle ne pose pas de limite morale à l'usage d'autres méthodes de contraception (condom, capot cervical, spermicides et autres) lors des périodes fertiles de la femme. Tout comme Maternowska (2006), je crois qu'il serait progressiste de légitimer les thérapeutes traditionnels en Haïti et d'encourager leur intégration dans le système de santé public. Je crois également que l'usage de plantes et aliments médicinaux en soutien de la contraception ainsi que la revalorisation d'une approche naturelle de la contraception peuvent bien s'insérer dans une approche décolonialiste de la santé et s'inscrire dans la revalorisation des savoir-faire ancestraux.

## **1.7 Conclusion**

Suite à la rencontre de femmes vivant en Haïti qui utilisaient les injections et l'implant sub-dermal comme méthodes contraceptives, j'ai entrepris une analyse des discours contenus dans la documentation quant à l'usage de ces technologies contraceptives auprès des clientèles de pays en développement et en Haïti. J'ai cherché à répondre à la question : quelles sont les circonstances qui expliquent la présence des contraceptifs LARC dans le protocole de planification familiale en Haïti ? Trois paradigmes explicatifs de la présence des contraceptifs

LARC en Haïti sont ressortis de mon analyse du dispositif de contraception mondiale tel qu'il intervient en Haïti.

L'étude critique des discours biomédicaux qui sous-tiennent le choix du *Depo-Provera* et l'implant dans les pays en développement et en Haïti a permis d'identifier les différents avantages que comportent les injections et l'implant pour ces régions. Une analyse des rapports causaux, de collaboration et d'opposition qui unissent les différents éléments du système, a permis d'identifier les liens de cause à effet entre les interventions normatives de l'OMS et la présence des LARC dans les pays en développement. Dans le contexte des différentes controverses scientifiques ayant concerné les contraceptifs LARC, à chaque fois l'OMS s'est prononcée en faveur des LARC dans les pays en développement en raison des bénéfices associés à la contraception comme outil de santé mondiale, permettant de réduire un ensemble de conditions de santé publique : grossesses non planifiées, avortements, dont une majorité sont effectués dans des conditions risquées, mortalité maternelle et infantile, naissances d'enfants porteurs du VIH/Sida, grossesses adolescentes, grossesses présentant des complications de santé et davantage (Sign et Daroch 2012).

Face aux risques d'effets secondaires associés aux contraceptifs hormonaux LARC, tels que les risques de réduction de la densité minérale osseuse (DMO) menant à des troubles d'ostéoporose, il est possible d'observer la présence d'un double standard en ce qui a trait à la santé et la sécurité des femmes vivant dans les pays développés, versus celles vivant dans les pays moins développés (Bretin 1992, Shea 2007). Les contraceptifs LARC comprennent également un ensemble d'effets secondaires que de nombreuses femmes considèrent inacceptables, tels que l'arrêt des règles (*aménorrhée*) et les perturbations des saignements menstruels et les maux de tête. Les impacts à long terme des contraceptifs LARC sur le développement des enfants allaités par des mères recevant des injections trimestrielles de *Depo-Provera* ou étant porteuses de l'implant sont peu connus et peu étudiés encore. L'OMS mentionne même certaines préoccupations scientifiques quant à de possibles effets des LARC sur le développement du cerveau. Les contraceptifs hormonaux sont des médicaments comportant des impacts majeurs sur la santé, les hormones associées à la fertilité participent à la régulation et au développement des autres organes du corps. Les contraceptifs LARC

comprennent des effets secondaires potentiels très documentés. Plusieurs données présentées par l'anthropologue Stephen Minkin (1981) dans son article controversé concernant les effets secondaires du *Depo-Provera* ont été confirmés dans des études plus récentes. Minkin (1981) souhaitait mettre en garde le gouvernement haïtien contre les effets potentiels d'une crise de santé publique éventuelle en Haïti liée à l'usage du médicament *Depo-Provera*, une crise à laquelle ne saurait répondre le système de santé public haïtien actuel. Dans une approche de protection de la santé des femmes, il semble que le principe de précaution devrait être appliqué face aux technologies LARC en Haïti et au regard de la santé des femmes et des familles d'Haïti.

En contrepartie les injections et l'implant contraceptifs comprennent de nombreux avantages pour les clientèles vivant dans les pays en développement : sans nécessité de réapprovisionnement, sans nécessité d'examen médical préalable ni de suivi de santé, d'une efficacité inégalée, une stérilité réversible s'adressant à pratiquement toutes les femmes, incluant les adolescentes, les femmes en périodes *postpartum* et qui allaitent (Jacobstein et Stanley 2013). Contrairement au stérilet, les injections et l'implant ne nécessitent pas d'examen pelvien.

L'analyse des discours provenant des structures administratives entourant la livraison des contraceptifs aux femmes vivant en Haïti a permis de comprendre que les injections et l'implant s'insèrent dans un modèle de démedicalisation des contraceptifs (Barot 2008), lequel permet d'éliminer les obstacles à l'administration des contraceptifs tels que la visite chez un médecin, l'examen pelvien, la nécessité d'obtenir une prescription médicale pour s'approvisionner. Le modèle administratif des contraceptifs LARC fait également appel à du personnel entièrement dédié à l'administration de ces méthodes, ainsi qu'à la formation de personnel non médical autorisé à administrer les contraceptifs LARC. De plus les contraceptifs LARC s'insèrent dans une série de services de santé à haut impact, tels que le marketing social, la contraception post-avortement, l'emploi d'agents de santé communautaire et les cliniques mobiles. Il faut reconnaître que dans le contexte haïtien, marqué par un manque d'accès et un manque de ressources médicales, ainsi que par les ruptures régulières dans l'approvisionnement en médicaments du pays, les méthodes contraceptives longue durée

réversibles possèdent de nombreux avantages en matière d'accessibilité. Lorsque comparés aux contraceptifs oraux à prise quotidienne (la pilule) même aux injections trimestrielles de *Depo-Provera*, l'implant dont l'efficacité s'échelonne sur 5 années apparaît comme une solution biomédicale idéale.

Toutefois à la lumière des impacts des contraceptifs LARC sur la santé et du contexte démedicalisé de leur administration, ce mémoire souhaite remettre en cause le modèle biomédical en matière de planification familiale en Haïti. Si le dispositif de santé mondiale appliquait le modèle de soins de santé centré sur les femmes et centré sur les personnes, il entendrait les nombreuses préoccupations des Haïtiens face aux méthodes contraceptives qui leur sont offertes. Le mémoire conclut sur la pertinence de remettre en cause le modèle biomédical en planification familiale et propose certaines solutions misant sur le potentiel des approches naturelles de la contraception pour Haïti. Les solutions sont présentes mais elles ne sont pas que biomédicales et les solutions pour Haïti seront celles qu'identifient les Haïtiens pour eux-mêmes.

## **2. Problématique**

La problématique de ce projet de recherche s'est structurée au travers de mes recherches documentaires sur les contraceptifs longue durée réversibles (LARC) et sur leurs usages statistiques en Haïti et dans le monde. Les données, définitions et catégorisations présentées sont le plus souvent tirées du *World Contraceptive Patterns* produit par l'ONU en 2013 (ONU 2013). L'étude internationale répondait au cinquième des *Objectifs du Millénaire* de l'ONU visant l'amélioration de la santé maternelle dans le monde, plus précisément à l'objectif 5b quant à l'objectif de donner un accès universel à la santé reproductive. Le document présente les données statistiques recueillies mondialement entre 2010 et 2012 quant aux usages de contraceptifs, dans le but de cartographier la prévalence des différentes méthodes de contraception disponibles et ultimement de chiffrer le besoin non comblé en contraception dans chaque pays. Dans la planche du *World Contraceptive Patterns* (ONU 2013), la première

statistique à gauche présente la prévalence de la contraception dans un pays, toutes méthodes confondues. Puis les contraceptifs sont divisés en deux grandes catégories, la première présentée étant celle des contraceptifs dits modernes, la seconde catégorie est celle des contraceptifs traditionnels. L'usage des méthodes traditionnelles ou naturelles remonte aux origines de l'humanité et je discuterai davantage de ces méthodes et de leur potentiel dans le chapitre 8 de réflexions critiques. Pour l'ONU les méthodes traditionnelles de contraception incluent l'abstinence périodique ou la méthode du calendrier, l'abstinence prolongée, l'allaitement, les douches vaginales, les méthodes familiales et traditionnelles telles que l'usage d'aliments ou de plantes pour la contraception. Dans cette section il sera surtout question des contraceptifs modernes qui sont hérités de la biomédecine moderne.

## **2.1. Les contraceptifs modernes**

Dans le *World Contraceptive Patterns* (ONU 2013) les méthodes de contraception modernes qui sont présentées de gauche à droite dans le tableau sont en premier lieu les stérilisations permanentes, effectuée chez la femme le plus souvent par la ligature chirurgicale ou l'obturation des trompes de Fallope, chez l'homme par le procédé de vasectomie. Dans le tableau de l'ONU viennent ensuite les contraceptifs hormonaux, le premier étant les contraceptifs oraux (« la pilule »), puis les contraceptifs injectables (*Depo-Provera* et autres), puis les implants hormonaux. La catégorie de contraceptifs qui suit est la méthode mécanique du stérilet (ou dispositif intra-utérin (DIU)), lequel peut contenir (ou non) des hormones. Ensuite vient la méthode barrière masculine du « condom » (ou préservatif masculin) puis la catégorie des méthodes par barrière vaginale, qui inclut le diaphragme, la cape cervicale, les gels, mousses, crèmes et éponges spermicides. Enfin la catégorie « autres méthodes modernes » inclut la contraception d'urgence (parfois appelée « plan B » ou « pilule du lendemain » au Québec), les condoms féminins ainsi que d'autres méthodes non détaillées. Dans ce mémoire nous aborderons surtout les méthodes de contraception les plus connues et les plus utilisées en Haïti, soit la pilule, les injections, l'implant et le condom.

La pilule contraceptive est le premier contraceptif hormonal moderne qui fut développé et administré aux femmes, se présentant habituellement sous la forme d'une roulette ou autre dispositif contenant l'équivalent d'un cycle menstruel féminin en petits comprimés, chacun comprenant la dose quotidienne d'hormone synthétique nécessaire à la femme pour atteindre la contraception. La prise d'hormone synthétique par la femme interrompt complètement son cycle menstruel, toutefois sa roulette de contraceptifs contient l'équivalent d'une semaine de comprimés placebo (sans hormone) afin de recréer l'impression des menstruations. De plus en plus de femmes prennent la pilule en continu et certaines technologies biomédicales sont proposées aux femmes qui souhaitent éviter la prise d'un comprimé quotidien (Grigg-Spall 2013).

## **2.2. Les contraceptifs longue durée réversibles (LARC)**

Réunis sous l'acronyme anglophone LARC, qui signifie : « *Long-acting reversible contraception* », ces contraceptifs ont en commun leur mécanisme longue durée réversible, bien que les technologies diffèrent entre-elles par la combinaison des mécanismes qui assurent la stérilité temporaire. Le plus connu des contraceptifs LARC est le stérilet, aussi appelé dispositif intra-utérin (DIU) (« *Intra-uterine device* » - IUD en anglais) et dont l'effet contraceptif repose sur la présence physique du dispositif, souvent décrit comme un petit « t » inséré à l'intérieur de l'utérus de la femme. Les failles d'efficacité de la méthode mécanique seule ont été comblées soit par l'utilisation du stérilet fait de cuivre, dont l'effet contraceptif serait chimique en ce qu'il provoquerait une inflammation utérine ainsi qu'une modification du pH du vagin, soit par l'addition d'un mécanisme à libération hormonale lente s'échelonnant sur environ cinq années (Grigg-Spall 2013). Dans ce mémoire il sera peu question du stérilet en raison de sa faible prévalence en Haïti (voir Tableau 1). Certains efforts auraient été déployés en Haïti afin de promouvoir le stérilet (Smith 1998) toutefois ce dernier serait resté impopulaire. Dans l'introduction de la première étude portant sur l'acceptabilité du *Depo-Provera* en Haïti, Tafforeau et al. (1986) présentent les injections de *Depo-Provera* comme une alternative permettant de palier aux problèmes d'accessibilité et d'acceptabilité du stérilet, lequel nécessite impérativement une intervention gynécologique (Tafforeau et al. 1986).

### 2.2.1. Les injections de *Depo-Provera*

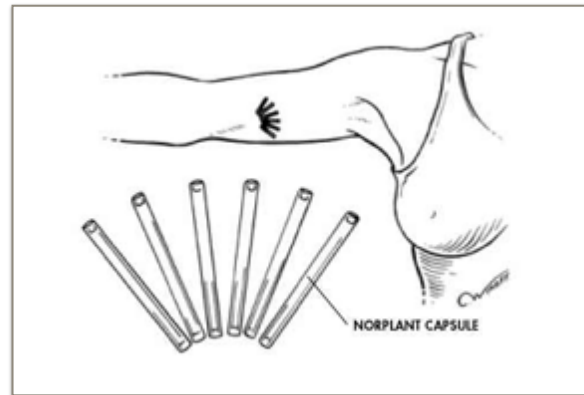
Le *Depo-Provera* a été mis au point à la fin des années 1950 par la compagnie pharmaceutique *Upjohn* (aujourd'hui *Pfizer*) et sa formulation a très peu changé depuis, sauf sa concentration, qui a légèrement diminué depuis les années 2000. Une solution contenant une hormone de synthèse : l'Acétate de medroxyprogestérone, « *Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA)* » en anglais (d'où son nom *Depo-Provera*), est administrée à la femme sous forme d'injection, le plus souvent par voie intramusculaire dans une fesse ou une cuisse, mais de plus en plus l'injection se fait par voie sous-cutanée. L'hormone est ensuite redistribuée par le corps et stockée dans le tissu adipeux, d'où elle sera progressivement libérée dans le système lymphatique et dans le flux sanguin, puis sera métabolisée par le foie et produira de la *norethisterone*, un type de progestérone. La progestérone est l'une des deux hormones essentiellement féminines avec l'estrogène, leur équilibre subtil régit tous les mécanismes liés à la reproduction féminine (ovulation, menstruations, grossesses, allaitement...) (Grigg-Spall 2013).

Suivant les doses de progestérone induites par le *Depo-Provera*, l'ovulation est suspendue, l'endomètre (parois internes de l'utérus), le *cervix* (col de l'utérus) et la glaire cervicale (mucus vaginal) sont modifiés de façon à rendre le milieu inhospitalier pour la progression des spermatozoïdes et pour la nidation d'un ovule possiblement fécondé. Le contraceptif est si puissant que son taux d'efficacité en essais cliniques atteint 99,9% (Jain et al. 2004). L'hormone agit immédiatement, comme en témoigne son utilisation sous la forme du contraceptif d'urgence agissant dans les 48 heures suivant l'injection. Dans son article hautement critique du *Depo-Provera*, Stephen Minkin (1981) écrit que l'injection de *Depo-Provera* provoque initialement un choc sur l'*hypothalamus* (« *produce a shock* »), ayant pour effet de rompre le cycle des hormones sexuelles de la femme (Minkin 1981). L'injection de *Depo-Provera* doit être renouvelée à tous les trois mois pour maintenir la dose d'hormones assurant l'effet contraceptif, ce qui peut constituer un obstacle à la continuation de la méthode

par les femmes (Peipert et al. 2011). L'implant hormonal sous-cutané se présente donc également comme une alternative, cette fois-ci encore plus durable que le Depo-Provera (Jacobstein et Stanley 2013).

### 2.2.2. L'implant contraceptif

Le premier prototype d'implant contraceptif, le *Norplant*®, était composé de six petits bâtonnets de plastique (silicone) de la taille d'allumettes, insérés sous la peau (habituellement sur la face intérieure du bras) (Voir la figure 1<sup>14</sup>) à l'aide d'un instrument spécialisé et suivant une anesthésie locale mineure. Les bâtonnets encapsulent une hormone synthétique, puis la libèrent progressivement dans le flux sanguin, où celle-ci se rendra au foie et sera métabolisée puis interprétée par le corps suivant le même mécanisme qu'avec le *Depo-Provera* (Fraser et al. 1998).



L'implant hormonal *Norplant* est la marque de commerce du *Population Council*, qui s'associa avec le pharmaceutique *Wyeth Pharmaceuticals* afin de développer et tester le contraceptif dans divers pays du monde et ce, dès la fin des années 1960 (Fraser et al. 1998). L'effet contraceptif de l'implant durait jusqu'à 7 ans avec le premier prototype *Norplant* (Jacobstein et Pile 2007). Plusieurs usages efficaces (c'est à dire sans retour à la fertilité) dépassant les 8 à 10 ans ont été rapportés au Nigeria (Mutahir 2007). Le *Norplant*® est aujourd'hui remplacé par plusieurs modèles améliorés : *Jadelle*, *Implanon*, *Sino-Implant II*<sup>15</sup>),

---

<sup>14</sup> La figure 1 est tirée d'un site Internet faisant la promotion de différentes méthodes de contraception - <http://www.layyous.com/en/pregnancy/contraception-different-birth-controls/2-56>



dont l'usage est limité à 3 ou 5 ans selon le modèle et qui comprennent seulement 1 à 2 capsules (JHBPH 2007, Jacobstein et Pile 2007, Jacobstein et Stanley 2013). Ce mémoire continue de faire référence à l'implant *Norplant*, même si technologiquement celui-ci est dépassé, puisque c'est ce modèle comprenant six capsules qui avait été administré aux femmes que j'ai rencontrées en Haïti en 2009 et parce que le nom de *Norplant* est encore utilisée dans la littérature pour faire référence à la technologie de l'implant.

### **2.3. Contraception moderne en Haïti**

Les statistiques de l'ONU les plus récentes datent de 2012 et estiment que 34,5% des femmes vivant en Haïti utilisent une forme de contraception (traditionnelle ou moderne) et que 31 % d'entre elles utilisent des méthodes de contraception modernes (ONU 2013). Ces 31% d'usages de contraceptifs modernes<sup>16</sup> en Haïti seraient répartis selon les usages suivants, allant des usages les plus prévalents aux usages les moins prévalents :

#### **19,4% d'injections hormonales**

5,1% de préservatif masculin (condom)

2,8% de contraceptif oral (pilule)

#### **1,9% d'implant hormonal sous-cutané**

1,5% de stérilisations permanentes de femmes

0,1% de stérilet (IUD)

0,1% d'autres méthodes modernes

---

<sup>16</sup> Les usages de contraceptifs, ou prévalence des contraceptifs, est une mesure statistique calculée à partir de la proportion de femmes en âge de concevoir, mariées ou à l'intérieur d'une union, qui se prévalent d'une méthode contraceptive. Ces mesures sont déterminées à partir d'échantillons nationaux considérés comme étant représentatifs de l'ensemble du pays (UN 2013).

Les données statistiques confirment donc que le Depo-Provera est la méthode la plus utilisée en Haïti avec 19,4% d'usages (sur 31%), ce qui constitue près des deux-tiers (2/3) des usages de contraceptifs modernes en Haïti. L'implant sous-cutané représente quant à lui 1,9% des usages. Les préservatifs masculins (condoms) constituent la deuxième méthode la plus utilisée en Haïti avec 5,1% des usages, suivis des contraceptifs oraux (pilule) avec 2,8%. Le stérilet est peu utilisé en Haïti avec 0,1% des usages, plus rare que les stérilisations permanentes (1,5% de femmes, 0,1% d'hommes). Les derniers 0,1% d'usages impliquaient d'autres méthodes modernes, une catégorie qui inclut les contraceptifs d'urgence. Aucune donnée n'est disponible sur les usages en Haïti de méthodes par barrière vaginale telles que les spermicides (ONU 2013).

## 2.4. Approche comparative

J'ai abordé les statistiques d'usages de contraceptifs dans le monde provenant de l'ONU (ONU 2013) dans une approche comparative. Le tableau de l'ONU présente la moyenne des usages respectifs de méthodes contraceptives dans le monde, dans les pays dits "développés"<sup>17</sup>, dans les pays dits "en développement", parmi lesquels l'ONU établit une distinction entre ceux qui sont "moyennement développés" et ceux qui sont "peu développés". De prime abord il est intéressant de constater que les pays développés présentent des moyennes d'usages d'injections et d'implants contraceptifs très faibles (0,3% et 0,3% respectivement), alors que ces deux types de contraceptifs obtiennent une moyenne des usages de 10,4% et 1,2% dans les pays peu développés et de 3,7% et 0,4% dans les pays moyennement développés (ONU 2013).

Le Tableau 1 réunit les statistiques d'usages de plusieurs pays que j'ai sélectionnés en raison de la pertinence de leur comparaison avec Haïti. Lorsque l'on compare les usages de contraceptifs en Haïti avec ceux du Canada et des États-Unis, on peut constater des tendances

---

<sup>17</sup> L'ONU précise que son usage des concepts de "pays en développement", "pays développés", ne sert qu'à un usage statistique et ne constitue en aucun cas un jugement quant au degré d'évolution d'un pays ou d'une région donnée (ONU 2013).

diamétralement opposées entre Haïti et l'Amérique du Nord. Au Canada et aux États-Unis, les injections de *Depo-Provera* sont très peu utilisées (0 à 1% des usages) et l'implant contraceptif semble pratiquement absent des statistiques provenant des pays d'Amérique du Nord. L'utilisation de l'implant contraceptif est documentée et même critiquée aux États-Unis (Freedman et Isaacs 1993, Arnow 2013) toutefois aucune statistique n'est disponible dans les données populationnelles de l'ONU (ONU 2013). Au Canada, l'usage de l'implant n'est pas documenté et il était toujours considéré comme étant absent du protocole de santé québécois en 2016, selon mes recherches<sup>18</sup>. Au contraire d'Haïti, les méthodes les plus utilisées au Canada et aux États-Unis sont la pilule contraceptive, le préservatif masculin et la stérilisation permanente, féminine ou masculine. La seule méthode contraceptive longue durée réversible (LARC) statistiquement significative dans les pays riches est le stérilet (ONU 2013).

Lorsque l'on compare les usages des trois pays en terme des proportions d'usages qu'ils représentent, l'opposition des tendances est encore plus marquée. En Haïti on dénombre les usages de contraceptifs modernes à 31% et lorsqu'additionnés, le *Depo-Provera* et les implants constituent 21% de ces usages, ce qui équivaut à presque 70% de l'ensemble des usages de contraceptifs modernes en Haïti. Inversement, au Canada et aux États-Unis, malgré une haute prévalence de la contraception moderne (72% au Canada et 70,4% aux États-Unis), les injections et les implants constituent en général moins de 1% de l'ensemble des usages (ONU 2013).

---

<sup>18</sup> Appels logés à Info-Santé et à Santé Canada en 2015 et 2016.

**Tableau 1 - Usages de contraceptifs modernes - Haïti /vs/ autres pays<sup>19</sup>**

2012 2013	Contra ceptifs modernes	Stéril. femmes	Stéril. hommes	Pilule	Injections	Implant	Stérilet	Condoms	Barr vag.	Autres méthodes modernes
Monde	57,0	18,9	2,4	8,9	4,1	0,5	13,9	8,0	0,2	0,2
Pays développés	61,0	8,4	5,3	17,7	0,3	0,3	8,9	18,4	0,9	0,9
Pays peu développés	29,5	3,0	0,7	10,4	10,5	1,2	1,0	2,7	0,0	0,0
Pays moy développés	60,8	23,5	2,1	7,0	3,7	0,4	17,0	6,9	0,1	0,1
Canada	72,0	11,0	22,0	21,0	1,0	0,0	1,0	11,8	1,0	0,0
États- Unis	70,4	22,1	11,0	16,3	0,0	0,0	5,2	15,0	0,0	3,9
Haïti	31,0	1,5	0,1	2,8	19,4	1,9	0,1	5,1	0,0	0,1
Rép. dom	69,5	47,4	0,0	13,4	4,2	0,6	2,1	1,9	0,0	0,0
Cuba	73,2	23,9	0,1	5,2	1,4	0,1	24,9	17,2	0,2	0,2
Jamaïque	66,2	12,0	0,0	18,0	11,0	0,0	1,0	24,0	0,0	0,2
Rwanda	44,0	0,8	0,0	7,1	26,3	6,3	0,5	2,9	0,0	0,1
Éthiopie	27,3	0,5	0,0	0,3	20,8	3,4	2,1	0,2	0,0	0,0
Indonésie	57,9	3,2	0,2	13,6	31,9	3,3	3,9	1,8	0,0	0,0

Toujours à partir du Tableau 1, il est intéressant de comparer les usages de contraceptifs modernes d'Haïti aux usages d'autres pays moins développés du monde. Dans la zone des Caraïbes, sa voisine la République dominicaine dispose d'un taux de contraception moderne de 69,5% donc comparable à celui des pays développés, la stérilisation féminine est très pratiquée (47,4%), la pilule est prévalente à 13,4%, les injections représentent 4,2% des usages et l'implant 0,6%. À Cuba là aussi la contraception est élevée avec 73,2%, toutefois ce sont le stérilet (24,9%), les stérilisations féminines (23,9%), le condom (17,2%) et la pilule (5,2%) qui sont les plus populaires alors que les injections se limitent à 1,4% et l'implant 0,1%. En Jamaïque le taux de contraception est élevé avec 66,2%, le condom et la pilule sont les méthodes privilégiées (21% et 18% respectivement), suivies par les injections de type *Depo-*

<sup>19</sup> Données tirées du rapport de l'ONU (2013) - *World Contraceptive Patterns*. Les données sur Haïti proviennent de l'étude de DHS et MICS effectuée en 2012.

*Provera* qui atteignent tout de même 11%. Par contre l'implant est absent en Jamaïque (ONU 2013).

À l'échelle internationale, les injections de *Depo-Provera* sont très présentes en Amérique du Sud, en Indonésie, en Afrique sub-saharienne et dans les Caraïbes (ONU 2013). Les usages du *Depo-Provera* en Indonésie atteignent 31,9% et ceux de l'implant 3,3%. Toutefois c'est en Afrique que les usages du *Depo-Provera* et de l'implant sont les plus élevés, principalement en Afrique de l'Est dans les pays comme le Rwanda (26,3% et 6,3%), le Kenya (21,6% et 1,9%), l'Éthiopie (20,8% et 3,4%), l'Uganda (14,1% et 2,7%), la Tanzanie, le Malawi (25,8% et 1,3%) et Madagascar (17,9% et 1,5%). En Afrique du Sud les injections sont très présentes, mais l'implant moins (28,4% et 0,0%), même chose en Namibie (21,8% et 0,2%), au Lesotho (19,3% et 0,1%) et au Swaziland (21,3% et 1,8%) (ONU 2013).

Il est mentionné dans un rapport venant de la *Reproductive Health Supplies Coalition*<sup>20</sup> (2012) que cette année là 87% des implants contraceptifs étaient destinés à l'Afrique sub-saharienne (RHSC 2012). Au Rwanda les taux de prévalence de l'implant contraceptif sont aujourd'hui parmi les plus élevés au monde, avec 6,3% des usages chez les femmes mariées, 5,9% chez les femmes non mariées et 6,4% chez les femmes de milieux ruraux, les dernières étant davantage visées par les technologies contraceptives longue durée réversibles (Jacobstein et Stanley 2013).

## **2.5. Progression des usages des contraceptifs LARC en Haïti**

Dans le Tableau 2, les données provenant des études ponctuelles réalisées en Haïti en 1977, 1983, 1987, 1994-95, 2000, 2005-06 et 2012 ont été placées en suite longitudinale de façon à illustrer la progression des usages des deux contraceptifs LARC.

---

<sup>20</sup> *Reproductive Health Supplies Coalition*, une coalition de fournisseurs de contraceptifs visant à coordonner les opérations d'approvisionnement en contraceptifs dans les pays en développement (RHSC 2012).

**Tableau 2 - Usages de contraceptifs LARC en Haïti de 1977 à 2012**

Méthode	1977	1983	1987	1989	1994-95	2000	2005-06	2012
DP	-	0,2	0,8	1,6	2,7	11,8	11	19,4
Implant	-	-	-	-	1,2	2	1,6	1,9

Le Tableau 2 permet d'illustrer le fait que l'augmentation des usages de *Depo-Provera* en Haïti s'est effectuée en deux bonds, quadruplant entre les années 1995 et 2000 (2,7% à 11,8%) puis doublant entre 2005 et 2012 (11% à 19,4%) (ONU 2013). Le deuxième bond coïncide avec les sept années qui ont suivi les restrictions d'usages du *Depo-Provera* au Canada et aux États-Unis en raison de ses effets secondaires reconnus (FDA 2004, Santé Canada 2005). Comment expliquer que les mises en garde provenant des milieux biomédicaux et des instances normatives à l'égard du *Depo-Provera* et amenant une restriction de ses usages, n'aient pas été appliquées aux femmes d'Haïti ? Il est ici légitime de parler d'une situation de double standard, alors que les standards de sécurité respectés au Canada et aux États-Unis ne sont pas les mêmes que ceux qui prévalent en Haïti. Hélène Bretin (1992) explique que le concept de double standard est employé pour décrire : « *des pratiques commerciales ou industrielles qui consistent à produire ou vendre dans les pays du Tiers-Monde des marchandises interdites ou strictement réglementées dans les pays industrialisés* » (Bretin 1992 : 146).

## 2.6. Clientèles ciblées pour les LARC

Dans son étude ethnographique Hélène Bretin (1992) discute du fait qu'en France les femmes d'origine « maghrébine, tzigane ou étrangères » se font systématiquement proposer la méthode

par injections de *Depo-Provera*. Dans son enquête portant sur la présence du *Depo-Provera* au Canada, Laura Shea (2007) évoque le fait que les femmes autochtones du Canada sont surreprésentées dans les usages de *Depo-Provera* au Canada (Shea 2007). Le même phénomène est présent aux États-Unis, où ce sont les femmes des communautés noires-américaines qui constituent les clientèles visées par les contraceptifs longue durée réversibles (LARC) ou les stérilisations permanentes (Jackson 2011).

Le Rwanda et l'Éthiopie sont cités en exemples dans l'article de Jacobstein et Stanley (2013) en tant que pays où les usages de contraceptifs LARC ont répondu aux efforts investis. En moins de dix ans, les usages d'implants se seraient multipliés par 15 au Rwanda et par 17 en Éthiopie (Jacobstein et Stanley 2013). Selon Jacobstein et Stanley (2013), trois catégories de facteurs auraient favorisé le succès de l'implant contraceptif dans ces deux pays d'Afrique de l'Est. Premièrement, un environnement facilitant (« *enabling environment* »), impliquant une étroite collaboration politique à tous les niveaux ainsi que des politiques de santé publique qui encouragent « le partage et l'alternance des tâches » (« *task sharing and task shifting* ») (Jacobstein et Stanley 2013). Deuxièmement, un approvisionnement suffisant en contraceptifs et la formation de personnel qualifié pour insérer et retirer l'implant contraceptif, dont le financement serait assuré par le support de donateurs internationaux. Pour quatre pays africains (Rwanda, Éthiopie, Malawi et Tanzanie), les donateurs internationaux auraient financé entre 2009 et 2012 l'achat de 3,7 millions d'implants évalués à 72\$US (Jacobstein et Stanley 2013). Troisièmement, la création d'une demande pour l'implant contraceptif, stimulée par des activités de communication et par le bouche-à-oreilles entre femmes. Selon une étude réalisée en 2010, 97% des femmes rwandaises interrogées avaient entendu parler de l'implant (Jacobstein et Stanley 2013).

Nous verrons dans ce mémoire qu'une campagne similaire de santé publique est mise en place pour Haïti, visant la formation d'agents de santé communautaire habilités à administrer l'implant contraceptif (PNUD 2014). Pourquoi les populations d'Afrique sub-saharienne et d'Haïti constituent-elles les clientèles pour l'implant contraceptif et des contraceptifs longue durée réversibles ? Il est pertinent d'analyser les différentes dimensions du choix en contraception afin de préciser l'objet de cette étude.

## 2.7. Le choix en contraception

Alors qu'il est ici question d'expliquer la prévalence de deux méthodes de contraception particulières, soient les injections de *Depo-Provera* et les implants sous-cutanés, il est pertinent d'analyser la construction du choix en contraception. Dans une étude visant à expliquer la prédominance du stérilet (IUD) en Ouzbékistan, Jennifer Barrett et Cynthia Buckley (2007) relèvent dans la littérature liée au *planning*<sup>21</sup> familial, trois niveaux interactifs de facteurs qui influenceraient les choix de méthodes contraceptives : institutionnel, clinique et individuel (Barrett et Buckley, 2007).

Dans un premier temps, au niveau institutionnel on trouverait les instances gouvernementales et les agences internationales, dont la priorité serait d'accroître l'accès à la planification familiale et de contrôler la fertilité et qui auraient tendance à sacrifier la variété de choix de méthodes contraceptives pour des questions de coûts, d'approvisionnement et de disponibilité. De plus, des facteurs culturels, structurels et historiques influenceraient les préférences de ces institutions, dont les tendances seraient conservatrices (Barrett et Buckley 2007). Dans un deuxième temps, au niveau clinique, les préférences des intervenants en santé et en planification familiale influenceraient directement l'information fournie aux clientes et possèderaient une influence majeure sur les choix de contraceptifs de ces dernières. Les recommandations venant des médecins et autres intervenants en matière de contraception seraient en partie le reflet de leur formation et pourraient être en partie motivées par des incitatifs provenant du niveau institutionnel (Barrett et Buckley 2007).

---

<sup>21</sup> Dans ce mémoire, le mot anglais "*planning*" est utilisé dans l'expression "planning familial", synonyme de "planification familiale". En Haïti la planification familiale est souvent désignée par l'expression "*planin*" (planning), comme en témoigne Maternowska alors que le personnel et les clientes appelaient la clinique "*sant planin*" ("*planning center*" Maternowska 2006 : 79).



Enfin, au niveau individuel, le choix d'une méthode contraceptive serait influencé par les représentations forgées par les individus et les couples au sujet des différentes méthodes disponibles dans leur milieu, via leurs propres expériences et celles de leurs pairs, ainsi que par les informations et les idées véhiculées dans leurs milieux sociaux (Barett et Buckley 2007). Bruce (1990) a soulevé le fait que la capacité de choisir parmi une variété de méthodes était une condition essentielle à la validation du choix en contraception (Bruce 1990) et que c'est uniquement lorsque les programmes de contraception offraient une variété de méthodes contraceptives que les femmes, couples et familles étaient en mesure d'effectuer un choix considéré comme consenti et informé (« *informed choice* ») (Walsh 1997).

Bien que les trois niveaux de facteurs qui influencent les choix de contraceptifs soient inter-reliés et qu'ils fonctionnent de façon interactive, le degré de leur influence varie de façon importante selon les contextes (Ali 2002). Plusieurs études révèlent que les choix contraceptifs sont souvent limités au sein des programmes de contraception mis sur pied dans les pays en développement. Une majorité des gens vivant dans ces pays n'auraient pas accès à une variété de méthodes contraceptives (Jonhson et al. 1994, Ross et al. 2002). De plus, selon Laura Shea (2007) : « *Historiquement, les programmes de planification familiale ont typiquement limité les choix en matière de contraception aux méthodes qui entraînaient 1) une stérilisation permanente ou 2) une stérilisation temporaire comme c'est le cas avec le Depo-Provera.* » (Shea 2007 : 11).

## **2.8. Les méthodes contraceptives offertes en Haïti**

Lorsqu'il est question des choix de contraceptifs offerts aux femmes, couples et familles vivant en Haïti, selon les données de santé publique provenant du gouvernement haïtien : dix (10) méthodes de contraception modernes différentes seraient offertes aux femmes haïtiennes (MSPP 2009). Selon les données présentées par la USAID (2015) chiffrant le nombre de méthodes contraceptives offertes (« *number of methods offered* ») en Haïti selon les différents types de points de services en santé contraceptive : les hôpitaux publics et les cliniques

médicales offriraient en moyenne onze (11) différentes méthodes de contraception, les ONG en offriraient de sept à dix (7-10) méthodes et le *marketing social* (« *social marketing* ») en offrirait de une à trois (1-3) (USAID 2015). Une étude publiée en 2011 par le *Ministère (haïtien) de la santé publique et de la population* (MSPP) affirme que : « 91.8 % des institutions offrent au moins trois (3) méthodes modernes de contraception » (Alterpresse 2011 : 1).

L'ethnographie critique de Catherine Maternowska (2006), qui repose sur vingt années d'observation de la santé reproductive en Haïti, sert d'appui ethnographique à ce projet afin de documenter les pratiques médicales en milieu clinique haïtien. Dans son ouvrage ethnographique intitulé « *Reproducing Inequities : Poverty and the Politics of Population in Haiti* » (2006), Maternowska partage son analyse de la situation de la santé reproductive en Haïti en présentant son étude ethnographique réalisée « de l'intérieur » d'une clinique de planning familial de Cité Soleil (Port-au-Prince, Haïti). Maternowska affirme que les choix de contraceptifs que les établissements de santé déclarent offrir et tenir en inventaire sont très différents des choix qu'elle a observés de façon ethnographique, c'est à dire les choix concrètement offerts aux femmes par les médecins dans le contexte des consultations médicales.

À partir de son observation de 155 rencontres entre médecins et clientes de la clinique, Maternowska (2006) affirme très clairement que les rencontres médicales qu'elle a observées laissaient très peu de place à la liberté individuelle de choisir une méthode contraceptive. Selon Maternowska les médecins effectuaient généralement le choix contraceptif à la place des femmes :

Although doctors in the family planning center would usually let a woman state her preferred method, they were typically deaf to these requests, and ultimately would choose her method for her » (...) In my sample, the pattern varied little during the course of my observation : The doctor generally determined method choice (Maternowska 2006 : 85).

Selon Maternowska (2006), les clientes qui consultent la clinique de santé reproductive en vue d'obtenir une méthode de contraception, se verront presque systématiquement administrer une

injection de *Depo-Provera* ou administrer un implant *Norplant*. Maternowska décrit l'environnement de la clinique comme étant organisé de façon à encourager l'une ou l'autre des méthodes contraceptives les plus poussées par la clinique. Maternowska (2006) raconte entre autres, qu'une pièce spacieuse de la clinique avait été réservée à l'implant (Maternowska 2006).

Selon Maternowska (2006), dont l'étude visait à documenter et mieux comprendre les raisons de l'échec des efforts investis en Haïti afin d'augmenter la prévalence de la contraception, s'est penchée sur la rencontre médicale en contraception et son ethnographie rapporte un contexte clinique marqué par les conflits (« *Encounters, in general, were full of conflict* » Maternowska 2006 : 83), par des rapports interpersonnels empreints dureté (« *Rough treatment was the norm in this clinic* » (Maternowska 2006 : 83), des comportements hiérarchiques, autoritaires et marqués par l'abus de pouvoir. Selon Maternowska (2006) la mauvaise qualité de la relation thérapeutique en santé, le manque d'information par le personnel et le manque d'information communiquée aux clientes au sujet des contraceptifs, contribuent à la problématique de santé reproductive en Haïti. Maternowska soulève les préoccupations des groupes communautaires haïtiens consultés quant au caractère approprié (ou inapproprié) (« *the appropriateness* ») pour les Haïtiens, de certaines méthodes contraceptives, particulièrement l'implant *Norplant* (Maternowska 2006 : 162).

En contrepartie de la situation déplorable qu'elle présente de la santé reproductive en clinique de santé privée, Maternowska (2006) présente quatre modèles d'organismes de santé qui produisent des résultats positifs pour Haïti. Dans le chapitre de réflexions critiques je reviendrai sur les conditions que Maternowska considère comme minimales pour offrir des soins de santé qui soient appropriés pour Haïti.

## 2.9 Questions et objectifs de recherche

La problématique a présenté les différentes méthodes contraceptives disponibles et la prévalence de leurs usages en Haïti ainsi qu'ailleurs dans le monde en guise de comparaison. J'ai pu constater que le *Depo-Provera* constituait le tiers des usages de contraceptifs modernes en Haïti et que l'implant constituait 1,9% (ONU 2013). J'ai pu voir que l'implant était très présent en Afrique sub-saharienne, particulièrement au Rwanda (6,3%) et en Éthiopie (3,4%) (ONU 2013), où l'implant a bénéficié de programmes de formation de personnel et de promotion de l'implant (Jacobstein et Stanley 2013). J'ai compris à travers la littérature existante que bien que le *Depo-Provera* soit à usage limité dans les pays riches, il était tout de même proposé de façon systématique (voire imposé) à certains groupes de femmes ciblées, créant ainsi un double-standard du point de vue du respect de la santé, de la sécurité et du bien-être des personnes (Bretin date). Sur la base de l'ethnographie de Maternowska (2006), j'ai pu documenter les pratiques médicales en milieu clinique haïtien qui pouvaient contribuer à augmenter les usages d'injections et de *Depo-Provera* en Haïti.

J'ai voulu partir des observations cliniques de Maternowska (2006) et remonter virtuellement les échellons institutionnels de façon à obtenir des informations sur les processus décisionnels qui auraient pu avoir une influence sur la prédominance des injections de *Depo-Provera* et sur la présence de l'implant en Haïti. Bien-sûr cela aurait été encore plus révélateur d'étudier ces institutions « de l'intérieur », mais à défaut de pouvoir m'infiltrer à de tels niveaux administratifs, j'ai tenté d'avoir accès au plus d'informations possibles via la documentation disponible sur internet, ce qui n'était pas peu en raison de la tendance des agences onusiennes à faire preuve de transparence et publier un grand nombre de données et de guides explicatifs sur internet.

La question générale de ce projet est : Comment les contraceptifs LARC (injections de *Depo-Provera* et implants) se retrouvent-ils comme faisant partie intégrante de l'offre de contraceptifs en Haïti ? Ce mémoire tente d'identifier les mécanismes institutionnels à l'œuvre dans la sélection des contraceptifs en Haïti, par le biais d'une analyse du dispositif de

contraception mondiale, de ses structures administratives et de financement, des discours qui constituent la trame justificative de la « contraception longue durée réversible » (LARC) en Haïti. Nous verrons dans les chapitres théorique et méthodologique suivants comment l'étude a fait usage de certains concepts venant de Foucault (1975-76) afin de produire une image du dispositif de contraception mondiale, d'en comprendre les rapports d'opposition et de collaboration, ainsi que les affiliations de ce discours avec le pouvoir normatif, légal et politique.

## **3. Cadre théorique**

### **3.1 Anthropologie critique de l'humanitaire**

Ce projet entreprend une analyse critique de la question contraceptive en Haïti et de ce fait, il s'inscrit dans la mouvance de « l'anthropologie critique de l'humanitaire ». Nous reprendrons la typologie de Bornstein et Redfield (2010), proposant les trois sous-domaines de l'humanitaire comme étant : le développement, les droits humains et l'intervention humanitaire. Ces trois facettes de l'humanitaire peuvent être mis en correspondance avec les trois types de dispositif que proposait Foucault, soit les dispositifs de discipline, de lois et de sécurité (Raffinsøe 2013). Selon Francine Saillant (2005), les définitions de « l'humanitaire » : *varient selon que l'intervention est marquée par l'urgence ou par l'idée de développement, par l'intervention de proximité ou des gestion, par l'action ou par l'idéologie* » (Saillant et al. 2005 : 162). Voici une présentation des trois sous-domaines de l'humanitaire, ainsi que la critique anthropologique qui leur est adressée.

#### **3.1.1 La critique du développement international**

Le développement international est un système d'envergure mondiale qui relie les pays riches aux pays pauvres, parfois catégorisés en tant que pays du Nord et pays du Sud. Redfield et Bornstein (2010) définissent le développement comme : « une entreprise d'économie-politique internationale visant à l'amélioration à long terme des niveaux de vie des individus et des pays les plus pauvres via un développement allant dans le sens des pays riches, c'est à dire dans le sens d'une modernisation » (Redfield et Bornstein 2010, traduction personnelle de l'anglais). Les entreprises de développement international varient de la construction d'infrastructures sanitaires, de transport ou d'habitation, à l'implantation de systèmes de soins de santé, tous les domaines de la vie sont entrepris afin de tendre vers le modèle des sociétés dites « développées ». Le concept de « pays en développement » implique que ces régions sont

considérées comme étant « non développées », d'ailleurs l'expression de « pays sous-développés » est parfois encore utilisée.

Le développement international peut donc fondamentalement être critiqué par l'anthropologie pour la conception évolutionniste qui la sous-tend, présentant les sociétés modernes comme étant situées au sommet de l'achèvement technologique et social. Le développement international constituerait une forme de néo-colonialisme, qu'il soit économique ou idéologique, comme dans le cas de la contraception qui repose essentiellement sur la discipline civilisationnelle occidentale, proposant une cosmogonie impliquant des visions particulières du corps humain et de la santé, de la modernité et de la civilisation humaine, des technologies biomédicales et de leurs bienfaits individuels et sociaux (Saillant, Richardson et Paumier 2005, Saillant 2007, Redfield et Bornstein 2011).

Le développement international est critiqué pour la vision universalisante qu'il impose, ce qui est fondamentalement contraire aux principes de relativisme culturel et de respect des spécificités culturelles qui sont traditionnellement privilégiés en anthropologie (Saillant, Richardson et Paumier 2005, Pandolfi 2006, Saillant 2007, Redfield et Bornstein 2011). Au carrefour des questions de santé, de population, de politique et d'économie, l'anthropologie critique du développement puise une bonne part de concepts de l'économie-politique-internationale, ce qui lui permet de produire une critique qui tienne compte des déterminants *macro* ou globaux d'une situation d'intérêt anthropologique. L'attestation d'un nouvel ordre mondial, l'augmentation perçue des perturbations politiques internationales, la disparition des sociétés aux cultures diverses, l'accélération de la mondialisation (*globalization* en anglais) sont des réalités attestées par de nombreux anthropologues critiques (Salamon 1993, Fisher 1997).

Parmi les critiques adressées au développement international, mentionnons son inscription dans la doctrine politique-économique du néo-libéralisme mondial, qui a tendance à servir les intérêts de grandes puissances au détriment des services publics, des économies locales et de petite échelle. Grino (2014) parle d'une bioéconomie ayant émergé du développement de la pilule contraceptive et servant les intérêts des compagnies pharmaceutiques. Parmi les autres

aspects du développement qui sont critiqués dans une perspective d'économie-politique-internationale, notons l'organisation du financement et les conflits d'intérêts au sein du développement international, l'interférence des compagnies pharmaceutiques, les pratiques commerciales néo-libérales interdites bien qu'officieusement tolérées telles que le *dumping* de produits dans les pays pauvres (Redfield et Bornstein 2011).

La critique anthropologique du développement international s'articule également autour des rapports politico-économiques entre la gouvernance mondiale et les gouvernements nationaux des pays concernés. Selon Salamon (1993) une révolution tranquille s'opère dans les pays en développement, une prise en charge de leurs services médicaux et sociaux par le domaine du non-gouvernemental, qui fait que les états-nations ne sont plus la seule et unique source d'autorité sur la société civile (Salamon 1993). Selon Fisher (1997), l'époque actuelle nous force à réévaluer les notions de gouvernance et gouvernementalité de Foucault et la façon dont les technologies affectent tant les domaines politiques que personnels, ainsi qu'interpréter les relations changeantes entre citoyenneté, organisation et gouvernement (Fisher 1997).

Dans son ethnographie intitulée « *Au Bonheur des Autres ; anthropologie de l'aide humanitaire* » (2005), Laetitia Atlani-Duault se penche sur la question des projets internationaux de prévention du VIH/Sida en Afrique de l'Ouest et sur la notion de « bonne gouvernance », une expression couramment utilisée afin de parler de l'ONU et de l'ensemble du dispositif de droit international. Dans son article « *Doing Good ? The politics and Antipolitics of NGO Practices* » (1997), William Fisher propose une critique de l'idéalisation des ONG, lesquelles sont présentées comme étant des organisations bienfaitantes, apolitiques et non lucratives. Or selon Fisher (1997) cette perception ignore la multitude des formes que prennent les ONG en activité dans le monde. Selon Fisher (1997), les ONG varient énormément entre elles selon leurs fonctions, les niveaux auxquels elles opèrent, leurs structures organisationnelles, leurs objectifs, leurs politiques internes. Selon Fisher (1997) les ONG incluent, mais ne sont pas limitées, aux organisations caritatives, religieuses, axées sur la recherche, la défense des droits humains et de l'environnement. Elles varient en taille, des organisations composées de quelques membres non payés, jusqu'aux organisations disposant de budgets multimillionnaires et employant des centaines de personnes. Bien que certains



groupes n'aient pas d'affiliations avec le gouvernement, d'autres ONG sont mise sur pieds par les gouvernements eux-mêmes. William Fisher (1997) met en garde contre la tendance à concevoir les ONG de façon réductionniste, comme étant par exemple toujours organisées afin de confronter les gouvernements et les élites locales. Fisher (1997) rappelle que de nombreuses ONG sont organisées et financées afin de répondre aux intérêts des grands propriétaires, des commerçants ou de la politique (Fisher 1997).

La critique anthropologique de la présence des ONG concerne parfois l'inadéquation de certains programmes internationaux et les effets pervers qu'elles peuvent causer dans les communautés qu'elles sont venues aider (Ferreira 2007). Plusieurs auteurs militent en faveur d'une plus grande « *participation des acteurs locaux en vue de leur propre développement, dans le respect de leurs « traditions »* » (Atlani-Duault 2005 : 20).

Pablo Escobar dans « *Encountering Développement : the Making and Unmaking of the Third World* » (1996), enjoignait les anthropologues à déconstruire le discours de l'industrie du développement (Escobar 1996). Rabinow (1996) a abordé la contraception des femmes dans une perspective déconstructiviste, questionnant la façon dont « *la rationalité moderne oblige les corps, notamment le corps des femmes, à être réformés* » (Rabinow 1996 dans Désalliers 2009 : 49). Alin (2002) a montré comment « *à travers le monde, les femmes sont socialisées à prendre leurs responsabilités face à leur corps en matière de contraception et à réguler ce corps* » (Ali 2002 dans Désalliers 2009 : 49). Iris Lopez (1998) présente un portrait ethnographique et critique de la médicalisation contraceptive des femmes habitant à Puerto Rico (Lopez 1998).

De nombreux anthropologues ont critiqué les dérives des programmes de contraception mondiale (Castro et Singer 2004, Greenhalgh 2005). Plusieurs auteurs critiquent les abus commis sur certains groupes de femmes, notamment la façon dont les méthodes hormonales les plus fortes (*Depo-Provera*, implants) sont systématiquement proposées aux groupes de femmes les plus marginalisées, tant dans les pays développés que les pays en développement (Bretin 1992, Hawaleshka 2005, Jackson 2011). Hawaleshka (2005) dans un article intitulé : « *A shot in the dark ?* » révèle que du 1% d'utilisatrices de *Depo-Provera* au Canada, la grande majorité sont des femmes autochtones habitant dans des réserves (Hawaleshka 2005,

dans Shea 2007). Hélène Bretin (1992) fait le même genre de constat en France, où elle observe un double standard évident entre les soins de santé contraceptifs qui s'adressent aux femmes de différentes classes et origines. Elle questionne l'administration systématique de *Depo-Provera*, souvent à la sortie de la maternité et sans vrai consentement, aux femmes « étrangères ou non francophones ». Bretin (1992) exprime une vive critique vis-à-vis des inégalités sociales se traduisant dans les pratiques médicales entourant la contraception, selon elle :

Le double standard dans les prescriptions contraceptives met en évidence l'ambiguïté du sens des techniques modernes. Pouvoir sur le corps, certes, mais pouvoir donné à qui ? Amélioration de la santé des femmes ? (Bretin 1992 : 147).

Enfin, parmi les nombreuses études ayant été réalisées en Afrique sub-saharienne en lien avec la contraception, certains auteurs observent que le *Depo-Provera* comme méthode contraceptive est pratiquement imposée aux femmes (Ogbuagu 1985, Richey 2004). Déjà en 1985, Stella Ogbuagu décriait cette situation dans l'article : « *Women and Depo-Provera usage in Nigeria : chosen or imposed forms of birth control ?* ». Ogbuagu (1985) soulevait les problèmes éthiques associés à l'usage de *Depo-Provera* dans les pays en développement, comme au Nigeria où dit-elle, le suivi médical adéquat n'est pas disponible pour les femmes, ajoutant qu'un médicament qui est considéré non sécuritaire dans les pays développés ne devrait pas davantage être utilisé auprès des populations des pays pauvres (Ogbuagu 1985).

D'autres écrits révèlent les agendas politiques plus obscures qui se cachent derrière les programmes de contraception mondiale, accusant l'appartenance « schizophrénique » du mouvement de contraception mondiale, mettant de l'avant les idéologies bienveillantes du féminisme, de l'égalité et de l'altruisme, tout en maintenant les objectifs et les méthodes appartenant aux idéologies néo-malthusiennes dont l'objectif premier serait de réduire la population mondiale (Meillassoux 1991, Freedman et Isaacs 1993, Hodgson et Watkins 1997, Gauthier 2002, Connely 2008, Désalliers 2009).

### 3.1.2 La critique des droits humains

La critique des droits humains, quant à elle, s'adresse le plus souvent au dispositif même du droit international (ONU), soit pour décrier la violation de ces droits (Megret et Hoffman 2003), soit pour réclamer un plus grand respect de ces droits, ou alors pour critiquer leur application pratique. Redfield et Bornstein (2010) écrivent que la critique anthropologique des droits humains avait à la fois produit des critiques des violences structurelles produites par la gouvernance mondiale, que des appels à la justice sociale passant par l'amélioration des structures de gestion internationale. À ce titre le meilleur exemple est le médecin et anthropologue Paul Farmer, devenu représentant pour l'ONU en Haïti, qui dans son livre « *Pathologies of Power : Health, Human Rights, and the New War on the Poor* » (Farmer 2003), décrivait le manque d'accès aux médicaments dans les pays pauvres, entre autres dans le traitement du VIH/Sida (Farmer 2003).

De nombreux ouvrages se basent sur une approche historique et politique de la question contraceptive et articulent une approche s'adressant à la fois aux mécanismes des droits humains, aux ONG et au féminisme transnational qui constituent la trame idéologique officielle de la contraception des femmes du monde (Mohanty et al. 1991, Ginsburg et Rapp 1995, Hartmann 1995, Hesford et Kozol 2005, Joachim 2007). Dans le domaine de la contraception, l'émergence du Mouvement pour la santé des femmes (« *Women's Health Movement* ») dans les années 1970, constitue une réponse féministe multidisciplinaire et engagée face aux conséquences directes des programmes de contraception sur les femmes du monde (Grino 2014). La préoccupation pour les effets secondaires des contraceptifs hormonaux sur la santé des femmes serait le reflet d'un changement de mentalité : « *vis-à-vis de la science et des techniques, dont les répercussions sur l'environnement et la santé font l'objet d'une attention critique aujourd'hui* » (Grino 2014 : 47). Les écrits qui s'inscrivent dans le mouvement de protection de la santé des femmes, émergent de différentes disciplines (démographie, santé publique, droit, féminisme, anthropologie). Certains articles comme ceux de Minkin (1981) et Laura Shea (2007) ont souhaité mettre en lumière les effets secondaires de contraceptifs et ainsi contribuer à l'amélioration de la réglementation entourant les contraceptifs (Minkin 1981, Shea 2007). Laura Shea (2007) discute du contexte politique et

scientifique qui aurait mené à l'approbation du *Depo-Provera* au Canada et aux États-Unis dans les années 1990 et évoque l'impact des études de l'OMS sur ces approbations (Shea 2007). L'anthropologue Stephen Minkin (1981) a produit un article choc mettant le gouvernement haïtien en garde contre les effets secondaires du médicament *Depo-Provera* (Minkin 1981).

Plusieurs études critiquent la construction du choix en contraception et les mécanismes qui influent sur les dimensions individuelle, clinique et institutionnelle du choix. L'étude de Barrett et Buckley (2007), questionnant la prédominance du stérilet en Ouzbékistan, avançait l'hypothèse d'un gouvernement dont la tradition socialiste manifestait une emprise uniformisante sur les choix de méthodes contraceptives. L'hypothèse était soutenue par le fait que les femmes de milieux socioéconomiques plus élevés étaient statistiquement moins nombreuses à choisir le stérilet comme méthode contraceptive, car selon Barrett et Buckley, elles auraient accès à d'autres sources d'informations que celles proposées par l'État (Barrett et Buckley 2007).

Plusieurs auteurs ont abordé : « *comment la biomédecine fournit les outils nécessaires pour renforcer les programmes de prévention, rationalisant et homogénéisant les choix et les pratiques grâce aux évidences issues de son mode de recherche scientifique* » (Dozon et Fassin 2001, Gordon 1988, Nichter et Lock 2002, dans Désalliers 2009 : 49). Les concepts et énoncés provenant de la recherche scientifique en contraception sont le pivot des programmes de contraception menés à travers le monde. Plusieurs de ces énoncés biomédicaux permettent de « ramener les risques individuels en risques pour le corps social » (Genel 2004).

En contraception, on dira que chaque grossesse non planifiée évitée permet d'éviter des millions d'avortements (souvent réalisés de façon clandestine et dangereuse), des millions de fausse-couches et de complications liées à la grossesse dans des relations précaires, comme chez les adolescentes. L'accès à la contraception constitue l'un de éléments clés du développement international afin de réduire les taux de mortalité infantile et maternelle, limiter la transmission de maladies transmises sexuellement (dans le cas du condom), limiter les naissances d'enfants atteints du VIH/Sida (Singh et Darroch 2012). La contraception est un outil de développement social et économique puisqu'il permet aux femmes et aux familles de

choisir d'espacer les naissances et ainsi d'élever leurs enfants dans de meilleures conditions, leur offrir une éducation, sortir de la précarité économique. Les adolescentes et les jeunes femmes seraient particulièrement touchées par la détresse engendrée par l'arrivée d'une grossesse imprévue alors qu'elle n'ont pas complété leur éducation, sont encore dépendantes de leurs parents, sont souvent monoparentales. Les jeunes mères seraient également plus sujettes aux complications durant la grossesse ou l'accouchement, ainsi que plus à risque de donner naissance à un bébé de petit poids ou en mauvaise santé, à cause de l'immaturité de leur système. Ainsi l'accès à la contraception représente un outil de prévention sociale et d'amélioration de la santé publique et économique d'une nation (PNUD 2013).

Julie Désalliers (2009), dans son étude ethnographique basée sur « la rencontre en contraception » au Burkina Faso, décrit une population qui d'une part, reprend certains des énoncés provenant du discours biomédical moderne, tels que le discours sur le développement par la contraception et le discours sur la pauvreté, d'autre part maintient une vision « traditionnelle africaine » vis-à-vis de la fertilité, c'est à dire qui entrevoit plusieurs avantages à la natalité et l'encourage à plusieurs niveaux (Désalliers 2009). Désalliers (2009) critique également la gouvernance mondiale qui d'une part porte atteinte aux économies et aux services de santé publique des pays africains et d'autre part évoque la pauvreté et les problèmes de santé présents en Afrique afin de justifier la planification des naissances.

D'autres critiquent les pratiques dans le dispositif de contraception mondiale visant à influencer ou limiter les choix contraceptifs des femmes, tout en laissant croire aux femmes à la possibilité de libre choix (Lippman 1999, dans Désalliers 2009 : 49). Kamran Asdar Ali (2002), dans son article « *Faulty Deployments : Persuading Women and Constructing Choice in Egypt* », se penche sur la « construction du choix » de contraceptifs auprès des femmes en Égypte et le récit ethnographique présente des exemples concrets de la façon dont les programmes de contraception financés et menés par la USAID en Égypte ne manquent pas de techniques de persuasion visant à amener les femmes à accepter les contraceptifs offerts (Ali 2002).

Au Québec, Francine Saillant et ses collaborateurs ont publié de nombreux articles ainsi qu'une édition complète de la revue *Anthropologie et Société*, offrant un éventail des approches abordées en anthropologie critique de l'humanitaire (Saillant, Richardson et Paumier 2005, Saillant 2007). L'une des approches est nommée « l'observation de la vie sociale des droits » (Saillant 2007), où l'anthropologie s'intéresse moins au caractère normatif des droits qu'à la manière dont « *ceux-ci sont négociés, reçus, réinterprétés, imposés, attendus, instrumentalisés, rejetés* » (Saillant 2007 : 16). L'exercice direct des droits humains peut être questionné, leur légitimité est parfois mise en cause, l'ingérence politique est souvent évoquée. Il est parfois question de corruptions, parfois de contradictions internes, parfois de déterminations externes (Saillant, Richardson et Paumier 2005) :

Dans les études juridiques, mais aussi sociopolitiques et idéologiques, le sens de l'intervention humanitaire est analysé à partir de ses déterminations externes ; le sens apparaît toujours comme faussé, brouillé, ou orienté par l'intérêt, qu'il soit bienfaisant (le caritatif, le juridique) ou destructeur (perverti par l'urgentisme ou l'ingérence politique). Le désir d'humains d'aider d'autres humains paraît obscurci et écrasé par les structures aveugles et aveuglantes (Saillant, Richardson et Paumier 2005 : 166).

Dans l'article « *The UN as a Human Rights Violator ?* », Megret et Hoffmann (2003) rapportent que l'ONU est de plus en plus souvent accusée de violer ses propres systèmes de lois, comme les droits humains, dans le cadre de ses missions internationales, mais expliquent que l'ONU ne serait pas légalement soumise à ces lois puisqu'elle ne constitue pas un État et que seuls les États membres de l'ONU seraient légalement liés au respect des droits humains (Megret et Hoffmann 2003). Cela confirmerait le paradoxe dans lequel s'instituerait la souveraineté, alors que comme l'écrit Genel (2004) : « *le souverain est hors du droit et institue le droit* » (Genel 2004 : 7).

### 3.1.3. La critique de l'intervention humanitaire

L'intervention humanitaire à proprement parler, en tant qu'intervention internationale répondant à une urgence de nature humanitaire, met l'emphase sur la souffrance physique et psychologique de populations considérées comme fragiles et « *jugées plus « dépendantes » de services publics difficilement accessibles, en particulier lors de guerres, de catastrophes ou de situation de carence marquée* » (Saillant et al. 2005 : 159). En ce sens l'aide humanitaire d'urgence est le domaine d'intervention internationale correspondant au dispositif de sécurité de Foucault, impliquant un degré supérieur de prise en charge.

En anthropologie, la critique de l'aide humanitaire d'urgence s'articule parfois en tant que critique des représentations qui émergent de l'intervention humanitaire, marqué par le sensationnalisme (Rozario 2003), la formation du « sujet-victime » (Saillant 2007). La critique de l'humanitaire s'adresse également au caractère urgentéiste et à court terme des interventions (Redfield 2005, Saillant 2007), ou discute du financement, des dépenses et des retombées sur le terrain. L'humanitaire est également critiqué pour des questions d'ingérence politique, d'impacts à long terme des interventions sur la souveraineté et sur les capacités de l'État et des services publics d'un pays. Dans leur présentation de l'anthropologie critique de l'humanitaire, Saillant, Richardson et Paumier (2005) mentionnent certaines des critiques adressées à l'humanitaire :

Ces interventions, à l'échelle internationale, sont souvent critiquées en raison du fait qu'elles semblent peu sensibles au contexte local et à la culture, qu'elles paraissent s'ingérer dans les politiques locales, qu'elles sont marquées par le court terme et le sensationnalisme et aussi, dans le cas des interventions socio-sanitaires, en raison de l'hégémonie de la biomédecine (Saillant, Richardson et Paumier 2005 : 161).

### **3.2 Critique du modèle biomédical**

La critique du modèle biomédical et de l'hégémonie de la biomédecine dans le domaine de l'aide internationale et du développement est sous-jacente à ce projet. Elle est d'une part rattachée à une critique plus générale adressée à la biomédecine - médecine moderne, médicamenteuse et pharmacologique - qui semble sous-estimer les effets secondaires de la contraception hormonale et la présentent rarement comme le médicament qu'elle constitue. La discipline contraceptive semble peser très lourd dans la balance qui oppose les risques et les bénéfices associés aux contraceptifs médicamenteux, tant dans le domaine individuel que dans les milieux clinique et institutionnel (Grino 2014).

La critique anthropologique de l'intervention humanitaire, en tant que système de santé mondiale, emprunte au domaine de l'anthropologie médicale critique ou anthropologie de la santé, son regard sur les politiques de santé publique aux tendances uniformisantes et allant à l'encontre de la diversité et du relativisme culturels en anthropologie (Dozon et Fassin 2001). Les propositions de l'anthropologie à la santé publique et mondiale rejoignent celles de l'approche communautaire en santé, qui est une approche « centrée sur les personnes », ici « centrée sur les femmes » et adressant les besoins qu'elles expriment, leur expérience « intégrée » de la santé reproductive et ancrée dans leurs familles et leurs communautés (Freedman et Isaacs 1993). Toutefois ce projet adresse également certaines critiques au modèle communautaire, alors que dans le contexte de contraception en Haïti, l'approche communautaire comprend certains risques, par exemple lorsqu'il est question d'agents de santé communautaire engagés afin de recruter activement des clientes dans leur communauté et formés afin d'administrer les contraceptifs LARC (PNUD 2014).



### 3.3 Politiques de population clés en main

Comme le rapporte Gautier (2002) dans son étude de l'évolution du dispositif mondial de contraception, l'ONU et ses organes de développement international fournissaient des projets de politiques de population clés en main aux pays en développement, asiatiques dans les années 1950, puis africains dans les années 1990 (Gauthier 2002). Certaines régions du monde, parmi lesquelles l'Afrique sub-saharienne, auraient initialement résisté politiquement à l'imposition de politiques de réduction démographique, selon Gautier (2002) proclamant lors de la Conférence de Budapest de 1974 que : « *le développement est la meilleure pilule qui soit* » (Gautier 2002 : 69). À ce moment la gouvernance mondiale aurait fait comprendre aux nations qui tardaient à réduire leur taux de natalité, la fermeté de ses intentions de réduire la population mondiale, comme en témoigne le fait que :

Dix ans plus tard, les mêmes pays en développement avaient souvent mis en œuvre des politiques anti-natalistes, parfois coercitives, au nom de l'urgence démographique, et demandaient une aide financière (Gautier 2002 : 69).

Selon l'historien Samuel Moyn (2012), les années 1970 ont marqué un tournant dans l'utilisation des droits humains dans la politique internationale, alors qu'ils furent inclus dans les Accords d'Helsinki signés en 1975 à l'ONU par les trente-cinq États membres. Dorénavant, l'ONU s'appliqua à faire respecter les droits humains dans le monde. Bien que non contraignants par la loi, les droits humains justifient des interventions humanitaires et de développement, de même des interventions de sécurité, lorsqu'un pays omet de s'y conformer ou ne facilite pas leur implantation. Le dispositif du *Droit Humanitaire International* (DHI) est articulé avec le droit international et permet d'intervenir en cas de non-respect de droits humains (par ex. droit à la contraception). Les droits humains sont donc l'outil permettant de légitimer les interventions de la gouvernance mondiale dans le monde : « *par eux, on veut restreindre le pouvoir des autorités de l'État afin de sauvegarder les droits fondamentaux des individus* » (Saillant, Richardson et Paumier 2005 : 164).

### 3.4 Les pressions des groupes de femmes

Plusieurs auteurs racontent comment, dans les années 1975 à 1985 surnommées à *posteriori* la décennie des femmes (« *the women's decade* »), des groupes de femmes ont élevé leurs voix lors des conférences internationales portant sur la santé reproductive, afin de soulever les problèmes liés aux politiques internationales de contrôle de la population. Ces organisations de femmes auraient initié des dialogues avec les membres de l'establishment populationnel, particulièrement ceux impliqués dans le développement et la promotion de la planification familiale, en l'occurrence : l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS), le *Population Council*, le *United Nations Population Fund* (UNFPA) et la Fondation Rockefeller (Freedman et Issacs 1993, Hartmann 1995, Hodgson et Watkins 1997, Gautier 2002).

Ces dialogues auraient résulté dans diverses propositions visant à réformer les politiques populationnelles afin qu'elles soient davantage centrées sur les femmes (« *women-centered* »), c'est à dire qu'elles respectent les droits des femmes et leur procurent plus de contrôle sur les processus décisionnels liés à leur contraception. L'article de Freedman et Isaacs (1993) était un appel à la mobilisation de la communauté internationale, à l'approche de trois grandes conférences internationales portant sur la santé reproductive, afin de réorienter les politiques de contraception mondiale qui selon eux, menaçaient les droits humains et l'autonomie reproductive au niveau international (Freedman et Isaacs 1993). Freedman et Isaacs (1993) s'inquiétaient du fait que les projets de planification familiale étaient conditionnels à l'octroi des prêts provenant du Fonds monétaire international (FMI) et de la Banque mondiale (BM) (Freedman et Isaacs 1993, Hartmann 1995, Gautier 2002). Ils s'inquiétaient également du fait que la Banque Mondiale soit devenu le principal bailleur de fonds des programmes de contraception. Encore plus préoccupant pour Freedman et Isaacs (1993) était le fait que la Banque Mondiale consacre beaucoup d'énergie à l'Afrique sub-saharienne, dont une majorité de pays dépendraient des prêts internationaux pour leur survie économique (Freedman et Isaacs 1993).

Les groupes de défense des femmes ont été entendus lors des conférences internationales et leurs propositions ont été retenues afin de faire l'objet des nouvelles politiques de santé reproductive davantage centrées sur les femmes, telles que celles adoptées à la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994. Trois grands principes peuvent être retenus de l'approche de santé reproductive centrée sur les femmes (Freedman et Isaacs 1993). Chacun de ces principes comporte d'importantes implications dans l'appréhension des liens entre le droit et la santé des populations.

Premièrement, une politique reproductive centrée sur les femmes est fondamentalement axée sur la confiance accordée aux femmes. Dans la pratique, cela implique de redonner aux femmes la capacité et l'autorité d'effectuer leurs propres décisions et leurs propres choix contraceptifs, basées sur un partage adéquat d'information et une offre appropriée de services (Freedman et Isaacs 1993). Cette approche, fondée sur le respect, la dignité et l'autonomie des femmes, peu importe les frontières politiques ou culturelles, aurait été associée à une amélioration de la santé globale des femmes et aurait un impact sur leur comportement reproductif ainsi que sur la réduction de la natalité (Mason 1988). Hodgson et Watkins (1997) précisent qu'une approche de la santé reproductive qui soit considérée comme étant éthique implique qu'elle n'emploie aucune forme de coercition, qu'elle ne fasse usage d'aucun incitatifs ou mesures qui découragent la contraception, d'aucune cibles démographiques ou quotas administratifs (Hodgson et Watkins 1997).

En second lieu, une approche centrée sur les femmes signifie d'appréhender et tenter de comprendre les questions de santé reproductive selon la perspective qu'en ont les femmes, non pas comme une série de phénomènes biologiques isolés, mais comme faisant partie intégrante d'un ensemble de phénomènes liés à la vie, à la reproduction et à la santé (Freedman et Isaacs 1993). Cette nouvelle conceptualisation de la santé, plus holistique, permet de mieux saisir les façons dont les lois sont liées à la santé. Par exemple, de nombreux travaux portant sur le consentement éclairé et la qualité des soins en matière de planification familiale ont démontré que les droits et l'éthique pouvaient et devaient influencer la façon dont les soins de santé sont organisés et prodigués aux personnes concernées (Bruce 1990). En troisième lieu, une approche reproductive centrée sur les femmes met l'accent sur la nécessité de connecter les

différents niveaux d'intervention : international, national et localisé dans la communauté même où sont développés et implantés les programmes (Freedman et Isaacs 1993).

Ce projet vise à comprendre comment les contraceptifs LARC (injections et implants) se sont retrouvés au sein de l'offre de contraceptifs en Haïti. La perspective est à la fois historique et contemporaine, alors que l'ensemble du projet vise à répondre au questionnement suivant : comment le *Depo-Provera* est-il entré en Haïti et comment se fait-il qu'il constitue aujourd'hui plus des 2/3 des usages de contraceptifs modernes en Haïti (19,5% de 31% selon l'ONU en 2013).

La perspective devient politique (Fassin 2000) alors que les éléments du dispositif de contraception mondiale sont mis en relation, du *micro* au *meso*, au *macro*. Pour Julie Désalliers (2009), qui s'est intéressée aux discours dans le cadre des programmes de contraception au Burkina Faso, l'approche politique permet de comprendre : « *quels discours sont générés par le pouvoir médical et quelles conceptions du corps reproductif et des individus sont véhiculées, dans un contexte de contrôle des populations qui tend à homogénéiser à travers le monde une certaine forme de citoyen qui puisse être malléable et responsable* » (Désalliers 2009 : 47).

Contrairement à l'étude de Désalliers (2009), ce projet n'est pas centré sur les discours de la rencontre en contraception, mais sur les discours au sein même du dispositif de contraception mondiale. Quelles instances s'expriment au sujet de la contraception mondiale ? Quels sont les rapports entre ces différents discours ? Comment les discours scientifiques influencent-ils les positions normatives de l'OMS ? Comment les lignes directrices de l'OMS, à leur tour, influent-elles sur les décisions prises au sein du dispositif de contraception mondiale ? Comment les choix de contraceptifs sont-ils effectués à l'intérieur même du dispositif de contraception mondiale ? Quels éléments au sein du dispositif de contraception mondiale possèdent une influence sur les choix de contraceptifs ? Que révèlent les dispositif de discipline, de lois et de sécurité, les structures administratives et les statistiques portant sur la fertilité, la population et la prévalence des différentes méthodes de contraception utilisées en Haïti et ailleurs dans le monde ?

## 4. Approche méthodologique

*« Le discours n'est pas seulement ce qui traduit les luttes ou les systèmes de domination, mais ce pour quoi, ce par quoi on lutte, le pouvoir dont on cherche à s'emparer » (Foucault 1971 : 12).*

### 4.1. L'analyse du dispositif

Dans son usage courant, le terme dispositif est utilisé pour désigner un assemblage de pièces, un mécanisme dont les éléments sont disposés de façon à créer un ordre qui engendre une action. Reprenant la vision du dispositif comme mécanique du pouvoir, nous dirons que l'étude du dispositif vise à entrevoir les différentes pièces du mécanisme et la façon dont les rouages de la machine se touchent et forment un engrenage mécanique. Le dispositif de Foucault est formé d'éléments hétérogènes dont le pouvoir d'action réside dans la coordination entre ces éléments :

Ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est, premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments (Foucault 1976, dans Cock 2003 : 15).

Le concept opératoire de cette analyse est le dispositif en tant qu'ensemble d'éléments dont le pouvoir réside sur la coordination entre les éléments et l'analyse. L'analyse dispositionnelle selon Raffinsøe (2003), ne consiste pas à interpréter les pratiques du dispositif, mais de procéder à la cartographie des arrangements qui disposent ces pratiques (Raffinsøe 2003), autrement dit leur disposition. Selon Raffinsøe (2003) :

Le dispositif n'est pas une interprétation, mais un résultat. Ce n'est ni une représentation ni une image de quelque chose mais une construction qui se montre par suite du fait qu'on additionne deux choses. Cette addition n'établit pas un autre niveau irréductible. Elle établit des nouvelles lignes de communication transversales dans et par rapport à celui d'avant, qui permettent de s'orienter vers des buts précis » (...) C'est pourquoi l'essentiel de l'analyse dispositionnelle devient le contexte transversal ou le « rapiècement » des différents composants (discours, lois et propos, institutions, etc.) sans qu'on établisse par là une hiérarchie entre l'objet, le concept et l'interprétation (Raffinsoe 2003 : 62-63).

Emil Cock (2003) dans son analyse du dispositif humanitaire, s'attarde au schéma le plus souvent adopté par les institutions européennes de l'humanitaire afin de cartographier le dispositif. Cock remarque que dans la documentation produite par le dispositif humanitaire, les schémas organisationnels présentés sont souvent horizontaux et ne font état d'aucune hiérarchie entre les différentes institutions qui composent le dispositif. Or Emil Cock conteste cette prétention sur un plan purement opérationnel et remet en cause : « *certaines des valeurs et certains principes revendiqués par ces institutions tels l'universalité, la neutralité, l'impartialité et l'indépendance* » (Cock 2003 : 12). La mise en relation des discours idéalisés provenant du dispositif, avec ses manifestations plus concrètes, ancrées dans l'administration ou dans les institutions qui composent le dispositif, permet en effet de vérifier s'il y a « opposition entre les discours et les actions » (Cock 2003). J'ai choisi d'utiliser l'étude d'Emil Cock dans ce projet car elle propose une perspective critique des discours dans le contexte d'une analyse dispositionnelle (Cock 2003).

## **4.2. Analyse critique des discours**

Comme l'écrit Emil Cock (2003) :

Tous les discours sont valables, du plus naïf au plus « professionnel », mais ce sont les rapports de force qui vont déterminer le temps, l'endroit et la tonalité de leur apparition. C'est pour cette raison que *dispositif, pouvoir et discours* sont liés. En effet, il n'y a pas de *dispositif* sans relations de *pouvoir* et pas de *pouvoir* sans contrôle du *discours*, du savoir (Cock 2003 : 20).

Ainsi dans l'analyse critique des dispositifs et des discours et structures qui composent les dispositifs, tous les discours sont pertinents à analyser, non seulement les discours qui supportent la norme et le *statu quo* mais également ceux qui s'y opposent. Ce projet tient compte des différents discours qui s'expriment au sujet de la contraception dans le monde ainsi qu'en Haïti, afin de comprendre les rapports qu'ils entretiennent entre eux, que ces rapports soient consensuels, oppositionnels ou nuancés. Les énoncés verbaux ou écrits, concepts et associations d'idées sont recueillis dans une grille d'analyse sémiotique, afin de comprendre les rapports que les discours entretiennent entre eux et à l'intérieur du dispositif.

Foucault avait déjà remarqué l'influence opérée par le discours scientifique sur les dispositifs de lois et de mécanismes de pouvoir, alors que dans *L'Ordre du discours* (1971) il proposait de : « *mesurer l'effet d'un discours à prétention scientifique – discours médical, psychiatrique, discours sociologique aussi – sur cet ensemble de pratiques et de discours prescriptifs que constitue le système pénal* » (Foucault 1971 : 17).

Laurence Baret (2012), dans l'article : « *Public Health Genomics : une forme de rhétorique ?* », propose d'utiliser le concept de « rhétorique » pour parler d'un discours « cherchant à convaincre », tout en reliant ce discours à son contexte d'énonciation, à ses appartenances et à ses zones d'inconséquence :

Dans cet article, la rhétorique sera examinée au sens propre du terme, comme l'art de bien parler, mais aussi au sens actuel, quelque peu péjoratif, qu'a pris le mot : comme l'opposition du discours et des actions, l'information et la désinformation et les propos tendancieux (Baret 2012 : 2).

Baret (2012) admet que son questionnement portant sur l'aspect « rhétorique » en santé publique provient du constat que « *la majorité des écrits sur ce sujet provient d'un même groupe de penseurs* » (Baret 2012 : 2). Il s'agit donc ici d'étudier non seulement les discours eux-mêmes, mais également de rechercher les appartenances des discours aux institutions.

Dans « *L'Ordre du discours* » (1971), Foucault proposait de : « *ressaisir, dans la construction du discours médical, mais aussi dans toute l'institution qui le supporte, le transmet, le renforce comment ont été mis en jeu le principe de l'auteur, celui du commentaire, celui de la*

*discipline... »* (Foucault 1971 : 45). Comme pour Foucault (1971), il est donc nécessaire de se pencher non seulement sur les énoncés du discours, mais sur l'appartenance préalable du discours (discipline, nationalité, sources de financement, etc.) et les « *mécanismes de conformité et de contrainte* » auxquels il répond, autrement dit ses affiliations au dispositif.

### **4.3. Collecte de données**

L'époque actuelle est marquée par une volonté de transparence des organisations et des gouvernements, particulièrement la gouvernance mondiale (ONU) et le domaine non-gouvernemental, impliquant qu'une grande partie des données internes sont rendues disponibles sur internet. Une bonne part des données de cette étude provient donc des bases de données de l'ONU et de ses différentes agences, des agences gouvernementales et organisations non-gouvernementales, ainsi que du domaine de la recherche, dont les documents présentent en détails les problématiques de santé mondiale. Malgré le contexte de transparence, certaines recherches ont tout de même mené à quelques impasses où l'information était peu accessible. Les données recueillies appartiennent généralement à deux groupes : les données statistiques et les données documentaires.

Plusieurs bases de données statistiques disponibles sur Internet permettent d'avoir accès aux données qui concernent Haïti, sa population, sa fertilité et sa contraception. Trois types d'enquêtes sont réalisées dans les pays en développement : les *World Fertility Surveys* (WFS), les *Contraceptive Prevalence Surveys* (CPS) et les *Demographic and Health Survey* (DHS). Dans cette analyse, les données de référence pour la population et le taux de fertilité en Haïti sont celles de la Banque Mondiale (ONU), qui dispose de données datant de 1960 à 2013, lesquelles sont regroupées sur le module internet de *Perspective monde* (Guay 2015). L'organisme *Perspective monde* réalise des prédictions basées sur les cinq dernières années, selon un modèle de régression linéaire simple (Guay 2015).



De nombreuses études ont été réalisées en Haïti sur la prévalence des différentes méthodes de contraception. Les résultats des enquêtes sur la contraception sont basés sur des échantillons nationaux considérés comme étant représentatifs de l'ensemble des femmes du pays étant en âge de concevoir (c'est à dire âgées de 15 à 49 ans) et se déclarant mariées ou à l'intérieur d'une union<sup>22</sup> (ONU 2013). Parmi les études importantes, la première a eu lieu en 1977 (WFS), puis les suivantes en 1983 (CPS), 1987 (Enquête nationale), 1989 (CPS), 1994-1995 (DHS), 2000 (DHS), 2005-2006 (DHS), la plus récente datant de 2012<sup>23</sup> (DHS/MICS) (ONU 2013). Ce mémoire vise avant tout à projeter une image synchronique du dispositif de contraception mondiale en Haïti, c'est à dire conformément à la situation qui prévalait en Haïti de 2009 à 2015. Toutefois le grand nombre d'études réalisées en Haïti permet aussi de jeter un regard diachronique, c'est à dire mettant en perspective l'évolution des usages de contraceptifs en Haïti et permettant de soulever certaines questions et certaines hypothèses entourant l'évolution des programmes de contraception en Haïti.

Les données documentaires recueillies dans ce projet proviennent d'une variété de sources. De 2009 à 2015, j'ai recueilli des données documentaires portant spécifiquement sur le dispositif de contraception mondiale et ses discours. J'ai effectué une recherche par mots clés sur Internet à l'aide des moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar*, à partir de mon ordinateur personnel<sup>24</sup> situé à Montréal (Québec, Canada). Le logiciel de recherche *Google Scholar* a permis d'obtenir des résultats provenant d'études scientifiques publiées seulement. J'ai consulté de nombreux articles scientifiques disponibles sur Internet gratuitement ou alors

---

<sup>22</sup> Les statistiques indiquent qu'en Haïti, 53% des femmes déclarant être actives sexuellement ne seraient pas mariées ou à l'intérieur d'union (PRB 2012, dans ONU 2013).

<sup>23</sup> Certaines données projectives de l'ONU sont disponibles pour l'année 2015, toutefois les statistiques les plus récentes détaillant les méthodes contraceptives datent d'une étude multi-pays réalisée en 2012 par les firmes DHS et MICS, pour le compte de l'ONU (ONU 2013).

<sup>24</sup> Je le mentionne car de nos jours grâce aux systèmes informatiques de personnalisation de l'Internet (géolocalisation, cookies, algorithmes de recherche Google, etc.), la collecte de données Internet à partir d'un ordinateur personnel peut influencer le résultat des recherches sur Internet.

rendus accessibles via un système *proxy*<sup>25</sup> installé sur mon ordinateur et qui me permettait de consulter les bases de données offertes par l'Université de Montréal. Les bases de données consultées proposaient des articles scientifiques appartenant aux différents domaines liés à la contraception (biomédecine, santé publique et mondiale, démographie et études populationnelles, soins infirmiers, développement international, droit international, bioéthique, anthropologie, psychologie, etc.). La base de données POPLINE a été sélectionnée car elle regroupe l'ensemble des publications reliées au thème de la santé reproductive. Les mots clés (en anglais et en français) les plus utilisés lors de la recherche ont été : contraception, contraceptives/contraceptifs, methods/méthodes, long acting/longue durée, LARC, injections, implants, depo-provera, norplant, bioethics/bioéthique, reproductive rights/droit de la reproduction, health/santé, population, women/femmes, haiti/haïti, UN/ONU, USAID, WHO/OMS, NGO/ONG. Les articles et ouvrages retenus ont tous été publiés en anglais ou en français, entre les années 1970 et 2015.

Le dispositif de contraception mondiale, tel qu'il se déploie en Haïti et dans le monde depuis les années 1960, se projette dans la documentation accessible sur Internet. Les données recueillies afin de cartographier le dispositif comprennent non seulement des concepts et des énoncés, mais également des noms d'organismes et d'individus, des abréviations, des symboles et des logos d'organisations, bref tous les symboles qui permettent une forme de sémiotique au sens d'interprétation d'un langage (Chandler 2010), ici le langage du dispositif. Le premier niveau d'appréhension du dispositif est donc historique au sens de basé sur ce qui est écrit, ce qui est dit, tout en traversant l'analyse d'un *apriori* critique qui aborde l'histoire en tant que production culturelle, l'auto-représentation idéalisée du dispositif.

J'ai également documenté les ouvrages critiques du dispositif, en tant que contre-discours pouvant être considérés comme faisant partie intégrante du dispositif, conformément à la nature complexe et nuancée du dispositif. Ces discours critiques sont parfois récupérés et

---

<sup>25</sup> *Proxy* est le nom donné à un système informatique permettant d'installer sur un ordinateur personnel un accès à distance aux bases de données institutionnelles, dans ce cas celles de l'Université de Montréal.

intégrés au sein du dispositif, ils proviennent parfois des disciplines officielles contenues dans le dispositif, telles que la démographie, la santé publique ou l'étude des droits humains (Freedman et Isaacs 1993, Ginsburg et Rapp 1995, Hartmann 1995, Hodgson et Watkins 1997, Hesford et Kozol 2005, Connely 2008, Moyn 2012). Plusieurs ouvrages ethnographiques sont aussi venus documenter les aspects plus concrets des programmes de contraception, tels qu'ils se manifestent sur le terrain en Haïti (Lee Poy 1995, Smith 1998, Maternowska 2006, Schwartz 2009).

#### **4.4. Analyse sémiotique des discours**

Quelles sont les instances nationales et internationales qui s'expriment au sujet de la contraception ? Comment sont décrits les contraceptifs « longue durée réversibles », précisément les injections de *Depo-Provera* et l'implant ? Quels sont les arguments mis de l'avant par les promoteurs de contraceptifs LARC afin de recommander leur usage dans les pays en développement ? Quelles sont les justifications pratiques ou les discours administratifs qui expliquent le choix des contraceptifs LARC (implants et injections) en Haïti ? Quelles sont les lignes directrices provenant des instances normatives en matière de santé reproductive, de contraception et de l'utilisation des contraceptifs longue durée réversibles ? Quels sont les concepts, les énoncés les plus récurrents concernant la contraception des pays en développement et d'Haïti ? Quelles sont les justifications morales soutenant la contraception en Haïti ? sont parmi les questions qui permettent de guider l'analyse visant à comprendre les choix de contraceptifs pour Haïti.

Les discours identifiés au sein du dispositif de contraception mondiale sont variés. Ils comprennent : des énoncés scientifiques provenant des domaines biomédicaux, des études cliniques et pharmacologiques, des études portant sur l'acceptabilité des contraceptifs, des discours normatifs et administratifs énoncés par l'OMS, les agences de développement international et les agences nationales de santé publique. Les discours comprennent également des rhétoriques de promotion des technologies contraceptives, publiées par les chercheurs impliqués dans plusieurs domaines convergents (scientifique, OMS, pharmaceutique), des

déclarations, principes et lois décrétées par les instances de la gouvernance mondiale, des objectifs énoncés par les grandes organisations, des discours portant sur le financement des contraceptifs, des discours philanthropes et humanistes, des discours féministes et anthropologiques.

Lors de la collecte de données, les éléments recueillis ont été méthodiquement placés sur une grille d'analyse sémiotique<sup>26</sup>, dans l'objectif de mettre les éléments en relation et de percevoir les rapports que les composantes entretiennent entre elles (Chandler 2010). Chandler (2010) propose de procéder à l'analyse sémiotique par un va-et-vient entre deux approches : 1- regrouper les éléments comprenant des similitudes au sein de paradigmes (colonnes verticales), 2- tisser des liens horizontaux (syntagmatiques) entre les paradigmes (Chandler 2010). Dans l'analyse du dispositif, un même élément peut se retrouver au sein de plusieurs paradigmes et les liens qui se tissent entre les paradigmes sont parfois tracés en diagonale, de sorte que la structure n'adopte pas une forme quadrillée. Voici la description que donne Gilles Deleuze (1989) des mécanismes du dispositif :

C'est d'abord un écheveau, un ensemble multilinéaire. Il est composé de lignes de nature différente. Et ces lignes dans le dispositif ne cernent ou n'entourent pas des systèmes dont chacun serait homogène pour son compte, l'objet, le sujet, le langage, etc., mais suivent des directions, tracent des processus toujours en déséquilibre, et tantôt se rapprochent, tantôt s'éloignent les unes des autres. Chaque ligne est brisée, soumise à des *variations de direction*, bifurquante et fourchue, soumise à des *dérivations*. Les objets visibles, les énoncés formulables, les forces en exercice, les sujets en position sont des vecteurs ou des tenseurs » (Gilles Deleuze 1989 : 185).

---

<sup>26</sup> La sémiotique ou sémiologie (lesquels sont synonymes pour « étude des signes » - Chandler 2010) dont l'origine remonte à la linguistique du structuraliste Saussure (1857-1913). Parfois appelée « analyse textuelle », la sémiotique s'attarde aux rapports structurels entre les éléments, qu'il s'agisse d'un texte ou de tous autres signes ou « structure de sens » (Chandler 2010).

## 4.5. Les rapports entre éléments

Dans l'étude du dispositif de contraception mondiale, il est question de comprendre quels sont les éléments qui composent le dispositif, mais surtout quels sont les rapports qu'ils entretiennent entre eux ? Y a-t-il collaboration, opposition ou relation logique ? (Chandler 2010, traduction personnelle des concepts de l'anglais). Lorsqu'il y a collaboration, les éléments sont liés soit par : la fonction, le financement, la structure administrative, le droit, l'économie, la politique, les éléments du discours et de l'idéologie. Les questions sont alors : Quels sont les « consensus » exprimés par le dispositif de contraception mondiale, c'est à dire les questions sur lesquelles une majorité d'acteurs au sein du dispositif mondial de contraception s'accordent ? Ces consensus sont les liens tissés à l'horizontale entre les instances du dispositif, ils permettent une homogénéité du discours. Quelles sont les instances actives dans la contraception en Haïti et quelles fonctions remplissent-elles ? Quelles missions et quels objectifs sont exprimés, voir chiffrés ? Quels sont les éléments qui occupent plusieurs fonctions simultanées au sein du dispositif de contraception mondiale ? Cette dernière question permet de raffiner l'analyse des intérêts impliqués dans la contraception d'Haïti et des pays en développement.

On dira que les éléments sont en opposition lorsqu'ils sont en désaccord, en tension, en réaction. Dans la grille d'analyse, les lieux de tension tordent la structure d'ensemble et permettent d'entrevoir les points de rupture, les moments où des décisions ont été prises, malgré l'hétérogénéité des discours. Dans son analyse du dispositif humanitaire, Cock (2003) affirme que : *« Ce n'est pas grâce aux discours que l'action humanitaire devient intelligible. Mais à l'occasion des transformations des rapports de pouvoir, les différentes appréciations d'une action humanitaire vont se manifester à l'aide de discours hétérogènes »* (Cock 2003 : 20). Ainsi les controverses au sein de la recherche scientifique, les réactions administratives et institutionnelles comme les avis publics nationaux ou alors les lignes directrices internationales, témoignent des zones de tension, des lieux où des joutes de pouvoir se sont déroulées, certains enjeux déterminant l'orientation des politiques de santé publique et même de la politique (nationale et internationale) (Cock 2003). Les questions sont alors : Y a-t-il des

questions qui font l'objet de désaccord et de controverse au sein du dispositif de contraception mondiale ? Quels sont les goulots d'étranglement comme ils sont appelés dans les documents du gouvernement haïtien (PNUD 2013). Quelles sont les critiques adressées au dispositif et à quels aspects du dispositif de contraception s'adressent-elles ? Comment les critiques sont-elles accueillies par le dispositif ? Il s'agit de tenter de comprendre comment les discours provenant des différents agents du dispositif de contraception mondiale s'agent, comment ils s'articulent, comment ils s'opposent et se concilient entre eux à l'intérieur du dispositif. Comment et dans quelle mesure les lieux de désaccord ont été dénoués ?

Lors des controverses majeures survenues autour des contraceptifs dans les dernières décennies, l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS/WHO) est intervenue plusieurs fois en tant qu'instance normative mondiale afin de trancher certains débats (OMS 2005, Shea 2007). Il y a ici relation logique (de type causale), autrement dit : il est légitime de statuer que l'OMS a joué un rôle important dans les décisions légales et politiques qui ont suivi. La relation logique est ici davantage historique et critique, au sens où l'on accède à une compréhension des faits socio-politico-historiques qui ont contribué à la problématique en question.

Le premier niveau d'analyse de ce projet est essentiellement descriptif et représente une vision synchronique, c'est à dire ponctuelle, du dispositif de contraception mondiale. Sans prétendre avoir compris l'ensemble de la situation, j'ai été en mesure d'identifier quelques paradigmes explicatifs pour la prédominance des contraceptifs LARC en Haïti. Pour Raffinsøe (2013), l'analyse dispositionnelle est plus qu'une méthode d'analyse productive en sciences sociales : « *Il s'agit aussi d'une possibilité d'examiner ce qui est déterminant pour nous aujourd'hui. Il s'agit aussi de donner accès à une réflexion philosophique essentielle sur la socialité et sa « nature » actuelle* » (Raffinsøe 2013 : 46).

Le second niveau d'analyse est interprétatif et repose sur une articulation des réflexions anthropologiques, politiques et (bio)éthiques qui ont émergé dans le cadre de cette étude. La ligne directrice de questionnement est : Les programmes de contraception mondiale et les contraceptifs offerts aux Haïtiens sont-ils appropriés pour eux ? Quelles solutions existent ?

# Résultats

## 5. Les discours biomédicaux

### 5.1 Introduction

L'article de Roy Jacobstein et Harriet Stanley (2013) servira de référence principale pour l'analyse de la rhétorique des fournisseurs de contraceptifs. Qualifié de commentaire (« *commentary* »), le statut du document n'est pas clair et s'apparente à de la « littérature grise<sup>27</sup> » puisque les frontières entre rapport d'études scientifiques et promotion commerciale d'un produit ne sont pas clairement établies.

Les auteurs de l'article sont des chercheurs ayant mené des études sur différents aspects de la contraception et de la stérilisation. Rob Jacobstein, médecin américain spécialisé en pédiatrie ainsi qu'en santé publique, est l'un des spécialistes dont le nom revient de façon récurrente dans le domaine de la promotion des contraceptifs LARC dans les pays en développement. Jacobstein est également consultant pour l'OMS en matière de santé contraceptive, il a contribué à la rédaction des guides : *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (OMS 2010) et *Family Planning : A Global Handbook for Providers* (OMS 2011), deux documents clés en matière de santé contraceptive mondiale. Jacobstein est également l'instigateur du « *RESPOND Project* », un projet financé par la USAID et autres et dont la mission explicite est de fournir des contraceptifs aux pays en développement. L'appartenance des auteurs à plusieurs domaines (clinique, recherche scientifique, ONG, OMS) et le ton « promotionnel » de nombreux de leurs articles est la raison pour laquelle dans ce projet, ces acteurs sont considérés comme faisant partie des fournisseurs de contraceptifs. L'article qui est ici analysé (Jacobstein et Stanley 2013) est titré : « *Contraceptive implants : providing better choice to*

---

<sup>27</sup> La « littérature grise » a été définie par l'AFNOR (l'Agence Française de Normalisation, dans "Vocabulaire de la Documentation" - Paris, 1986) comme : tout « *document dactylographié ou imprimé, souvent à caractère provisoire, reproduit et diffusé à un nombre d'exemplaires inférieur au millier, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion* ».



*meet growing family planning demand* ». L'article comprend six pages avec références et est publié dans le tout premier numéro, premier volume, d'un nouveau magazine scientifique : le « *Global Health : Science and Practice* » (2013).

D'entrée de jeu, l'article de Jacobstein et Stanley (2013) cite l'étude de Singh et Darroch (2012) ayant chiffré à 222 millions les femmes issues de pays en développement dont les besoins en contraceptifs modernes se seraient pas comblés (Singh et Darroch 2012), puis précise : « particulièrement en Afrique Sub-saharienne » (Jacobstein et Stanley 2013), s'appuyant sur les données provenant du « *Sommaire des approvisionnements en contraceptifs pour l'Afrique Sub-saharienne en 2012* » provenant de la *Coalition des fournisseurs de produits pour la contraception* (« *Reproductive Health Supplies Coalition*<sup>28</sup> ») (RHSC 2012). Les auteurs annoncent que les questions auxquelles l'article tentera de répondre sont : « *What are implants ? Why do they offer so much promise ? What challenges must programs address to make them even more widely accessible and used ?* » (Jacobstein et Stanley 2013).

## **5.2. Contraceptifs sans réapprovisionnement**

Le premier avantage associé à l'implant contraceptif est le fait qu'il n'exige pas de réapprovisionnement à court terme. Jacobstein et Stanley (2013) débutent leur argumentaire en affirmant que : de nombreuses autres femmes utilisent des méthodes (contraceptives) moins efficaces exigeant le réapprovisionnement (« *Many other women are using less effective resupply methods* », traduction libre de Jacobstein et Stanley 2013).

Contrairement aux autres méthodes contraceptives, l'effet de l'implant hormonal sous-cutané est durable (3 à 5 ans), nul besoin de prise quotidienne (comme dans le cas de la pilule contraceptive) ou de renouvellement sur une base trimestrielle (comme avec les injections de *Depo-Provera*). Aucun risque d'oubli ou de négligence pouvant entraîner une grossesse non

---

<sup>28</sup> La *Coalition des fournisseurs de produits pour la contraception* (« *Reproductive Health Supplies Coalition* ») est une initiative visant à coordonner les efforts des différents fournisseurs de contraceptifs.

désirée. L'utilisatrice n'a pas le fardeau de devoir se déplacer, rencontrer un médecin afin de renouveler sa prescription, acheter le contraceptif et le garder sous la main.

Dans l'article « *Norplant Consensus Statement* » (Fraser et al. 1998), il est déterminé que l'avantage majeur de l'implant contraceptif est son efficacité à long terme après une seule visite médicale : « *The major advantage of this method is its long-term effectiveness after one clinic visit* » (Fraser et al. 1998 : 2). Jacobstein et Stanley (2013) affirment qu'avec l'implant contraceptif, nul besoin d'effectuer de suivi médical, mais précisent toutefois que : « *although the client does not need to return, she can and should return at any time whether for advice, reassurance, treatment of side effects, or removal* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 13). Mais si tout va bien, l'implant contraceptif peut être « oublié » pour trois à cinq années, la contraception à long terme est assurée (Jacobstein et Stanley 2013).

### **5.3. Efficacité inégalée**

Toujours dans l'article de Jacobstein et Stanley (2013), les auteurs annoncent une efficacité inégalée (« *unmatched effectiveness* »). Le taux d'efficacité de l'implant contraceptif, quantifié en nombre de grossesses non désirées, est établi à 0,05%, soit seulement 1 femme sur 2000 serait tombée enceinte malgré l'implant contraceptif (Trussell 2011 - *Contraceptive Efficacy*). Lorsque comparé aux 6% de grossesses non désirées (soit 120 grossesses non désirées sur 2000) associées au *Depo-Provera*, l'implant est considéré comme 120 fois plus efficace que le *Depo-Provera* (Jacobstein et Stanley 2013).

Il convient toutefois de préciser ici que les études ayant porté sur l'efficacité de l'implant ont principalement porté sur la première année suivant l'insertion de l'implant contraceptif (Trussell 2011), alors que les taux d'hormone dans le sang sont largement supérieurs aux années suivantes, alors que la concentration s'estompe progressivement en allant vers la cinquième année d'utilisation. Dans la description technique faite du prototype *Norplant* par Mc.Cauley et Geller (1992), on peut observer que chacune des six capsules contraceptives

contient 36mg de *levonorgestrel* sous forme cristalline, celle-ci étant relâchée au rythme de 854 ug par jour suivant l'installation de l'implant, ayant chuté à 50 ug par jour après les neuf (9) premiers mois d'usage (soit une perte de 95% de concentration), puis à 35 mg par jour pendant 18 autres mois et enfin 30 mg par jour durant les troisième, quatrième et cinquième année (Mc. Cauley et Geller 1992).

Dans un autre article promotionnel publié par Jacobstein (Jacobstein et Pile 2007) et portant également sur l'implant contraceptif, il est mentionné en note de bas de page que les premiers essais pharmaceutiques du *Norplant* avaient laissé entrevoir des problèmes d'efficacité dans les dernières années de vie de l'implant contraceptif, particulièrement auprès des femmes pesant plus de 80kg, ce qui aurait vraisemblablement obligé le fabricant à modifier à la baisse les recommandations concernant la durée d'efficacité du *Norplant*, passant de 7 ans d'utilisation à 5 ans (Jacobstein et Pile 2007).

## 5.4. Stérilisation réversible

L'implant contraceptif est également présenté comme une méthode durable mais « réversible », ce qui apparaît comme un grand avantage pour la clientèle des femmes de pays en développement, lesquelles sont nombreuses à vouloir espacer les naissances en contexte *post-partum*, mais moins nombreuses à souhaiter la stérilisation permanente (USAID 2015). La réversibilité de l'implant hormonal est assurée par deux composantes : 1- Le fait que chaque utilisatrice de l'implant devrait être en mesure de se faire retirer l'implant, à tout moment, si elle le désire : « *implants can be removed any time a woman wishes to have them removed* » (Jacobstein et Pile 2007 : 1). Les clientes n'ont pas besoin d'utiliser l'implant durant toute sa durée d'efficacité : « *clients do not need to use an implant for its full length* » (Jacobstein et Stanley, 2013 : 13), et 2- Le retour de la fertilité n'est pas entravé ni retardé après le retrait « *return to fertility upon removal is not delayed or negatively affected* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 11).

## 5.5. L'acceptabilité de l'implant

Bien que Jacobstein et Santley (2013) admettent dans leur article promotionnel que l'usage des contraceptifs modernes sont à la traîne en Afrique sub-saharienne : « *Although modern contraceptive use lags in sub-Saharan Africa...* », ils prédisent que l'implant y deviendra de plus en plus populaire en raison de sa capacité à rejoindre les populations isolées. Ils appuient leur prédiction sur les résultats des plus récentes études multi-pays révélant un taux de satisfaction de 79% et de continuation de 84% (la première année) pour l'implant contraceptif (Jacobstein et Stanley 2013). L'acceptabilité d'une méthode contraceptive repose non seulement sur son degré d'acceptation initiale par les femmes, mais également sur les taux de discontinuation de la méthode et les raisons évoquées par les femmes pour justifier l'abandon de la méthode contraceptive. Les données statistiques révèlent que dans les pays les moins développés (« *less-developed countries* »), les raisons les plus fréquemment évoquées par les femmes pour abandonner une méthode contraceptive hormonale sont les effets secondaires et les préoccupations pour la santé (« *side effects and health concerns* ») (Vitzthum et Ringheim 2005). Dans le cas du *Depo-Provera* et de l'implant *Norplant*, les perturbations des cycles menstruels qu'ils provoquent semblent constituer la préoccupation la plus généralement évoquée par les femmes du monde (Fraser et al. 1998).

Dans l'article « *Implant Consensus Statement* » de Fraser et al. (1998), il est rapporté qu'après cinq années d'essais cliniques, environ un quart (25%) des utilisatrices du *Norplant* avaient demandé le retrait de l'implant à cause des saignements anormaux, un autre 15% à cause de problèmes médicaux tels que des maux de tête ou une prise de poids, un autre 25% parce qu'elles souhaitaient concevoir à nouveau (Fraser et al. 1998). Fraser et al. (1998) suggèrent que si le personnel médical prenait davantage de temps pour expliquer aux femmes les causes et la nature des effets secondaires tels que les problèmes de saignements menstruels, ces dernières internaliseraient les explications et seraient moins empressées de demander le retrait de l'implant lorsque les effets secondaires viendraient à se manifester (Fraser et al. 1998).

## 5.6. Le retrait de l'implant

Les femmes qui souhaitent faire retirer l'implant sous-cutané, avant ou après l'échéance de cinq années, doivent obtenir l'accès à un service de retrait de l'implant. Les auteurs Jacobstein et Stanley (2013) insistent sur l'importance de garantir l'accès à un service permettant le retrait de l'implant : « *ensure access to removal services* ». Ils mettent en garde les médecins et autres fournisseurs d'implants qui seraient tentés de minimiser l'importance d'offrir le service de retrait des implants, affirmant que cela pourrait nuire grandement à la réputation de la méthode ainsi que celle des programmes de planification familiale : « *Failure to provide reliable and ready access to removal services could easily tarnish the method's image and undermine an entire family planning program* » (Jacobstein et Stanley 2007 : 14).

La présence de l'implant contraceptif dans le corps des femmes pourrait entraîner la fertilité, même au delà de la durée d'efficacité de 3 à 5 années de l'implant. Plusieurs études rapportèrent l'usage efficace de l'implant hormonal prolongé à 7 ans (Gu et al. 1995, Sivin et al. 2000, Ezegwui 2005, Mutihir 2007) ; « *This suggest the possibility that the method may be used beyond 5 years* » (Fraser et al. 1998 : 6). Dans un rapport d'étude clinique réalisé au Nigeria en 2007, le Dr. Mutihir (2007) rapporte le cas de quatre clientes de *Norplant* ayant conservé l'implant au-delà des cinq 5 années d'efficacité de l'implant. Selon le Dr. Mutihir, aucune des femmes n'avait recouvert sa fertilité, même après 8 à 10 années d'usage de l'implant contraceptif, ce qui motiva le Dr. Mutihir à rapporter l'efficacité prolongée de l'implant, allant au delà des attentes (Mutihir 2007) :

I report four clients who used the Norplant capsules for the duration of 8-10 years, on their own volition, without becoming pregnant, and without any adverse effects (...) Norplant provided prolonged contraceptive protection in these women for a longer period than the specified 5 years in the 4 cases (Mutihir 2007 : 174-176).

Cet aspect technique de l'implant pourrait devenir une préoccupation dans le contexte des pays en développement, où l'accès au service de retrait de l'implant n'est pas garanti (Hardee et al. 1994, Musham et al. 1995, Tolley et Nare 2001), ce qui impliquerait que les femmes incapables de faire retirer l'implant puissent être contraintes à la stérilité. La problématique d'accès au service de retrait de l'implant est davantage discutée dans les réflexions critiques.

Dans le rapport clinique du Dr. Mutihir, celui-ci se réfère à l'étude réalisée par Sivin et al. (2000) pour affirmer que les implants sous-cutanés, en soi, ne représentent pas un risque pour la santé si laissés *in situ* pour plus des cinq années (Sivin et al. 2000). Toutefois Mutihir (2007) ne recommande pas pour autant de les laisser en place : « *Leaving them however is not recommended* » (Mutihir 2007 : 174).

Dans l'article de Fraser et al. (1998) portant sur les consensus entourant l'implant contraceptif, il est mentionné que si les femmes le souhaitent, elles peuvent se faire insérer un deuxième implant immédiatement après le retrait du premier : « *If desired, a second set of implants can be inserted immediately after removal* » (Fraser et al. 1998 : 4). Dans le rapport clinique du Dr. Mutihir (2007) au Nigeria, l'une des patientes avait reçu deux implants l'un à la suite de l'autre : « *She had the second set inserted on the same day that the expired Norplant capsules were removed* » (Mutihir 2007 : 175).

## **5.7. Pour toutes les femmes**

En tant que troisième grande famille d'avantages associés à l'implant contraceptif, notons le consensus général officiel portant sur son innocuité. Jacobstein et Stanley (2013) affirment que l'implant est sécuritaire pour pratiquement toutes les femmes (« *Nearly All Women* ») (Jacobstein et Stanley 2013 : 11), incluant celles de tous les âges, les femmes qui viennent de subir un avortement ou une fausse-couche, celles qui allaitent (débutant à six semaines après

l'accouchement), celles qui souffrent d'anémie, qui fument la cigarette, ou qui sont infectées par le VIH/Sida » (Jacobstein et Stanley 2013).

Les femmes qui fument la cigarette tout en portant l'implant contraceptif n'encourraient pas de risques supplémentaires de développer des effets secondaires cardio-vasculaires qui sont associés aux oestro-progestatifs, un risque qui selon l'OMS (1991) s'accroît avec l'âge et l'intensité du tabagisme. Pourtant l'OMS (1991) ajoute : « *On ignore si le risque a une évolution similaire dans le cas du Norplant, mais il est vivement conseillé aux utilisatrices de ce procédé de s'abstenir de fumer* » (OMS 1991 : 6). En l'absence de données confirmant les risques de fumer tout en portant l'implant hormonal, les promoteurs de l'implants contraceptif sont autorisés à dire que le tabagisme n'est pas une contre-indication à l'usage du contraceptif *Norplant*.

Même si l'implant contraceptif est présenté comme étant recommandable pour toutes les femmes, Jacobstein et Stanley (2013) précisent toutefois : « *suitable for nearly all Women* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 11). Ainsi tel que mentionné dans le guide produit par l'OMS (WHO 2010) et intitulé « *Medical eligibility criteria for contraceptive use* », auquel l'article de Jacobstein et Stanley (2013) se réfère, une série de prédispositions empêcheraient une femme d'avoir recours à l'implant hormonal, telles que : hypertension artérielle (haute pression), troubles cardio-vasculaires, obésité, diabète, troubles hépatiques, cancers hormono-dépendants, pour ne nommer que ces conditions (WHO 2010).

Selon les études, les femmes atteintes du VIH/Sida tolèrent bien l'implant contraceptif. Les femmes atteintes du VIH/Sida constituent une clientèle ciblée par la contraception longue durée, dans l'objectif de réduire les enfants infectés par la maladie. L'implant sous-cutané a été testé auprès de femmes porteuses du VIH/Sida asymptomatiques, révélant les mêmes effets secondaires que chez la majorité des femmes non porteuses (Taneepanichskul et Tanprasertkul 2001). Il est à noter que les injections ou l'implant contraceptif utilisés seuls (sans condom par exemple) ne préviennent pas la transmission du VIH/Sida et des maladies sexuellement transmissibles.

Par ailleurs de nombreuses études ont établi des liens entre l'usage des contraceptifs hormonaux et le développement de maladies transmissibles sexuellement (MTS et VIH/Sida). Ralph et al. (2015) publièrent une méta-analyse confirmant que le Depo-Provera augmentait les risques de contracter le VIH/Sida. L'équipe effectua une revue systématique des études portant sur le Depo-Provera et analysèrent les résultats de 10 études portant sur l'usage du *Depo-Provera* en Afrique sub-saharienne. L'étude conclut que l'usage du *Depo-Provera* avait comme effet d'augmenter les risques de contracter le VIH/Sida, une augmentation qui n'était ni associée à l'usage de méthodes non-hormonales ou d'aucune méthode contraceptive, ni associée aux contraceptifs oraux. Les auteurs nuancent les conclusions de leur étude en rappelant le fait que les populations étudiées provenaient de contextes où le risque de contracter le VIH/Sida était plus élevé que dans la population générale. Enfin selon Ralph et al. (2015), les risques observés dans leur étude doivent être sous-pesés avec les multiples bénéfices du *Depo-Provera* : « *Whether the risks of HIV observed in the study would merit complete withdrawal of depot medroxyprogesterone acetate needs to be balanced against the known benefits of a highly effective contraceptive* » (Ralph et al. 2015).

La corrélation entre la prise de contraceptifs hormonaux et le développement des MTS semble multi-factorielle (Baeten et al. 2007). De nombreuses études épidémiologiques sur des femmes et adolescentes de milieux urbains révèlent sans grande surprise que les femmes utilisent moins les préservatifs (condoms) lorsqu'elles prennent des contraceptifs hormonaux (Roye 1998, Sangi-Haghpeykar et al. 2005). Toutefois d'autres études réalisées sur des singes macaques ont plutôt démontré la présence d'un lien biologique car les singes auxquels l'on avait administré le *Depo-Provera* avaient contracté davantage de maladies transmises (VIH). L'hypothèse émise était que le *Depo-Provera* contribuait à l'amincissement du vagin ce qui aurait favorisé un milieu propice à l'infection (Marx et al. 1996). D'un point de vue cellulaire, plusieurs études attribuent l'usage du *Depo-Provera* à une inflammation du vagin et du col de l'utérus, ce qui augmenterait les risques de contraction du VIH et autres MTS (Moss et al. 1991, Baeten et al. 2001). Le *Depo-Provera* serait également lié à une augmentation des infections vaginales, lesquelles seraient également liées à des taux plus élevés de MST/VIH/Sida (Baeten et al. 2007). D'autres études ont émis l'hypothèse que le *Depo-Provera* portait atteinte à la flore vaginale de la femme en diminuant le nombre de bactéries



lactobacillus (Miller et al. 2000), lesquelles seraient protectrices contre le VIH/Sida (Martin et al. 1999). Enfin les hormones elles-mêmes pourraient avoir une incidence sur le développement des maladies transmissibles sexuellement et du VIH/Sida (Furth et al. 1990).

### **5.7.1. Les adolescentes**

Jacobstein et Stanley (2013) précisent que l'implant contraceptif est sécuritaire et adapté aux femmes de tous les âges et il précisent : « incluant les adolescentes » (« *including adolescents* ») (Jacobstein et Stanley 2013 : 11-12). À cet effet, ils se réfèrent au *American College of Obstetricians and Gynecologists*, lequel recommande que les médecins et autres fournisseurs de contraceptifs encouragent les adolescentes âgées entre 15 et 19 ans à considérer l'implant et le stérilet (IUD) comme étant « les meilleures méthodes contraceptives réversibles permettant de prévenir les grossesses non désirées, les grossesses répétées et les avortements chez les jeunes femmes » (*Committee on Adolescents Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group - The American College of Obstetricians and Gynecologists 2012*, dans Jacobstein et Stanley 2013).

### **5.7.2. La période *post-partum***

À une seule occasion, la présentation de Jacobstein et Stanley (2013) brise l'effet de consensus entourant l'innocuité des implants hormonaux contraceptifs. En effet les avis varient quant aux risques associé au *Depo-Provera* lorsque reçu par le nouveau-né durant ses premières semaines de vie. Ainsi bien que les études se contredisent à ce sujet, l'OMS conclut que les risques associés aux implants contraceptifs surpassent les bénéfices (« *risks outweigh benefits* ») durant les six premières semaines qui suivent l'accouchement (WHO 2010, WHO 2011) : « *Recommendations among normative bodies differ about the suitability of implants*

*use by breastfeeding women during the first 6 weeks after childbirth, however, WHO guidance states that the risks outweigh benefits during this period* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 12).

Toutefois, dans les clarifications, l'OMS (WHO 2010) précise que dans les pays où la mortalité maternelle et infantile est élevée et où l'accès aux soins de santé est limité, l'implant hormonal pourrait être l'une des seules méthodes disponibles pour les femmes en période *post-partum*. Ainsi, l'OMS (WHO 2010) laisse entendre que dans l'éventualité où une femme venant d'accoucher serait dans l'impossibilité de revenir six semaines après son accouchement, à cause de la distance ou de tout autre obstacle, il serait judicieux de lui administrer l'implant contraceptif immédiatement, malgré les risques que peut courir le nouveau-né allaité.

Il serait pertinent de vérifier de quelle façon les praticiens en santé reproductive (gynécologues et obstétriciens) interprètent et mettent en pratique les recommandations de l'OMS (WHO 2010). Dans le *Manuel de Normes en Planification Familiale et en Soins Maternels*, publié par le Ministère (haïtien) de Santé Publique et de la Population (MSPP 2009), les consignes entourant l'administration de l'implant contraceptif à une femme venant d'accoucher sont que : « *En post-partum elle (la femme) peut attendre jusqu'à la 6eme semaine pour se faire insérer le Norplant* » (MSPP 2009 : 56), ce qui laisse un doute quant à la nécessité d'attendre. Dans la documentation, il est fait état de femmes s'étant faites administrer l'implant contraceptif dans les semaines, les jours, voir dans les heures qui ont suivi leur accouchement (Mutihir 2007).

Lorsqu'est posée la question de la possible interférence entre les contraceptifs « *progesterone-only* » et l'allaitement, la première série d'études auxquelles les instances normatives telles que l'OMS se réfère, même en 2010 (WHO 2010), date des années 1970 et 1980 et porte essentiellement sur les effets des hormones synthétiques sur la performance lors de la lactation, la composition du lait et les concentrations d'hormone dans le sérum maternel, ainsi que la croissance physique des enfants dans les premiers mois suivant leur naissance (Karim et al. 1971, Abdulla 1985, Diaz et al. 1985, Shaaban et al. 1985, Affandi et al. 1986). La plupart de ces études affirment que les contraceptifs à progestérone ne semblent pas avoir d'incidence majeure sur tous ces phénomènes biologiques, mais prônent toutefois le principe de précaution

et réclament toutes l'importance de réaliser davantage d'études : « *Nevertheless, long-term studies are required to settle this matter and until more information is available, NORPLANT implant use in lactating women should be limited to cases who require a highly effective contraceptive method and where non-hormonal methods of similar effectiveness are contraindicated or unacceptable* » (Diaz et al. 1985 : 1). Encore en 2003, certains chercheurs décriaient le manque d'études sur le sujet et la faiblesse de celles qui avaient été accomplies :

Evidence from randomized controlled trials on the effect of hormonal contraceptives during lactation is limited and of poor quality; results should be interpreted with caution. The existing randomized controlled trials are insufficient to establish an effect of hormonal contraception, if any, on milk quality and quantity. Evidence is inadequate to make recommendations regarding hormonal contraceptive use for lactating women. At least one properly conducted randomized controlled trial of adequate size is urgently needed to address this question (Truitt et al. 2003 : 1).

L'OMS déclare même dans son guide *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (WHO 2010) que les études réalisées jusqu'à maintenant ne permettaient pas de déterminer les risques à long terme, sérieux ou subtiles à long terme, des contraceptifs à progestérone : « *these studies have been inadequately designed to determine whether a risk of either serious or subtle long-term effects exists* » (WHO 2010 : 45). L'OMS ajoute que les données d'études réalisées sur des animaux laissaient croire à un effet sur le cerveau en développement : « *Animal data suggest there is an effect of progesterone on the developing brain* (Hull et al. 1980, Van et Baumgarten 1990 - études citées dans WHO 2010 : 45) et qu'on ne sait toujours pas si la progestérone avait des effets semblables chez l'humain : « *whether similar effects occur following progestogen exposure in humans is unclear* » (WHO 2010 : 45).

Moins nombreux encore ont été les projets de recherche scientifique portant sur les risques à long terme pour la santé des enfants allaités conjointement à l'utilisation d'un contraceptif à progestérone. Cette question est pourtant d'une importance majeure, car il ne s'agit plus uniquement de la santé des femmes, mais également celle d'enfants dont la croissance et le développement sont inachevés et sont extrêmement sensibles aux variables environnementales. Minkin (1981) explique comment l'hormone *du Depo-Provera* est libérée dans le sang, puis transférée au lait maternel pendant 90 jours ou plus après l'injection :

Following injection, Depo-Provera is released into the blood and transferred to the breast milk for 90 days or longer. The ratio of concentration between the maternal plasma and the breast milk is approximately 1:1, that is, there is as much Depo-Provera per volume of milk as there is circulating in the mother's blood. Every such by the breastfed child contains an orally active dose of Depo-Provera. The nursing child consumes between 600-800 ml of milk containing a steady dose of 1-2 micrograms of the synthetic hormone daily (Minkin 1981 : 62).

Parmi les études s'étant penchées sur la question de l'innocuité des contraceptifs au *levonorgestrel* sur les enfants allaités par des mères porteuses d'implants hormonaux sous-cutanés, Patel et al. (1994) dans leur étude : « *At what 'infant-age' can levonorgestrel contraceptives be recommended to nursing mothers ?* », ont réussi à établir que les nouveau-nés âgés de 4 semaines ne pouvaient ni absorber ni métaboliser l'hormone *levonorgestrel* efficacement, les bébés âgés de 12 semaines pouvaient métaboliser l'hormone, mais ils ne pouvaient pas l'absorber efficacement, tandis que les bébés de 24 semaines pouvaient faire les deux procédés de façon efficace (Patel et al. 1994). Leur étude conclut tout de même qu'il est sécuritaire d'introduire l'hormone *levonorgestrel* aux mères qui allaitent, après 12 semaines de *post-partum* : « *It is safe to introduce LNG to breastfeeding mothers at 12 weeks postpartum* » (Patel et al. 1994 : 1).

Les effets à long terme de l'hormone sur la santé des enfants sont restés ignorés pendant de nombreuses années et c'est seulement en 2002 que la première étude allant dans ce sens fut réalisée. L'étude de Schiappacasse et al. (2002) observa le développement de 200 enfants ayant été allaités par des mères utilisatrices de l'implant contraceptif hormonal de type *Norplant*, durant la période 1 à 6 ans (Schiappacasse et al. 2002). Bien que les conclusions de l'étude statuent qu'il n'y a aucun effet secondaire significatif sur la santé des enfants allaités conjointement au traitement hormonal, les résultats indiquent une hausse significative des infections de toutes sortes, mais surtout respiratoires, ce qui laisse supposer des effets immuno-suppresseurs de l'hormone sur l'organisme des enfants allaités par des mères porteuses de l'implant (Schiappacasse et al. 2002).

Plusieurs études établissent des liens entre l'administration de progestérone synthétique et l'affaiblissement du système immunitaire chez la femme (Kaushic 2003, Hughes et al. 2003). Certains chercheurs attribuent cette baisse de l'immunité aux récepteurs de progestérone impliqués dans la protection du fœtus durant une grossesse (Hughes et al. 2003). Minkin et ses associés (1981), quant à eux, accusent l'effet immuno-suppresseur du *Depo-Provera* de rendre les femmes concernées plus vulnérables aux infections, tout en ouvrant la porte au développement de cancers : « *Depo-Provera, an immunosuppressive drug, can increase susceptibility to virus and possibly viral carcinogens* » (Minkin 1981). Les études plus récentes ont démontré les liens entre l'inflammation cervicale (ou érosion/ectopie cervicale) pouvant être causée par l'usage du *Depo-Provera* et le développement de cancers du col de l'utérus et de l'utérus (Baeten et al. 2001).

## **5.8 Les effets secondaires**

### **5.8.1 Effets secondaires du Depo-Provera**

Suivant l'injection de la première dose de *Depo-Provera*, une majorité de femmes expérimentent une période de saignements intermittents (« *spotting* »), parfois un épisode de saignements abondants et persistants. Dans les mois qui suivent le début du traitement, les saignements diminuent et après 4 mois, 34% des femmes atteignent un état d'*aménorrhée* (i.e. arrêt complet des saignements menstruels), 49% après 7 mois, 57% après 10 mois et 71% après 24 mois (Arias 2006). Bien qu'ils soient perçus comme un avantage par les développeurs et les promoteurs du *Depo-Provera*, ces changements dans les saignements menstruels semblent inquiéter les femmes et constituent la plus importante cause amenant l'arrêt du traitement contraceptif au *Depo-Provera*, particulièrement en Haïti (Tafforeau et al. 1986, Maternowska 2006). L'abandon de la méthode contraceptive par injections est

relativement élevé, particulièrement auprès des jeunes femmes, alors qu'entre 30 et 73% abandonnent le contraceptif dans la première année (Boroditsky 1999).

Par ordre d'importance, les effets secondaires les plus attestés du *Depo-Provera* sont : des maux de tête (11,8%), un gain de poids (8,5%), des saignements intermittents ("*spotting*", 6,4%), l'aménorrhée (5,8%), une baisse de la libido (5,1%), de l'acné (3,8%), une hémorragie vaginale (2,6%), des saignements abondants et persistants (ménorrhagie, 1,3%), de la fatigue (2,8%) et de la douleur au site d'injection (2,6%) (Jain et al. 2004). Parmi les autres effets secondaires rapportés dans la littérature portant sur le *Depo-Provera*, notons : des douleurs ou des malaises à l'abdomen, des douleurs aux seins, des étourdissements, de la nervosité, des états dépressifs (Shea 2007), ainsi qu'une hausse de l'incidence d'infections, surtout respiratoires (Toh et al. 2004).

De nombreux chercheurs et médecins du monde ont élevé leurs voix afin de soulever les effets secondaires cliniques du *Depo-Provera*, invitant à la prudence, particulièrement auprès des adolescentes (Boroditsky 1999). Toutefois c'est seulement au début des années 2000 que des études post-marketing portant sur le *Depo-Provera*, menées par *Pfizer*, ont révélé que l'usage du *Depo-Provera* entraînait une perte importante de la densité minérale osseuse (DMO) (FDA 2004, Santé Canada 2005, Puil 2005). Cette altération de la densité minérale osseuse (DMO) pourrait entraîner, chez les utilisatrices, le développement prématuré d'ostéoporose<sup>29</sup>. La perte de densité minérale osseuse serait proportionnelle à la durée d'utilisation du médicament *Depo-Provera* et serait possiblement irréversible, ce qui rendrait l'utilisation du *Depo-Provera* non recommandée auprès des adolescentes et des femmes pré-ménopausées (Kaunitz 2006). Immédiatement après la publication des études révélant ces effets inquiétants, la FDA américaine imposa une « boîte noire d'avertissement » (« *black box warning* ») au fabricant pharmaceutique *Pfizer*, avertissement s'adressant tout particulièrement aux adolescentes en raison de la vulnérabilité de leur système squelettique, dont la croissance est inachevée (FDA 2004). En 2005 Santé Canada émit un avis de santé publique entourant ces risques et

---

<sup>29</sup> L'*ostéoporose* est une condition médicale qui affecte la porosité des os du corps, associée au vieillissement normal de l'organisme ou alors au vieillissement prématuré du système osseux.

recommandant que l'usage du *Depo-Provera* soit « *réservé aux situations où les autres traitements disponibles ne conviennent pas, et la période d'utilisation doit être la plus courte possible* » (Santé Canada 2005, dans Shea 2007 : 9).

Suite aux avis de la FDA (2004) et de Santé Canada (2005), l'OMS réalisa une revue de l'ensemble des études portant sur les liens entre le *Depo-Provera* et la perte de densité minérale osseuse, afin d'émettre ses lignes directrices à l'international. Dans le document résumant la position de l'OMS face aux effets du *Depo-Provera* sur la santé osseuse (OMS 2005), l'OMS admet d'une part que les données de la consultation invitent à faire preuve de prudence avec les adolescentes, dont le développement osseux est à son paroxysme pendant cette période de croissance, ainsi qu'avec les femmes approchant de la ménopause puisque le métabolisme de ces dernières pourrait déjà occasionner une certaine perte de densité osseuse liée au débalancement hormonal (OMS 2005). Toutefois, en dépit de la quantité importante d'études scientifiques démontrant les effets du contraceptif *Depo-Provera* sur la santé osseuse des utilisatrices (Puil 2005), l'OMS limite la portée des résultats et statue que les effets sur la densité minérale osseuse sont réversibles après l'arrêt du *Depo-Provera* : « *Bien que l'os recouvre sa densité après arrêt des progestatifs seuls injectables...* » (OMS 2005 : 2). Cette affirmation faisait pourtant l'objet d'un désaccord dans les milieux scientifiques (Puil 2005) et l'étude de Kaunitz (2006) démontra plutôt le caractère irréversible des dommages occasionnés par le *Depo-Provera* sur la densité minérale osseuse (DMO) des utilisatrices.

Par ailleurs, dans la version longue du document présentant les lignes directrices de l'OMS quant à aux effets du *Depo-Provera* sur la santé des os (WHO 2005), l'OMS argumente que le fait de limiter l'usage du *Depo-Provera* réduirait les options de contraception de façon critique pour les femmes d'Afrique sub-saharienne et d'Asie du Sud-Est : « *Thus limiting the use of DMPA would reduce contraceptive options in a way that may be critical for women from Southeast Asia and Sub-Saharan Africa* » (WHO 2005 : 4). L'OMS conclut par conséquent que les contraceptifs hormonaux tels que le *Depo-Provera* comportent des bénéfices importants et certes des risques pour la santé, mais que pour la plupart des femmes leur utilisation a nettement plus d'avantages pour la santé que de risques : « *For most women, the*

*health benefits of use clearly exceed the health risks* » (WHO 2005 : 11).

En ce qui concerne la densité osseuse et la contraception hormonale, l'*Organisation mondiale de la Santé* émet donc les lignes directrices suivantes en 2005 :

Les femmes âgées de 18 à 45 ans devraient pouvoir utiliser l'AMDP<sup>30</sup> (et les autres progestatifs seuls injectables) sans aucune limite ». Une adolescente ou une femme de plus de 45 ans peut utiliser l'AMDP (et les autres progestatifs seuls injectables) si elle et son dispensateur de soins décident qu'il s'agit là de la méthode qui lui convient le mieux, même si celle-ci peut provoquer une diminution de sa densité osseuse (OMS 2005 : 2).

### **5.8.2. Effets secondaires de l'implant sub-dermal**

Malgré les similitudes entre le *Depo-Provera* et l'implant *Norplant* du point de vue de leur mécanisme d'action longue durée à base de progestérone (stéroïdique), les deux contraceptifs sont considérés par le milieu biomédical comme deux entités pharmacologiques complètement distinctes. Alors qu'aux yeux de certains, l'implant *Norplant* pourrait présenter encore plus de risques pour la santé des femmes que les injections de *Depo-Provera*, en raison de sa durée d'efficacité augmentée à cinq (5) ans ; l'implant semble faire l'objet d'un certain consensus au sein de la biomédecine, où il est présenté comme étant relativement inoffensif (Fraser et al. 1998 - *Norplant Consensus Statement*). L'innocuité associée à l'implant contraceptif permet à quantité de scientifiques ainsi qu'aux instances normatives comme l'OMS, de proclamer que les implants contraceptifs seraient sécuritaires pour toutes les femmes (« *Safe for all women* », WHO (OMS) - *Family Planning : a Global Handbook for Providers* 2011).

Les effets secondaires les plus connus de l'implant *Norplant* sont : des irrégularités menstruelles dans pratiquement tous les cas, le plus souvent des saignements intermittents

---

<sup>30</sup> L'AMDP : hormone médicamenteuse dont la molécule est appelée « acétate de médroxyprogestérone-retard », dont les noms de spécialités sont *Depo-Provera*, *Depo-Clinovir* et autres) et le NET-EN (énantate de noréthistérone ou *Noristerat*, *Norigest*, *Doryxas* et autres) (OMS 2005 : 1).



(*métrorrhagie*), souvent une *aménorrhée* dans les premiers mois suivant l'insertion de l'implant, parfois au contraire des saignements abondants et persistants (*ménorragie*) (Fraser et al. 1998, Hubacher 2009). Dans une étude multi-pays dont faisait partie Haïti et qui portait sur les effets secondaires de l'implant sous-cutané (Sivin et al. 1997), les symptômes les plus couramment observés et mentionnés par les porteuses de l'implant étaient : des maux de tête (12,8%), des pertes vaginales anormales (*leukorrhoea* 12,6%), des douleurs dans le bas-ventre (7,3%), une inflammation du col de l'utérus (*cervicitis* 4%), des lésions au col de l'utérus (2,7%), des démangeaisons vaginales (*genital pruritus* 5,1%), des infections vaginales fongiques (3,3%), des douleurs aux seins (3,9%), des protubérances bénignes aux seins (*benign breast neoplasm* 2,8%), un gain de poids (5,4%), de la nervosité (4,3%), des étourdissements (*dizziness* 4,1%), de l'acné (2,7%), des nausées (2,6%), des faiblesses (*asthenia* 2,4%), des douleurs au lieu d'insertion (2,2%), des réactions au lieu d'insertion (2,1%), la perte de cheveux (*alopecia* 1,9%), de la fatigue (1,8%) et des difficultés à uriner (*dysuria* 1,7%) (Sivin et al. 1997, Fraser et al. 1998). D'autres sources évoquent également des changements d'humeur et autres états dépressifs (Jacobstein et Pile 2007).

L'implant *Norplant* a été présenté à la communauté scientifique comme une nouvelle méthode contraceptive sécuritaire, adaptée à toutes les femmes et qui permettrait d'élargir la gamme des choix de contraceptifs disponibles aux femmes du monde. Selon les études citées par Jacobstein et Stanley (2013), le taux de continuation de l'implant serait autour de 80% durant la première année d'usage (Trussell 2011, Peipert 2011), toutefois des taux de continuation plus bas de 40 à 70% ont ensuite été observés lors d'études portant sur les 5 années (Jacobstein et Stanley 2013). À mon avis, il est peu étonnant qu'une méthode telle que l'implant sous-cutané entraîne un taux de continuation d'un minimum d'une année, étant donnée l'implication d'une telle insertion, ainsi que les dispositions particulières que devraient prendre les femmes qui désireraient le faire retirer. Par ailleurs il est également significatif que 30% à 60% de femmes aient ensuite demandé à se faire retirer l'implant avant l'échéance des cinq années (Jacobstein et Stanley 2013), en dépit de ces mêmes implications.

Les premières études portant sur l'acceptabilité de l'implant contraceptif recommandaient que certaines dispositions soient prises afin de limiter les perturbations menstruelles, lesquelles

constituaient une préoccupation pour de nombreuses utilisatrices de l'implant (Zimmerman et al. 1990). Une majorité de femmes qui ont discontinué l'implant, l'ont fait à cause des effets secondaires, parmi lesquels les saignements irréguliers venaient en tête de liste, suivis des autres malaises (maux de tête, gain de poids). Ensuite venait le désir de concevoir un enfant à nouveau (Ali et al. 2012).

Par ailleurs, des chercheurs ont remarqué que la sécrétion d'hormones par les ovaires des utilisatrices de *Norplant* étaient sévèrement supprimée (« *suppressed severely* ») et s'inquiètent au sujet des possibles effets à long terme de l'état hypo-oestrogénique induit par l'implant contraceptif (Molland et al. 1996). Les utilisatrices de l'implant contraceptif seraient nombreuses (20% d'entre elles) à produire des kystes fonctionnels aux ovaires, que les chercheurs du domaine biomédical choisissent d'appeler "*ovarian enlargement*" : « *Ovarian enlargement due to persistent unruptured follicles has been noted in some 20% of Norplant users* » (Fraser et al. 1998 : 3) ; « *The rate of ovarian enlargement was significantly higher in Norplant users than controls* » (Meirik et al. 2001 : 1). Par ailleurs les études se contredisent considérablement face aux risques de développer une grossesse *ectopique* (i.e. se développant à l'extérieur de l'utérus).

Un autre effet secondaire lié à l'implant contraceptif qui semble être sous-estimé par la communauté médicale, concerne les complications associées au site d'insertion des capsules. Un article de Zuber et al. (1992) rapporte les cas de trois femmes dont les implants contraceptifs auraient entraîné la destruction localisée de la peau recouvrant l'implant (Zuber 1992). Deux de ces femmes ont eu leurs implants retirés avant que des conséquences plus graves se manifestent, la dernière a vu une partie de l'implant s'expulser par lui-même : « *partial implant expulsion occurred before removal* » (Zuber 1992 : 1). Même lorsque l'implant sous-cutané n'entraîne pas de complication particulière, il est pertinent de souligner qu'il entraîne invariablement une cicatrice au lieu d'insertion (et de retrait). Bien que les promoteurs de l'implant présentent ce dernier comme une alternative contraceptive discrète, dans la plupart des cas l'implant est visible à l'oeil nu et il est facilement identifiable.

Une analyse multi-pays, incluant Haïti, a été réalisée par Klavon et Grubb (1990) et a révélé un taux d'infection de 0,8%, d'expulsion de 0,4% et de réactions localisées de 4,7% (dans la

première année suivant l'insertion de l'implant). Parmi les femmes dont l'implant avait provoqué une infection, certaines d'entre elles répondirent positivement aux antibiotiques et aux antifongiques administrés et conservèrent leurs implants, tandis que d'autres ont nécessité le retrait immédiat de l'implant. Des études ont démontré que les infections étaient majoritairement liées à la mycobactérie *Abscessus* (Alfa et al. 1995). Le fait que le taux de complications variait grandement d'un pays à l'autre et même d'une clinique à l'autre, semblait soulever l'importance des conditions hygiéniques entourant l'insertion de l'implant (Klavon et Grubb 1990).

Il est mentionné dans l'article de Fraser et al. (1998) que la qualité d'insertion de l'implant est déterminante dans la facilité subséquente à retirer les capsules, ils insistent sur la nécessité d'implanter toutes les capsules dans la même couche sub-dermale (Fraser et al. 1998). Étant donné que chacune des capsules est insérée individuellement, cela laisse une marge d'erreur considérable, particulièrement lorsque l'insertion est effectuée par du personnel non médical. Dans la presse, on rapporte plusieurs cas de femmes contraintes à la stérilité parce que leur médecin n'arrivait plus à retrouver l'implant : « *Hundreds of women have had their fertility put in jeopardy after a popular contraceptive implant was apparently 'lost' in their bodies* » (Bates et Stebner 2012 : 1). L'implant avait semble-t-il été inséré trop profondément dans le bras. Les médecins concernés auraient eu beaucoup de mal, parfois se seraient révélés incapables de retirer l'implant, laissant les femmes avec un bras contusionné et scarifié, en plus de rester stériles. Dans d'autres cas rapportés dans l'article du *Daily Mail Online* (Bates et Stebner 2012), la procédure d'insertion de l'implant avait eu lieu, mais les bâtonnets étaient restés dans l'applicateur, provoquant des grossesses non désirées auprès de femmes qui se croyaient protégées par l'implant contraceptif. Cela aurait amené le fabricant à ajouter un métal dans l'implant afin qu'il soit désormais détectable par rayons-x. Ces anecdotes médicales rappellent l'importance que les implants contraceptifs soient administrés par du personnel médical formé, dans les meilleures conditions médicales et hygiéniques possibles.

## 5.9. Conclusion

L'analyse des discours biomédicaux portant sur les contraceptifs LARC a permis de révéler l'ensemble des caractéristiques techniques qui font des injections longue durée réversibles, des méthodes idéales dans le cadre des programmes de contraception s'adressant aux femmes de pays en développement. Dans des pays marqués par le manque d'accès dans les contraceptifs modernes, particulièrement en régions rurales, des contraceptifs qui permettent de limiter le besoin en réapprovisionnement disposent d'un avantage certain par rapport aux méthodes comme la pilule ou le préservatif masculin. De plus, les contraceptifs LARC sont d'une efficacité inégalée, en plus d'être réversibles, ils s'adressent à « presque toutes les femmes », incluant les adolescentes, les femmes en période *post-partum* et qui allaitent, les femmes préménopausées, les femmes atteintes du VIH ou qui fument la cigarette (Jacobstein et Stanley 2013). Par contre, lorsqu'il est question des effets secondaires associés aux LARC, il semble manquer d'études scientifiques, particulièrement en ce qui a trait aux effets à long terme des hormones synthétiques sur le développement des enfants allaités par des mères qui reçoivent des hormones contraceptives. Plusieurs effets physiologiques mentionnés dans la littérature scientifique semblent également sous-estimés, tels que les effets des contraceptifs à progestérone sur le système immunitaire.

Conformément à la grille d'analyse sémantique (Chandler 2010) utilisée afin d'analyser les éléments du dispositif de contraception mondiale, il est possible d'identifier des relations étroites de collaboration entre les chercheurs biomédicaux, les compagnies pharmaceutiques et l'OMS. Certains discours d'opposition proviennent du dispositif même, comme c'est le cas des avis publics émis par la FDA américaine (FDA 2004) et Santé Canada (2005), après que des études réalisées par le pharmaceutique *Pfizer* révèlent les effets du *Depo-Provera* sur la densité minérale osseuse (DMO) des utilisatrices (Puil 2005, Shea 2007). Toutefois, dans cette instance, alors que les instances nationales de protection de la santé (FDA et Santé Canada) ont protégé la santé des femmes des États-Unis et du Canada, l'OMS est intervenue afin de permettre l'utilisation du *Depo-Provera* auprès des femmes de pays en développement (OMS

2005, WHO 2005), ce qui permet d'établir un lien direct de causalité entre la présence du *Depo-Provera* en Haïti et l'OMS.

L'implant contraceptif, quant à lui, semble faire l'objet d'un certain consensus quant à son innocuité. À un certain moment, ce consensus apparaît rompu par l'OMS, laquelle suggère d'attendre 6 semaines avant d'insérer un implant hormonal en période *post-partum*, en raison des risques pour la santé femmes et des nouveau-nés allaités (WHO 2010, WHO 2011). Toutefois dans ses clarifications, l'OMS (WHO 2010) nuance cette mise en garde dans le cas des femmes de pays en développement, pour lesquelles il pourrait être plus judicieux, selon l'OMS, de profiter de la présence de ces femmes dans un point de services médicaux, afin d'insérer l'implant immédiatement après l'accouchement. Il s'agit encore là d'un exemple où l'OMS est intervenue en faveur d'un assouplissement de la régulation entourant l'administration des contraceptifs LARC auprès des femmes de pays en développement.

Alors que ce chapitre présentait le résultat de l'analyse des discours biomédicaux (*micro*) entourant les contraceptifs LARC, le chapitre suivant présente l'analyse des discours administratifs (*meso*), au sens des structures administratives qui encadrent l'administration des contraceptifs auprès des femmes vivant dans les pays en développement.

## **6. Un agenda de démedicalisation**

L'article de Jacobstein et Stanley (2013) est encore très éloquent dans son choix d'énoncés visant à promouvoir les avantages de l'implant contraceptif, cette fois-ci d'un point de vue administratif. Dans le sous-titre de l'article, les auteurs annoncent une augmentation de l'accessibilité de l'implant, passant par ce qu'ils nomment : « *Innovative service delivery models using dedicated non-physician service providers* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 11). La phrase-clé contient plusieurs concepts qui sont, en soi, très pertinents à analyser. J'ai traduit en français la série de concepts par : « modèles novateurs en matière de livraison de

services, faisant appel à du personnel non-médical, entièrement dédié aux services (d'implants contraceptifs) ».

## 6.1. La livraison des contraceptifs

De façon générale, la livraison (« *delivery* ») des services de contraception fait référence à l'établissement d'une structure de distribution et de mise en marché des contraceptifs, au sein de différents modèles et types d'établissements de soins de santé. Dans leur article promotionnel de l'implant contraceptif, Jacobstein et Stanley (2013) décrivent leur modèle de livraison des contraceptifs comme étant novateur parce qu'il implique une approche multi-tâches, la distribution gratuite de contraceptifs (« *provision of free services* »), soit dans les établissements publiques de santé, soit à travers un réseau mobile (« *mobile outreach* ») de santé, constitué d'agents communautaires et de camps temporaires de soins de santé.

### 6.1.1. Le personnel dédié

Un concept novateur dans le domaine des services de contraception s'adressant particulièrement aux besoins médicaux liés à l'implant sous-cutané, est celui de personnel dédié (« *dedicated providers* »), dont la fonction est consacrée au service conseil (« *counseling*<sup>31</sup> ») ainsi qu'aux différentes étapes de l'administration de l'implant (préparation, stérilisation, insertion). L'objectif d'assigner les tâches liées à l'implant à du personnel dédié est d'augmenter la prévalence de la méthode, considérée comme sous-utilisée : « *These providers focus primarily on delivering under-utilized clinical contraceptive methods, including implants* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 14), tout en favorisant un service de santé de qualité, puisque prodigué par des personnes spécialement formées et dédiées à l'administration de l'implant.

---

<sup>31</sup> J'utilise le mot anglais "*counseling*" dans le texte parce que comme dans le cas de "*planning*", cette expression a pénétré le langage populaire haïtien.

Catherine Maternowska (2006) décrit bien les formes que prend le concept de « *dedicated provider* » dans une clinique de planning familial de Cité-Soleil et la façon dont l'implant est ainsi favorisé parmi les autres méthodes contraceptives. Dans sa description du personnel de la clinique de planning familial, Maternowska (2006) énumère 19 personnes dont :

an administrative head physician, two gynaecologists, one head nurse, another nurse explicitly in charge of the Norplant program, a receptionist/auxiliary/computer operator and her assistant, two auxiliary nurses, nine family planning promoters, and a groundskeeper (Maternowska 2006 : 81-82).

L'approche de « *dedicated provider* » telle que décrite par Jacobstein et Stanley (2013) est également présente dans les institutions publiques, comme dans le cadre d'un projet pilote mené en Zambie (Afrique de l'Est), alors que 18 sages-femmes à la retraite ont été réparties dans les hôpitaux publics du pays, en ayant pour tâche exclusive de recruter et d'administrer des contraceptifs longue durée réversibles (LARC) (Jacobstein et Stanley 2013). Ce type de projet nécessite la collaboration du système de santé publique du pays concerné, ce que Jacobstein et Stanley (2013) désignent comme le partage des tâches (« *task-sharing* »).

Dans son observation d'une clinique de planning de Cité-Soleil, Maternowska (2006) mentionne également qu'une pièce entière de la clinique, la plus spacieuse, était dédiée à l'implant *Norplant*. Inversement, les autres méthodes contraceptives étaient administrées sans grande intimité, à la station des infirmières :

The Norplant room offered the most privacy and was the most spacious of all rooms in the clinic. Despite the sign on the door that said, « *Counseling* », the counseling was limited to Norplant users, who were actively recruited to encourage more women to adopt this long-term method. The nursing station was the smallest room in the center. Here, with only minimal privacy, clients received injectables, pills, condoms, and some instructions on how to use them (Maternowska 2006 : 80).

### 6.1.2. Le personnel non-médical

Un autre aspect novateur du modèle de livraison des contraceptifs dans les communautés est le recours à du personnel non-médical. L'essentiel de l'approche consiste d'une part à considérer les contraceptifs comme un produit pharmaceutique sécuritaire et que les femmes connaissent, d'autre part considérer l'administration des contraceptifs (incluant l'implant sous-cutané) comme une intervention médicale mineure.

Dans un premier temps, le recours à du personnel médical auxiliaire est encouragé : « *Many categories of health providers - not only doctors but also nurses, midwives, auxiliary nurses, auxiliary nurse-midwives, and clinical officers - are capable, once trained, of safely providing implants* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 14). Dans un deuxième temps, les gestionnaires de programmes de contraception souhaitent que du personnel non médical tels que des agents de santé communautaire soient formés et assignés à administrer des contraceptifs dans leur communauté. L'approche privilégiée est alors celle de la délégation des tâches (« *task-shifting* ») et implique par exemple, que l'implant sous-cutané soit administré par un type d'intervenant (ex. agent communautaire), puis qu'il soit éventuellement retiré par le personnel médical d'un hôpital public. L'insertion de l'implant est généralement considérée comme une procédure simple et rapide, alors que le retrait de l'implant est souvent réalisé par du personnel plus qualifié et requiert en moyenne le double du temps, car une opération chirurgicale de moyenne ampleur est nécessaire afin d'aller récupérer l'implant sous la peau, laquelle a habituellement formé un tissu cicatriciel autour des capsules (OMS 2013).

Dans les plus récentes directives produites par l'OMS (2013) visant l'« *Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale* » (OMS 2013 : 1), l'instance normative en appelle à la mise en oeuvre d'une intervention de santé spécifique, ici appelée alternance des tâches ou partage des tâches et qui vise à permettre, former et encourager des catégories supplémentaires (d'intervenants) afin de prodiguer les méthodes de contraception suivantes



: « *la ligature des trompes, la vasectomie, les dispositifs intra-utérins (DIU), les implants, les contraceptifs injectables, ainsi que des activités de promotion de la santé* » (OMS 2013 : 1).

Jacobstein et Stanley (2013) mentionnent le succès d'un projet-pilote réalisé en Éthiopie et ayant mené à la formation et l'implantation de 15,000 agents de santé communautaire dédiés à l'insertion de l'implant *Implanon* : « *Ethiopia has even launched a program to train and enable 15,000 rural community health extension workers (CHEWs) to insert Implanon, whose rod can be inserted easily in 1 to 2 minutes (Removal are handled by referral to higher-level cadres)* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 14). Un projet similaire est prévu pour Haïti (PNUD 2014).

### **6.1.3. Sans examen médical préalable, ni suivi médical**

Un autre volet de la démedicalisation des contraceptifs comprend de nouveaux standards de soins qui n'impliquent pas d'examen médical préalable à l'administration de l'implant ou des injections de *Depo-Provera*. Dans l'article de Jacobstein et Stanley (2013) il est écrit que les implants peuvent être insérés sans examen pelvien préalable, ni test sanguin, test de grossesse ou autre test de laboratoire routine : « *Implants can be inserted without a pelvic exam and without any blood tests or other routine laboratory tests. They can be inserted at any time during a woman's menstrual cycle, so long as it is reasonably certain that she is not pregnant* » (Jacobstein et Pile 2007 :1). Dans son ethnographie d'une clinique de planning familial, Maternowska (2006) rapporte que les médecins n'effectuaient pas de test de grossesse aux femmes de la clinique et qu'ils se fiaient principalement aux témoignages des femmes quant à la date de leurs dernières menstruations. En cas de doute provoqué par l'incertitude des femmes, les médecins envoyaient les femmes à se procurer et réaliser un test de grossesse par leurs propres moyens (Maternowska 2006). Pas plus qu'il ne nécessite d'examen médical préalable, l'implant hormonal n'implique également pas de suivi médical après l'implantation de l'implant contraceptif : « *No routine follow-up or other action by the*

*client is needed* » (Jacobstein et Pile 2007 :1), sauf pour un retrait ou un remplacement éventuel du dispositif.

## **6.2. Les pratiques à haut impact dans la prestation de services**

Dans le domaine de la recherche visant à améliorer l'accès et la prévalence des contraceptifs, plusieurs pratiques de livraison sont actuellement regroupées sous l'acronyme PHI pour *pratiques à haut impact* (en anglais *HIP*, pour « *High Impact Practices* ») en raison de leur efficacité démontrée auprès des populations de pays en développement. Dans la documentation issue de la collaboration entre la USAID, la UNFPA et *Planned Parenthood*, les pratiques à haut impact (PHI) sont définies comme :

des prestations de services ou des interventions de systèmes efficaces, qui lorsqu'elles sont mises à l'échelle et institutionnalisées, permettront de maximiser les investissements dans une stratégie complète de planification familiale (HIP 2015 : 1).

Selon les études réalisées (HIP 2015), les méthodes de livraison de contraceptifs ayant été éprouvées en tant que PHI sont de : 1- Former, équiper et appuyer les Agents de Santé Communautaires (ASC) afin de fournir une large gamme de méthodes de planification familiale, 2- Miser sur le planning familial post-avortement en fournissant du counseling et des services de planification familiale au moment et au même lieu où les femmes reçoivent un traitement pour les complications liées à un avortement spontané et induit, 3- Appuyer la distribution d'une large gamme de méthodes de planification familiale à travers le marketing social, 4- Offrir une large gamme de méthodes de planification familiale par le biais des services mobiles de proximité (HIP 2015). Par ailleurs, les méthodes étant qualifiées de prometteuses incluent de solliciter des partenariats avec des pharmaciens, ainsi que d'intégrer la contraception aux services de vaccination (HIP 2015). Il est pertinent d'élaborer sur les 4 méthodes les plus efficaces, puisqu'elles sont également évoquées comme faisant partie du modèle novateur de livraison des services, tel que présenté par Jacobstein et Stanley (2013).

### 6.2.1. Les agents de santé communautaire

Le système d'agents de santé communautaire (« *community health extension workers* ») consiste à sélectionner des individus s'étant portés volontaires afin de travailler en tant qu'intervenants dans le domaine de la santé (reproductive dans ce cas), au sein même de leur propre communauté. Ces agents sont chargés d'informer les femmes au sujet des contraceptifs offerts et reçoivent une formation minimale comprenant les approches de counseling adapté aux méthodes contraceptives disponibles. L'agent peut, soit administrer les contraceptifs sur place, ou alors escorter les femmes et payer leur transport vers une clinique de planning où elles recevront la contraception. Les agents de santé autorisés à administrer les contraceptifs reçoivent une formation visant à leur permettre de maîtriser les composantes techniques associées aux différentes méthodes : maniement des instruments, aseptisation de la zone d'administration, injections dans le cas du *Depo-Provera*, insertion de l'implant à l'aide du trocart chirurgical. Les plus récents projets ont permis à ces agents communautaires de prodiguer plusieurs méthodes contraceptives dans leurs communautés. Les injections de *Depo-Provera* et l'insertion des implants contraceptifs constituent les méthodes privilégiées dans ce type de programmes (FDRE 2012).

Dans le *Résumé exécutif des Objectifs du Millénaire pour le développement* (OMD) d'Haïti, le gouvernement haïtien annonce un *Plan stratégique de santé de la reproduction et planification familiale* (2013-2016) (UNDP 2014), où il expose le manque en agents de santé communautaire polyvalents et propose de mobiliser « *les ressources pour la mise en place de 10 414 agents de santé communautaire polyvalents* » (Résumé Exécutif des OMD 2013, dans PNUD 2014 : 19). Cette approche communautaire de la santé n'est pas nouvelle en Haïti et rappelle les premières approches de santé publique haïtienne des années 1970, comme l'écrit Maternowska (2006) : « *Haitian's approach to public health care incorporated family planning as part of larger primary health care and community-based initiatives* » (Maternowska, 2006 : 140).

### **6.2.2. La contraception post-avortement**

La seconde méthode ayant démontré une grande efficacité consiste à cibler les femmes qui viennent de subir une interruption volontaire de grossesse (IVG), afin de leur proposer une contraception longue durée réversible comme les injections ou l'implant. Les services de planning sont donc proposés au lieu même de la prestation des services (hôpital ou clinique) et dans les heures qui suivent un avortement médical. Les promoteurs de l'implant insistent sur l'importance de profiter du *momentum* post-avortement, de la présence de la femme et de son état d'esprit, afin de prodiguer la contraception avant que la cliente ne quitte l'établissement de santé, plutôt que de la référer à un autre service de santé à un moment ultérieur. Il est mentionné dans la documentation que la problématique qui survient le plus souvent dans les pays en développement, est que les femmes expérimentent un curetage suite à une fausse-couche ou suite à un avortement provoqué de façon clandestine, mais ayant occasionné des complications, par conséquent le service de planning serait orienté comme tel (Curtis et al. 2010).

### **6.2.3. Le marketing social**

Dans le contexte de la contraception mondiale, l'approche de marketing social (« *social marketing* ») peut être définie comme : la promotion des contraceptifs comme s'ils étaient des biens de consommation, afin de les rendre plus désirables (DKT International 2015). Dans leur article « *Social Marketing of Emergency Contraception : Are We Missing A Valuable Opportunity ?* », Westley et Shochet (2013) expliquent qu'il existe une grande diversité des approches de marketing social et que la promotion des contraceptifs (condoms, pilule contraceptive ou autres contraceptifs) peut prendre plusieurs formes. Selon Westley et Shochet (2013), la promotion ou la vente de produits destinés à la santé reproductive (« *reproductive health products* ») peut être effectuée par une organisation non-lucrative et non-

gouvernementale (ONG), dans certains lieux commerciaux (pharmacies), ou lors d'événements. Le marketing social selon Wesley et Shochet, concerne le plus souvent une clientèle vivant dans les pays en développement (Westley et Shochet 2013).

Dans l'article « *Contraceptive Social Market* » (DKT International 2015), les avantages du marketing social sont ainsi énumérés : 1- Rapide, parce que le marketing social dépend largement de structures commerciales et médicales préexistantes, pouvant être facilement adaptées et ainsi procurer des contraceptifs à de nombreuses femmes, 2- Non-patronisant (« *non-patronizing* »), puisque le marketing social n'est pas perçu comme un programme institutionnel par les consommateurs. Au contraire le marketing social serait interprété comme une composante de la société de marché actuelle, proposant des biens de consommation ordinaires et offrant aux consommateurs un bénéfice à un prix abordable, 3- Très efficace par rapport aux coûts (« *cost-effective* »), car les produits sont achetés. De plus selon des études évoquées par DKT International (2015), les produits achetés par le biais du marketing social seraient plus susceptibles d'être utilisés que des biens distribués gratuitement (DKT International 2015).

Dans un rapport d'étude portant sur la commercialisation sociale (marketing social) des contraceptifs en Haïti, menée par le *Département de la Santé Publique et de la Population* d'Haïti (DSPP), les contraceptifs les mieux adaptés à l'approche par le marketing social en Haïti étaient les préservatifs masculins (condoms), vendus dans des machines distributrices (DSPP 1983). Toutefois il semble que la situation actuelle d'Haïti fasse en sorte que l'approche du marketing social ne soit pas privilégiée. Les préservatifs sont parfois distribués gratuitement en Haïti dans certaines cliniques de santé, comme dans l'exemple d'APROSIFA (Maternowska 2006). Toutefois en général les contraceptifs demeurent très dispendieux et peu disponibles en Haïti, surtout en milieu rural. La distribution gratuite de condoms aurait avantage à être plus répandue en Haïti étant donnés les avantages de la méthode (démédicalisée, aucun effet secondaire, économique, protection pour les MTS et le VIH). Je discuterai des préservatifs masculins plus en détails dans le chapitre de réflexions critiques car le condom fait partie des méthodes que je privilégie comme solution, utilisé seul ou en combinaison avec les méthodes naturelles de contraception.

#### **6.2.4. La contraception mobile**

Un dernier aspect de la démedicalisation des contraceptifs en vue d'augmenter leur accessibilité implique le concept de « *mobile outreach* », que je traduirais par réseau mobile, mais dont le sens de « *outreach* » (rejoindre) en anglais implique une dimension se rapprochant de la sensibilisation (Jacobstein et Stanley 2013). Dans le modèle novateur de livraison des services de contraception proposé par Jacobstein et Stanley (2013) des camps temporaires de soins de santé sont organisés de façon à prodiguer un ensemble de soins de santé qui incluent l'accès à la contraception. Ces camps temporaires de santé sont parfois aménagés dans un bâtiment ou une tente. Dans un article portant sur les pratiques de stérilisation féminine ayant lieu en Inde dans les années 1990 dans de tels camps de santé temporaire, les auteurs critiquaient le faible degré d'hygiène ainsi que le non respect du protocole médical (Ramanathan et al. 1995). Toutefois les camps temporaires de santé organisés en Haïti (souvent par les organismes américains) dans les dernières années sont très bien équipés, parfois mieux que les hôpitaux publics haïtiens, ils feraient preuve d'un degré d'hygiène irréprochable et ne créeraient pas de pertes. Les injections de *Depo-Provera* et les implants contraceptifs peuvent être administrés dans ce contexte. Dans un projet effectué en Zambie, 18 sage-femmes retraitées ont été postées dans des lieux publics hautement achalandés et ont administré plus de 22,000 implants en 14 mois (Neukom et al. 2011).

#### **6.3. L'agenda de la « *contraceptive convenience* »**

Nous avons vu comment plusieurs aspects novateurs annoncés pour l'implant répondaient à des objectifs de démedicalisation des contraceptifs : personnel non-médical, agents de santé communautaire, camps temporaires, contraceptifs administrés sans examen ni suivi médical. Dans l'article « *Making the Case for a « Contraceptive Convenience Agenda* » (Barot 2008), l'auteure milite en faveur d'un *agenda* pour une facilitation d'accès aux contraceptifs

(« *contraceptive convenience* ») : « *an expanding movement of advocates is urging the case for « contraceptive convenience* » (Barot 2008 : 1).

En résumé, les avocats de la « *contraceptive convenience* » souhaitent assouplir les conditions entourant l'accès à la contraception par les femmes et proposent d'éliminer certains obstacles, financiers ou logistiques, que les femmes expérimentent dans leur quête de contraception : « *At its heart, their proposition seeks to strip away layers of medical intervention or requirements deemed outmoded or immaterial and that impede access and inhibit use* » (Barot 2008 : 1). Barot (2008) cite à titre d'exemples : la nécessité pour les femmes d'effectuer un examen médical pelvien ou d'obtenir une prescription pour obtenir l'accès aux méthodes contraceptives : « *Demedicalising* » *contraception, by removing requirements such as pelvic exams and even the requirement of a prescription for many hormonal contraceptives* » (Barot 2008 : 1).

L'une des plus importantes victoires du mouvement pour la « *contraceptive convenience* » fut accomplie en 1993 lorsque la FDA américaine modifia l'emballage des contraceptifs oraux de façon à permettre aux médecins de prescrire la méthode sans obligatoirement effectuer un examen médical ou pelvien de la patiente. Aujourd'hui 86% des cliniques de *Planned Parenthood* adopteraient cette approche démedicalisée de la contraception. Certaines cliniques vont jusqu'à éliminer radicalement les examens médicaux associés à la prescription des contraceptifs, une approche qu'ils ont surnommée « HOPE », un acronyme pour « *Hormonal Options without Pelvic Exam* » (Barot 2008).

L'argument le plus souvent évoqué afin de justifier cet assouplissement des contrôles préalables à l'accès à la contraception hormonale est que ces obstacles médicaux ne seraient plus en phase avec l'avancement de nos sociétés modernes du point de vue technologique :

the primary ways in which contraceptives are made available in our society are no longer grounded in the reality of current scientific advancements or modern women's lives - in short, that contraceptives access today is artificially and unnecessarily hard, and that it can and should be made easier (Barot 2008 : 1).

Il est mentionné que les femmes de pays riches sont devenues très familières avec les technologies contraceptives, qu'elles en connaissent les méthodes, les modes d'utilisation et les effets secondaires, et que par conséquent, elles n'ont plus besoin de faire l'objet d'autant de précautions médicales, qui ne feraient que ralentir et limiter l'accessibilité des contraceptifs : « *because oral contraceptives are safe and efficacious, and have well-known benefits and low risks, conditions justify a move toward further demedicalization* » (Barot 2008 : 3). Concernant les prédispositions médicales étant incompatibles avec la prise de contraceptifs hormonaux, telles que la haute pression artérielle, Barot (2008) soutient qu'il est de plus en plus facile pour les femmes vivant en Occident d'effectuer elles-mêmes un test de pression sanguine, par exemple à l'aide des appareils de mesure de pression libre service présents dans presque toutes les pharmacies (Barot 2008).

Bien que Barot (2008) admette que le mouvement pour l'accommodement contraceptif ne fasse pas l'unanimité et qu'il soulève de sérieuses inquiétudes chez certains acteurs de la contraception mondiale : « *Aspects of this agenda have raised serious concerns among some stakeholders* » (Barot 2008 : 1), elle soutient que les bénéfices de la démedicalisation des contraceptifs sont plus nombreux que ses désavantages. Elle précise que certaines méthodes comme le stérilet, ne pourront jamais être exemptes d'examen pelvien puisque celui-ci fait partie de l'insertion de la méthode intra-utérine.

Barot (2008) exprime par ailleurs certaines réserves éthiques quant à la démedicalisation des services adressés aux femmes de milieux défavorisés ou issues de certains groupes ethniques, lesquels dit-elle, pourraient être pénalisés par l'élimination des visites chez un médecin qui faisaient normalement partie du processus d'accès à la contraception hormonale. Elle souligne également la possibilité d'un risque accru de problèmes de santé pour certaines minorités étant particulièrement touchées par certaines conditions de santé, par exemple l'hypertension artérielle (Barot 2008).

Il est ici pertinent de mentionner que l'hypertension artérielle est une condition que l'on dit sur-représentée au sein des communautés de descendance africaine vivant aux Amériques. En Haïti il s'agit de la condition médicale la plus souvent rencontrée dans les milieux ruraux



haïtiens (Lluberias et al. 2000, Kenerson 2014). Les études les plus récentes révélant que jusqu'à 45% des femmes des milieux ruraux haïtiens en souffriraient (Lluberias et al. 2000, Kenerson 2014). Considérant que l'hypertension artérielle figure au sommet de la liste de prédispositions médicales qui contre-indiqueraient l'usage des contraceptifs hormonaux à progestérone (OMS 2010), il m'apparaît légitime de craindre pour la santé des femmes haïtiennes dans un contexte de contraception hormonale démedicalisée.

## 6.4. Conclusion

Une analyse du discours administratif des programmes de contraception présents dans les pays en développement permet de constater que les technologies contraceptives LARC vont de pair avec une gestion démedicalisée de la contraception mondiale. Des modèles novateurs de livraison des contraceptifs, impliquant le recours à du personnel dédié aux technologies LARC ainsi que du personnel non médical formé spécifiquement afin d'administrer les LARC, permettent de promouvoir les contraceptifs LARC dans des pays dont l'accès aux contraceptifs est difficile à assurer. D'autres approches, considérées comme étant à haut impact dans la prestation de service (HIP) sont utilisées, telles que la contraception post-avortement, le marketing social et la contraception mobile, afin d'augmenter la prévalence des contraceptifs LARC. Toutes ces pratiques répondent à l'agenda politique pour une facilitation d'accès aux contraceptifs (« *contraceptive convenience* ») (Barot 2008), impliquant une vision des contraceptifs hormonaux comme des médicaments sans effets secondaires graves et qui seraient désormais bien connus des femmes, lesquelles seraient aptes à s'auto-diagnostiquer pour les maladies constituant des contre-indications pour l'usage des contraceptifs hormonaux.

Suivant l'analyse sémantique (Chandler 2010) des discours administratifs entourant la livraison des contraceptifs aux femmes haïtiennes, il est possible d'identifier un haut degré de collaboration entre les différents acteurs du dispositif de contraception en Haïti. Les discours

d'opposition sont peu présents, le plus grand accès à la contraception semble être unanimement considéré comme étant une fin surpassant les moyens employés pour y parvenir.

Quant aux choix de contraceptifs LARC en Haïti, la relation logique de cause à effet identifiée est que les approches employées pour rejoindre les femmes haïtiennes (agents communautaires, gratuité des contraceptifs, marketing social, camps temporaires) jouent un rôle important quant aux usages de contraceptifs en Haïti, en déterminant et en limitant les méthodes de contraception offertes aux femmes.

Alors que ce chapitre présentait les discours administratifs provenant du dispositif de contraception mondiale, le prochain chapitre présente le modèle de financement du dispositif de contraception mondiale.

## **7. Financement de la contraception mondiale**

Alors que les deux derniers chapitres de résultats ont présenté les éléments *micro* et *meso* associés à la contraception hormonale longue durée réversible et ses modèles d'administration, ce chapitre présente l'analyse du modèle de financement du dispositif, lequel nous oblige à adopter un regard davantage *macro*. Alors que l'objectif du mémoire est d'expliquer la prévalence des contraceptifs LARC en Haïti, les éléments de cette section permettent d'identifier la verticalité du choix de contraceptifs offerts en Haïti.

## 7.1. Les partenaires

Alors que l'implant contraceptif peut coûter jusqu'à 800\$US<sup>32</sup> l'unité aux utilisatrices vivant aux États-Unis (selon *Planned Parenthood* 2015), celui-ci est distribué gratuitement dans les pays à faible revenu (« *low income countries* »). Comment cela est-il rendu possible ?

Dans l'article de Jacobstein et Stanley (2013) faisant la promotion de l'implant contraceptif dans les pays en développement, les auteurs qualifient la situation d'« opportunité historique » (« *historic opportunity* ») en raison du fait que l'implant sera de plus en plus abordable et disponible (« *Increasingly Affordable and Available* » titre l'un des paragraphes de l'article) (Jacobstein et Stanley 2013). L'annonce est faite avec grand enthousiasme que la compagnie pharmaceutique *Bayer* allait réduire de moitié le prix de l'implant contraceptif *Jadelle* pour le secteur public, grâce à de larges volumes d'achats d'implants garantis par des partenaires donateurs internationaux : « *as a result of volume guarantees from international donor partners* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 12).

Dans son analyse du dispositif de l'humanitaire, Emil Cock (2003) discute de la notion de partenaires :

Si la direction du flux des ressources et le financement sont une façon de contrôler le fonctionnement d'un dispositif, nous remarquerons que le dispositif est régulé par une série de contrats entre les différentes institutions. Ces dernières sont appelées également, dans un langage institutionnel, les partenaires (Cock 2003 : 22).

Jacobstein et Stanley (2013) évoquent un partenariat entre les compagnies pharmaceutiques et les donateurs internationaux. En quoi consiste ce partenariat et quels en sont les objectifs ?

---

<sup>32</sup>Il est mentionné sur le site internet de *Planned Parenthood* que l'implant pouvait coûter de 0\$ à 800\$, dépendamment des conditions d'assurance médicale de la cliente (Site Internet de *Planned Parenthood*, vérifié en septembre 2016).

## 7.2. Les visées du partenariat

L'initiative partenariale (« *partnership initiative* ») évoquée (Jacobstein et Stanley 2013) vise à rendre disponibles 27 millions d'implants dans le secteur public (où l'implant sera gratuit ou abordable) de 69 pays considérés comme à faible revenu<sup>33</sup>, entre 2013 et 2018 :

Beginning in January 2013, Jadelle will cost US\$ 8,50 per set. The partnership initiative aims to make 27 million implants available to the public sector in up to 69 low-income countries from 2013 to 2018. This is likely to be a signal milestone on the long road toward wider use of implants. The commodity cost of implants - once as high as US\$23,80 per set - had been a major impediment to their wider availability (Jacobstein et Stanley 2013 : 12-13).

Il semble que le prix élevé de l'implant constituait jusqu'à récemment l'un de ses principaux désavantages sur le marché des contraceptifs, jusqu'à ce que la récente multiplication des modèles d'implants hormonaux commercialisés (*Norplant, Jadelle, Implanon*) ne crée un climat de compétition commerciale qui aurait encouragé une chute du prix coûtant de l'implant : « *Having 3 implants in the market appears to have help induce these lower commodity prices, and hopefully prices will continue to fall* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 13). Ce partenariat vise donc en premier lieu à faire baisser le prix de l'implant, de façon à le rendre plus abordable et accessible.

Toutefois même au prix de 8,50\$US, l'implant contraceptif reste une technologie contraceptive assez couteuse, surtout lorsque comparée au coût d'un stérilet au cuivre (*Copper-T IUD*), une méthode de contraception qui est également longue durée (5 ans) et réversible, mais qui coûte au secteur public entre 0,36\$US et 0,48\$US, soit moins du 1/17 du prix de l'implant. L'implant hormonal est par ailleurs de coût égal ou plus économique, particulièrement à long terme, comparativement à plusieurs autres méthodes contraceptives telles que la pilule et le *Depo-Provera* : « *the overall cost of implants per couple-year of*

---

<sup>33</sup> Les 69 pays visés par l'initiative partenariale sont définis comme ayant un revenu brut annuel par personne de US\$2,500 ou moins (Singh et Darroch 2012).

*protection (CYP) is comparable to or less than that of injectables or oral contraceptives, and cost effectiveness rises with longer use* » (Jacobstein et Stanley 2013 : 15). Le remplacement envisagé des injections par les implants sous-cutanés entraînerait donc des économies d'échelle pour le dispositif de contraception mondiale. De plus les injections de *Depo-Provera*, renouvelables à tous les trois mois, sont également coûteuses d'un point de vue administratif, nécessitant une main d'oeuvre formée, les fournitures médicales, la livraison des contraceptif auprès des femmes concernées.

Dans un document issu d'un partenariat entre le *Guttmacher Institute*, l'*UNICEF* et le *UNFPA*, intitulé : « *Adding It Up : Costs and Benefits of Contraceptive Services, Estimates for 2012* » (Singh et Darroch 2012), une liste de 69 pays considérés comme étant les plus pauvres du monde sont visés par des programmes de subventions des contraceptifs permettant d'assurer leur gratuité auprès de ces populations. Certaines régions sont davantage ciblées par les subventions, en raison de leur bas taux de prévalence de contraception, comme c'est le cas de l'Afrique de l'Ouest. Haïti fait évidemment partie des 69 pays dont le revenu est bas (« *low income* ») et qui sont ciblés par l'initiative partenariale. Haïti est en fait le seul pays de la sous-région des Caraïbes faisant partie des 69 pays les plus pauvres (Singh et Darroch 2012). Certaines méthodes contraceptives sont également davantage ciblées par le programmes, comme l'implant contraceptif, car il est considéré comme une méthode sous utilisée (« *under utilized* ») méritant de recevoir une aide supplémentaire.

En résumé, les grands points du partenariat sont 1- des garanties d'achats pour de larges volumes d'implants contraceptifs provenant de donateurs, provoquent une réduction du coût des implants, 2- une compagnie pharmaceutique (*Bayer*) accepte de réduire le coût de l'implant de moitié (50%), 3- un contraceptif rendu accessible et abordable pour le secteur public au prix unitaire de 8,50\$, 4- un programme de subventions permettant d'offrir les contraceptifs gratuitement aux populations des pays les plus pauvres. Les questions qui émergent alors sont : Qui sont les donateurs internationaux ? Quel est le secteur public considéré par le dispositif de contraception mondiale ? Comment sont financés les 8,50\$US restants, afin que chaque implant soit offert gratuitement aux femmes vivant en Haïti ?

### **7.3. Les partenaires-donateurs internationaux**

Le projet intitulé « *Mapping the donor landscape in Global Health Family Planning and Reproductive Health* » (Kates et al. 2014) recense les différents donateurs et les patterns entourant leurs *dons internationaux*. Les questions auxquelles le projet tente de répondre sont : « *Which donors are working in which countries and on what issues ?* ». Dans la catégorie « *planning familial* » et santé de la reproduction (*family planning and reproductive health (FP/RH)*), il est rapporté que les trois-quarts (3/4) des dons proviennent de cinq instances, dont trois gouvernements (États-Unis, Grande-Bretagne et Pays Bas) et deux organismes internationaux (UNFPA et Banque Mondiale) (Kates et al. 2014).

Dans le document (Kates et al. 2014), il est précisé que près de 150 pays reçoivent un minimum d'aide internationale pour le développement d'activités liées à la planification familiale et à la santé reproductive, toutefois la majorité du financement est destinée aux régions et aux pays qui présentent le plus grand besoin en contraception non comblé (« *unmet need for contraception* »). L'Afrique sub-saharienne, ainsi que Haïti, reçoivent des dons provenant de pratiquement tous les pays, des dons spécifiquement destinés à des mesures de contrôle de leur population. En plus de recevoir des dons provenant de toutes parts, l'Afrique sub-saharienne et Haïti recevraient la plus grande part des dons destinés à leur région respective. Haïti recevrait 28% de l'aide destinée à l'Amérique du Nord et centrale. Les États-Unis étant le plus grand pays donateur en Haïti, procurant 31% du financement, suivis par la UNFPA (25%), l'Espagne (12%), le Canada (10%) et le Japon (5%) (Kates et al. 2014).

### **7.4. Les organisations philanthropes**

Dans un document récent intitulé « *Philanthropic Power and Development : Who shapes the agenda ?* », Jens Martens et Karolin Seitz (2015) produisent une analyse substantielle du rôle et de l'influence des organisations philanthropes sur le développement international. Selon

Martens et Seitz (2015), les organisations philanthropes occuperaient une place grandissante dans le modèle actuel de gouvernance mondiale. Toutefois c'est en analysant les chiffres que l'on se rendrait compte du monopole et de l'influence exercée par deux organismes en particulier : la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation Rockefeller (Martens et Seitz 2015).

Alors que le philanthrope (du Grec ancien « *philos* » : amoureux et « *anthropos* » : genre humain, donc « amoureux du genre humain ») chercherait à améliorer le sort de l'humanité par tous ses moyens, les grands philanthropes modernes comme Bill Gates (fondateur de Microsoft), consacraient leur fortune au financement des activités de développement international. Selon Martens et Seitz (2015) l'origine de la philanthropie moderne remonte au début du 20<sup>e</sup> siècle aux États-Unis, alors que deux grands magnats du commerce, John D. Rockefeller et Andrew Carnegie, auraient mis sur pied les premières grandes organisations américaines, principalement dans le but d'échapper à l'imposition de leurs capitaux par l'État, mais également afin d'augmenter leur prestige et leur influence dans les affaires internationales et américaines (Martens et Seitz 2015).

Aujourd'hui les organisations philanthropes varient en taille, en type d'organisation, en modèle de financement, en étendue géographique, en priorités, en approches et en orientations politiques. Martens et Seitz (2015) proposent quatre critères permettant de définir les fondations philanthropes : 1- Elles sont non-gouvernementales, 2- Elles sont non-lucratives, 3- Elles sont autogérées et 4- Elles font la promotion d'activités de charité qui visent à servir le bien commun (« *commun good* ») (Martens et Seitz 2015). Selon Martens et Seitz (2005), depuis les dernières décennies de mondialisation, il semble que nous assistions à une accélération de la concentration des richesses ainsi qu'à un accroissement des capitaux commerciaux, non seulement aux États-Unis mais également dans les autres pays riches. Aujourd'hui, il y aurait plus de 200 000 fondations philanthropes dans le monde et malgré une certaine répartition de ces organisations, la plupart seraient toujours localisées aux États-Unis, non seulement en nombre mais également en terme d'actifs financiers et en pourcentage dons annuels. Parmi les vingt-sept (27) organisations philanthropes les plus importantes du monde, dix-neuf (19) seraient basées aux États-Unis, la plus importante de toutes (et de loin) étant la

Fondation de Bill et Melinda Gates (Martens et Seitz 2015).

Selon Martens et Seitz (2015), le rôle grandissant des organisations philanthropes dans le financement du développement international, ainsi que la proportion du budget de la gouvernance mondiale provenant de la fondation Gates, entraînerait de sérieux risques et effets secondaires, parmi lesquels : 1- Une influence grandissante (« *growing influence* ») de ces fondations sur l'agenda du développement international, 2- Une tendance au philanthrocapitalisme (« *philanthrocapitalism* »), c'est à dire une orientation capitaliste des activités philanthropes, travaillant à la convergence des intérêts commerciaux et philanthropes, 3- La fragmentation et l'affaiblissement de la gouvernance mondiale et des gouvernements nationaux, 4- Un financement instable, car il dépendrait des dons externes plutôt que d'un modèle d'autofinancement et 5- Le manque de mécanismes de suivi et de transparence des activités de financement (Martens et Seitz 2015).

## **7.5. La santé mondiale sous influence**

Selon Martens et Seitz (2015), la Fondation Gates et la Fondation Rockefeller seraient aujourd'hui les deux organisations les plus influentes dans le domaine de la santé mondiale. À travers leurs multiples réseaux d'influence, ces deux organisations auraient contribué à l'adoption d'une approche biomédicale en gestion mondiale de la santé, considérant par exemple les vaccins et les contraceptifs hormonaux comme étant des solutions idéales aux problèmes de santé mondiale. Selon Martens et Seitz (2015), de nombreux états, organisations internationales et autres acteurs en santé mondiale auraient ajusté leurs approches, leurs activités et leur financement de façon à correspondre au modèle proposé par les organisations Gates et Rockefeller.

La Fondation Rockefeller fut fondée en 1913 par John D. Rockefeller et Frederick T. Gates et la première organisation qui en fut bénéficiaire était la Croix Rouge américaine. Cet intérêt de



la Fondation Rockefeller pour le demaine de la santé s'est poursuivi jusqu'à aujourd'hui à travers l'investissement dans les solutions biomédicales (Martens et Seitz 2015). La Fondation Rockefeller finance le *Population Council*, une ONG supranationale fondée en 1952 et basée à New York, dont les activités sont entièrement dédiées au domaine de la santé reproductive dans les pays en développement et oeuvrent à financer la recherche médicale en matière de technologies biomédicales contraceptives. L'implant *Norplant*® est la marque déposée du *Population Council*, qui a financé la recherche scientifique permettant son développement pharmacologique (Fraser et al. 1998). Le *Population Council* finance également la publication des périodiques scientifiques très connus en santé publique : *Studies in Family Planning* et *Population and Development Review*.

Fondée en 2000 par Bill Gates, qui serait selon le magazine Forbes : « *L'homme le plus riche du monde* » (Martens et Seitz 2015 : 17, traduction libre de l'anglais), la Fondation Bill et Melinda Gates est venue adjoindre ses actions à celles de la Fondation Rockefeller, bien qu'elle ait supplanté cette dernière par son importance en terme de budget (Martens et Seitz 2015). La Fondation Gates poursuivrait la tradition de la Fondation Rockefeller en s'intéressant particulièrement aux questions de santé et de biotechnologies, accordant une attention particulière aux questions de planification familiale, de santé maternelle et infantile. Sur la page d'accueil du site internet de la Fondation Gates (2016), on peut lire :

Our Goal : to bring access to high-quality contraceptive information, services, and supplies to an additional 120 million women and girls in the poorest countries by 2020 without coercion or discrimination, with the longer-term goal of universal access to voluntary family planning (voir site internet de Gates 2016).

La fondation des Gates est l'un des principaux participants de la « *Reproductive Health Supplies Coalition* » (« *Coalition des fournisseurs de santé reproductive* »), une table de concertation entre les différents fournisseurs de contraceptifs visant à coordonner l'approvisionnement des pays en développement en contraceptifs.

Depuis le tournant du millénaire, la Fondation Bill et Melinda Gates serait devenu un acteur déterminant dans la gouvernance mondiale, dépensant un budget titanesque dans les programmes de santé mondiale et exerçant par conséquent un pouvoir sans précédent sur l'orientation de la gouvernance mondiale en santé (Martens et Seitz 2015). La Fondation Gates serait le deuxième plus important donateur à l'OMS après le gouvernement des États-Unis, établissant de ce fait une influence majeure sur l'orientation des programmes de santé mondiale : « *The Gates Foundation's grants are earmarked contributions and as such influence, de facto, the priority setting of the WHO* » (Martens et Seitz 2015 : 31). La fondation Gates contribuerait également à une myriade d'initiatives liées à la santé mondiale, octroyant des bourses aux scientifiques ainsi qu'aux ONG, contribuant également au budget de la Banque Mondiale via les fonds AMC destinés aux compagnies pharmaceutiques. Bref, l'étendue de l'apport de la Fondation Gates en santé mondiale est ramifiée et complexe. En 2008 le Dr. Arata Kochi, alors chef du programme de l'OMS s'adressant au problème de la malaria, se serait plaint de la prépondérance de la fondation Gates, laquelle selon lui nuisait à l'indépendance des chercheurs travaillant au sein de l'OMS. Martens et Seitz (2015) citent le Dr. Kochi :

Gates has created a « cartel », with research leaders linked so closely that each has a vested interest to safeguard the work of others. The result is that obtaining an independent review of scientific evidence (...) is becoming increasingly difficult (Martens et Seitz 2015 : 120).

Je discuterai davantage des impacts négatifs potentiels de la prédominance des fondations philanthropes de Gates et Rockefeller sur l'orientation biomédicale des programmes internationaux de contraception.

## 7.6. Le secteur public

Les questions qui émergent maintenant sont : Quel est le secteur public évoqué dans le partenariat visant une réduction du prix de l'implant ? Quelles instances bénéficient d'un rabais de 50% sur le coût des implants contraceptifs Jadelle® ? Comment est financé le 8,50\$US que coûtent les implants ?

Nous verrons qu'il s'agit en partie du secteur public haïtien toutefois, si ce dernier est impliqué dans les politiques de planification familiale et leur implantation, il n'est pas sollicité financièrement. Ici le secteur public semble également comprendre les agences onusiennes telles que la UNFPA, ainsi que des grandes ONG lesquelles bénéficient du soutien de la communauté internationale, c'est à dire incluant d'une part la gouvernance mondiale et d'autre part le grand public, c'est à dire les individus, soutenant le système par leurs dons versés directement aux ONG.

Parmi les grandes ONG, notons l'organisme *CARE International*, qui est l'une des plus anciennes et des plus importantes ONG œuvrant dans l'humanitaire et dans le développement international. *CARE* fut fondée en 1945 aux États-Unis, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, avant le *Plan Marshall* (1947). À sa création, l'acronyme de *CARE* signifiait : *Cooperative for American Remittances to Europe*, mais a depuis changé pour « *Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc.* ». Sur son site Internet francophone, on peut lire que *CARE* se définit comme « l'un des plus grands réseaux d'aide humanitaire au monde, apolitique et non confessionnel ». Leurs objectifs sont de : « *lutter contre l'extrême pauvreté et défendre les droits fondamentaux* » (...) « *promouvoir les droits humains, la justice sociale, économique et environnementale, et la bonne gouvernance* » (site Internet de *CARE France* 2016).

Les actions de l'organisme *CARE USA* sont financées par la *USAID*, l'*ONU* et ses agences, par les organisations philanthropes ainsi que via des dons directs du public, recueillis lors de levées de fonds, via des systèmes d'abonnements, des prélèvements automatiques et autres méthodes de collectes, ainsi que par de nombreuses corporations américaines, fondations et autres organisations. *Care USA* reçoit également du financement et de l'aide technique des

agences gouvernementales (USAID et autres), de l'Union européenne et des Nations Unies (Care USA 2015).

D'autres organisations non gouvernementales semblent constituer le secteur public agissant dans le domaine de la contraception mondiale : *OXFAM International*, qui possède des sous-divisions dans plusieurs pays du monde (*OXFAM Grande-Bretagne*, *OXFAM USA*, etc.), possédant leur propre budget et fonctionnement, la *Croix Rouge*, *Christian Aid*, *Médecins du monde*, *Médecins sans frontières*, *Vision mondiale*, *Save the Children*, *Catholic Relief Services*, pour ne nommer que ceux-là. Ces grandes ONG ont toutes des sièges sociaux et des légions de travailleurs présents sur le terrain, en Haïti comme dans plusieurs autres pays du monde. Elles financent et supervisent les activités de cliniques privées (*Profamil/Planned Parenthood*), d'ONG locales (*Zanmi Lasantel/Partners in Health*, *APROSIFA*). Mentionnons qu'une certaine polémique fait rage en Haïti depuis plusieurs années, alors que plusieurs groupes religieux présents en Haïti dont l'Église catholique d'Haïti s'opposent activement contre la contraception. Nombre d'entre eux possèderaient par ailleurs des cliniques, dispensaires ou hôpitaux qui prodiguent des services de contraception. Le financement de la clinique de l'APROSIFA par l'ONG chrétienne *Christian Aid* s'est plusieurs fois retrouvé au centre de cette polémique.

## **7.7. Sécurité contraceptive en Haïti**

L'agence américaine USAID s'évertue à monitorer le degré de sécurité contraceptive dans le monde, via des enquêtes de terrain qui permettent de quantifier la prévalence des contraceptifs, évaluer les besoins en contraceptifs non comblés et identifier les aspects des programmes de contraception qui pourraient être améliorés en vue d'élargir l'accès aux contraceptifs. La USAID intervient également dans la logistique de gestion des chaînes d'approvisionnement en contraceptifs (USAID 2014b). Un dispositif de sécurité contraceptive a été mis en place en Haïti en 2004 par les États-Unis (USAID), l'ONU (UNFPA) et le gouvernement haïtien, dans le but d'assurer le réseau d'approvisionnement en contraceptifs

destinés aux Haïtiens, une administration efficace (centralisée par la USAID) des étapes d'expédition, de dédouanage, d'entreposage et de livraison des contraceptifs en Haïti (USAID 2014b). Autrement dit, le dispositif de sécurité contraceptive mis en place en Haïti est une prise en charge de la logistique d'approvisionnement des programmes de contraception.

Dans un document interne de la USAID (USAID 2014a) résumant les données clés concernant Haïti et l'administration des politiques de planning familial, il est mentionné qu'un comité spécial est chargé d'assurer la sécurité contraceptive en Haïti et que plusieurs organisations siègent sur le comité haïtien et occupent des fonctions déterminées. Selon ce document, il semble que le *Population Services International (PSI)* organise les campagnes de marketing social, que les représentants suivants assurent la coordination de la livraison des services, ainsi que le lobbying : un représentant de *Planned Parenthood (PROFAMIL)* en Haïti, un représentant de chacun des organismes suivants : *Marie Stopes, Management Sciences for Health (MSH)*, *Jhpiego, Foundation for Reproductive Health and Family Education (FOSREF)*, *Pathfinder* et *URC*. Selon le document (USAID 2014a), le principal donateur du dispositif de sécurité contraceptive serait la USAID et les agences onusiennes impliquées seraient la *UNFPA* et l'*UNICEF* (USAID 2014a). La UNFPA (« *United Nations Fund for Population Activities* ») est l'agence onusienne chargée des questions liées à la population mondiale. L'agence UNICEF (« *United Nations International Children's Emergency Fund* ») quand à elle, bien que spécialisée dans les questions liées à l'alimentation des enfants, est également acteur dans le domaine de la planification familiale en Haïti car ses services s'insèrent dans l'ensemble des soins néo-nataux et *post-partum* (USAID 2014a).

La grille du document de la USAID (2014a) comprend la question suivante : « *Is there a Contraceptive Security "champion" ("someone who consistently brings up and advocates for contraceptive supplies") ?* ». Dans le cas d'Haïti, la réponse est : « *Yes : MoH Department of Family Health (Chair), Directorate of Pharmacy* » (USAID 2014a), c'est à dire le Ministre (haïtien) de la santé, Département de la santé de la famille (et de la population) et Département de pharmacie. Le rôle de ces agents du gouvernement haïtien : « *The person's job : Commodities and Logistic Point of Contact* » (USAID 2014a). Il semble donc que le gouvernement haïtien participe à l'implantation des programmes de planification familiale en

Haïti, en offrant une aide logistique et pratique. En quoi consiste cette participation de l'État haïtien ?

## **7.8. La participation de l'État haïtien**

Dans un autre document de la USAID (2014b) faisant partie du « *Deliver Project* » (Projet livraison), il est écrit qu'en Haïti 7 chaînes d'approvisionnement séparées, soutenues par les donateurs (USAID, UNFPA et UNICEF) livrent des fournitures médicales à partir de 13 lieux d'entreposage, vers plus de 500 points de livraison de services et qu'il y aurait certains chevauchements dans les horaires, les routes et les lieux de livraison (USAID 2014b). Afin de réduire les coûts et améliorer la distribution, les donateurs et le *Ministère de la santé* d'Haïti tentent d'unifier l'ensemble des chaînes d'approvisionnement en un seul réseau d'approvisionnement. Selon le modèle proposé, 78% des Haïtiens du pays seraient situés à proximité de l'un des lieux d'entreposage des contraceptifs (USAID 2014b).

Dans un deuxième temps, il semble que la collaboration du gouvernement haïtien soit sollicitée afin de fournir des services de santé contraceptive dans ses établissements de santé publique (hôpitaux). Il semble que l'État haïtien soit appelé à harmoniser ses efforts et son cadre législatif à l'effort de contraception, il est entre autres amené à mettre sur pieds des campagnes de promotion de la planification familiale. Dans un document produit par le UNDP (*United Nations Development Program*), intitulé « *Résumé Exécutif des Objectifs du Millénaire pour le Développement* » - à PNUD 2014) et portant spécifiquement sur Haïti, les mesures officielles entreprises afin d'augmenter la « sécurité contraceptive » en Haïti sont de : « *Fournir au Gouvernement haïtien les intrants nécessaires à la santé sexuelle et reproductive et l'appui technique* » (PNUD 2014 : 139). Un goulot d'étranglement est identifié : le « *manque d'harmonisation des objectifs à atteindre en santé de la reproduction et planification familiale dans les plans et stratégies nationaux* » (PNUD 2014 : 144).

Il est également question d'une Campagne nationale haïtienne de planification familiale, lancée en 2014, qui consiste à : « *informer la population, assurer des services de planification familiale dans 90% des institutions de santé* » et « *former le personnel* » (PNUD 2014 : 144). Il est également question de l'implication de l'État haïtien dans l'effort de contraception via des stratégies de « partage des tâches » impliquant d'autoriser des infirmières ainsi de des agents communautaires à prodiguer les contraceptifs :

In Haiti, to fill the gap in physicians at all levels of the health system and consequently, improve health outcomes and make health programs more cost-effective, it is imperative to adopt a task-shifting strategy that allows nurses to prescribe drug and community health agent to ensure continuum of care at home. The approach has been integrated in current practices but lacks a formal legal framework (PEPFAR 2013 : 24).

Une question qui mériterait certainement d'être étudiée en détails, particulièrement via une enquête menée sur le terrain en Haïti, est la question de la participation de l'État (hôpitaux publics) dans le service de retrait des implants contraceptifs. Les fournisseurs de contraceptifs insistent sur l'importance d'offrir l'accessibilité à un service de retrait de l'implant (Jacobstein et Stanley 2013). Ils évoquent le concept de « *task shifting* » (alternance des tâches), où l'un et l'autre des points de services contraceptifs peuvent s'alterner les rôles médicaux liés à l'implant. Par exemple, un agent de santé communautaire pourrait insérer l'implant, alors que l'implant pourrait être retiré par le personnel médical d'un hôpital public. Les questions seraient alors : est-ce que les femmes haïtiennes ayant reçu l'implant contraceptif par le biais d'un agent communautaire ou d'un camps temporaire de contraception (« *mobile outreach* ») peuvent se présenter à un hôpital public haïtien et se faire retirer l'implant contraceptif ? Le service de retrait de l'implant est-il fourni gratuitement et dans des délais et conditions acceptables (dans le contexte haïtien), à tout moment après la date d'insertion de l'implant et sans raison médicale ?

## 7.9. Les dons en contraceptifs

La participation du gouvernement haïtien dans le cadre des programmes de contraception en Haïti consiste donc à fournir un appui technique aux programmes de contraception, ainsi que d'harmoniser ses politiques nationales aux Objectifs du Millénaire (PNUD 2014) par le biais de campagnes nationales de planification familiale. Mais l'État haïtien dispose-t-il d'un budget destiné à la planification familiale ?

Toujours dans le cadre du projet *Deliver* (« *Deliver Project* » - USAID 2015), la USAID présente un sommaire des données de sécurité contraceptive dans le monde. Haïti, avec le Honduras, est parmi les seuls pays d'Amérique Latine dont l'État n'encourrait aucune dépense pour la contraception : « *Government Expenditures - Respondent Countries that « Did Not Spend » Government Funds on Contraceptive Procurement during the Previous Fiscal Year* » (USAID 2015). Toujours dans la présentation interactive du *Deliver Project (Dashboard Haïti* - USAID 2015), les données portant sur l'organisation des programmes de contraception de 47 pays sont schématisées sous la forme de questions/réponses. Pour Haïti, il est mentionné à plusieurs reprises que le gouvernement haïtien n'a encouru aucune dépense pour l'achat de contraceptifs. À la question : « *Quel est le montant des fonds dépensés par les ONG dans les programmes de contraception ?* », il est précisé entre parenthèses : « *(incluant les fournitures contraceptives données directement au gouvernement, par les donateurs (ex. USAID). Il s'agit de fournitures offertes gratuitement, et non de fonds. Quelle était la valeur de ces fournitures ?)* ». La réponse pour Haïti est « 3 100 000\$ », entre parenthèse les deux organes donateurs : « *(UNFPA, USAID)* » (USAID 2015 : 1, traduction libre de l'anglais).

De cette donnée, il ressort une information très pertinente, à savoir que les fonds versés par les donateurs dans les programmes de contraception ne seraient pas offerts sous forme d'argent à Haïti, mais plutôt sous la forme de fournitures contraceptives. Autrement dit les contraceptifs sont donnés directement par les donateurs. Ce modèle de financement est appelé « *In-kind donations of contraceptives* » (USAID 2015) et pourrait être traduit par « dons en contraceptifs ». Il faut par ailleurs considérer que l'État haïtien bénéficie de prêts et de



subventions provenant de la Banque mondiale, de la FMI et d'autres organes de gouvernance mondiale en échange de sa participation aux programmes de contraception. Toutefois il reste que le modèle de financement par dons en contraceptifs semble déterminant dans la question qui nous intéresse, c'est à dire la question du choix ou de la sélection des contraceptifs. Il semble en effet que non seulement l'État haïtien, mais également tous les autres organismes qui prodiguent des services de santé contraceptive à la population haïtienne, reçoivent les contraceptifs directement des organismes donateurs.

## **7.10. Points de services de contraception**

Le système de santé publique haïtien comprend trois niveaux institutionnels. Un premier niveau comprend des structures de santé de premier échelon, avec ou sans lit, ainsi que des hôpitaux communautaires de référence. Un deuxième niveau comprend des hôpitaux départementaux et un troisième niveau est représenté par l'*Hôpital de l'Université d'État d'Haïti* (HUEH) et quelques centres de santé spécialisés (MSPP 2013).

Selon les données de la Banque Mondiale, Haïti compterait plus de 10 000 ONG, offrant toutes une gamme plus ou moins élargie de soins et de services et un grand nombre d'entre elles s'adressent aux questions de santé. Certaines de ces ONG travaillent de façon complètement isolée et ne communiquent pas leur présence ni leurs activités au gouvernement haïtien (Minn 2010, Klarreich et Polman 2012, Vasquez 2012). D'autres ONG sont établies en partenariat direct avec l'État haïtien. C'est le cas de *Partners in Health/Zanmi Lasante*, l'ONG fondée par le médecin et anthropologue Paul Farmer, qui offre principalement des soins de santé liés au VIH/Sida, à la tuberculose et aux problèmes de malnutrition. Par ailleurs, Haïti compte un bon nombre de cliniques privées s'adressant précisément à la santé reproductive. La clinique la plus connue est *PROFAMIL*, la bannière haïtienne de l'organisme *Planned Parenthood*, qui par ailleurs finance plusieurs autres cliniques dans le pays (Maternowska 1996, Maternowska 2006).

La clinique de santé de l'APROSIFA (*Association pour la Promotion de la Santé Intégrale de la Famille haïtienne*) peut être considérée comme un point de service communautaire, que certains appelleraient « *grass-roots* » parce que le centre est une initiative haïtienne et que l'association est gérée par des Haïtiens. L'APROSIFA reçoit la plus grande partie de son financement de *CARE International*, d'*Oxfam Grande-Bretagne* et de *Christian Aid*. Lors d'une entrevue menée en 2009, Madame Auguste m'expliqua comment les contraceptifs offerts dans sa clinique de santé de l'APROSIFA étaient sélectionnés par certaines grandes ONG qui la finançaient et « qui disposaient de leurs propres ententes » avec des fournisseurs de contraceptifs (Extraits de l'entrevue réalisée avec Rose-Anne Auguste le 28 février 2009). Le choix des médicaments contraceptifs offerts aux femmes de la clinique de l'APROSIFA reviendrait donc en grande partie aux administrateurs internationaux de programmes de contraception, conformément aux ententes conclues entre les compagnies pharmaceutiques, les agences de l'ONU et les grandes ONG. Le modèle de financement appelé « *In-kind donations of contraceptives* » semble donc jouer un rôle considérable dans la question du choix des contraceptifs offerts aux femmes haïtiennes.

## **7.11. Financement basé sur la performance**

Un autre aspect du modèle de financement qui mérite d'être soulevé en lien avec les programmes de contraception en Haïti, est qu'il est basé sur la performance (« *performance based* »). Ce que cela implique, au niveau pratique, est que les établissements offrant des services de contraception doivent d'une part fournir des rapports d'efficacité à leurs bailleurs de fonds (et ce plusieurs fois par année), d'autre part des cibles démographiques sont fixées et l'atteinte de ces objectifs est conditionnelle à l'obtention de leur financement (MSH 2016). Ce mode de fonctionnement, autrefois surnommé « *target based* » (Schwartz 2009), semble avoir été récemment proscrit par l'ONU et il semble qu'une majorité d'ONG aient adapté leurs pratiques et leurs discours. Toutefois la pratique semble encore présente sous le terme « *performance based* » et la structure de contrôle persiste toujours, particulièrement en Haïti, alors qu'il s'est formé une réputation d'inefficacité, particulièrement dans le domaine de la

planification familiale. Comme en témoigne un document publié par le *Management Sciences for Health* (Pollock 2003) et portant sur Haïti, le modèle de financement basé sur la performance est venu remplacer l'ancien mode de financement, où les ONG étaient remboursées *a posteriori* pour les frais encourus, indépendamment des résultats obtenus. Selon le MSH, l'ancien modèle de financement entraînait plusieurs problèmes, ainsi énumérés :

Because NGOs are reimbursed for all reported costs, they have weak incentives to become more efficient. Weak incentives to become more efficient can be translated into weak incentives to improve management and operations. Because payment is not tied to results, cost-based reimbursement has weak incentives to expand coverage of services. The lack of a results orientation can also imply weak incentives to improve clinical quality as well as quality as perceived by consumers (Pollock 2003 : 20).

Ainsi, le modèle de financement basé sur la performance a été mis en place afin de motiver les ONG à devenir plus efficaces, à améliorer leur gestion comptable et leurs opérations, à augmenter leur offre de services et de soins et à améliorer la qualité des soins de santé (MSH 2003).

## **7.12. Conclusion**

Il ressort donc de l'analyse du dispositif de financement de contraception mondiale que l'accès à la contraception est rendu possible en Haïti grâce à un réseau complexe de partenariats entre organisations internationales dont l'influence est toutefois très centralisée. Comme le précise Cock (2013), le fait qu'ils s'appellent partenaires n'implique pas que les acteurs de l'humanitaire soient indépendants. Au contraire précise Cock (2013) : « *Certaines institutions sont soumises à d'autres par un certain nombre de clauses et de conditions, encadrées par des lois qui gouvernent toutes les institutions* » (Cock 2013 : 21).

En résumé, des partenariats uniraient les compagnies pharmaceutiques à des donateurs internationaux, lesquels influenceraient l'orientation biomédicale des programmes de

développement international et de sécurité contraceptive. Le dispositif de sécurité contraceptive présent en Haïti solliciterait la collaboration de l'État haïtien mais ne lui fournirait pratiquement aucun budget, ses dons seraient plutôt versés sous forme de fournitures contraceptives, un modèle de financement que j'ai traduit par dons en contraceptifs et qui serait également appliqué au financement des différents points de services de santé reproductive actifs en Haïti. Les organisations philanthropes de Gates et Rockefeller exerceraient une influence prépondérante sur l'ensemble du dispositif de contraception mondiale, finançant le développement biomédical de technologies contraceptives, les compagnies pharmaceutiques, les instances de gouvernance mondiale (OMS, Banque Mondiale) ainsi qu'une variété d'ONG internationales. Il est donc raisonnable d'affirmer que le choix des technologies contraceptives LARC pour Haïti est le résultat d'une décision verticale et centralisée dans les mains de quelques acteurs.

L'analyse sémantique réalisée (Chandler 2010) a révélé que le modèle de financement de la contraception mondiale comprend un très haut degré de collaboration entre les différentes instances, ainsi qu'un très faible degré d'opposition. Une relation logique (de type causal) très claire peut être établie entre le modèle de dons en contraceptifs et le choix des contraceptifs offerts en Haïti.

Dans les trois derniers chapitres, nous avons présenté les résultats de l'analyse des données recueillies lors de l'analyse du dispositif de contraception mondiale. Le prochain chapitre présente des réflexions critiques développées en rapport avec ces résultats.

## 8. Réflexions critiques

### 8.1 Introduction

Ce chapitre vise à présenter certaines réflexions critiques qui ont émergé de l'analyse des différentes dimensions des programmes de contraception en Haïti. Au chapitre présentant les discours biomédicaux associés aux technologies LARC vient s'exprimer une critique du modèle biomédical en santé reproductive. Prenant appui sur l'ethnographie de Catherine Maternowska (2006), présentant les résultats de 20 années d'étude des phénomènes de santé reproductive en Haïti et reposant sur de l'observation-participante au sein de nombreuses cliniques de santé reproductive et organismes communautaires prodiguant des services de contraception, l'adéquation des LARC en Haïti est remise en cause en raison de leurs effets secondaires ainsi que la perception négative qu'en ont les Haïtiens.

À partir d'éléments provenant du contexte historique et politique de l'approbation des contraceptifs LARC en Haïti et en Amérique du Nord et de leur faible taux d'acceptabilité auprès des Haïtiens, la critique s'articule autour de la politisation de la santé reproductive en Haïti et du double standard appliqué à la sécurité et à la santé des femmes du monde, exposant les femmes haïtiennes aux effets secondaires d'un médicament comme le *Depo-Provera* parce que les risques sont perçus comme moins importants que les bénéfices.

Au chapitre présentant les structures administratives permettant la livraison des contraceptifs aux Haïtiens, la critique s'articule autour des risques associés au modèle de démedicalisation des contraceptifs hormonaux. Les avantages du modèle communautaire en santé sont présentés à partir de quatre modèles d'organismes présentés par Catherine Maternowska (2006) comme ayant produit des résultats positifs en matière de santé reproductive. Certaines limites associées à l'usage des agents de santé communautaire pour l'administration des LARC sont présentées. Au chapitre présentant les modèles de financement derrière l'aide internationale en

santé reproductive, la critique s'articule autour des limites de la verticalité en matière de choix des contraceptifs provoquée par le système de dons en contraceptifs.

Le chapitre conclut finalement sur le potentiel d'approches traditionnelles, naturelles et progressistes de la santé reproductive, telles que la contraception naturelle, la méthode reposant sur le mécanisme de l'aménorrhée lactationnelle, ainsi que la revalorisation de la médecine et l'herboristerie traditionnelles haïtiennes.

## 8.2 Des effets secondaires inacceptables

Dans un article intitulé « *Family Planning is a Delicate Subject in Haiti* » (Leys 2013), une gynécologue américaine venue travailler en Haïti confie : « *We don't want to come in here and get the reputation that we're pushing it'' so that Haitians will have fewer babies* » (Dr. Ginny Ryan Buresh, dans Leys 2013). Selon elle, la plupart des femmes haïtiennes seraient disposées à discuter de contraception et d'espacement des naissances, mais nombreuses seraient celles qui refusent les méthodes contraceptives qui leurs sont proposées : « *most women she's seen here are willing to talk about birth control, but many balk at the specific methods* » (Leys 2013 : 1).

Dans son étude approfondie des questions de santé reproductive en Haïti, Catherine Maternowska (2006) discute de la crainte des effets secondaires des contraceptifs chez les femmes haïtiennes. La crainte des effets secondaires est la raison principale qu'évoquent les femmes à travers le monde afin de justifier l'arrêt d'une méthode contraceptive hormonale (Vitzthum et Ringheim 2005). Comme ailleurs dans le monde, l'irrégularité des saignements menstruels est au sommet des effets secondaires anticipés par les femmes haïtiennes : « *Irregular bleeding was the side effect most frequently cited by clients* » (Maternowska 2006 : 89). Toutefois dans la documentation portant sur Haïti, la question des saignements menstruels prend une dimension culturelle particulière.

Plusieurs chercheurs ont tenté d'expliquer les raisons de cette réticence venant des femmes haïtiennes à utiliser un contraceptif qui provoquerait l'*aménorrhée*. Dans un premier temps, Tafforeau et al. (1986) expliquent que les saignements menstruels sont généralement perçus en Haïti comme faisant partie d'un processus *normal* : « *In general, the study found that menstruation is seen by women in Haiti as a normal process* » (Tafforeau et al. 1986 : 4). Plusieurs anthropologues se sont exprimés sur la conception holistique du sang menstruel en Haïti et ailleurs dans les Antilles. Le sang menstruel serait perçu, avec le sang qui circule dans le corps en entier, comme « un même sang » qu'il convient de laisser circuler, à défaut de quoi la femme s'exposerait à des troubles de santé importants (Sobo 1996 - *One Blood : The Jamaican Body*). Dans le même ordre d'idée, le sang menstruel qui ne s'écoulerait pas, ou que très peu, serait interprété comme un signe de faiblesse ou de mauvaise santé. Dans un article d'anthropologie médicale publié par Singer et al. (1988), les chercheurs interprètent les conceptions culturelles haïtiennes liées aux troubles de la reproduction (« *Reproductive Illness* » Singer 1988) et rapportent que :

In the metaphore of lost or trapped blood there is for the macro-economic. Blood, the vital force in Haitian health ideology, provides an idiom in which one's life condition finds culturally saluent expression. Weak or waters blood is linked by Haitian informants with their grinding poverty (Singer 1988 : 380).

Selon l'anthropologue Jennie Smith (1998), l'arrêt des saignements menstruels serait une condition inacceptable pour les femmes haïtiennes, pour lesquelles le sang menstruel serait chargé de nettoyer le corps de ses impuretés :

This a very unacceptable side effect for Haitian women, for they know that if the blood they are supposed to "get rid" of every month is not leaving the body, then it is building up inside (Smith 1998 : 19).

Smith rapporte également que les femmes craignent une accumulation du sang menstruel et que cette abondance de sang dans le corps contribuerait à provoquer une haute pression sanguine : « *To have « twóp san », or "too much blood," is associated with having high blood pressure, and is considered a very serious, and potentially life-threatening, condition* » (Smith 1998 : 19). Le sang ainsi capté dans le corps, pourrait même aller jusqu'à s'introduire

dans les autres organes du corps, pouvant aller jusqu'à souiller le lait maternel, comme il est mentionné dans l'ethnographie de Paul Farmer (1988) : « *Bad Blood, Spoiled Milk : bodily fluids as moral barometers in rural Haiti* » :

/Move san/, literally « bad blood » - begins, reports my informants, as a disorder of the blood, but may rapidly spread throughout the body, so that the head, limbs, eyes, skin, and uterus may all be affected (Farmer 1988 : 62).

Dès les premières études portant sur l'acceptabilité du *Depo-Provera* en Haïti, les perturbations des saignements menstruels provoquées par le contraceptif étaient apparues comme étant problématiques, alors que 61,3% des femmes de milieu rural et 86,9% des femmes de milieu urbain avaient déclaré que l'aménorrhée était un symptôme « inacceptable » (Tafforeau et al. 1986). Il semble que le *Depo-Provera* ait continué d'être promu en Haïti au point de devenir la méthode la plus utilisée (ONU 2013), ce qui porte à croire que les autorités ainsi que le dispositif d'aide internationale ont peu tenu compte des insatisfactions des femmes haïtiennes face aux contraceptifs qui leur étaient offerts.

Dans le cadre de son étude, Maternowska (2006) dit avoir observé une tendance à sous-estimer les effets secondaires exprimés par les clientes de la clinique. Alors que l'anthropologue avait noté que 40% des clientes de la clinique avait rapporté ou exprimé des craintes face aux effets secondaires, les chiffres déclarés par la clinique de Cité-Soleil étaient plutôt de l'ordre de 12% (Maternowska 2006).

Dans son livre Maternowska (2006) présente une situation quelque peu catastrophique en matière de soins de santé reproductive en Haïti. Maternowska identifie trois problématiques en matière de planification familiale en Haïti, le caractère inapproprié ou inadéquat de certaines méthodes contraceptives proposées aux communautés en est une. Les deux autres problématiques identifiées par Maternowska dans le contexte clinique de planification familiale en Haïti sont les lacunes dans le personnel des cliniques médicales et dans l'éducation de la clientèle. Selon Maternowska (2006) les femmes haïtiennes sont non seulement peu informées et limitées par les choix de contraceptifs qui leurs sont offerts en milieu clinique, mais leurs préférences ou leurs réticences vis-à-vis des méthodes contraceptives offertes et leurs possibles effets secondaires, sont ignorées, voir méprisées :



Repeatedly, during the collection of data, clients brought their fears, complaints, and concerns to the doctor, only to be met with scorn » (Maternowska 2006 : 90-91) Informations given to clients is provided primarily by the family-planning promoters, who are ill-equipped to handle many biomedical concerns, so the majority of women's questions go unanswered. In the rare cases where doctors do inform, clients concerns are ignored (Maternowska 2006 : 99).

Maternowska (2006) explique d'ailleurs en grande partie l'échec des programmes de contraception en Haïti, par la mauvaise qualité de la relation clinique en Haïti, laquelle selon Maternowska (2006) s'inscrit dans des dynamiques sociales et de classes déjà présentes au sein de la société haïtienne. La situation telle que décrite par Maternowska (2006) nous amène à questionner le respect des règles de la bioéthique en matière de consentement éclairé et d'information médicale communiquée aux personnes concernées. Maternowska (2006) soulève également les questions d'éthique biomédicale lorsqu'elle évoque la question des études pharmaceutiques de contraceptifs hormonaux effectuées à répétition sur les femmes haïtiennes.

### **8.3 Critique du choix en contraception**

Dans le contexte de la contraception mondiale, plusieurs entrevoient l'arrivée de nouvelles technologies contraceptives comme une expansion des choix de contraceptifs disponibles pour les femmes (Shea 2007). L'accès aux technologies contraceptives modernes est accueillie comme le respect d'une « citoyenneté biologique » mondiale (Rose et Novas 2005, Nguyen 2005) qui permettraient à toutes les femmes du monde d'avoir accès aux mêmes avancées technologiques biomédicales.

En Haïti, l'arrivée du *Depo-Provera* semble avoir plutôt occulté les autres méthodes contraceptives, ce qui permet de questionner les effets de telles méthodes sur la variété du choix en contraception pour ces femmes (Maternowska 2006). Comme l'ont suggéré Simmons et al. (1997), le fait d'augmenter le nombre de méthodes contraceptives disponibles n'équivaut

pas automatiquement à une expansion du choix reproductif. Pour ce faire, les nouvelles méthodes doivent répondre aux besoins des personnes, tels qu'elles les perçoivent. De plus les méthodes contraceptives devraient avoir été fournies dans un contexte qui préserve ou augmente la qualité des soins pour toutes les méthodes, non seulement les nouvelles méthodes introduites. Comme l'indique Maternowska (2006) les méthodes contraceptives longue durée comprenaient des avantages pour les clientes de la clinique. Maternowska décrit de quelle façon la chambre spacieuse et climatisée réservée à l'implant *Norplant* dans l'aménagement de la clinique de planning, devenait un incitatif pour les clientes de la clinique qui arrivaient du dehors chaud et poussiéreux de Cité-Soleil (Maternowska 2006).

À cause des nombreux essais cliniques de contraceptifs réalisés en Haïti depuis les années 1960, les femmes haïtiennes, surtout celles des milieux urbains, auraient eu accès à une gamme élargie de contraceptifs, bien avant que les femmes de pays riches n'aient accès à ces mêmes technologies (Maternowska 2006). À première vue les femmes haïtiennes ont accès à des technologies contraceptives de pointe et semblent ainsi bénéficier d'avantages auxquels auraient accès les femmes des pays riches, laissant croire à une équité dans l'accès aux contraceptifs. Or Maternowska (2006) questionne la qualité des choix de contraceptifs offerts aux femmes d'Haïti, alors que ces technologies biomédicales ne sont ni testées, ni approuvées, ni utilisées dans les pays riches (Maternowska 2006) : « *The issue of whether an untested or non-FDA-approved method is really a « choice » is questionable when information is generally with-held from clients and research participants* » (Maternowska 2006 : 84).

## **8.4 *Depo-Provera* en Haïti**

En introduction de leur étude portant sur l'acceptabilité du *Depo-Provera* en Haïti, Tafforeau et al. (1986) rapportent que les injections de *Depo-Provera* étaient présentes en Haïti depuis le milieu des années 1970 dans quelques cliniques privées et quelques institutions publiques de santé en Haïti, mais que le gouvernement haïtien avait évité d'inclure le *Depo-Provera* dans la

campagne de promotion du planning familial de 1973 en raison du fait que le médicament n'était pas approuvé par la FDA américaine (Tafforeau et al. 1986).

En 1980, l'anthropologue américain Stephen Minkin publia un rapport choc très alarmiste quant aux effets secondaires du *Depo-Provera* et son utilisation auprès des populations du Tiers Monde (Minkin 1981). Une copie du rapport de Minkin (1981) aurait été remise au gouvernement haïtien de l'époque<sup>34</sup>, lequel aurait initialement réagi en interdisant l'usage du *Depo-Provera* en Haïti :

when a paper highly critical of DMPA, by Stephen Minkin and his associates was sent to Haiti in 1980, public health authorities were naturally alarmed and temporarily banned the method (Tafforeau et al. 1986 : 2).

Minkin (1981) déclarait dans son article avoir eu un accès privilégié aux résultats de douze années d'études pharmacologiques réalisées sur des animaux avec le *Depo-Provera*, qui auraient été gardées secrètes sous le couvert commercial. Selon Minkin (1981) la compagnie pharmaceutique *Upjohn* (aujourd'hui *Pfizer*) aurait omis d'informer la communauté médicale et le public des effets secondaires associés à l'usage du *Depo-Provera* dans ces études, créant de ce fait une « demande » mal informée : « *the medical community is poorly informed about the harmful effects of the drug* » (Minkin 1981 : 52). Les effets de doses diverses de *Depo-Provera* sur les animaux observés lors des études pharmaceutiques sont énumérés par Minkin (1981). Sur les singes : courbature de la colonne vertébrale, avec ou sans atrophie des muscles des jambes, diminution drastique de la taille des ovaires, de l'utérus, du foie et des glandes surrénales. Après deux ans de *Depo-Provera*, les singes avaient un taux de mortalité trois fois supérieur à celui des singes du groupe contrôle (3:1). Sur les chiens : tumeurs malines et autres pathologies aux seins, signes de diabète et d'hyperglycémie, atrophie des glandes surrénales, lésions importantes aux différentes organes du corps : « *Most organs were autolized (destroyed) before they were examined by pathologists* » (Minkin 1981 : 54). L'ensemble des chiens présentaient une inflammation marquée de l'*endomètre* (parois internes de l'utérus) et

---

<sup>34</sup> En 1981, Jean-Claude Duvalier (« Bébé-Doc ») était à la tête de l'État haïtien.

de l'utérus en général : « *Within three and one-half years, all dogs in the high dose group and half in the low died from pyometra or inflammation of the endometrium* » (Minkin 1981 : 54). Minkin (1981) ajoute que les mécanismes de développement des cancers seraient semblables chez le singe et chez la femme, que certains types de tumeurs cancéreuses observées sur les chiens *beagle* étaient de même type que celles présentes chez les femmes et qu'un corpus grandissant d'études suggère que le *Depo-Provera* provoque les mêmes pathologies de l'utérus chez la femme (Minkin 1981).

Minkin (1981) mettait en garde contre des études concluant à l'innocuité du *Depo-Provera* chez la femme à partir d'essais cliniques réalisés à moyen terme par le Dr. McDaniel, réalisés en collaboration avec la compagnie pharmaceutique *Upjohn (Pfizer)* et l'OMS. L'étude portant sur 22 femmes thaïlandaises n'aurait révélé aucune lésion cancéreuse après 8-13 ans d'usage du *Depo-Provera*. Or selon Minkin (1981), les cancers possiblement développés suite à la prise prolongée de *Depo-Provera* mettraient 20 ans et plus à se développer et se manifesteraient surtout à la ménopause, ce qui rendait l'étude de McDaniel non concluante du point de vue de Minkin (1981).

Minkin s'inquiétait également du fait que les mères qui allaitent étaient particulièrement visées par les programmes d'injections de *Depo-Provera*, exposant leurs enfants allaités à une dose initiale importante d'hormone, suivie de doses quotidiennes d'hormones synthétiques pouvant avoir un impact sur leur développement (cognitif entre autres) (Minkin 1981).

Suite à l'interdiction du *Depo-Provera* en Haïti, un groupe de représentants du gouvernement haïtien aurait été invité à visiter les installations cliniques du Dr. McDaniel en Thaïlande, ce qui aurait contribué à rassurer le gouvernement haïtien lequel autorisa l'usage du contraceptif *Depo-Provera* dans les mois qui suivirent (Tafforeau 1986). Le gouvernement haïtien aurait également entrepris certaines vérifications avant d'inclure le *Depo-Provera* dans son protocole de santé publique, telles qu'un survol de la littérature biomédicale (publiée et non publiée) portant sur le *Depo-Provera* (Tafforeau 1986). Puis en 1982, le Dr. McDaniel aurait été reçu en Haïti afin de présenter les résultats de son étude clinique à des représentants de la santé publique haïtienne. À cette occasion, l'équipe de Tafforeau présenta les résultats préliminaires

de son enquête ethnolinguistique portant sur l'acceptabilité du *Depo-Provera*, réalisée à partir de l'hôpital Albert Schweitzer<sup>35</sup> (Tafforeau et al. 1986).

L'usage contraceptif du *Depo-Provera* a dès lors été approuvé et inclus dans le protocole de promotion du planning familial en Haïti. Publiées seulement en 1986 soit quatre années plus tard, les données de l'étude de Tafforeau et al. (1986) révélèrent que les effets secondaires associés au *Depo-Provera* étaient considérés comme « inacceptables » par une majorité de femmes haïtiennes. Ces résultats négatifs n'ont toutefois eu que très peu d'impact sur le protocole de santé publique, d'une part parce que dans ses conclusions l'étude déclare tout de même la méthode comme acceptable en Haïti (Tafforeau et al. 1986), d'autre part parce que le *Depo-Provera* était déjà approuvé et constituait déjà 0,2% des usages de contraceptifs en Haïti (ONU 2013).

## 8.5 Antériorité déjà *Depo-Provera*

L'approbation du *Depo-Provera* en Amérique du Nord a également été controversée. La compagnie pharmaceutique *Upjohn (Pfizer)* a essuyé de nombreux refus d'approbation du *Depo-Provera* en tant que contraceptif aux États-Unis et au Canada. En 1971 la FDA américaine interdit l'usage du *Depo-Provera* aux États-Unis en raison de « son possible rôle d'instigateur du cancer » (Shea 2007), puis en 1973 la FDA aurait nuancé sa position en approuvant son utilisation auprès d'une « population très spéciale » (« *very special population* ») (Minkin 1981, Shea 2007). La stratégie explicite de la FDA était d'appliquer un « *ratio risques/bénéfices*<sup>36</sup> » faisant en sorte que le contraceptif devenait à usage « très limité » aux États-Unis : « *pour les femmes qui trouvent les autres méthodes inacceptables ou difficiles*

---

<sup>36</sup> Le ratio risques/bénéfices implique de comparer le poids relatif des « risques » associés à quelque chose, aux « bénéfices » associés à cette même chose, afin d'en arriver à un rapport comparatif (« ratio ») permettant de déterminer si les bénéfices justifient les risques, ou si les risques annulent les bénéfices.

*et pour celles qui ont une débilite mentale et qui sont institutionnalisées* » (Green 1998 : 423), tout en restant « largement accessible » (« *widespread applicability* ») dans les autres pays du monde (Minkin 1981 : 60). Minkin (1981) évoque cette position comme étant « extraordinaire » et précise que le *Depo-Provera* était à l'époque le seul médicament interdit par la FDA mais produit aux États-Unis et destiné au reste du monde (Minkin 1981). Minkin (1981) cite un extrait de la séance du Sénat américain concernant la politique d'approbation du *Depo-Provera* dans les pays pauvres :

This export policy will give due respect to the health decisions of foreign countries, while fulfilling America's obligation not to dump dangerous drugs overseas. It will also encourage drug manufacturing in the United States, and thereby increase jobs and ease our balance of payments problems » (Sénat américain 1978, dans Minkin 1981 : 50-51).

Cet extrait laisse donc entrevoir, d'un point de vue politico-économique, des motivations d'ordre légal au regard du droit international (ne pas être accusés de *dumping*<sup>37</sup> international), d'ordre commercial et néolibéral (encourager le secteur manufacturier pharmaceutique américain) et d'ordre économique (la création d'emplois et le remboursement de la dette nationale américaine). Toutefois selon Minkin (1981), les motivations les plus puissantes ont été celles des agences internationales de planification familiale, telles que la USAID et la *Fédération Internationale Planned Parenthood*, lesquelles étaient emballées par le potentiel du *Depo-Provera* comme solution technologique « simple » pour le contrôle de la population mondiale (Minkin 1981).

Le *Depo-Provera* a finalement été approuvé en tant que contraceptif aux États-Unis en 1992, puis au Canada en 1997. Dans *Réflexions sur le Depo-Provera* (2007), Laura Shea tente de faire la lumière sur le contexte de santé publique obscure ayant mené à ces approbations, plutôt surprenantes étant données les refus répétés par la compagnie pharmaceutique *Upjohn* (*Pfizer*) et le corpus grandissant d'études révélant les effets secondaires du *Depo-Provera*

---

<sup>37</sup> Le *dumping* est une pratique de commerce international considérée comme illégale et qui consiste à exporter des marchandises interdites, qualifiées de dangereuses ou produites en surplus, dans les pays plus pauvres.

(Shea 2007). Shea (2007) explique le rôle normatif qu'aurait joué l'OMS dans le dossier d'approbation du *Depo-Provera* aux États-Unis et au Canada, en publiant une étude multi-pays portant sur les liens entre le *Depo-Provera* et le cancer du sein (OMS 1991). L'approbation du médicament par la FDA aurait été :

fondée en grande partie sur des études de l'OMS auprès des femmes du Kenya, du Mexique et de la Thaïlande qui ont démontré que l'association entre le *Depo-Provera* et le cancer du sein était statistiquement faible et comparable au lien entre le cancer du sein et les autres contraceptifs hormonaux (Shea 2007 : 7).

Lorsqu'en 2005, la FDA américaine et Santé Canada ont publié en 2005 des avis recommandant que l'usage du *Depo-Provera* soit strictement limité et que la période d'utilisation soit « la plus courte possible » (FDA 2004, Santé Canada 2005), l'OMS (2005) organisa une consultation visant à vérifier la relation entre l'utilisation de la contraception hormonale stéroïdienne (*Depo-Provera*) et l'état osseux. L'OMS conclut que les contraceptifs hormonaux tels que le *Depo-Provera* comportent des bénéfices importants et certes des risques pour la santé, mais que pour la plupart des femmes leur utilisation a nettement plus d'avantages pour la santé que de risques : « *For most women, the health benefits of use clearly exceed the health risks* » (WHO 2005 : 11).

Dans un article publié en ligne par le *National Women's Health Network*, un organisme américain de défense de la santé des femmes, l'organisme interprète la position de l'OMS comme une démonstration que les limites imposées à l'usage du *Depo-Provera* aux États-Unis, autrement dit le « *black box warning* » imposé au pharmaceutique *Pfizer* en 2005 par la *Food and Drug Administration* (FDA 2004), étaient le résultat du conservatisme politique de Georges W. Bush (NWHN 2016). Selon le NWHN, sous l'administration de Georges W. Bush, la FDA aurait eu tendance à manipuler ou supprimer des informations scientifiques du domaine de la santé reproductive, dans le but de s'en prendre au programme de planification familiale et aux droits de la reproduction : « *Unfortunately, under the Bush Administration, the FDA developed a pattern of manipulating or suppressing scientific data for conservative political ends and attacking family planning and reproductive choice* » (NWHN 2016 : 1).

Ainsi le fait que l’OMS ait décidé de ne pas respecter la position américaine vis-à-vis du *Depo-Provera*, serait le reflet de la non crédibilité de l’avis public limitant son usage auprès des femmes américaines. Ce que laissent plutôt entrevoir les études de Minkin (1981) ou celle de Shea (2007) est que l’OMS se distingue des instances normatives nationales (canadienne et américaine) en émettant des lignes directrices moins restrictives vis-à-vis des contraceptifs, parce que ses programmes s’adressent aux femmes des pays en développement et qu’ils répondent à des objectifs de santé mondiale.

Lorsque l’OMS, déclare dans ses lignes directrices que :

Une adolescente ou une femme de plus de 45 ans peut utiliser l’AMDP (et les autres progestatifs seuls injectables) si elle et son dispensateur de soins décident qu’il s’agit là de la méthode qui lui convient le mieux, même si celle-ci peut provoquer une diminution de sa densité osseuse » (OMS 2005 : 1).

L’OMS semble prendre pour acquis que les femmes du monde décident d’une méthode contraceptive conjointement avec leur dispensateur de soins en santé reproductive. Nous avons vu que ce n’est pas toujours le cas en Haïti comme en témoignent les données ethnographiques recueillies en Haïti par Maternowska (2006).

## **8.6 Programmes de contraception en Haïti**

L’historique des programmes de planification familiale en Haïti semble marqué par une tension entre d’une part, un État haïtien « *motivé par le souci de protéger ou d’améliorer la santé de la mère et de l’enfant* » (Lee Poy 1995 : 118), d’autre part une intervention internationale (privée ou non-gouvernementale) motivée par des objectifs démographiques de réduction de la fertilité haïtienne. Il semble que chaque crise politique survenue en Haïti ait contribué à l’aliénation de l’État haïtien de l’administration des services publics de santé, en particulier dans le domaine de la santé reproductive (Maternowska 1996, Gibbons et Garfield 1999, Maternowska 2006, Schwartz 2010).



Dès 1960, des représentants de la division internationale de l'agence de contrôle des naissances *Planned Parenthood* auraient visité Haïti afin d'évaluer les options en matière de planification familiale, puis en 1964 un conseil national de planification familiale aurait été créé afin de mettre sur pied des stratégies de planification familiale adaptées à Haïti (Maternowska 2006). Toutefois comme le mentionne Lee Poy (1995), le président de l'époque François Duvalier (« Papa Doc ») se serait « *complètement désintéressé de la planification familiale* » (Lee Poy 1995 : 114). Les initiatives de planification familiale en Haïti se limitaient jusque là aux « *programmes verticaux (indépendants ou privés) qui n'offraient que des services de planification familiale* » (Lee Poy 1995 : 114). Ces projets de contraception étaient le plus souvent réalisés sans aucun contrôle du gouvernement haïtien, ce qui aurait même entraîné le ministère haïtien de la santé à produire en 1971 un communiqué déclarant : « *qu'aucune organisation ne pouvait mener d'activités de planification familiale sans l'autorisation du gouvernement* » (Lee Poy 1995 : 114). Le programme national de planification familiale aurait débuté en 1971 avec la création de la *Division d'hygiène familiale* (DHF), toutefois la première campagne de contraception d'envergure nationale aurait été lancée en 1973 par Jean-Claude Duvalier (« Bébé Doc »). Un partenariat se serait dès lors établi, unissant les gouvernements haïtiens successifs avec l'*Agence américaine de développement international* (USAID), l'OMS (*Organisation mondiale de la santé*) et la UNFPA (*Fond des Nations Unies pour la Population*) afin de promouvoir la contraception et contribuer à la santé reproductive d'Haïti (Smith 1998).

Malgré le fait que les premières campagnes de santé publique aient été financées et « souvent dirigées » par les partenaires internationaux d'Haïti (Smith 1998), la gestion des programmes nationaux n'était pas verticale à l'origine puisqu'elle respectait le modèle proposé par le gouvernement haïtien (Lee Poy 1995), c'est à dire une approche de santé publique qui incluait la planification familiale dans un ensemble plus large de soins de santé primaires (soins prénataux, postnataux et infantiles) et qui comprenait de nombreuses initiatives communautaires : « *Haitian's approach to public health incorporated family planning as part of larger primary health care and community-based initiatives* » (Maternowska 2006 : 140).

Puis dans l'objectif de décentraliser les services de santé offerts en Haïti, il y eut la création de services régionaux de santé à travers le pays (Lee Poy 1995). De nombreux efforts ont été investis afin de pallier au manque d'accès des Haïtiens aux soins de santé primaires. De 1980 à 1985, le RHDS (« *Rural Health Delivery System* ») était un projet ambitieux mené conjointement par le gouvernement haïtien et la USAID, dont l'objectif principal était de fournir des soins de santé essentiels aux Haïtiens des régions rurales, via un système de médecins et autres intervenants en santé qui parcouraient le pays, gravissant les mornes à pied afin de prodiguer des soins aux communautés les plus isolées. L'accent de ce programme était mis sur les soins de santé maternelle et infantile, ainsi que la distribution de médicaments et contraceptifs à bas prix via des comptoirs pharmaceutiques « gérés par la communauté » (Brodwin 1997). Bien que cette campagne de santé publique introduit la biomédecine moderne dans les campagnes haïtiennes et qu'elle eut un grand impact sur l'éradication de plusieurs pratiques traditionnelles de contraception, s'effaçant statistiquement à tout le moins (ONU 2013), la prévalence des contraceptifs modernes n'a quant à elle pas augmenté pendant cette campagne de santé publique, au contraire elle a légèrement diminué entre 1977 et 1983, passant de 5,4% à 3,9% (ONU 2013).

Selon Maternowska (2006), les États-Unis auraient progressivement découragé l'approche communautaire au sein des programmes de santé reproductive d'Haïti, en raison de la proximité d'Haïti de Cuba et de la menace que représentait l'approche « socialisante » de la santé communautaire : « *Efforts for integrated development strategies with full community participation were seen as socialist strategies for the redistribution of wealth and were dropped* » (Maternowska 2006 : 140). À partir 1986, l'année où Jean-Claude Duvalier fut expulsé du pouvoir en Haïti, les programmes de planification familiale furent pris en charge par la USAID et autres groupes intéressés par la planification familiale d'Haïti (Lee Poy 1995). Selon Lee Poy (1995) on aurait alors assisté en Haïti à une expansion des services de contraception offerts à travers un réseau d'institutions non-gouvernementales (ONG). La décentralisation des services de santé, jumelée à leur dénationalisation, auraient entraîné un fonctionnement isolé des institutions, un manque de coordination et une fragmentation des activités de planification familiale. Ainsi Allman et al. (1987) écrivaient en 1987 que : « *l'intégration des activités de planification familiale dans un système de soins de santé*

*faible, décentralisé, mal organisé, incapable de fournir les soins de base et ne sachant pas comment établir des activités à base communautaire, a considérablement handicapé tous les efforts entrepris en matière de planification familiale en Haïti* » (Allman et al. 1987, dans Lee Poy 1995 : 116).

En 1995 un nouveau projet de décentralisation des soins de santé fut établi en Haïti, mettant de nouveau l'accent sur la promotion du planning familial à l'échelle nationale. Toutefois comme l'écrit Pierce (2013), cette campagne de santé publique eut un impact limité et peu de communautés auraient bénéficié des services mobiles de contraception tels que les camps de santé temporaires, les cliniques mobiles, les formations destinées aux agents de santé et aux sages-femmes traditionnelles (Pierce 2013). Pierce (2013) indique même une baisse de la qualité des soins de santé reproductive offerts, en raison du manque d'effectifs et de l'incapacité à répondre à l'énorme demande en contraceptifs en Haïti (Pierce 2013). Les données récentes portant sur la contraception en Haïti indiquent que 44% des femmes en âge de concevoir souhaiteraient pratiquer la contraception, mais que ces souhaits ne se traduisent pas en usages de contraceptifs, ce qui fait d'Haïti le deuxième pays où les besoins en contraceptifs non comblés sont les plus élevés (USAID 2015).

## **8.7 La résistance des Haïtiens**

Dans son ethnographie, Maternowska (2006) rapporte que les programmes de planification familiale sont mal perçus en Haïti à cause des pressions excessives exercées par le secteur privé : « *family planning has a « bad name » because it has been pushed so aggressively by the private sector* » (Maternowska 2006 : 147). Selon elle, la résistance haïtienne à la contraception, celle venant du peuple haïtien comme celle venant du gouvernement haïtien, seraient liées à l'administration « verticale » des programmes de planification familiale en Haïti :

Haiti's resistance, on both the part of the « pèp » (the masses) and the government, to accepting vertical family planning interventions further frames the explanation of why a strong population sector has never really developed (Maternowska 2006 : 147).

Maternowska (2006) rapporte les paroles d'une infirmière de la clinique de planification familiale : « *They (foreign experts) resist us and we resist them. The Haitian people are strong and we won't always do what the foreigners think we should do* » (Maternowska 2006 : 146). Tout en rappelant l'urgence du besoin en contraception d'Haïti, Maternowska soutient que les Haïtiens, surtout ceux des milieux défavorisés, ont besoin de beaucoup plus de contrôle sur l'ensemble du processus de santé qui les concerne (Maternowska 2006). Le peuple haïtien, qui a résisté socialement à deux cents ans d'esclavage, puis qui a arraché sa liberté à la France pour résister encore une fois à l'invasion américaine, puis à une dictature, à de multiples Coups d'État suivis d'une intervention militaire internationale (Minustah) et culminant avec un tremblement de terre détruisant la capitale administrative du pays, se maintient dans un état de résistance militarisée permanente lequel se manifeste jusque dans la culture populaire vodouisante<sup>38</sup>.

Dans l'ethnographie de Smith (1998) les Haïtiens, hommes et femmes, percevaient la pression qui s'exerce de l'extérieur sur leur vie reproductive et ils l'interprétaient comme visant à servir les objectifs de réduction de population et n'ayant que peu à faire de leurs propres intérêts. Elle rapporte qu'à Kalfoundò, les agents des programmes de contraception étaient surnommés « les chasseurs de tête » :

Do Haitian women and men perceive that the promotion of family planning in their communities is done (at least in part) for objectives having little to do with concerns for their own needs ? Undoubtedly, the answer is yes. In fact, the family planning "promoters" who worked for the hospital were often called, with more than a little resentment, "the head hunters" (Smith 1998 : 20).

Smith (1998) conclut son mémoire en proposant l'hypothèse que si les programmes de

---

<sup>38</sup> Voir à ce sujet, *Rara, vodou and power in Haiti* (McAlister 2002). L'auteure propose une analyse politique des phénomènes de rara en Haïti, lesquels regorgent de symbolisme militaire et constituent le véhicule privilégié d'expression populaire de résistance politique particulièrement en contexte de répression.

contraception menés s'adressaient réellement aux besoins et au bien-être des Haïtiens et que s'ils laissaient davantage de place aux personnes concernées, afin de s'impliquer dans les processus décisionnels entourant leur vie reproductive, les Haïtiens seraient plus nombreux à se prévaloir de la contraception :

Family planning initiatives in Haiti will be effective and appropriate —and justifiable— only when the people "at the heart" find themselves not just at the blade, but with a grip on the handle (Smith 1998 : 28).

## **8.8 La crainte des méthodes proposées**

En 1977 lors de la première grande étude statistique sur les usages de contraceptifs en Haïti (ONU 2013), les Haïtiens étaient 18,9% à pratiquer la contraception en général, parmi lesquels 13,5% pratiquaient la contraception naturelle ou traditionnelle et 5,4% pratiquaient la contraception moderne. En 1983 soit six ans plus tard, les statistiques d'usages de contraceptifs chûtent de façon soudaine, passant de 18,9% à 6,9% de contraception en général. Les usages de méthodes naturelles ou traditionnelles sont passés de 13,5% à 3% (ONU 2013) sans toutefois laisser place aux méthodes modernes. Entre 1977 et 1983 l'utilisation de contraceptifs modernes a également diminué statistiquement, passant de 5,4% à 3,9%.

Selon Lee Roy (1995), plusieurs hypothèses ont été proposées afin d'expliquer la baisse de la contraception en général. Certains ont avancé que la baisse statistique de la contraception pouvait être due « *au fait qu'une plus grande proportion de femmes d'âge reproductif est entrée en union* », d'autres « *à une plus grande fréquence des unions chez les femmes de moins de trente ans* » (Lee Poy 1995 : 60). D'autres encore ont accusé « *la détérioration des prestations en matière de planification familiale qui a suivi leur intégration dans les services publics* » (Lee Poy 1995 : 143), alors qu'auparavant des prestations supplémentaires étaient versées aux employés affectés à la planification familiale. Allman et al. (1987) déclaraient que la baisse de la contraception est le résultat de la décentralisation des programmes de planification familiale et « *l'arrêt des suppléments de salaire* » (Lee Poy 1995 : 144). En 1995

Lee Poy tentait toujours d'expliquer le peu de progrès réalisés en matière de contraception moderne en Haïti : « (...) *les efforts entrepris pour développer l'utilisation de méthodes modernes de contraception n'ont guère produit de résultats, puisque l'usage de ces méthodes par les femmes haïtiennes est demeuré faible* » (Lee Poy 1995 : 63).

Étonnamment les femmes haïtiennes connaissaient bien les contraceptifs modernes malgré le faible usage recensé. Lee Poy en 1995 témoignait d'une connaissance accrue de « l'injectable », toutefois « *cette connaissance « élevée » ne s'était pas encore traduite en 1989 par une forte utilisation* » (Lee Poy 1995 : 146). Quelques années plus tard en 1998, l'anthropologue Jennie Smith rapportait que les Haïtiens appréhendaient les méthodes contraceptives longue durée qui leur étaient présentées. En plus de craindre les perturbations menstruelles (*aménorrhée*) provoquées par les deux méthodes hormonales LARC, l'implant était craint pour le sentiment de contrainte qu'il pouvait occasionner. Les Haïtiens en général se disaient inconfortables avec la durée de stérilité de cinq (5) années provoquée par l'implant. Smith (1998) témoigne :

One of the most frequent comments I heard when discussing this method with people in the area was, "Five years is a long time." Many women wanted to "space" children but not completely stop giving birth, and were uncomfortable with such a long period of infertility (Smith 1998 : 19).

Plusieurs Haïtiens craignaient également de rencontrer des obstacles lors du retrait éventuel de l'implant. L'anthropologue Smith (1998) exprime elle-même des réticences vis-à-vis de l'aspect contraignant de l'implant contraceptif et elle dit douter qu'une femme haïtienne puisse faire retirer l'implant facilement, sauf en cas d'urgence :

Although the implants could theoretically be removed at any time, I am not at all sure that a peasant woman requesting such a service would be accommodated, except in the case of a medical emergency (Smith 1998 : 19-20).

Le manque d'accès au service de retrait de l'implant peut constituer une forme de contrainte à la stérilité et un obstacle à l'exercice de l'autonomie des personnes concernées. Plusieurs études ont fait état des obstacles rencontrés par les femmes qui désiraient faire retirer leur

implant contraceptif avant échéance (Zimmerman et al. 1990, Hardee et al. 1994, Musham 1995, Tolley et Nare 2001).

## **8.9 Des soins de santé appropriés**

Selon Maternowska (2006) la situation de la santé reproductive en Haïti nécessite une nouvelle compréhension de la situation qui ne se limite pas aux grilles générées par la recherche biomédicale, démographique et épidémiologique. Le modèle vertical de la biomédecine familiale tel qu'elle a observé dans une majorité de cliniques qu'elle a étudiées, n'est pas viable en Haïti. Dans un premier temps le modèle biomédical ignore le contexte dans lequel les pratiques de fertilité s'inscrivent. En s'adressant de façon privilégiée aux besoins en contraceptifs, tout en négligeant de répondre aux autres besoins des femmes, tels que des soins de santé primaire, un suivi prénatal et post-natal, ainsi qu'aux besoins de base des familles et de la communauté (alimentation, sécurité), les cliniques de santé reproductive adoptant le modèle biomédical conventionnel s'insèrent dans une dynamique vouée à l'échec dans une communauté.

Maternowska établit quatre conditions essentielles afin de prodiguer des soins de santé appropriés aux Haïtiens : 1- un système de soins de santé intégrés et coordonnés, 2- des sources diverses et flexibles de financement, 3- la participation complète de la communauté, 4- la responsabilité et l'action face aux préoccupations et besoins des communautés directement concernées (Maternowska 2006). Le modèle de soins de santé intégrés et coordonnés proposé par Maternowska : « aborde la santé reproductive comme un phénomène complexe et spécifique au contexte régional, qui est relié aux économies locales ainsi que globales, à l'extrême pauvreté, à la migration, au genre et aux politiques culturelles » (Maternowska 2006 : 168, traduction personnelle de l'anglais). Dès 1974, l'étude de Ballwig et al. réalisée en Haïti avait noté une augmentation de la prévalence de la contraception lorsque celle-ci était combinée à des soins de santé de qualité, ainsi que des soins périnataux tels que des suivis prénataux et post-nataux avec des sage-femmes formées (Ballwig et al. 1974).

Dans la conclusion de son étude, Maternowska (2006) présente quatre exemples d'organisations qui produisent des résultats positifs en Haïti en matière de santé reproductive. L'une d'elle est l'*Association pour la promotion de la santé intégrale de la famille* (APROSIFA), dont j'ai visité les locaux en 2009 afin de compléter la rédaction d'une capsule médiatique pour laquelle j'avais réalisé quelques mois plus tôt à Montréal une entrevue avec la fondatrice de l'organisme : Rose-Anne Auguste. Infirmière et travailleuse sociale de formation, militante des droits humains, Madame Auguste m'avait alors expliquée que sa clinique de santé reproductive fondée en 1992-1993 sous le nom de *Klinik Sante Fanm*<sup>39</sup> (« Clinique de santé de la femme » en créole haïtien) était née des besoins des femmes de la communauté de Carrefour-Feuilles/Martissant (Port-au-Prince) en soins de santé reproductive d'urgence et en soutien psychologique, dans le contexte de « *La Crise*<sup>40</sup> » (1991-1994) (Gibbons et Garfield 1999). Le nom de l'organisme avait depuis changé pour : « *Association pour la Promotion de la Santé Intégrale de la Famille* » (APROSIFA), afin de refléter la vision « intégrale » de la santé qui y est préconisée, c'est à dire une approche : 1- « centrée sur la personne » et ses besoins manifestes, 2- qui aborde la santé des personnes dans leur contexte familial et communautaire, et 3- qui « tient compte et travaille avec les différents groupes qui composent le tissu social de la communauté et accepte l'identité du groupe (quel qu'il soit) sans jugement » (Extraits de l'entrevue réalisée avec Rose-Anne Auguste le 28 février 2009).

Lors de ma visite des locaux de l'APROSIFA, j'ai constaté une variété de services offerts en santé reproductive : suivis gynécologiques et suivis de grossesse, ateliers de groupe portant sur

---

<sup>39</sup> La clinique de santé a été mise sur pied en collaboration avec le médecin et anthropologue américain Paul Farmer via son ONG : *Partner's for Health*.

<sup>40</sup> « La Crise » (1991-1994) est une période historique d'Haïti déclenchée par le Coup d'État de 1991 sur Aristide et qui plongea le pays dans une crise politique, sociale et économique d'envergure, en raison du gouvernement militaire en place et des violences engendrées, de même qu'à cause de l'embargo multilatéral imposé sur Haïti par les États-Unis puis par la communauté internationale (Gibbons et Garfield 1999).



le planning familial<sup>41</sup>, distribution et administration de contraceptifs gratuits, mais également toute une gamme de services à la communauté. Les services de l'APROSIFA comprenaient une halte-garderie, une aide à la nutrition, un service de vaccination, même un atelier d'art et un studio multimédias pour les jeunes. L'association disposait également d'agents de santé communautaire chargés d'escorter les clients de la communauté à la clinique en vue de recevoir des services de santé. En 2009 la clinique de l'APROSIFA avait recruté « 1000 nouvelles utilisatrices de contraception » (Extraits de l'entrevue réalisée avec Rose-Anne Auguste le 28 février 2009).

## **8.10 Critique de la démedicalisation de la contraception en Haïti**

Ma critique de la démedicalisation de la contraception repose en premier lieu sur une conception des contraceptifs hormonaux longue durée réversibles comme étant des médicaments ayant un impact majeur sur l'organisme et la santé à court et à long terme des femmes qui se les font administrer (Grino 2014), ainsi que leurs enfants s'ils sont allaités (Minkin 1981). Il est alors légitime de soulever le problème éthique qu'implique l'acte de prodiguer de tels composés pharmaceutiques aux femmes haïtiennes, sans examen médical préalable, ni pelvien ni sanguin, sans examination, puis sans aucun suivi médical et ce jusqu'à cinq années dans le cas de l'implant. Je ne crois pas qu'il soit acceptable que des technologies possédant un tel impact sur la santé des femmes soit administrées dans le contexte haïtien, marqué par de graves lacunes dans les services de soins de santé. L'accès au service de retrait de l'implant peut comprendre certains obstacles pour les femmes vivant en Haïti, ce qui entrave leur autonomie et peut les contraindre à la stérilité. L'agenda de démedicalisation fait reposer une partie de son argumentaire sur le fait que les femmes des pays développés connaîtraient et seraient familières avec les contraceptifs, auraient accès à de l'information médicale (Internet, livres) et seraient de plus en plus en mesure de s'auto-diagnostiquer, par exemple mesurer leur pression artérielle dans un kiosque permettant de mesurer la pression

facilement et gratuitement, comme ceux que l'on retrouve dans plusieurs pharmacies (Barot 2008). Bien que de plus en plus d'efforts soient investis afin de permettre aux Haïtiens d'être testés pour la haute-pression et autres conditions de santé, une majorité de femmes vivant en Haïti n'ont pas d'accès à de tels services biomédicaux.

Les agents de santé communautaire constituent un outil formidable de santé publique permettant d'offrir des services de santé connectés avec la communauté, ancrés dans les besoins réels des personnes, tels qu'elles l'expérimentent sur le terrain. Cette présence des agents de santé communautaire sur le terrain, dans les quartiers, dans les communautés, dans les familles, est la clé de son intervention adaptée aux besoins de la communauté. En matière de contraception, les agents contribuent grandement à l'éducation populaire en matière de santé sexuelle et reproductive. Toutefois il m'apparaît critique dans un premier temps que certains agents soient autorisés à administrer des provisions médicales contraceptives alors qu'ils ne disposent pas d'une formation biomédicale de niveau infirmier, sage-femme ou médecin. L'insertion de l'implant contraceptif comporte des risques de complications (infection au site d'insertion, inefficacité de la contraception ou stérilité de la femme dûes à l'insertion dans une mauvaise couche de la peau) lorsqu'elle n'est pas effectuée de façon conforme.

Il m'apparaît également comme problématique que ces agents de santé communautaire soient rémunérés lorsqu'ils recrutent des utilisatrices de contraception, étant donné les besoins financiers de ces agents et les conflits d'intérêts qu'ils pourraient expérimenter. Enfin il me semble que d'un point de vue éthique, il est questionnable qu'une personne issue de la communauté et disposant de la confiance de ses pairs, devienne l'instrument d'un système de recrutement de clientes pour la planification familiale hormonale. Alors que l'ethnographie de Maternowska (2006) décrit le manque d'information dont dispose le personnel médical de la clinique et les clientes sur les contraceptifs, il est fort à parier que les agents de santé communautaire soient également peu informés sur les effets secondaires des contraceptifs.

## 8.11 Diversification du financement

Après l'APROSIFA, les trois autres organismes dont les impacts positifs sont présentés par Maternowska (2006) sont d'abord l'Hôpital Albert Schweitzer et l'ONG *Partners in Health* dont le fondateur est le médecin et anthropologue Paul Farmer. Bien que fondés en Haïti par des étrangers, ces deux organisations offrent des soins de santé intégrés, emploient une grande majorité de locaux et font appel à la communauté dans leurs processus décisionnels. Enfin l'organisme *Fonkoze* qui prodigue des services de micro-finance, d'éducation et de soins de santé, combine des activités d'alphabétisation à des thèmes de sensibilisation en lien avec la santé sexuelle et reproductive, tels que la violence conjugale et sexuelle, la migration, les risques associés aux relations sexuelles non protégées (grossesses indésirées, MTS, VIH/Sida...), l'infidélité, la pression des pairs. Les quatre programmes cités en exemples par Maternowska (2006) ont également en commun de placer les inéquités reliées au genre au centre de leurs préoccupations.

Les quatre organisations présentées par Maternowska (2006) auraient par ailleurs fait des efforts visant à diversifier leurs sources de financement. Les fonds provenant du gouvernement américain étant dépendants des bonnes relations politiques entre Haïti et les États-Unis, la succession de crises politiques auraient créé de l'irrégularité dans l'acheminement des contraceptifs en Haïti et entraîné des conséquences sur les services de contraception renouvelables à chaque mois ou à chaque trois mois. Lors de la recherche de financement, ces organismes auraient eu tendance à « limiter les fonds provenant des États-Unis et maximiser les fonds durables provenant de donateurs privés et progressifs, des États-Unis et d'Europe » (Maternowska 2009 : 171). De plus, certaines précautions auraient été prises dans la sélection des partenaires financiers afin que les cliniques puissent prodiguer des soins de santé répondant aux besoins de la communauté plutôt que de répondre aux priorités fixées par les donateurs.

Lors de l'entrevue réalisée avec Rose-Anne Auguste quelques mois plus tôt à Montréal, la fondatrice m'avait expliquée avoir initialement souhaité que son association soit financée par l'État haïtien et qu'elle devienne : « *comme un bras communautaire de l'État haïtien, un peu comme les CLSC<sup>42</sup> du Québec* ». Malheureusement le contexte politique de l'époque avait rendu la chose impraticable en Haïti et Rose-Anne Auguste s'était résignée à financer les activités de son association avec les fonds provenant du développement international tels que le IFPA (*International Family Planning Assistance*) de la USAID (*United States Agency for International Development*), les dons venant d'organismes de charité internationale (*Christian Aid*), de l'aide venant d'ONG collaboratives telles que *Icco International*, ou alors de grandes ONG comme *Oxfam Grande-Bretagne*, « *plus résistantes à intégrer les savoir-faire de l'APROSIFA* » et qui imposeraient de lourdes contraintes administratives (rapports chiffrés périodiques, financement basé sur la performance) (Extraits de l'entrevue réalisée avec Rose-Anne Auguste le 28 février 2009). Mon entrevue avec Rose-Anne Auguste la directrice de l'APROSIFA, ainsi que mes recherches documentaires, m'ont laissée comprendre que les grandes ONG internationales, malgré qu'elles soient européennes, sont soumises aux mêmes ententes entre partenaires, donateurs et compagnies pharmaceutiques, afin de financer l'achat de technologies contraceptives dont le choix est effectué de façon verticale. Autrement dit, le choix des contraceptifs offerts s'opère à un niveau plus élevé en raison de la centralisation de l'approvisionnement en contraceptifs destinés à Haïti.

Selon Maternowska (2006), il existe des mécanismes alternatifs de financement qui ont besoin d'être promus, testés et améliorés afin d'adopter des pratiques toujours plus responsables, transparentes et axées sur la participation des communautés. Les nouveaux modèles de financement social (« *crowd funding* ») impliquant que les organismes sollicitent directement les dons du public via des sites internet spécialisés (ex. *Go-fund-me*), constituent aujourd'hui une alternative aux grandes ONG afin de financer des initiatives humanitaires.

---

<sup>42</sup> L'acronyme CLSC est utilisé au Québec pour désigner un système *Centre Local de Services Communautaires*, financé par l'État, dont l'acronyme est aujourd'hui remplacé par celui de CSSS pour *Centres de services de santé et services sociaux*.

## 8.12 Responsabilité et action

Selon Maternowska (2006) il est également primordial que les préoccupations de la communauté face aux services de santé qu'ils reçoivent soient entendues et soient incorporées dans l'amélioration des soins de santé et le protocole clinique. Depuis la première étude sur l'acceptabilité du *Depo-Provera* (Tafforeau et al. 1986) jusqu'à aujourd'hui, de nombreuses ethnographies ont rapporté les préoccupations des Haïtiens quant aux programmes de contraception, face aux contraceptifs hormonaux longue durée (LARC) et face aux effets secondaires qui leur sont associés. Or ces préoccupations semblent avoir été peu entendues et peu adressées par le système de soins de santé présent en Haïti.

Les questions d'adéquation et d'acceptabilité ont été soulevées dans le cas de l'implant *Norplant*, alors que Maternowska (2006) raconte que l'une des préoccupations étant apparues comme étant prioritaires aux yeux des membres consultés dans le cadre d'un projet de santé communautaire était la question du caractère approprié (ou non) (« *the appropriateness* ») de l'implant *Norplant* pour la communauté (Maternowska 2006). Selon la communauté consultée, l'implant *Norplant* était inapproprié en raison des déficits en ressources médicales de la communauté et de l'incapacité des services médicaux haïtiens de répondre aux difficultés rencontrées en raison des effets secondaires provoqués par le contraceptif. De plus la communauté questionnait la validité des études portant sur l'acceptabilité de l'implant et se plaignait de problèmes liés au retrait de l'implant. Selon Maternowska (2006), les préoccupations de la communauté auraient été entendues, quoique tardivement, par les autorités médicales concernées qui auraient amélioré la qualité de la formation desservie au personnel médical ainsi que relevé les standards nationaux de soins de santé (Maternowska 2006).

Une autre initiative mentionnée par Maternowska (2006) laquelle aurait répondu en partie à la question des effets secondaires associés aux contraceptifs est la production de matériel promotionnel destiné à une clientèle peu alphabétisée. Le matériel présenté à la communauté permettait d'informer les femmes et les hommes des différentes méthodes contraceptives disponibles ainsi que des effets secondaires possibles. Selon Maternowska (2006), son initiative d'intervention communautaire a permis de contrer avec succès la politique de la clinique de santé reproductive « de ne pas informer les clientes du potentiel d'effets secondaires des contraceptifs » (Maternowska 2006).

Alors que les cliniques de santé reproductive auraient tendance selon Maternowska (2006) à ne pas révéler les statistiques de santé dont elles disposent, il est essentiel selon un modèle de santé communautaire que ces données soient rendues publiques, afin que la communauté puisse s'approprier et participer davantage au système de soins de santé. Par ailleurs, Maternowska (2006) rappelle l'importance de réaliser des ethnographies critiques portant sur ce qui se passe sur le terrain, afin que les politiques de santé reproductive restent adaptées aux réalités *in situ*. La recherche effectuée devrait s'adresser aux problématiques de santé et de maladie, non seulement de façon quantitative mais également et surtout de façon qualitative.

### **8.13 Le potentiel de la contraception naturelle**

La contraception naturelle, ou planning naturel (*planin natirèl* en créole haïtien dans Smith 1998), implique une approche intégrée de la famille et de la santé reproductive, s'adressant à plusieurs étapes de la vie des femmes (adolescentes, femmes en *post-partum*, en pré-ménopause). Le planning naturel inclut plusieurs méthodes et combinaisons de méthodes naturelles, reposant le plus souvent sur les principes d'observation des signaux qui marquent les différentes phases de fertilité (menstruations, ovulation, nidation...) que *la glaire cervicale, le changement de la température basale, la sensibilité des seins, perception de légères douleurs au bas ventre, de légères pertes vaginales parfois au milieu du cycle menstruel, des changements de consistance au niveau du col utérin* (MSPP 2009). Cette prise

de conscience des signaux du corps est parfois jumelée avec des méthodes afin de compter les jours (collier de billes, calendrier, schéma de la lune, etc.). L'approche du planning naturel s'apparente aux savoirs traditionnels haïtiens, ils en appellent à des notions qui étaient encore pratiquées il n'y a pas si longtemps dans la paysannerie haïtienne. De plus ces méthodes auraient été réintroduites aux Haïtiens dans le cadre de campagnes de planification familiale organisées par le gouvernement haïtien, souvent avec l'aide de ses partenaires internationaux (USAID, UNFPA, UNICEF) (Roman 2007).

Jennie Smith (1998) rapporte que les couples haïtiens rencontrés à Kalfoundò qui avaient refusé les contraceptifs modernes, avaient par ailleurs des inclinaisons vers l'usage de méthodes naturelles de planning, mais que peu d'informations leur avaient été transmises à ce sujet :

If a Kalfoundò couple had refused all the above-mentioned methods of contraception, but still wished to space their children, they might have tried to follow planin natirèl (« natural planning »), which usually indicated the sympto-thermal method. Unfortunately, little through education had been done on it in the area. Thus, most of those who tried it were soon pregnant, and consequentially even more discouraged with « planning » (Smith 1998 : 23).

Les méthodes de contraception naturelle sont pourtant assez efficaces, même lorsque pratiquées de façon non rigoureuse. Dans le *Manuel de Normes en Plannification Familiale* produit par le *Ministère haïtien de la Santé Publique et de la Population* (2009), on peut lire au sujet de l'efficacité de la méthode du calendrier que : « le taux d'efficacité à l'utilisation correcte est d'environ 91 % et le taux d'efficacité à l'utilisation courante est de 75% » (MSPP 2009 : 152). La même chose est vraie pour la méthode de la glaire cervicale (97% en utilisation correcte et 75% en utilisation courante), la méthode de la température basale (92% et 75%), la méthode des jours fixes ou méthode collier (95% et 75%). La méthode sympto-thermique ou méthode Sérena, qui est une combinaison de plusieurs des méthodes naturelles mentionnées, serait efficace à 98% en utilisation correcte et à 80% en utilisation courante (MSPP 2009).

L'approche naturelle de la contraception est non seulement efficace lorsque bien pratiquée et sans effets secondaires ni dangers pour la santé, mais elle comporte l'avantage de solliciter davantage les hommes dans le processus de contraception, militant en faveur d'une plus grande égalité homme-femme au sein des relations interpersonnelles et contribuant également à développer la créativité sexuelle dans le couple.

Maternowska (2006) discute de la pertinence d'une approche en santé reproductive qui mette l'emphase sur les adolescents afin de prodiguer des conseils plutôt que des fournitures contraceptives pour quiconque est à risque de tomber enceinte ou de causer une grossesse non désirée. J'ajouterais que l'approche naturelle en contraception est d'autant plus pertinente auprès des jeunes personnes et qu'elle constitue une richesse d'information permettant aux personnes, hommes et femmes, de développer durant toute leur vie sexuelle active, un pouvoir d'action sur leur sexualité, sur leur fertilité et sur leur santé. À toutes les étapes de la vie reproductive des femmes, la contraception naturelle offre des outils afin de connaître leur corps, le comprendre et répondre à ses besoins. Les femmes d'âge mûr ou pré-ménopausées sont également visées par les méthodes naturelles d'espacement des naissances, auxquelles elles s'engagent parfois plus aisément en raison d'une connaissance de leur corps et de leur intérêt pour des pratiques de contraception ancrées dans une sexualité épanouie (Seréna 2005).

Il est important de mentionner que la culture haïtienne est fortement empreinte de Catholicisme de par la colonisation par les Espagnols puis par la France, deux puissances colonisatrices catholiques. La culture religieuse catholique romaine fait partie du synchronisme qu'est le vodou haïtien et 54,7% des Haïtiens pratiquent encore officiellement la religion catholique (CIA 2017), en dépit de la conversion plus récente de nombreux Haïtiens aux multiples cultes protestants suite à l'occupation américaine de 1915-1934 et jusqu'à aujourd'hui. Les adeptes de religions chrétiennes en Haïti, toutes doctrines confondues, ont tendance à adopter des discours moralisateurs face au corps et face à la sexualité, ce qui n'est pas sans causer des tensions sociales et politiques. L'Église catholique d'Haïti s'oppose activement à la contraception et maintient son emprise sur l'interdiction légale d'avoir recours à l'avortement en Haïti, ce qui cause des débats publics et des controverses en raison du fait



que plusieurs églises administrent des cliniques, dispensaires et hôpitaux en Haïti (Contraception.fr 2017).

L'Église catholique de Rome s'est longtemps opposée à la contraception ainsi qu'à toute forme de contrôle des naissances et c'est seulement en 1968 dans la foulée de la libération sexuelle amenée par l'avènement des contraceptifs oraux que Jean-Paul VI publia l'*Humanae Vitae* dans lequel l'Église catholique ouvra la porte à la contraception naturelle, tout en maintenant son opposition aux contraceptifs modernes. Le point no. 2370 du Cathéchisme de l'Église catholique discutait de la contraception naturelle :

La continence périodique, les méthodes de régulation naturelle des naissances fondée sur l'auto-observation et le recours aux périodes infécondes sont conformes aux critères et objectifs de la moralité. Ces méthodes respectent le corps des époux, encouragent la tendresse entre eux et favorisent l'éducation d'une liberté authentique (Cathéchisme de l'Église catholique, cité sur le site Contraception.fr 2017<sup>43</sup>).

Par contre, le passage poursuit en déclarant intrinsèquement mauvaise : "*toute action qui, soit en prévision de l'acte conjugal, soit dans son déroulement, soit dans le développement de ses conséquences naturelles, se proposerait comme un but ou comme moyen de rendre impossible la procréation*" (Cathéchisme de l'Église catholique, Contraception.fr 2017). Cette opposition à la contraception par l'Église catholique est certes ancrée dans la culture haïtienne doit avoir son rôle à jouer d'un point de vue culturel dans la basse prévalence de la contraception moderne en Haïti. En revanche, l'ouverture de l'Église catholique aux méthodes naturelles de contraception et d'espacement de naissances devrait constituer une opportunité de revaloriser les méthodes traditionnelles de contraception. La méthode sympto-thermique a toujours conservé une bonne place dans les protocoles de santé publique en Haïti, ces derniers étant davantage orientés vers des soins intégraux de santé reproductive.

---

43 Le point no. 2370 du Cathéchisme de l'Église catholique est tiré du site internet Contraception.fr. Cette position serait reprise par le point 498 du catéchisme abrégé de l'Église catholique paru en 2005 et découlerait de l'encyclique *Humanae Vitae* publiée en 1968 par le Pape Paul VI (Contraception.fr 2017).

Lors de ma visite de la clinique de l'APROSIFA, j'ai assisté à une séance d'information sur le cycle de fertilité et j'ai constaté la présence de la méthode *Serèna*<sup>44</sup> dont l'approche constitue un enseignement complet des phénomènes liés à la fertilité, des méthodes qui existent afin d'observer quotidiennement les signes de fertilité présents chez la femme et ainsi éviter d'avoir des relations sexuelles non protégées durant la période à risque. Bien que l'organisme *Serèna* possède certaines affiliations religieuses au Québec et que son approche passant par l'abstinence puisse interpeller de nombreux Haïtiens, il est également possible d'adopter une approche naturelle et laïque de la fertilité qui fasse usage des outils modernes de contraception tels que le condom, la cape cervicale et autres technologies ou approches complémentaires afin d'éviter les grossesses non désirées. La revalorisation des approches et savoir-faire naturels et traditionnels face à la fertilité peut également servir d'outil d'émancipation personnelle, culturelle et identitaire et elle peut s'inscrire dans une approche féministe, post-colonialiste et décolonialiste de la santé reproductive.

Une autre approche naturelle de la contraception qui présente un haut potentiel pour Haïti est la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, qui repose sur un mécanisme naturel du corps des femmes venant d'accoucher empêchant la femme de tomber enceinte durant les six mois qui suivent l'accouchement, à condition qu'elles allaitent un enfant de façon précoce et exclusive. Selon le MSSP haïtien, l'allaitement maternel exclusif bien conduit constitue une méthode contraceptive efficace. Le taux d'efficacité à l'utilisation correcte (99%) et le taux d'efficacité à l'utilisation courante (98%) (MSPP 2009). Certaines conditions doivent être respectées pour assurer de tels taux d'efficacité : 1- la femme doit être aménorrhéique (ne pas avoir eu son retour de règles), 2- elle doit être à moins de six mois de *post-partum*, 3- le bébé doit être exclusivement nourri au sein, c'est-à-dire qu'à part le sein il ne reçoit ni liquide d'une autre source, ni d'aliments solides, 4- le bébé est mis au sein à la demande le jour comme la nuit et les deux seins sont utilisés tous les jours l'un après l'autre et complètement vidés à chaque

---

<sup>44</sup> Serèna est un organisme de promotion d'une méthode de contraception naturelle développée au Québec (Voir Gervais 2005).

séance et le temps de succion n'est pas inférieur à 15 minutes, 5- l'écart entre deux tétées ne dépasse pas 3 heures (MSPP 2009).

Une problématique qui est survenue en Haïti est que les femmes haïtiennes adoptaient certaines pratiques culturelles qui nuisaient aux mécanismes de l'*aménorrhée lactationnelle*. L'une de ces pratiques traditionnelles haïtiennes consistait à administrer un purgatif au nouveau-né afin de lui faire excréter le *méconium* (les premières selles souvent noires du nouveau-né). Le composé médicinal fait d'huile de Ricin (*maskriti* ou *Palma christi*) (parfois additionné de noix de muscade et autres ingrédients) était administré oralement à l'enfant. Cette pratique avait pour conséquence de retarder la mise au sein de l'enfant et le début de l'allaitement. Or les études démontrent à quel point l'allaitement précoce, c'est à dire débutant à l'intérieur de l'heure suivant l'accouchement (ErlBF pour *Early Breast-Feeding*) favorise l'allaitement exclusif (EBF pour *Exclusive Breast-Feeding*) (Roman 2007).

Un autre série de conceptions culturelles haïtiennes ayant un impact négatif sur l'allaitement ont fait l'objet des préoccupations des chercheurs en santé publique et mondiale. Entre autres, les mères haïtiennes auraient eu tendance à sous-estimer la qualité nutritionnelle de leur lait maternel (Roman 2007, Heidkamp 2013) ou alors de considérer le lait maternel souillé (« *spoiled* ») pour diverses raisons (dont le « mauvais sang », « *bad blood* ») et éviter de donner le premier lait maternel (*colostrum*) à l'enfant (comme dans « *Bad blood, Spoiled Milk* » de Paul Farmer 1988). Les mères haïtiennes avaient comme habitude de compléter l'enfant avec d'autres aliments (eau, tisanes, purées de plantain et autres fruits et légumes) afin qu'il prenne du poids. Les femmes avaient également comme habitude de tirer leur lait et de donner le lait à boire à l'enfant dans un verre lorsqu'elles s'absentaient de la maison par exemple. Toutes ces pratiques ont comme impact de donner au corps de la femme des signaux que l'allaitement n'est plus exclusif, que l'enfant boit moins, qu'il nécessite moins de nutriments provenant du lait maternel, qu'un sevrage s'amorce et par conséquent un possible retour des règles et de la fertilité chez la femme.

À la fin des années 1990, l'UNICEF, l'ONG CARE et le gouvernement haïtien de l'époque se sont alliés afin de mener une campagne de santé publique visant d'une part à encourager

l'allaitement exclusif des enfants jusqu'à 6 mois, d'autre part décourager les autres pratiques qui pouvaient lui nuire, par exemple le purgatif à base d'huile de Ricin :

The Haitian Health Foundation also began to reevaluate past practices as well as cultural practices in the community and villages in an attempt to not only encourage breastfeeding but to also discourage unhealthy practices. One Haitian traditional practice was the use of a purgative called 10k ; made up of castor oil, nutmeg and various other ingredients. CARE, a world renowned non governmental organization began a campaign to encourage women not to use 10k but to give colostrum because of its natural purgative properties. The slogan used to distribute this message was « the first milk is the best purgative » (Roman 2007 : 25).

Ainsi le slogan faisait appel au fait que le lait maternel possède également des propriétés laxatives qui contribuaient également à évacuer le colostrum des intestins du nouveau-né. Le message était habile, la campagne semble avoir été très efficace car il semble que la pratique ait été quasiment éradiquée en 1998 : « *After HHF adopted this public health service message, the use of lok in newborns was all but eradicated by 1998* » (Roman 2007 : 25). De plus l'allaitement exclusif des enfants a augmenté considérablement. Alors qu'en 1995-1996 les femmes haïtiennes étaient 1,1% à pratiquer l'allaitement exclusif, elles sont passées à 22,4% en 2000, puis à 41,2% en 2005-2006 (Heidkamp et al. 2013). Selon l'OMS (2012), les taux d'allaitement exclusif en Haïti (41,2%) sont en moyenne plus élevés que dans les autres pays en développement, mais toujours en deçà des objectifs de l'OMS qui sont d'atteindre un minimum de 50% (UNICEF 2014).

Les données les plus récentes provenant de l'agence statistique *DHS International* et révèlent que 47% des femmes haïtiennes introduisent le sein maternel dans la première heure (ErlBF), 40% pratiquent l'allaitement exclusif (EBF) durant 6 mois, 87% introduisent progressivement les solides à partir de six mois, 82% des mères allaitent toujours leurs enfants de 1 an, 31% les allaitent encore à deux 2 ans (20-23 mois) (UNICEF 2014). Quelques efforts semblent avoir été investis par le gouvernement haïtien afin de promouvoir la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, présentée aux Haïtiens sous l'acronyme de MAMA (pour Méthode d'Allaitement Maternel et Aménorrhée) (MSPP 2009) : « *In 1993, The Haitian Health*

*Foundation developed a program with the intent to encourage exclusive breastfeeding and support the Lactation Amenorrhea Method (LAM) » (Roman 2007 : 24).*

## **8.14 Le principe de précaution**

Considérant le taux élevé d'allaitement maternel en Haïti et considérant que les médicaments hormonaux se retrouvent dans le lait maternel (Minkin 1981, Fraser et al. 1998) et que l'OMS admet le manque d'études scientifiques sur les effets à long terme des contraceptifs à progestérone sur le développement du cerveau (WHO 2010), la question de l'impact des contraceptifs hormonaux sur la santé des enfants allaités pendant que leur mère reçoit des doses quotidiennes d'hormones, est encore plus pertinente à considérer.

En 1981 Stephen Minkin décriait qu'il était non éthique (« *unethical* ») d'autoriser le *Depo-Provera* auprès d'une clientèle issue des pays en développement, qui selon Minkin n'auraient pas les infrastructures de santé publique permettant de détecter ou de traiter d'éventuelles épidémies de maladies dégénératives qui résulteraient de l'usage du *Depo-Provera* (Minkin 1981) :

It is unlikely that a systematic epidemiological surveillance of the relationship between Depo-Provera and endometrial cancer will ever be carried out. The diagnosis of chronic endometritis and endometrial carcinoma is often missed in women and requires special procedures. These would be time-consuming and costly for the already-pressed health services in the Third World. Even in Europe and North America, systematic follow-up of women treated with Depo-Provera for more than 20 years would be nearly impossible. In many African, Asian and Latin American countries, where per capita expenditure on health services is less than a few dollars annually, an epidemic of endometrial cancer would never be discovered (Minkin 1981 : 57).

La bienveillance minimale à mon avis serait que le principe de précaution soit appliqué auprès des femmes haïtiennes et leurs enfants, que ces derniers soient protégés tout autant que les femmes et enfants vivant au Canada et aux États-Unis des effets secondaires associés au *Depo-Provera*. Il serait également souhaitable que les compagnies pharmaceutiques

développent des alternatives qui ne soient pas potentiellement dommageables pour la santé des populations et que ces médicaments ne soient pas encore testés sur les femmes haïtiennes.

## 8.15 Conclusion

Dans ce chapitre de réflexions critiques, j'ai d'abord posé la question de la possible inadéquation des contraceptifs longue durée réversibles en Haïti, en raison des effets secondaires qu'ils provoquent et de leurs risques sur la santé des femmes et des enfants. L'acceptabilité des LARC est en cause en Haïti et ce, depuis les premières études de Tafforeau et son équipe (1986) jusqu'à Maternowska (2006). Dans le cadre de consultations communautaires, Maternowska a permis aux participants de nommer le caractère inapproprié ("*innapropriateness*") de l'implant contraceptif *Norplant* pour leurs communautés (Maternowska 2006 : 162). Ces Haïtiens considéraient que les lacunes dans le système de santé haïtien étaient trop importantes pour qu'une technologie ayant autant d'impact qu'un implant sub-dermal soit administré. Selon eux le système de santé actuel n'était pas en mesure de répondre à l'importance des effets secondaires occasionnés par les LARC. Les Haïtiens consultés par Maternowska redoutaient les effets secondaires associés aux contraceptifs LARC (Maternowska 2006).

Par ailleurs de nombreuses données ethnographiques font état de la résistance des Haïtiens face aux contraceptifs qui leurs sont offerts (Smith 1998, Maternowska 2006, Schwartz 2009), témoignent du fait que les Haïtiens sont nombreux à craindre une méthode contraceptive dont l'efficacité dure jusqu'à cinq années (Smith 1998). Dans une approche de santé publique, qu'elle soit locale ou mondiale, centrée sur les femmes ou centrée sur les personnes, l'usage et la promotion des contraceptifs LARC en Haïti devrait être remise en question pour Haïti.

Le contexte d'approbation du *Depo-Provera* en Haïti, ainsi que le contexte de son approbation controversée aux États-Unis et au Canada, témoignent d'un inconfort scientifique, politique et social, ainsi que de la présence de conflits et de convergence d'intérêts en matière de normes

en santé publique. L'article de l'anthropologue Stephen Minkin (1981), écrit à partir de données qu'il affirmait avoir obtenu de façon confidentielle auprès de compagnies pharmaceutiques, laisse une impression de *kamikaze* en contexte d'hégémonie biomédicale. Avec son ton pamphlétaire et son mariage de données biomédicales et de question d'éthique, l'article fut évidemment discrédité peu de temps après sa publication. Une copie de l'article avait tout de même été déposée sur le bureau du président de l'époque Jean-Claude Duvalier (Tafforeau et al. 1986).

Depuis les plus anciens partenariats entre les gouvernements haïtiens successifs et la gouvernance mondiale en matière de programmes de planification familiale, le gouvernement haïtien a toujours milité en faveur de l'intégration de la contraception dans un ensemble de soins de santé reproductive incluant la santé maternelle et infantile. Le dispositif mondial de son côté a plutôt eu tendance à privilégier la contraception au détriment des autres soins de santé primaires. Maternowska (2006) en appelle à des soins de santé appropriés pour Haïti, faisant appel au modèle communautaire en santé et donnant l'exemple d'APROSIFA. L'organisme APROSIFA sollicite la participation de la communauté et offre un large spectre de services de santé et de services à la communauté. Les modèles positifs en santé reproductive sont présents en Haïti et tentent de diversifier leurs sources de financement afin de limiter certains risques et se libérer de certaines contraintes associées au financement par le gouvernement des États-Unis. Toutefois comme en témoigne mon entrevue avec la fondatrice de l'APROSIFA ainsi que les données portant sur le modèle de financement basé sur les dons en contraceptifs, il semble que le choix des technologies contraceptives s'opère de façon centralisée et verticale, ne laissant que très peu de marge de manoeuvre dans le choix des technologies biomédicales offertes dans le cadre des programmes d'aide internationale. La centralisation du financement et des pouvoirs qui y sont associés s'applique également à l'ONU, alors que les fondations Gates et Rockefeller contribuent pour une grande part du budget en santé mondiale, tout en encourageant un modèle de développement international qui place les solutions biomédicales au centre de son intervention (Martens et Seitz 2015).

Enfin, l'usage des agents de santé communautaire par l'APROSIFA constitue un outil de santé publique offrant de nombreux avantages car il permet de prodiguer des soins de santé qui soient ancrés dans la communauté. Toutefois je pense qu'un certain questionnement éthique s'impose lorsque l'on connaît que ces agents de santé communautaire sont rémunérés par la clinique afin de recruter de nouvelles utilisatrices de contraceptifs et qu'ils disposent de très peu d'information médicale à communiquer quant aux effets secondaires des contraceptifs médicamenteux. Les contraceptifs LARC sont des technologies contraceptives ayant des impacts majeurs sur la santé au point que leur usage est limité en Amérique du Nord (FDA 2004, Santé Canada 2005). Selon Maternowska (2006) il est essentiel que les administrateurs de programmes de santé publique en Haïti adoptent les principes de responsabilité et d'action face aux préoccupations des communautés d'Haïti, afin d'apporter les changements nécessaires au bien-être de l'ensemble de la population haïtienne.

Alors que les Églises catholiques de Rome et d'Haïti ont toujours constitué des obstacles à la promotion de la contraception et à la légalisation de l'avortement en Haïti, il semble possible d'utiliser l'ouverture de l'Église catholique à la contraception naturelle comme une opportunité de rejoindre la clientèle religieuse d'Haïti. Par ailleurs, une approche laïque de la contraception semble possible, laquelle ne poserait aucune limite morale aux méthodes employées afin d'espacer les naissances. Cette approche naturelle de la contraception permet d'inclure les technologies modernes de la contraception (condoms, cape cervicale, spermicides, etc.) dans le contrôle de la fertilité au naturel. Maternowska pour sa part considérait comme osé et progressiste de penser inclure les thérapeutes traditionnels haïtiens dans le système de soins de santé (Maternowska 2006). Haïti regorge de savoir-faire ancestraux en matière de remèdes à base de plantes et aliments médicinaux. Une remise en question de l'hégémonie du modèle biomédical en santé reproductive semble nécessaire. Les solutions semblent présentes mais elles ne sont pas uniquement biomédicales. Les solutions de contraception adaptées aux Haïtiens sont celles qui émergent des communautés concernées et répondent à leurs besoins.



## 9. Conclusion

Lorsque j'ai séjourné en Haïti, en 2009, j'ai rencontré de nombreuses femmes qui s'étaient faites administrer des contraceptifs LARC tels que les injections de *Depo-Provera* et des implants hormonaux sous-cutanés. Une recherche documentaire a permis de confirmer que ces deux méthodes contraceptives étaient prévalentes en Haïti et que le *Depo-Provera* constituait de loin la méthode la plus utilisée en Haïti, composant 19,4% des 31% d'usages de contraceptifs modernes en Haïti (ONU 2013). Inversement ces deux contraceptifs étaient pratiquement absents des statistiques d'usages de contraceptifs en Amérique du Nord. Les usages de contraceptifs d'Haïti étaient davantage comparables avec ceux de pays est-africains tels que le Rwanda et l'Éthiopie, lesquels sont cités en exemples dans la documentation de pays où les usages de contraceptifs LARC ont explosé dans les dernières décennies (ONU 2013). La documentation révélait que 87% des implants vendus en 2012 étaient destinés à l'Afrique sub-saharienne (RHSC 2012). J'ai cherché à comprendre quelles conditions avaient favorisé la présence et la prévalence des deux contraceptifs hormonaux longue durée réversibles en Haïti.

### 9.1 Cadre théorique

Ce projet s'inscrit dans une approche anthropologique critique du développement, des droits humains et de l'aide internationale (Bornstein et Redfield 2010). À la critique du développement international, le mémoire emprunte la critique de l'adéquation des programmes, les biais évolutionnistes de l'entreprise de développement des pays pauvres, les conflits et la convergence d'intérêts ainsi que l'inscription du développement dans le système politique et économique néolibéral. Le mémoire critique la prédominance du modèle biomédical au sein des programmes mondiaux de santé reproductive, tente de démontrer l'influence des partenariats entre les compagnies pharmaceutiques, la gouvernance mondiale et les donateurs, alors que ces derniers déterminent l'orientation biomédicale des programmes de santé mondiale.

La critique du développement international en matière de santé reproductive adresse également les questions de gouvernance, de gouvernementalité et de souveraineté des pays (Fisher 1997), alors que la situation en Haïti a amené une prise en charge progressive de la planification familiale par le domaine non gouvernemental (Maternowska 2006). Le projet emprunte à l'anthropologie médicale critique son regard sur la santé publique (Dozon et Fassin 2001), qu'elle soit locale ou internationale dans le cadre de la santé mondiale. Les questions ici posées sont : Pourquoi les bénéfices de la contraception LARC dans les pays en développement sont-ils considérés comme plus importants que les risques pour la santé des femmes et des enfants auxquels l'usage des contraceptifs LARC est associé ? Dans une approche de protection de la santé des femmes, ainsi qu'une approche de santé publique et mondiale qui soit centrée sur les femmes ou centrée sur les personnes, l'usage des contraceptifs LARC en Haïti est questionné.

La critique des droits humains est également posée en lien avec les programmes de planification familiale d'Haïti, puisqu'il est ici question de leur rôle d'encadrement légal et normatif des programmes internationaux. Est soulevée dans ce mémoire la question du respect ou du non-respect des droits humains tels que le droit à la santé, le droit d'accès à des soins de santé de qualité, le droit à la santé reproductive, le droit à la contraception et le droit de choisir librement une méthode contraceptive dans un contexte libre de contrainte ou d'incitatifs et proposant une variété de choix de méthodes contraceptives ainsi que toute l'information nécessaire au choix éclairé. Les données ethnographiques sur lesquelles s'appuie ce mémoire soulèvent plusieurs questionnements de nature bioéthique en lien avec l'administration des programmes de planification familiale en Haïti, comme les questions liés au consentement éclairé, au respect de l'autonomie, à la question des effets secondaires associés aux contraceptifs LARC ainsi qu'aux études cliniques pharmaceutiques répétées auprès des femmes haïtiennes (Maternowska 2006).

La critique de l'intervention humanitaire d'urgence est ici articulée autour du caractère urgentéiste du programme de sécurité contraceptive mis en place par la USAID et l'ONU en Haïti et questionne les mécanismes qui influent sur le choix de contraceptifs LARC pour ces

programmes. Les concepts de souveraineté et de gouvernementalité sont ici soulevés en raison de la nature et des raisons qui expliquent la prise en charge de la santé reproductive d'Haïti par le dispositif d'aide internationale. Enfin le projet remet en question l'hégémonie du modèle biomédical au sein des programmes de planification familiale en Haïti et propose en discussion certaines solutions qui visent à s'inscrire en dehors de ce modèle d'intervention et qui privilégient plutôt une approche centrée sur les femmes et centrée sur les personnes.

## **9.2 Approche méthodologique**

Ce projet a fait usage du concept analytique de dispositif de Foucault (Raffinsoe 2013) afin de recueillir des données de nature diverses au sujet du dispositif de contraception mondiale. Les éléments recueillis ont été placés sur une grille d'analyse sémantique (Chandler 2010), comprenant un axe syntagmatique et un axe paradigmatique. La dimension critique était également présente durant l'analyse, alors que l'appartenance préalable et les affiliations du discours étaient prises en compte, ainsi que les chevauchements et apparences de conflits d'intérêts (Foucault 1971). L'objectif de l'analyse dispositionnelle était d'identifier les différents rapports qu'entretenaient les éléments du dispositif entre eux. Il pouvait s'agir de rapports de collaboration, permettant d'entrevoir à quel point les différents acteurs collaboraient au sein du dispositif de contraception mondiale, ou alors lesquels des acteurs occupaient plus d'une fonction au sein du dispositif. Les rapports d'opposition permettaient de déceler les lieux de rupture, les controverses qui ont surgi au sein du dispositif et les instances où une intervention est survenue afin d'intégrer ou d'exclure les discours dissonants. Enfin les rapports logiques permettaient de comprendre les relations de cause à effet entre les éléments et ainsi entrevoir l'historique des événements et des décisions ayant mené à l'adoption des contraceptifs LARC en Haïti. Trois paradigmes sont ressortis afin d'expliquer la trame justificative des LARC en Haïti : la rhétorique biomédicale entourant les LARC, la structure administrative et le modèle de financement des programmes de contraception dans les pays en développement.

### 9.3 Les résultats

Au niveau *micro*, l'analyse des discours biomédicaux en lien avec la contraception LARC a laissé entrevoir de nombreux chevauchements et conflits d'intérêts entre chercheurs, administrateurs et promoteurs de contraceptifs. Les discours biomédicaux reflétaient un haut degré de collaboration, alors qu'une majorité d'aspects biomédicaux font encore l'objet de consensus au sein des chercheurs. Les rapports d'opposition étaient peu présents et les discours dissonants au sein du dispositif avaient été marginalisés, voir complètement délégitimisés, comme c'est le cas de l'article très critique de Minkin (1981). Lors des nombreuses controverses entourant les effets secondaires du *Depo-Provera* et de l'implant, l'OMS semble être intervenue en tant qu'instance normative, non pas dans le sens d'une plus grande protection de la santé des femmes de pays en développement, mais plutôt dans le sens d'un assouplissement des standards de sécurité qui s'appliquent à ces dernières (Minkin 1981, OMS 2005, Shea 2007). Il est donc possible d'établir une relation logique de cause à effet entre les interventions de l'OMS en faveur des contraceptifs LARC et leur présence en Haïti.

Au niveau *meso*, l'analyse des discours administratifs entourant la contraception mondiale a permis de comprendre que les contraceptifs LARC s'articulent à l'intérieur d'un modèle de livraison des contraceptifs démedicalisé qui priorise l'accès facile aux technologies contraceptives (Barot 2008, Jacobstein et Stanley 2013), tout en omettant de tenir compte des réalités particulières des pays en développement. Encore là les rapports reflètent une forte collaboration entre l'ensemble des composantes du système de livraison des contraceptifs : chercheurs biomédicaux, compagnies pharmaceutiques, donateurs, agences onusiennes, ONG, intervenants en santé, gouvernement haïtien et même agents de santé communautaire, collaborent afin de faciliter l'accès aux technologies LARC en Haïti. Les discours critiques se positionnant en opposition avec la démedicalisation de la contraception en Haïti sont pratiquement inexistantes. Quant aux rapports logiques de cause à effet qui permettraient d'expliquer la prévalence des contraceptifs LARC en Haïti, la dimension *meso* illustre bien l'influence des modes de distribution des contraceptifs dans les usages de contraceptifs des femmes haïtiennes. Autrement dit, les choix des Haïtiens sont limités par

l'offre de contraceptifs, comme lorsque les injections de *Depo-Provera* et les implants sous-cutanés sont les seules méthodes qui leur sont offertes lors des camps temporaires de contraception.

Au niveau *macro*, l'analyse du modèle de financement du dispositif de contraception mondiale a rendu apparentes certaines pratiques de financement telles que les dons en contraceptifs, qui semblent opérer un contrôle vertical assez direct sur le choix des contraceptifs au sein des programmes de développement international et de sécurité contraceptive. Par ailleurs la prédominance de certaines organisations philanthropes, telles que la Fondation de Bill et Melinda Gates, comme source de financement du dispositif de santé mondiale, influencerait grandement l'orientation biomédicale des programmes mondiaux de santé (Martens et Seitz 2015). À ce niveau, l'opposition est absente et les rapports ne relèvent pas tant de la collaboration, que de la verticalité totale exercée par les plus hauts échelons du dispositif de contraception mondiale. À la question principale de ce projet : Qu'est-ce qui explique la présence et la prévalence des contraceptifs LARC en Haïti ? L'analyse du dispositif de financement permet de produire la relation logique la plus évidente, reposant sur le système de dons en contraceptifs, alors que les contraceptifs sont distribués directement aux intervenants du dispositif (agences, ONG, cliniques), conformément aux ententes conclues avec les compagnies pharmaceutiques.

## **9.4 Réflexions critiques**

Le manque d'accès à la contraception moderne en Haïti a été adressé lors des nombreuses campagnes de santé publique ayant pour principal objectif d'offrir la planification familiale et d'augmenter l'accès aux technologies modernes de contraception. Or si ces campagnes ont eu comme effet d'éradiquer les approches traditionnelles de la contraception, les Haïtiens ont mis plusieurs décennies avant d'utiliser les contraceptifs modernes qui leurs étaient proposés dans le cadre de ces programmes (Lee Poy 1995).

Les toutes premières études portant sur l'acceptabilité du contraceptif *Depo-Provera* en Haïti (Tafforeau et al. 1986) révélaient que les femmes haïtiennes étaient majoritaires à considérer comme inacceptable l'arrêt des règles qu'entraînaient les contraceptifs LARC. Les Haïtiens appréhendaient également le sentiment de contrainte que pouvait occasionner l'implant contraceptif (Smith 1998). En dépit de cette résistance, en dépit des réticences des Haïtiens aux méthodes contraceptives qui leur étaient proposées, le dispositif de contraception mondiale semble avoir ignoré les études qui pointaient vers l'inadéquation des méthodes (Tafforeau et al. 1986) et les méthodes contraceptives LARC ont continué d'être activement promues en Haïti (Maternowska 2006). Une critique de l'approche biomédicale au sein des programmes de développement international permet de questionner le fait que les programmes aient augmenté les pressions afin d'introduire les technologies LARC en Haïti, sans tenir compte de l'inadéquation de ces méthodes en Haïti, sans tenir compte du contexte haïtien et des réalités affectant la santé des Haïtiens et l'accès équitable à des ressources médicales.

Dans une approche de protection de la santé des femmes et des enfants, il serait souhaitable que les compagnies pharmaceutiques se penchent sur la recherche de solutions biomédicales hormonales qui n'ont pas les impacts du *Depo-Provera* ou de l'implant sur la santé et l'autonomie des personnes. Il apparaît également pertinent de rendre davantage accessible le préservatif masculin (condom) en Haïti, en tant que méthode de contraception simple, accessible, protégeant des MTS et du VIH et ne comportant aucun effet secondaire, de plus pouvant être jumelée à une approche naturelle de la contraception.

Dans l'optique d'adopter des politiques de contraception mondiale qui soient centrées sur les femmes et sur les personnes, le dispositif de contraception présent en Haïti devrait se responsabiliser et agir afin d'adapter son approche de façon à considérer les préoccupations des Haïtiens face aux contraceptifs qui leurs sont proposés dans le cadre des programmes internationaux de contraception. La résistance des Haïtiens aux efforts de contraception a justifié que des légions d'anthropologues soient envoyés par la USAID afin de mieux comprendre les raisons de ce refus et développer des approches permettant d'y remédier (Lee Poy 1995, Smith 1998, Maternowska 2007, Schwartz 2009).

Les réflexions critiques ont abordé la question de l'importance de l'Église catholique en Haïti, laquelle s'oppose activement à la contraception, ce qui n'est pas sans créer de tensions sociales et politiques. L'importance de la culture romaine catholique chez les Haïtiens n'est pas à négliger alors qu'il est question des raisons qui expliquent les réticences des Haïtiens face à la contraception moderne. L'Église catholique de Rome s'oppose officiellement à la contraception moderne, tout en ayant ouvert la porte aux méthodes naturelles en contraception à partir de 1968 (Contraception.fr 2017). Plutôt que de travailler à convaincre l'Église catholique de changer de position, il serait pertinent d'utiliser la promotion de la contraception naturelle par l'Église catholique comme une opportunité de populariser les approches naturelles de la contraception.

Les méthodes naturelles de contraception (abstinence périodique, calendrier, retrait, usage de plantes et aliments médicinaux) étaient autrefois répandues en Haïti, jusqu'aux campagnes de santé publique ayant découragé les Haïtiens d'y avoir recours afin de les amener à adopter les méthodes modernes de contraception. Or la contraception naturelle affiche des taux d'efficacité considérables, particulièrement lorsqu'utilisée de façon correcte. La méthode Serèna (Gervais 2005), une combinaison de plusieurs approches naturelles de contraception, est déjà présente en Haïti. Il me semble que les approches naturelles de la contraception naturelle pourraient rejoindre la clientèle d'Haïtiens qui sont réticents face aux contraceptifs pour des raisons religieuses. De plus, une approche laïque de la contraception, laquelle ne pose aucune limite à l'utilisation d'autres méthodes de contraception, parfois modernes, afin d'éviter les grossesses non planifiées, permettrait de rejoindre une clientèle nouvelle. Les jeunes et adolescents ne ressortiraient que grandis d'un enseignement des mécanismes de fertilité et des méthodes naturelles permettant de la contrôler. De plus, le retour à une approche traditionnelle, ancestrale et naturelle de la contraception pourrait répondre au besoin actuel des jeunes (et moins jeunes) de reconstituer une identité culturelle qui puisse s'inscrire dans une approche post-colonialiste ainsi que décolonialiste.





## Bibliographie

Abdulla K.A., Elwan S.I., Salem H.S., Shaaban M.M. (1985) *Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, NORPLANT, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants*, in *Contraception*, Vol. 32, p. 261-266.

Affandi B., Karmadibrata S., Prihartono J., Lubis F., Samil R.S. (1986) *Effect of Norplant on mothers and infants in the postpartum period*, in *Contraception*, Vol. 32, No. 3, p. 261-266.

Alfa M.J., Sisler J.J., Harding G.K. (1995) *Mycobacterium Abscessus Infection of a Norplant Contraceptive Implant Site*, in *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 153, No. 9, p. 1293-1296.

Ali Kamran Asdar (2002) *Faulty Deployments : Persuading Women and Constructing Choice in Egypt*, in *Comparative Studies in Society and History*, Vol. 44, No. 2, p. 370-394.

Ali M.M., Cleland J.G., Shah I.H., World Health Organization (2012) *Causes and consequences of contraceptive discontinuation : evidence from 60 demographic and health surveys*, Geneva : *World Health Organization*.

Allman J., Rohde J., Wray J. (1987) *Integration and Disintegration : The Case of Family Planning in Haiti*, in *Health Policy and Planning*, Vol.2, No. 3, p. 236-244.

Alterpresse (2011) *Dépêche : Haïti/Santé de reproduction - Au moins trois méthodes modernes pratiquées*, publiée le vendredi 2 décembre 2011 - disponible en ligne à l'adresse - <http://www.alterpresse.org/spip.php?article11986#.VHDJR0tzGw0> (consulté en juin 2017).

Alvarez-Sanchez F., Brache V., Thevenin F., Cochon L. Faundes A. (1996) *Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant implant users (Santo Domingo, Dominican Republic, and Campinas, São Paulo, Brazil)*, in *Obstetric & Gynecology*, Vol. 174, p. 919-922.

Arias R.D., Jain J.K., Brucker C., Ross D., Ray A. (2006) *Changes in Bleeding Patterns with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg*, in *Contraception*, No. 74, p. 234-238.

Arnou Rachel Stephanie (1996) *The Implantation of Rights: An Argument for Unconditionally Funded Norplant Removal*, in *Berkeley Journal of Gender, Law & Justice*, Vol. 11. Issue 1, p. 19-47.

Atlani-Duault Laetitia (2005) « *Au Bonheur des Autres ; anthropologie de l'aide humanitaire* », Nanterre : Société d'ethnologie, 200 pages.

Baeten J.M., Nyange P.M., Richardson B.A., Lavreys L., Chohan B., Martin H.L., Mandaliya

K., Ndinya-Achola J.O., Bwayo J.J., Kreiss J.K (2001) *Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: Results from a prospective*, in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol.185, No.2, p.380-385.

Baeten J.M., Lavreys L., Overbaugh J. (2007) *The Influence of Hormonal Contraceptive Use on HIV-1 Transmission and Disease Progression*, in *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 45, No. 3, p.360-369.

Baret Laurence (2012) « *Public Health Genomics : une forme de rhétorique ?* », sur *Bioéthique online* - <http://bioethiqueonline.ca/en/archives/2788>

Barot Sneha (2008) *Making the Case for a « Contraceptive Convenience » Agenda*, in *Guttmacher Policy Review*, Vol. 11, No. 4.

Barrett J., Buckley C. (2007) *Constrained Contraceptive Choice : IUD Prevalence in Uzbekistan*, in *International Family Planning Perspectives*, Vol. 33, No. 2, p. 50-57.

Bates Claire, Stebner Beth (2012) *Thousands of women fear for their fertility as popular arm implants go 'missing' inside their bodies*, article paru le 5 septembre 2012 dans le *Daily Mail Online* - disponible en ligne à l'adresse - <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2198721/Contraceptive-implants-Women-fear-fertility-hundreds-Implanon-gone-missing-body.html> (consulté en juin 2017)

Bornstein Erica, Redfield Peter (2011) *Forces of Compassion: Humanitarianism Between Ethics and Politics*, School for Advanced Research Press, 285 pages.

Boroditsky R.S. (1999) *Depo-Provera : An Ideal Contraceptive for Adolescents ?*, in Jamieson (1999) *Depomedroxyprogesterone Acetate: A Poor Choice for an Adolescent Seeking Contraception ?*, in *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, Vol. 12, p. 95-99.

Bongaarts John, Bruce Judith (1995) *The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services*, in *Studies in Family Planning*, Vol. 26, No.2, p. 57-75.

Bretin Hélène (1992) *Contraception : quel choix pour quelle vie ? Paroles de femmes, paroles de médecins*, Paris : INSERM, dans *L'Homme et la société*, No. 110 (1993) *Sciences sociales et socialisme en Grande-Bretagne*, p.146-147.

Brodwin Paul E. (1997) *Politics, Pratical Logic, and Primary Health Care in Rural Haiti*, in *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 11, No.1, p. 69-88.

Bruce Judith (1990) *Fundamental Elements of the Quality of Care : A Simple Framework*, in *Studies in Family Planning*, Vol.21, No. 2, p. 61-91.

CARE France (2015) Site Internet de CARE France - <http://www.carefrance.org/care/qui-sommes-nous/> (consulté en juin 2017).

Castro Arachu, Singer Merrill (2004) *Unhealthy Health Policy : A Critical Anthropological Examination*, Walnut Creek : AltaMira Press, 387 pages.

Chandler Daniel (2010) *Semiotics : The Basics*, London & NY : Routledge, 307 pages.

CIA (2007) *The World Factbook*, US Central Intelligence Agency - site internet - <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/ha.html> (consulté en juin 2017)

Clarke Colin (2016) *Race, Class, and the Politics of Decolonization* - Jamaica Journals 1961-1968, Studies of the Americas, Palgrave Mcmillan US, 130 pages.

Connely Matthew (2008) *Fatal Mis-Conception : The Struggle to Control World Population*, The Belknap Press of Harvard University Press, 521 pages.

Cock Emil (2003) *Le dispositif humanitaire*, Mémoire de diplôme d'études supérieures (DES) en études du développement, présenté en octobre 2002 à l'*Institut universitaire d'études du développement*, publié dans *Itinéraires études du développement* no. 18.

Contraception.fr (2017) Site internet (haïtien) dédié aux questions de contraception - adresse - <http://www.contraception.fr/> (consulté en juin 2017).

CRDI (1990) *Choix et défis : La recherche d'un implant contraceptif, un effort mondial*, rédigé par le *Centre de recherches pour le développement international (CRDI)*, avec la collaboration du *Population Council*, 84 pages.

Curtis C., Huber D., Moss-Knight T. (2010) *Postabortion Family Planning: Addressing the Cycle of Repeat Unintended Pregnancy and Abortion*, in *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *Guttmacher Institute*, Volume 36, No. 1, p. 44-48.

Deleuze Gilles (1989) *Qu'est-ce qu'un dispositif?*, dans *Michel Foucault, Rencontre internationale, Paris, 9, 10, 11 janvier 1988* (Paris : Le Seuil, 1989), cité dans Cock 2003, p. 15.

Désalliers Julie (2009) *Médicalisation de la pauvreté et discipline des corps reproductifs : la famille et l'utilisation des contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé*, dans *Altérités*, Vol. 6, No. 1, p. 45-65.

Díaz S, Herreros C, Juez G, Casado ME, Salvatierra AM, Miranda P, Peralta O, Croxatto HB. (1985) *Fertility regulation in nursing women : VII. Influence of NORPLANT levonorgestrel implants upon lactation and infant growth*, in *Contraception*, Vol. 32, p. 53-74.

DKT International (2015) *Contraceptive Social Marketing* - disponible en ligne à l'adresse - <http://www.dktinternational.org/contraceptive-social-marketing/contraceptive-social-marketing/> (consulté en octobre 2016)

Dozon Jean-Pierre, Fassin Didier (2001) *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris : Éditions Balland, « Voix et regards », 361 pages.

DSPP (1983) *Projet de commercialisation sociale des contraceptifs/Social marketing of contraceptives project*, Haïti : Département de la Santé Publique et de la Population, Division d'Hygiène Familiale, Non publié, 11 pages.

Dreyfus Hubert, Rabinow Paul (1984) *Michel Foucault, un parcours philosophique. Au-delà de l'objectivité et de la subjectivité*, Collection Bibliothèque des Sciences Humaines, Paris : Gallimard.

Escobar Arturo (1996) *Encountering Développement : the Making and Unmaking of the Third World*, Princeton University Press, 344 pages.

Ezegwui H.U., Oguanuo T.C., Nwogu-Ikojo E.E. (2005) *Prolonged use of Norplant contraceptive subdermal implants*, in *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 88, p. 162-163.

Fanon Frantz (1952) *Peau noire, masques blancs*, Paris : Éditions du Seuil, 223 pages.

Farmer Paul (1988) *Bad Blood, Spoiled Milk : Bodily Fluids as Moral Barometers in Rural Haiti*, in *American Ethnologist*, Vol. 15, No. 1, p. 62-83.

Farmer Paul (2003) *Pathologies of Power : Health, Human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, 438 pages.

Farmer Paul (2006) Foreword : *Unraveling Fertility and Power*, en préface de Maternowska (2006) *Reproducing Inequities : Poverty and the Politics of Population in Haiti*, Rutgers University Press, 221 pages.

Fassin Didier (2000) *Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé*, dans *Anthropologie et Société*, Vol. 24, No. 1, p. 95-116.

Fassin Didier (2010) *Noli Me Tangere : The Moral Untouchability of Humanitarianism*, in Bornstein E. et Redfield P. eds. (2011) *Forces of Compassion: Humanitarianism Between Ethics and Politics*, School for Advanced Research Press, 285 pages.

Fassin Didier (2011) *Humanitarian Reason : a Moral History of the Present*, Berkeley : University of California Press, xvi, 324 pages.

FDA (2004) *Pfizer Box Warning for Depo-Provera* (medroxyprogesterone acetate injectable suspension).

FDRE (2012) *A Situation Analysis of Family Planning in Ethiopia*, June 2011, by Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health.

Ferreira Jaqueline (2007) *Entre assistance et promotion de la santé : vicissitudes et ambiguïtés de l'intervention humanitaire au Brésil*, dans *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 31, No. 2, p-133-150.

Fisher William F. (1997) *DOING GOOD ? The Politics and Antipolitics of NGO Practices*, in *Annual Review in Anthropology*, 1997, 26 : 439-464.

Fitzgerald DW, Marotte C, Verdier RI, Johnson WD, Jr, Pape JW. (2002) *Comprehension during informed consent in a less-developed country*, in *Lancet*, Vol. 360, p. 1301-02.

Foucault Michel (1971) *L'ordre du discours*, Éditions Gallimard, 81 pages.

Foucault Michel (1975-1976) *Il faut défendre la société - Cours au Collège de France (1975-1976)*, Édition numérique réalisée en août 2012 – disponible à l'adresse - [https://monoskop.org/images/9/99/Foucault\\_Michel\\_Il\\_faut\\_defendre\\_la\\_societe.pdf](https://monoskop.org/images/9/99/Foucault_Michel_Il_faut_defendre_la_societe.pdf) (consulté en octobre 2016).

Foucault Michel (1976) *La volonté de savoir, Tome 1 de l'Histoire de la sexualité*, Paris : Gallimard.

Foucault Michel (1984) *Le pouvoir, comment s'exerce-t-il ?*, dans Dreyfus & Rabinow (1984) *Michel Foucault, un parcours philosophique*, Paris : Gallimard.

Fraser I.S., Tiitinen A., Affandi B. et al. (1998) *Norplant Consensus Statement and Background Review*, in *Contraception*, Vol. 57, p. 1-9.

Freedman Ronald (1987) *The Contribution of Social Science Research to Population Policy and Family Planning Program Effectiveness*, in *Studies in Family Planning*, Vol. 18, No. 2, p. 57-82.

Freedman L.P., Isaacs S.L. (1993) *Human Rights and Reproductive Choice*, in *Studies in Family Planning*, Vol. 24, No. 1 : p. 18-30.

Friedman Milton (1962) *Capitalism and Freedom*, Chicago : University of Chicago Press, cité dans Fisher (1993) *DOING GOOD ? The Politics and Antipolitics of NGO Practices*, in *Annual Review in Anthropology*, 1997, 26 : 439-464.

Furth P.A., Westphal H., Hennighausen L.(1999) *Expression from the HIV-LTR Is Stimulated by Glucocorticoids and Pregnancy*, in *AIDS Research and Human Retroviruses*, Vol. 6, No.4, p. 553-560.

Gates (2015) Site internet de la *Bill & Melinda Gates Foundation* - <http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Development/Family-Planning> (consulté en juin 2017).

Gauthier Ariette (2002) *Les politiques de planification familiale dans les pays en développement : du malthusianisme au féminisme ?* dans *Lien social et Politiques*, No. 47, p. 67-81.

Genel Katia (2004) *Penser le corps : le biopouvoir chez Foucault et Agamben*, dans *Methodos*, Vol. 4, 1-22.

Gervais Diane (2005) *Serèna : La fécondité apprivoisée (1955-2005)*, publié par Serèna Québec, Bibliothèque nationale du Québec.

Gibbons Elizabeth D., Garfield Richard (1999) *The Impact of Economic Sanctions on Health and Human Rights in Haïti*, in *American Journal of Public Health*, Vol. 89, No. 10, p. 1499-1504.

Ginsburg Faye, Rapp Rayna (1995) *Conceiving the New World Order : the Global Politics of Reproduction*, California : University of California Press.

Gordon Deborah (1988) *Tenacious Assumptious in Western Medecine*, p. 19-56 in Lock & Gordon eds. (1988) *Biomedecine Examined : Culture, Illness and Healing*, Dordrecht/Boston : Kluwer Academic.

Green William (1988) *Pharmaceutical risk management decision-making : The Food and Drug Administration and the case of Depo-Provera*, in *Policy Studies Review*, Vol. 8, No. 2, p.420-431.

Greenhalgh Susan (2005) *Globalization and Population Governance in China*, in Aihwa & Collier (2005) *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Malden : Blackwell Publishing, 512 pages.

Grenier Danielle, Juge à la Cour Supérieure du Québec (2008) Jugement du 28 mai 2008 donnant gain de cause aux utilisatrices du DP contre la compagnie pharmaceutique *Pfizer*.

Grigg-Spall Holly (2013) *Sweetening the Pill : or How We Got Hocked on Hormonal Birth Control*, USA : Zero Books, 197 pages.

Grino Claire (2014) *La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale*, dans *Sexonomie*, Genre, Sexualité et Société, Vol. 12, 47 pages.

Gu S., Sivin I., Du M., Zhang L., Ying L., Meng F., Wu S., Wang P., Gao Y., He X., Qi L., Chen C., Liu Y., Wang D. (1995) *Effectiveness of Norplant implants through seven years : a large scale study in China*, in *Contraception*, Vol. 52, p. 99-103.

Guay Jean-Herman (2015) *Perspective Monde*, outil pédagogique des grandes tendances du monde depuis 1945, École de politique appliquée, Université de Sherbrooke (Quebec, Canada) - <http://perspective.usherbrooke.ca> (consulté en octobre 2016).

in *Humanity*, An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development, Volume 3, Number 1, p. 81-101.

Ginsburg Faye, Rapp Rayna (1995) *Conceiving the New World Order : the Global Politics of Reproduction*, California : University of California Press.

Hardee K., Barkat-e-Khuda, Kamal G.M., Rahman A.P., McMahan J. (1994) *Contraceptive implant users and their access to removal services in Bangladesh*, in *International Family Planning Perspectives*, Vol. 20, p. 59-65.

Hartmann Betsy (1995) *Reproductive Rights & Wrongs : The Global Politics of Population Control*, Boston : South End Press, 388 pages.

Hawaleshka D. (2005) *A shot in the dark ?* in *Maclean's*, 24 nov. 2005, Cité par Shea Laura (2007) *Réflexions sur le Depo-Provera : contributions à l'amélioration de la réglementation des médicaments au Canada*, pour *Action pour la protection de la santé des femmes*.

Heidkamp R., Ayoya M.A., Teta I.N., Stolfus R.J., Marhone J.P. (2013) *Breastfeeding practices and child growth outcomes in Haiti : an analysis of data from Demographic and Health Surveys*, in *Maternal and Child Nutrition*, Vol. 11, No. 4, p. 737-748.

Hesford W.S., Kozol W., et al. (2005) *Just Advocacy ? Women's Human Rights, Transnational Feminisms, and the Politics of Representation*, Rutgers : the State University, 320 pages.

HIP (2015) Site Internet de l'organisation *Family Planning High Impact Practices*, une collaboration de la USAID, UNFPA et *Planned Parenthood* - <https://www.fphighimpactpractices.org/resources/high-impact-practices-family-planning-list> (consulté en juin 2017).

Hodgson Dennis, Watkins C. Susan (1997) *Feminists and Neo-Malthusians : Past and Present Alliances*, in *Population and Development Review*, Volume 23, Issue 3, p.469-523.

Hubacher D., Lopez L. Steiner M.J., Dorflinger L. (2009) *Menstrual pattern changes from levonorgestrel subdermal implants and DMPA : systematic review and evidence-based comparisons*, in *Family Health International*, Vol. 80, No. 2, p-113-118.

Hull E.M. Franz J.R., Snyder A.M., Nikisha J.K. (1980) *Perinatal progesterone and learning, social and reproductive behavior in rats*, in *Physiology & Behavior*, Vol. 24, p. 251-256.

IHSI (2014) *Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique - Recensement - Présentation générale des résultats* - [http://www.ihsi.ht/rgph\\_resultat\\_ensemble\\_nf.htm](http://www.ihsi.ht/rgph_resultat_ensemble_nf.htm) (consulté en juin 2017).

Jackson Nicole M. (2011) *A Black Woman's Choice: Depo-Provera and Reproductive Rights*, in *Journal of Research on Women and Gender*, Vol. 3 - Symposium Issue - The Ohio State University, 15 pages.

Jacobstein Roy, Pile John M. (2007) *Hormonal Implants : New, Improved, and Potentially Popular*, The ACQUIRE Project/Engender Health, financed by USAID.

Jacobstein Roy, Stanley Harriet (2013) *Contraceptive implants : providing better choice to meet growing family planning demand*, in *Global Health : Science and Practice*, Vol. 1, No. 1 : p. 11-17.

Jain J., Jakimiuk A.J., Bode F.R., Ross D., Kaunitz A.M. (2004) *Contraceptive Efficacy and Safety of DMPA-SC*, in *Contraception*, No. 70, p. 269-275.

JHBPH (2007) *Implants : the Next Generation - INFO Project - John Hopkins Bloomberg School of Public Health - Center for Communication Programs, Series K, Number 7 : Injectables and Implants*, financed by USAID, 19 pages.

Joachim Jutta (2007) *Agenda Settings, the UN, and the NGOs : Gender Violence and Reproductive Rights*, Washington D.C. : Georgetown University Press, 256 pages.

Jonhson & al. (1994) *Contraceptive Method Mix : Guidelines for Policy and Service Delivery*, Geneva : World Health Organization, 143 pages.

Karim M., Ammar R., Mahgoub E.L., Ganzoury E.L., Fikri F., Abdou I. (1971) *Injected progesterone and lactation*, in *British Medical Journal*, Vol. 1, p. 200-203.

Kates J., Michaud J., Wexler A., Valentine A. (2014) *Mapping the Donor Landscape in Global Health: Family Planning and Reproductive Health*, Report : The Henry J. Kaiser Family Foundation.

Kaunitz A.M., Miller P.D. Rice V.M., Ross D. McClung M.R. (2006) *Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation*, in *Contraception*, Vol. 74, No. 2, p. 90-99.

Kenerson John G. (2014) *Hypertension in Haiti: The Challenge of Best Possible Practice*, in *The Journal of Clinical Hypertension*, Vol. 16, Issue 2, p.107-114.

Klavon Susan L., Grubb Gary S. (1990) *Insertion site complications during the first year of Norplant use*, in *Contraception*, Vol. 41, No. 1, p. 27-37.

Lee Poy Petrina Ingrid (1995) *Les déterminants de l'utilisation de la contraception en Haïti, 1989*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Ph.D en Démographie, Université de Montréal.



Leys Tony (2013) *Family Planning is a Delicate Subject in Haiti*, Pulitzer Center on Crisis Reporting - disponible en ligne à l'adresse - <http://pulitzercenter.org/reporting/haiti-iowa-medical-family-planning-women-healthcare-birth-control> (consulté en juin 2017).

Lippman Aby (1999) *Choice as a Risk to Women's Health*, in *Health, Risk and Society*, Vol. 1, No. 3, p. 281-291.

Lluber G. Parrish L.A., Kling C.M. (2000) *Hypertension prevalence in a rural Haitian missionary clinic*, in *Nurse Practice*, Vol. 25, No. 11, p. 59-61,

Lopez Iris (1998) *An Ethnography of the Medicalization of Puerto Rican Women's Reproduction*, in *Pragmatic Women and Body Politics*, Margaret Lock, and Patricia A. Kaufert, eds., New York : Cambridge University Press, p. 240-259.

Martens Jens, Seitz Karolin (2015) *Philanthropic Power and Development : Who shapes the agenda ?*, Aachen/Berlin/Bonn/New-York : *Global Policy Forum*, 75 pages.

Martin H.L., Richardson B.A., Nyange P.M., Lavreys L., Hillier S.L., Chohan B. , Mandaliya K., Ndinya-Achola J.O., Bwayo J., Kreiss J. (1999) *Vaginal Lactobacilli, Microbial Flora, and Risk of Human Immunodeficiency Virus Type 1 and Sexually Transmitted Disease Acquisition*, in *The Journal of Infectious Diseases*, Vol. 180, No.6, p. 1863-1868.

Marx P.A., Spira A.I., Gettie A., Dailey P.J., Veazey R.S., Lackner A.A., Mahoney C.J., Miller C.J., Claypool L.E., Ho D.D., Alexander N.J. (1996) *Progesterone implants enhance SIV vaginal transmission and early virus load*, in *Nature Medecine*, Vol.2, No.2, p.1084-1089.

Mason Karen O. (1988) *The impact on women's position on demographic change during the course of development : What do we know ?* in *Population Studies Center*, Vol. 2, 88-123.

Maternowska Catherine (1996) *Coups d'etat and contraceptives : a political economy analysis of family planning in Haiti*, Michigan : UMI Dissertation Services, 412 pages.

Maternowska Catherine (2006) *Reproducing Inequities : Poverty and the Politics of Population in Haiti*, Rutgers University Press, 221 pages.

McAlister Elizabeth (2002) *Rara ! Vodou, Power, and Performance in Haiti and Its Diaspora*, USA : University of California Press, 259 pages.

McCauley A.P., Geller J.S. (1992) *Decisions for Norplant programs*, in *Population Reports*, Series K : Injectables and Implants, Johns Hopkins University, Vol. 4, p. 1-31.

Megret Frederic, Hoffmann Florian (2003) *The UN as a Human Rights Violator ? Some Reflections on the United Nations Changing Human Rights Responsibilities*, in *Human Rights Quarterly*, Vol. 25, p. 314-342.

Meillassoux Claude (1991) *La leçon de Malthus : Le contrôle démographique par la faim*, dans Gendreau & Meillassoux (1991) *Les spectres de Malthus : déséquilibres alimentaires, déséquilibres démographiques*, Paris : Études et documentation internationale.

Meirik et al. (OMS) (2001) *Post-marketing surveillance of Norplant contraceptive implants: I. Contraceptive efficacy and reproductive health* - International Collaborative Post-Marking Surveillance, in *Contraception*, Vol. 63, No. 4, p.167-86.

Miller L., Patton D.L., Meier A., Thwin S.S., Hooton T.M., Eschenbach D.A. (2000) *Depomedroxyprogesterone-induced hypoestrogenism and changes in vaginal flora and epithelium*, in *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 96, No.3, p.431-439

Minkin Stephen (1981) *Depo-Provera : a Critical Analysis*, in *Women & Health*, Vol. 5, Issue 2, p. 49-69.

Minn Pierre (2010) *The Coordination and Un-coordination of International Medical Aid in Haiti*, in *Somatosphere - Science, Medicine, and Anthropology* - disponible en ligne à l'adresse - <http://somatosphere.net/2010/03/coordination-and-un-coordination-of.html> (consulté en juin 2017).

Minn Pierre (2007) *Toward and Anthropology of Humanitarianism*, in *Journal of Humanitarian Assistance* - disponible en ligne à l'adresse - <http://sites.tufts.edu/jha/archives/51> (consulté en juin 2017).

Mohanty C.T., Russo A., Torres L. (1991) *Third World women and the politics of feminism*, USA : Indiana University Press, 352 pages.

Molland J.R., Morehead D.B., Baldwin D.M. Castracane V.D., Lasley B. Bergquist C.A. (1996) *Immediate postpartum insertion of the Norplant contraceptive device*, In *Fertil Steril*, Vol. 66, No. 1, p. 43-48.

Moyn Samuel (2012) *The Last Utopia : Human Rights in History*, Belknap Press, 352 pages.

MSH (2016) Site Internet de *Management Sciences for Health* - <http://projects.msh.org/expertise/healthcare-financing/performance-based-financing.cfm> (consulté en juin 2017).

MSPP (2009) *Manuel de normes en planification familiale et en soins maternels - À l'usage du personnel de santé*, Ministère (haïtien) de la santé publique et de la population - Direction Santé de la famille.

MSPP (2013) *Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé (EPSSS)*, Institut Haïtien de l'Enfance, Pétiion-Ville (Haïti), MEASURE DHS, ICF International Rockville, Maryland USA.

Murray Gérald F. (1972) *The Economic Context of Fertility Patterns in a Rural Haitian Community*, Report submitted to the *International Institute for the Study of Human Reproduction*, New York : Columbia University.

Musham C., Darr E.G., Strossner M.L. (1995) *A qualitative study of the perceptions of dissatisfied Norplant users*, in *Journal of Family Practice*, May 1995, Vol. 40, No. 5, p.465-470.

Mutihir Josiah T. (2007) *Case Reports : Four (4) clients using Norplant contraceptive implants beyond 8 years in Jos, Nigeria*, in *Nigerian Journal of Clinical Practice*, June 2007, Vol 10 (2) : 174-176.

Neptune-Anglade Mireille (1986) *L'autre moitié du développement : à propos du travail des femmes en Haïti*, Éditions des Alizés, 261 pages.

Neukom J., Chilambwe J., Mkandawire J., Mbewe R.K., Hubacher D. (2011) *Dedicated providers of long-acting reversible contraception : new approach in Zambia*, in *Contraception*, No. 83, Vol. 5, p. 447-452.

Nguyen Vinh-Kim (2005) *Antiretroviral Globalism, Biopolitics and Therapeutic Citizenship*, in Aihwa & Collier (2005) *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Malden : Blackwell Publishing, 512 pages.

Nichter Mark, Lock Margaret (2002) *New Horizons in Medical Anthropology : Essays in Honour of Charles Leslie*, London/New York : Routledge, 326 pages.

NWHN (2016) *Depo Provera and Bone Mineral Density*, National Women's Health Network, USA : Washington - disponible en ligne à l'adresse - <https://www.nwhn.org/depo-provera-and-bone-mineral-density/> (consulté en juin 2017).

Ogbuagu Stella C. (1985) *Women and Depo-Provera usage in Nigeria : chosen or imposed forms of birth control ?*, in *Rural Africana*, Vol. 21, p. 81-90.

OMS (1991) *Les implants sous-cutanés contraceptifs : Le Norplant, Guide à l'intention du technicien et du gestionnaire*, Genève : Organisation mondiale de la santé.

OMS (2005) *Déclaration de l'OMS sur la contraception hormonale et l'état osseux - Relevé épidémiologique hebdomadaire*, No. 35, 80, p. 297-304.

OMS (2013) *La délégation des tâches pour améliorer l'accès aux méthodes de contraception, améliorer l'accès aux interventions essentielles de santé maternelle et néonatale* - Document produit par l'Organisation mondiale de la santé, 4 pages.

OMS (2017) Site internet de l'OMS, section informative sur la contraception - <http://www.who.int/topics/contraception/fr/> (consulté en juin 2017).

ONU (2013) *World Contraceptive Patterns 2013*, by United Nations - Department of Economic and Social Affairs - Population Division.

ONU (2016) *Déclaration universelle des droits de l'homme*, disponible sur le site Internet de l'ONU - <http://www.un.org/fr/documents/udhr/> (consulté en juin 2017).

ONU (2017) Section « À propos » du site internet de l'Organisation des Nations Unies – United Nations (UN) – <http://www.un.org/fr/about-un/index.html> (consulté en juin 2017).

Pandolfi Mariella (2006) *La zone grise des guerres humanitaires*, dans *Anthropologica*, Vol. 48, No. 1, *War and Peace/La guerre et la paix*, p.43-58.

Patel S.B., Toddywalla W.S., Betrabet S.S., Kulkarni R.D., Patel Z.M., Mehta A.C. Saxena B.N. (1994) *At what « infant age » can levonorgestrel contraceptives be recommended to nursing mothers ?*, in *Advances in Contraception*, Vol. 10 (4), p. 249-55.

Peipert J.F., Zhao Q., Allsworth J.E., Petrosky E., Madden T., Eisenberg D., Secura G. (2011) *Continuation and satisfaction of reversible contraception*, in *Obstetrical Gynecology*, Vol. 117, No. 5, p. 1105-1113.

PEPFAR (2013) *Haiti : Operational Plan Report*, US PEPFAR - *Partnering to Achieve Epidemic Control in Haiti* - disponible en ligne à l'adresse - <http://www.pepfar.gov/documents/organization/212145.pdf> (consulté en juin 2017).

Pierce Meghan (2013) *The Present State of Haitian Fertility and the International Response | Focus On Haiti Initiative, The Western Hemisphere Working Group* / May 31, 2013 - disponible en ligne à l'adresse - <http://focusonhaiti.org/2013/05/31/the-present-state-of-haitian-fertility-and-the-international-response/> (consulté en juin 2017).

*Planned Parenthood* (2016) Site internet de *Planned Parenthood* - <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/birth-control-implant-implanon> (consulté en juin 2017).

PNUD (2014) *Résumé exécutif - Haïti : un nouveau regard - Rapport OMD 2013 (Objectifs du Millénaire pour le Développement)* - disponible en ligne à l'adresse - <http://issuu.com/pnudhaiti/docs/undp-ht-resumeexecutif-haitirapport> (consulté en juin 2017).

Pollock John (2003) *Performance Based Contracting with NGOs in Haiti*, in *Performance Improvement*, Volume 42, No. 8, p. 20-24.

Puil Lorri (2006) *Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA or depo-provera) and bone health in pre-menopausal women and adolescents*, Document interne préparé pour *Action pour la protection de la santé des femmes*, cité dans Shea Laura (2007).

Rabinow Paul (1996) *Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton : Princeton University Press, 216 pages.

Raffinsøe Pierre (2013) *Qu'est-ce qu'un dispositif ? L'analytique sociale de Michel Foucault*, dans *Symposium (Canadian Journal of Continental Philosophy / Revue canadienne de philosophie continentale)*, Vol. 12, No. 1, p. 44-66.

Rahamathan Mala, Dilip TR et Padmadams Sabu S (1995) *Quality of Care in Laparoscopic Sterilisation Camps : Observations from Kerala, India*, in *Reproductive Health Matters*, No. 6, p. 84-93.

Ralph L.J., McCoy S.I., Shiu K., Padian N.S. (2015) *Hormonal contraceptive use and women's risk of HIV acquisition: a meta-analysis of observational studies*, in *Lancet Infection Disease*, Vol. 15, p.181-89.

Redfield Peter (2005) *Doctors, Borders, and Life in Crisis*, in *Cultural Anthropology*, Vol. 20, No. 3, p. 328-361.

RHSC (2012) *Reproductive Health Supplies Coalition - Report, Global - Summary of Shipments and Report, Sub-Saharan Africa*, RHInterchange.

Richey Lisa Ann (2004) *Construction, Control and Family Planning in Tanzania : Some Bodies the Same and Some Bodies Different*, in *Feminist Review*, Vol. 78, p. 45-78.

Roman Susan (2007) *Exclusive Breastfeeding Practices in Rural Haitian Women*, UCHC Graduate School Master These 2003-2010, 141 pages.

Rose Nikolas, Novas Carlos (2005) *Biological citizenship*, in Aihwa & Collier (2005) *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Malden : Blackwell Publishing, 512 pages.

Ross J., Hardee K., Mumford E., Eid S. (2002) *Contraceptive Method Choice in Developing Countries*, in *International Family Planning Perspectives*, Guttmacher Institute, Vol. 28, No. 1, p. 32.

Roye Carol F. (1998) *Condom use by hispanic and african-american adolescent girls who use hormonal contraception*, in *Journal of Adolescent Health*, Vol.23, No. 4, p.205-211.

Rozario Kevin (2003) *Delicious Horrors : Mass Culture, the Red Cross, and the Appeal of Modern American Humanitarianism*, in *American Quarterly*, Vol. 55, No. 3, p. 417-455.

Said Edward W. (1978) *Orientalism*, New York : Pantheon Books, 368 pages.

Saillant Francine (2007) *Présentation : une anthropologie critique de l'humanitaire*, dans *Anthropologie et Sociétés*, vol. 31, no.2, 2007, p. 7-23.

Saillant Francine, Richardson Marie, Paumier Marie (2003) *L'humanitaire et les identités : un regard anthropologique*, dans *Ethnologies*, vol. 27, no. 2, p.159-187.

Salamon Lester M. (1993) *The global association revolution : the rise of the third sector on the world scene*, Baltimore : John Hopkins University, Institute for Policy Studies, 31 pages.

Sangi-Haghpeykar et al. (2005) *Consistency of Condom Use Among Low Income Hormonal Contraceptive Users*, in *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, Vol. 37, Issue 4, p. 184-191.

Santé Canada (2005) *Avis public de Pfizer*, Santé Canada, 30 juin 2005 - disponible en ligne à l'adresse - [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/public/2005/depo-provera\\_pa\\_ap\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/public/2005/depo-provera_pa_ap_e.html) (consulté en juin 2017).

Schiappacasse V., Díaz S., Zepeda A., Alvarado R., Herreros C. (2002) *Health and growth of infants breastfed by Norplant contraceptive implants users : a six-year follow-up study*, in *Contraception*, Vol. 66, p. 57-65.

Schwartz Timothy (2009) *Fewer Men, more babies : sex, family, and fertility in Haiti*, Lexington Books, 277 pages.

Schwartz Timothy (2010) *Part II : Save NGO Sector from Itself (and Haiti from the NGOs)*, published online at *Haiti Blog* - disponible en ligne à l'adresse - <http://timotuck.com/wp/index.php/category/ngos-part-ii-save-ngo-sector-from-itself-and-haiti-from-the-ngos/> (consulté en juin 2017).

Shaaban M.M., Salem H.T. Abdullah K.A. (1985) *Influence of levonorgestrel contraceptive implants, NORPLANT, initiated early postpartum upon lactation and infant growth*, in *Contraception*, Vol. 32, p. 623-635.

Shea Laura (2007) *Réflexions sur le Depo-Provera : contributions à l'amélioration de la réglementation des médicaments au Canada, pour Action pour la protection de la santé des femmes*.

Shikary Z.K., Betrabet S.S. Toddywala V.S., Patel D.M. Datey S., Saxema B.N. (1986) *Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breast-fed male infants*, in *Contraception*, Vol. 34, p. 403-412.

Simmons R., Hall P. Diaz J. Diaz M. Fajans P. Satia J. (1997) *The strategic approach to contraceptive introduction*, in *Studies in Family Planning*, Vol. 28, No. 2, p. 79-94.

Singer M., Davison L. Gerdes G. (1988) *Culture, Critical Theory, and Reproductive Illness Behavior in Haiti*, in *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 2, No. 4, p. 370-385.

Sivin I., Viegas O., Campodonico I., Diaz S., Pavez M., Wan L., Koetsawang S., Kiriwat O. Anant M.P., Holma P., Abdalla K. Stern J. (1997) *Clinical Performance of a new two-rod levonorgestrel contraceptive implant : a three year randomized study with Norplant implants as controls*, in *Contraception*, Vol. 55, p. 73-80.

Sivin I., Mishell D.R., Diaz S., Biswas A., Alvarez F., Darney P., Holma P., Wan L., Brache V., Kiriwat O., Abdalla K., Campodonico I., Pasquale S., Pavez M., Schechter J. (2000) *Prolonged effectiveness of Norplant capsules implant : a 7-years study*, in *Contraception*, Vol. 61, p. 187-194.

Sobo Elisa Janine (1996) *One Blood : The Jamaican Body*, in *New West Indian Guide*, Vol. 70, No. 1-2, p. 160-163.

Smith Jennie Marcelle (1998) *Family Planning Initiatives and Kalfounò Peasants : What's Going Wrong ?* University of Kansas : Institute of Haitian Studies, 27 pages.

Tafforeau J., Daney A-M., Allman S., Allman J. (1986) *Attitudes toward and acceptance of DMPA in Rural Haiti*, présenté à *Center for Population and Family Health*, Faculty of Medicine, New York : Columbia University.

Taneepanichskul C., Tanprasertkul S. (2001) *Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1-positive mothers*, in *Contraception*, Vol. 64, No. 1, p. 39-41.

Toh Y.C., Jain J., Rahunny M.H., Bode F.R., Ross D. (2004) *Suppression of ovulation by a new subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate (104 mg/0.65 ml) contraceptive formulation in asian women*, in *Clinical Therapeutics*, Vol. 26, Issue 11, p. 1845–1854.

Tolley Elizabeth, Nare Christine (2001) *Access to Norplant Removal : An Issue of Informed Choice*, in *African Journal of Reproductive Health*, Vol. 5, No. 1, p. 90-99.

Truitt S.T., Fraser A.B. Grimes D.A., Gallo M.F., Schulz K.F. (2003) *Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation*, in *Cochrane Database Syst Review*, Vol. 2 (2003).

Trussell James (2011) *Contraceptive efficacy*, in Hatcher, Trussell & al., (2011) *Contraceptive technology*, New York : Ardent Media.

Tudiver Sari (1997) *Depo-Provera approved : lessons for the future*, Winnipeg : *Canadian Women's Health Network*.

UNESCO (2005) *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, UNESCO - *Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture*, Division de l'éthique des sciences et des technologies, Secteur des sciences sociales et humaines.

UNFPA (1996) *United Nations Population Fund (UNFPA), Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo*, New York: UNFPA, p. 53.

UNICEF (2014) *Infants and Young Child Feeding - IYCF- Global Databases* - les données sur Haïti datent de 2012

USAID (2014a) Haiti Contraceptive Security Indicators Data Dashboard, USAID Deliver Project.

USAID (2014b) *Optimizing Supply Chains for Improved Performance*, U.S. Agency for International Development (USAID) - *Deliver Project*, Order 4.

USAID (2015) *Measuring Contraceptive Security Indicators 2015 - Summary Findings*, un document préparé par le USAID-Deliver Project - disponible en ligne à l'adresse - <http://deliver.jsi.com/dhome/whatwedo/commsecurity/csmeasuring/csindicators> (consulté en juin 2017).

Van der Schoot P., Baumgarten R. (1990) *Effects of treatment of male and female rats in infancy with mifepristone on reproductive function in adulthood*, in *Journal of Reproduction & Fertility*, Vol. 90, p. 255-266.

Vasquez Isabelle (2012) *La République ONG d'Haïti*, traduit de l'article de Katie Klarreich et Linda Polman : *The NGO Republic of Haiti*, publié dans *The Nation* (2012).

Vitzthum V.J., Ringheim K. (2005) *Hormonal Contraception and Physiology : A Research-based Theory of Discontinuation Due to Side Effects*, in *Studies in Family Planning*, Vol. 36, No. 1, p. 13-32.

Walsh J. (1997) *Beyond acceptability : users' perspectives on contraception*, World Health Organization [WHO], in *Reproductive Health Matters*, 1997, p. 89-96.

Westley Elizabeth, Shochet Tara (2013) *Social Marketing of Emergency Contraception : Are We Missing A Valuable Opportunity ?*, *Association of Reproductive Health Professionals*.

WHO (1991) *Breast cancer and depot-medroxyprogesterone acetate : a multinational study : WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives*, in *The Lancet*, October 5 ; 338 (8771) : p. 833-838.

WHO (2005) *Technical consultation on the effects of hormonal contraception on bone health*, Summary report, Geneva : Switzerland.

WHO (2010) *Medical eligibility criteria for contraceptive use*, 4th ed. Geneva, Department of Reproductive Health, World Health Organization (WHO/OMS).

WHO (2011) *Family Planning : A Handbook for Providers, Successor to The Essentials of Contraceptive Technology* - WHO - World Health Organization.

Zimmerman M., Haffrey J., Crane E., Szumowski D., Alvarez F., Bhiromrut P., Brache V., Lubis F., Salah M., Shaaban M., et al. (1990) *Assessing the acceptability of NORPLANT*



*implants in four countries: findings from focus group research*, in *Studies in Family Planning*, Vol. 21, No.2, p. 92-103.

Zuber T.J., DeWitt D.E., Patton D.D. (1992) *Skin damage associated with the Norplant contraceptive*, in *Journal of Family Practice*, Vol. 34, No. 5, p. 613-616.



