UNIVERSITÉ PARIS 1
PANTHÉON SORBONNE

Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

École Doctorale de Géographie de Paris (ED 434)

THÈSE

pour obtenir le grade de

Docteur de l'Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

Discipline : Démographie

préparée

par

David JEAN SIMON

TITRE DE LA THÈSE

La maternité adolescente à Haïti

Soutenue le 27 Septembre 2022

DIRECTEUR DE THÈSE

Alexandre AVDEEV, Professeur des universités
Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

MEMBRES DU JURY

Virginie DE LUCA BARRUSSE, Professeure des universités
Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

Irina TROITSKAIA, Directrice de recherche
Université de Moscou Lomonossov

Alexandre AVDEEV, Professeur des universités
Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

Jorge RODRIGUEZ VIGNOLY, Directeur de recherche,
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (Nations Unies-CEPAL)

Bénédique PAUL, Professeur, Université Quisqueya (Haïti)

Marianne BLIDON, maîtresse de conférences, HDR,
Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

Dédicaces

À mon fils Yoan Nicholas Jean Simon et à ma femme Luna Valon, vous avez supporté mon absence et traversé beaucoup d'épreuves.

À mes parents, ma tante Sonia Nazaire, mes cousines Vanessa, Carine et Melinda, votre aide a été très précieuse.

Remerciements

En premier lieu, je remercie le Professeur Alexandre AVDEEV d'avoir accepté de diriger ma thèse doctorale. Les nombreux échanges avec lui m'ont permis de peaufiner la thèse.

Je remercie le Centre de Recherche de l'Institut de Démographie de l'Université de Paris (CRIDUP), l'École Doctorale de Géographie de Paris (EDGP), l'Institut du Genre, la Région Île de France et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) pour leurs soutiens financiers qui m'ont permis de réaliser mon terrain de recherche et participer à des colloques internationaux.

Je tiens à remercier Virginie DE LUCA BARRUSSE, Armelle ANDRO et Claire SCODELLARO qui m'ont accueilli à l'Institut de Démographie de l'Université de Paris (IDUP) et qui m'ont permis de bien mener cette thèse.

Je remercie particulièrement Ingrid LE GOSLES, Mohamed OUARAZ, Candice ZANINETTI et Gilles PALSKY pour leur support.

Mes remerciements vont à l'endroit de Marianne BLIDON et Roser CUSO, les membres de mon comité de suivi de thèse, pour leurs précieux conseils et leur conseil tout au long de la thèse.

La relecture d'une thèse est longue et fastidieuse. Je dois beaucoup à Claire SCODELLARO, Célio SIERRA-PAYCHA, Jacques PETITIER, Stéphanie BRUNOT et surtout Claude CONAN pour y avoir consacré une partie de leur temps.

Pour finir, je tiens à remercier les membres de ma famille, mes amis et mes collègues au CRIDUP (Ladeu, Delphin, Adama, Soumaila, Axel, Guershom, Ilgi, Rim) qui ont été toujours présents pour moi pour me supporter tout au long de cette période doctorale.

Table des matières

Remerciements 4
Liste des graphiques 8
Liste des tableaux 11
Liste des cartes 15
Liste des sigles et abréviations 17
Résumé 18
Abstract 20
INTRODUCTION GÉNÉRALE 22
Pourquoi est-il pertinent de cibler la maternité adolescente ? 28
Apports de la thèse 28
Structure de la thèse 29
CHAPITRE 1. LA MATERNITÉ ADOLESCENTE : *État de la question dans le monde et à Haïti* 30
Introduction 30
1.1.- L'« adolescence » : un concept évolutif et difficilement cernable 31
1.2.- Problématique de la fécondité à l'adolescence 39
1.3.- Objectifs de la thèse 44
Conclusion partielle 45
CHAPITRE 2. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE À HAÏTI : *une pauvreté généralisée* 46
Introduction 46
2.1.- Contexte démographique : une population très jeune mais inégalement répartie sur le territoire national 46
2.2.- Contexte politique : une instabilité permanente 52
2.3.- Contexte économique : pays le plus pauvre de la région Amérique Latine et Caraïbes 56
2.4.- Contexte éducatif : un système dominé par le secteur privé 61
2.5.- Contexte sanitaire : près de 70 % de la population n'a pas accès aux soins de santé 64
Conclusion partielle 68
CHAPITRE 3. CADRAGE THÉORIQUE : *choix d'une perspective théorique multi-paradigmatique* 71
Introduction 71
3.1.- Approches théoriques de la fécondité 71
3.2.- État de l'art 83
3.3.- Hypothèses de recherche 87
Conclusion partielle 88
CHAPITRE 4. DONNÉES ET MÉTHODES : *une approche mixte* 91

Introduction 91
4.1.- Sources de données : une approche mixte 92
4.2.- Méthodes d'analyse 115
4.3.- Plan d'analyse 116
Conclusion partielle 116
CHAPITRE 5. ENVIRONNEMENT SOCIO-CULTUREL ET NIVEAU DE VIE DES FEMMES À HAÏTI 118
Introduction 118
5.1.- L'histoire résidentielle à Haïti : une migration interne assez conséquente 118
5.2.- Les femmes en âge de procréer sont relativement jeunes 120
5.3.- La taille et la composition des ménages : une répulsion pour les familles nombreuses ? 122
5.4.- Le confort des logements : une crise nationale 124
5.5.- L'électricité à Haïti : le plus faible taux dans la région Amérique Latine et Caraïbes 128
5.6.- Le panorama religieux à Haïti : une prédominance du christianisme 129
5.7.- L'éducation des femmes à Haïti : une égalité des sexes qui reste à construire 134
5.8.- Les femmes et le travail indépendant non agricole 139
5.9.- Niveau de vie des ménages : les femmes dans des situations précaires 141
5.10.- Statut marital : la montée en puissance du célibat 143
5.11.- Une féminisation progressive de chef de ménage à Haïti 145
5.12.- Profil sociodémographiques des femmes à l'adolescence 147
Conclusion partielle 149
CHAPITRE 6. COMPORTEMENTS SEXUELS ET CONTRACEPTIFS DES FEMMES HAÏTIENNES : *une vulnérabilité multidimensionnelle* 151
Introduction 151
6.1.- Le cycle ovulatoire : très peu maîtrisé par les femmes haïtiennes 152
6.2.- La connaissance des méthodes contraceptives : vers plus de modernité 157
6.3.- Exposition à des messages sur la planification familiale dans les médias : l'accès à l'électricité, l'un des plus grands obstacles 160
6.4.- Discussion avec les partenaires sur la planification familiale : les inégalités de genre 167
6.5.- Avoir des connaissances sur les méthodes contraceptives à Haïti ne préjuge pas leur utilisation mais les discussions sur la PF dans les couples font augmenter la probabilité d'utilisation des méthodes contraceptives 172
6.6.- Âge à la première relation sexuelle à Haïti : un rajeunissement du calendrier 183
6.7.- Âge à la première union à Haïti : un net recul 192
6.8.- Nombre idéal d'enfants : très proche du seuil de renouvellement des générations 198
Conclusion partielle 200
CHAPITRE 7. LA MATERNITÉ ADOLESCENTE À HAÏTI : *un phénomène multifactoriel* 203

Introduction 203
7.1.- La proportion de mères adolescentes est restée (relativement) stable entre 1994 et 2016 . 204
7.2.- Être mère adolescente à Haïti : une variété de profils 204
7.3.- Choix du logit binaire pour identifier les facteurs associés à la maternité adolescente à Haïti 208
7.4.- Identification et hiérarchisation des facteurs de la maternité adolescente à Haïti 211
7.5.- Discussion des résultats 213
Conclusion partielle 223
CHAPITRE 8. LE VÉCU DE LA GROSSESSE ADOLESCENTE À HAÏTI : *entre violences et marginalisation* 226
Introduction 226
8.1.- Entretiens semi-directifs privilégiés 227
8.2.- Le vécu de la grossesse adolescente : entre violences et marginalisation 233
Conclusion partielle 254
CONCLUSION GÉNÉRALE 256
BIBLIOGRAPHIE 266
ANNEXE 294

Liste des graphiques

Graphique 1.- Transition démographique à Haïti 1950 à 2100 23
Graphique 2.- Répartition de la population haïtienne par âge et par sexe (1960) 24
Graphique 3.- Répartition de la population haïtienne par âge et par sexe (2000) 24
Graphique 4.- Répartition de la population haïtienne par âge et par sexe (1980) 24
Graphique 5.- Répartition de la population haïtienne par âge et par sexe (2020) 24
Graphique 6.- Coefficient d'inégalité des revenus de Gini pour l'Amérique Latine et Caraïbes 25
Graphique 7.- Évolution du nombre de naissances pour 1000 adolescentes selon les régions du monde 39
Graphique 8.- Évolution du taux de fécondité des adolescentes en Europe occidentale de 1950 à 2020 40
Graphique 9.- Évolution du taux de fécondité des adolescentes à Haïti 41
Graphique 10.- Pourcentage de l'évolution des PIB si l'état avait retardé les grossesses adolescentes 43
Graphique 11.- Évolution de la population haïtienne de 1804 à 2020 48
Graphique 12.- Répartition de la population par âge et par sexe en 2050 50
Graphique 13.- Rapport de masculinité selon le groupe d'âge 51
Graphique 14.- Taux net de migration de 1950 à 2020 54
Graphique 15.- Évolution du PIB ($US Constant 2005) en Haïti de 1996 à 2016 56
Graphique 16.- Pourcentage de ménages ayant accès aux services sociaux de base selon le milieu de résidence 59
Graphique 17.- Évolution du taux de chômage à Haïti (1990-2020) 60
Graphique 18.- Évolution de la mortalité dans une sélection de pays dans l'Amérique Latine et Caraïbes 64
Graphique 19.- Taux de mortalité infantile dans une sélection de pays dans l'ALC.. **Erreur! Signet non défini.**
Graphique 20.- Taux de mortalité infanto-juvénile dans une sélection de pays dans l'ALC 65
Graphique 21.- Indice Synthétique de fécondité dans une sélection de pays en ALC de 1950 à 2020 68
Graphique 22.- Particularités de la transition démographique dans quelques pays en Asie de 1950 à 2005 73
Graphique 23.- Schéma réalisé par Moscovici 79
Graphique 24.- Structure par âge et par sexe de la population enquêtée de 1994 à 2017 99
Graphique 25.- Degré d'attraction ou répulsion des chiffres terminaux (Indice de Myers) 102
Graphique 26.- Degré d'attraction ou répulsion des chiffres terminaux (Indice de Myers, femmes). 104
Graphique 27.- Degré d'attraction ou répulsion des chiffres terminaux (Indice de Myers, hommes) 104
Graphique 28.- Distribution des enquêté-e-s selon le sexe et le groupe d'âge 121
Graphique 29.- Pourcentage de femmes ayant accès à l'électricité dans leur ménage 128
Graphique 30.- Distribution des femmes enquêtées selon la religion 130
Graphique 31.- Distribution des hommes enquêtés selon la religion 131
Graphique 32.- Distribution des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction 134
Graphique 33.- Distribution des femmes enquêtées selon la génération 137
Graphique 34.- Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et selon le sexe 138
Graphique 35.- Pourcentage de femmes enquêtées selon le niveau de vie 141
Graphique 36.- Distribution des femmes enquêtées selon le statut marital 143
Graphique 37.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités 146
Graphique 38.- Distribution des femmes enquêtées selon leur niveau de connaissance sur le cycle ovulatoire 152

Graphique 39.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des médias 160
Graphique 40.- Pourcentage d'hommes exposés aux messages sur la planification familiale par le biais des médias 161
Graphique 41.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités (UMC) 178
Graphique 42.- Évolution de l'âge à la première relation sexuelle 183
Graphique 43.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le milieu de résidence 184
Graphique 44.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le niveau d'instruction 185
Graphique 45.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon la religion 185
Graphique 46.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le département de résidence 186
Graphique 47.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le niveau de vie 187
Graphique 48.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon la génération 187
Graphique 49.- L'âge à la première relation sexuelle selon le sexe entre 1994 et 2017 188
Graphique 50.- Évolution de l'âge à la première union des femmes 192
Graphique 51.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon le milieu de résidence 193
Graphique 52.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon le milieu de résidence 193
Graphique 53.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon le niveau d'instruction 194
Graphique 54.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon la religion 194
Graphique 55.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon le niveau de vie 195
Graphique 56.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon la génération 195
Graphique 57.- Nombre idéal d'enfants par femme (en moyenne) 198
Graphique 58.- Pourcentage de femme ayant connu la maternité précoce 204
Graphique 59.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités 207
Graphique 60.- Aire sous la courbe (Modèle 5) 212

Liste des tableaux

Tableau 1.- Différence entre l'enfance, la jeunesse et l'adolescence par l'OMS 31
Tableau 2.- Population haïtienne de 2017 selon le nombre d'habitants, le nombre de ménages, la superficie et la densité 49
Tableau 3.- Indicateurs de croissance Haïti, 2018-2022 57
Tableau 4.- Taux de chômage BIT selon le groupe d'âge 60
Tableau 5 .- Tableau réalisé par Becker 81
Tableau 6.- Un ensemble de facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes et en ALC 86
Tableau 7.- Les principaux modules du questionnaire femme 94
Tableau 8.- Effectifs des ménages et individus enquêtés 95
Tableau 9.- Taux de réponse selon l'enquête 95
Tableau 10.- Taux de réponse pour les variables sélectionnées 97
Tableau 11.- Valeur de l'Indice de Whipple selon l'EDS 101
Tableau 12.- Valeur de l'Indice de Myers selon l'EDS 102
Tableau 13.- Valeur de l'Indice de Myers selon le sexe 103
Tableau 14.- Liste de quelques variables sociodémographiques pour l'analyse des données 109
Tableau 15.- Caractéristiques sociodémographiques de quelques interlocutrices 113
Tableau 16.- Proportion des enquêté.e.s selon le milieu de résidence 118
Tableau 17.- Ancienneté dans le milieu de résidence 119
Tableau 20.- Proportion des enquêté-e-s (hommes et femmes) selon le département de résidence 120
Tableau 21.- Âge moyen des enquêté-e-s selon le milieu de résidence 122
Tableau 22.- Taille des ménages (1994 à 2017) 122
Tableau 23.- Taille des ménages selon le milieu de résidence 123
Tableau 24.- Logement des enquêtées selon les matériaux du sol 124
Tableau 25.- Logement des enquêtées selon les matériaux du sol et le milieu de résidence 124
Tableau 26.- Matériaux constituant le mur 126
Tableau 27.- Matériaux constituant le mur selon le milieu de résidence 127
Tableau 28.- Religion des enquêtées selon le milieu de résidence 132
Tableau 29.- Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence 135
Tableau 30.- Répartition des établissements scolaires selon le département 137
Tableau 31.- Répartition des femmes enquêtées selon leur activité économique 139
Tableau 32.- Répartition des hommes enquêtés selon leur activité économique 140
Tableau 33.- Répartition des femmes enquêtées selon l'activité économique et le groupe d'âge 140
Tableau 34.- Niveau de vie des ménages selon le milieu de résidence 141
Tableau 35.- Répartition des femmes enquêtées selon leur statut marital et selon le milieu de résidence 144
Tableau 36.- Répartition des femmes enquêtées selon leur statut marital et le niveau d'instruction 144
Tableau 37.- Répartition des femmes enquêtées selon leur statut marital et le niveau de vie 145
Tableau 38.- Statut marital des femmes selon le groupe d'âge 145
Tableau 39.- Sexe du chef de ménage 146
Tableau 40.- Relation des enquêtées avec le chef de ménage 146
Tableau 41.- Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes à Haïti 148
Tableau 42.- Répartition des enquêtées selon le niveau d'éducation et le niveau de connaissances du CO 153
Tableau 43.- Répartition des enquêtées selon leur niveau sur le cycle ovulatoire et le milieu de résidence 153

Tableau 44.- Répartition des enquêtées selon leur niveau sur le cycle ovulatoire et le niveau de vie 155
Tableau 45.- Proportion de femmes n'ayant aucune connaissance sur le cycle ovulatoire selon le groupe d'âge.....155
Tableau 46.- Facteurs explicatifs de la connaissance des femmes sur le cycle ovulatoire à Haïti.....156
Tableau 47.- Répartition des enquêtées selon leur connaissance sur les méthodes contraceptives 157
Tableau 48.- Répartition des femmes selon leur connaissance sur les méthodes contraceptives et le milieu de résidence 158
Tableau 49.- Répartition des femmes selon leurs connaissances sur les méthodes contraceptives et le groupe d'âge.....158
Tableau 50.- Répartition des enquêtées selon leur connaissance sur les types de méthodes contraceptives 159
Tableau 51.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la PF selon le niveau d'instruction 161
Tableau 52.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des médias selon le milieu de résidence.....162
Tableau 53.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des medias selon le fait qu'elles soient chrétiennes ou pas.....163
Tableau 54.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des medias selon le statut marital.....163
Tableau 55.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des medias selon le niveau de vie 164
Tableau 56.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale selon le groupe d'âge.....164
Tableau 57.- Facteurs explicatifs de l'exposition à des messages sur la PF à Haïti.....164
Tableau 58.- Proportion de femmes ayant des discussions sur la PF avec leur partenaire selon le milieu de résidence.....167
Tableau 59.- Proportion de femmes ayant des discussions sur la PF avec leur partenaire selon la religion 168
Tableau 60.- Proportion de femmes ayant des discussions sur la PF avec leur partenaire selon le niveau d'instruction 168
Tableau 61.- Proportion de femmes ayant des discussions sur la PF avec leurs partenaires selon le groupe d'âge.....168
Tableau 62.- Proportion de femmes ayant des discussions sur le planning familial avec leur partenaire selon le fait d'être exposé aux messages sur la PF.....169
Tableau 63.- Facteurs explicatifs de la discussion de la PF avec son partenaire 169
Tableau 64.- Répartition des femmes enquêtées selon l'utilisation des méthodes contraceptives.....172
Tableau 65.- Proportion de femmes qui utilisent une MC selon le milieu de résidence.....173
Tableau 66.- Proportion de femmes utilisant une MC selon le niveau d'instruction 175
Tableau 67.- Proportion de femmes qui utilisent actuellement (au moment de l'enquête) une MC selon la religion 175
Tableau 68.- Proportion de femmes utilisant une MC selon le niveau de vie.....176
Tableau 69.- Proportion de femmes qui n'utilisent pas (au moment de l'enquête) de méthodes contraceptives selon le groupe d'âge 176
Tableau 70.- Proportion de femmes utilisant un MC selon le fait qu'elles aient été exposées à des messages sur la PF 176
Tableau 71.- Proportion de femmes utilisant un MC selon le fait de discuter sur la PF avec leur partenaire.....177
Tableau 72.- Facteurs associés à la pratique contraceptive à Haïti 179

Tableau 73.- Estimateur de Cox de l'âge à la première relation sexuelle selon quelques variables sociodémographiques 189
Tableau 74.- Estimateur de Cox de l'âge à la première union selon quelques variables sociodémographiques 196
Tableau 75.- Nombre idéal d'enfants selon quelques caractéristiques socio-démographiques 199
Tableau 76.-Fécondité adolescente selon quelques caractéristiques socio-démographiques 205
Tableau 77.- Déterminants de la maternité adolescente à Haïti (Odds Ratios/Marginal Effects) 211
Tableau 78.- Pouvoir prédictif des modèles 211
Tableau 79.- Hiérarchisation des déterminants de la maternité adolescente 212
Tableau 80.- Présentation des effets marginaux 222
Tableau 81.- Caractéristiques sociodémographiques de quelques interlocutrices 231

Liste des cartes

Carte 1.- Carte administrative de la République d'Haïti 47
Carte 2.- Taux de pauvreté selon les différents départements d'Haïti 57
Carte 3.- Taux net de fréquentation scolaire (primaire) selon le département de résidence 62
Carte 4.- Taux net de fréquentation scolaire (secondaire) selon le département de résidence 62
Carte 5.- Taux de Mortalité Maternelle (TMM) dans le monde en 2019 65
Carte 6.- Proportion de femmes vivant dans des logements dont le sol était en terre/sable selon le département de résidence 125
Carte 7.- Proportion de femmes vivant dans des logements dont le mur est en terre/sable selon le département de résidence 127
Carte 8.- Proportion de femmes ayant accès à l'électricité selon le département de résidence 129
Carte 9.- Proportion de femmes vaudouisantes selon le département de résidence 133
Carte 10.- Proportion de femmes sans instruction selon le département de résidence 136
Carte 11.- Pourcentage de femmes pauvres selon le département de résidence 142
Carte 12.- Pourcentage de femmes ayant de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire selon le département de résidence 154
Carte 13.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des médias selon le département de résidence 162
Carte 14.- Proportion de femmes ayant des discussions sur la PF avec leurs partenaires selon les départements 167
Carte 15.- Proportion de femmes utilisant les MC selon le département de résidence 174
Carte 16.- Proportion de mères adolescentes selon le département de résidence 206

Liste des sigles et abréviations

AMPAP : Aire Métropolitaine de Port-au-Prince
CELADE : Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CO : Cycle Ovulatoire
ECVMAS : Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages Après le Séisme
EDS : Enquête Démographique et de Santé
FMI : Fond Monétaire International
FOSREF : Fondation pour la Santé Reproductrice et l'Education Familiale
ICF : Interim Cooperation Framework
IHSI : Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
ISF : Indice Synthétique de Fécondité
IST : Infection Sexuellement Transmissible
MC : Méthodes Contraceptives
MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PF : Planification Familiale
PIB : Produit Intérieur Brut
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA : United Nations Population Fund
USAID : United States Agency for International Development
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé

La maternité adolescente est classée comme un problème de santé publique majeur par l'Organisation mondiale de la santé. À Haïti, comme bon nombre de pays en développement, - en dépit de l'instauration de nombreux programmes de planification familiale par les pouvoirs publics et les institutions internationales telles que le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) -, les statistiques sur la maternité à l'adolescence demeurent très préoccupantes. Au regard du haut taux de fécondité adolescente (55 ‰), de ses conséquences (avortements, naissances prématurées, déscolarisation, problèmes sociaux et familiaux, stigmatisations, violences, entre autres) et de l'importante contribution des adolescent.e.s à la dynamique démographique du pays et de leur rôle en tant qu'acteurs du changement, cette thèse doctorale se donne pour objectifs d'examiner les facteurs associés à la maternité adolescente à Haïti et d'étudier le vécu de la grossesse adolescente par les femmes ayant connu une maternité à l'adolescence. Les données utilisées proviennent de deux sources complémentaires : les 5 enquêtes démographiques et de santé réalisées dans le pays entre 1994 et 2017, et une enquête qualitative que nous avons menée en 2020 à Haïti. Si la plupart des travaux portant sur la maternité adolescente se focalise que sur le groupe 15-19 ans, notre travail, quant à lui, a considéré l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans. Un tel choix a permis d'étudier l'aspect générationnel de ce phénomène à Haïti.

Les résultats ont montré que les femmes haïtiennes en âge de procréer, plus particulièrement les adolescentes et les jeunes adultes, évoluent dans un environnement socioéconomique très vulnérable. Par ailleurs, les données indiquent que très peu de femmes âgées de 15 à 49 ans ont de bonne connaissance sur le cycle ovulatoire et sont exposées à des messages relatifs à la sexualité par le biais des médias. À souligner que cette faible proportion de femmes enquêtées ayant de bonne connaissance sur le cycle ovulatoire et exposées aux messages sur la sexualité est beaucoup plus importante chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées. Les données mettent aussi au jour une non observance des normes traditionnelles en matière de sexualité à Haïti. Sous l'effet de la modernisation et de l'urbanisation, les normes de comportements sexuels sont en constante évolution. En effet, la proportion de femmes qui s'engagent dans des relations sexuelles à l'adolescence ne cesse d'augmenter. De plus, cette sexualité hors mariage est de plus en plus précoce et à haut risque, car la pratique contraceptive est très faible. En s'intéressant à l'âge à la première union et au nombre idéal d'enfants désirés, nous avons constaté que les femmes (quel que soit le groupe d'âge) souhaitent avoir moins d'enfants et entrent en union plus tardivement. L'adoption d'un tel comportement est grande partie influencée par le contexte socio-économique et la modernisation. Il a été observé que la proportion de mères adolescentes est restée stable entre 1994 et 2017, et que la maternité adolescente à Haïti est significativement liée à la précocité de la mise en union et des relations sexuelles, à un faible niveau d'instruction, à un souhait de fécondité élevé et à un facteur d'ordre générationnel (plus les femmes sont âgées, plus elles courent de risques d'être mères adolescentes).

Pour finir, les propos recueillis lors des entretiens réalisés ont montré que la maternité adolescente est de plus en plus perçue comme un acte socialement déviant, en raison de l'évolution économique dégradante à Haïti et des conditions sanitaires, et c'est ce qui explique en grande partie la violence subie par certaines adolescentes de la part de leurs parents/partenaires durant leur période de grossesse. En outre, les adolescentes enceintes peuvent être victimes de stigmatisations de la part de leur entourage, des autorités religieuses et des personnels de santé. Soulignons que toutes les femmes enceintes à l'adolescence ne subissent pas le même traitement. Les adolescentes, pour qui la grossesse était planifiée, peuvent être soutenues par leurs parents/partenaires. Toutefois, cela ne leur épargne pas du jugement moral de la société.

Mots-clés : Adolescence, maternité adolescente, déterminants, vécu, violence, Haïti

Abstract

Teenage motherhood is classified as a major public health issue by the World Health Organization. In Haiti, like in most developing countries, - despite the establishment of numerous family planning programs by the public authorities and international institutions such as the United Nations Population Fund (UNFPA), the United Nations Fund United for Children (UNICEF) and the United States Agency for International Development (USAID) - statistics on teenage childbearing remain a serious concern. In view of the high adolescent fertility rate (55‰), its consequences (abortions, premature births, school dropout, social and family problems, stigmatization, violence, etc..) and the significant contribution of adolescents to demographic dynamics of the country and their role as actors of change, this doctoral thesis aims to examine the factors associated with teenage motherhood in Haiti and study the experience of teenage pregnancy by women who have experienced teenage motherhood. The data used come from two complementary sources: the 5 demographic and health surveys carried out in the country between 1994 and 2017, and a qualitative survey that we conducted in 2020 in Haiti. If most of the work on adolescent fertility focuses only on the 15-19 year old group, our work has considered all women aged 15 to 49. Such a choice made it possible to study the generational aspect of this phenomenon in Haiti.

The results showed that Haitian women of childbearing age, especially adolescents and young adults, live in a very vulnerable socioeconomic environment. Furthermore, the data indicate that very few women aged 15 to 49 have good knowledge of the ovulatory cycle and are exposed to messages relating to sexuality through mass media. It should be noted that this low proportion of women surveyed with good knowledge of the ovulatory cycle and exposed to messages on sexuality is much higher among adolescent girls than among older women. The data also reveals a lack of observance of traditional norms regarding sexuality in Haiti. Under the effect of modernization and urbanization, norms of sexual behavior are constantly changing. Indeed, the proportion of teenage girls engaging in premarital sexual relations continues to increase. Moreover, sexual relations outside of marriage are increasingly precocious and high-risk, because contraceptive practice is very low. Looking at the age at first union and the ideal number of children desired, we found that women want to have fewer children and enter into union later. The adoption of such behavior is largely influenced by the socio-economic context and modernization. It has been observed that the proportion of adolescent mothers remained stable between 1994 and 2017, and that adolescent motherhood in Haiti is significantly linked to the precocity of union formation and sexual relations, to a low education level, to a high desire for fertility and a generational factor (the older the women, the more likely they are to be teenage mothers).

Finally, the comments collected during the interviews carried out showed that teenage motherhood is increasingly perceived as a socially deviant act, due to the degrading economic evolution in Haiti and the sanitary conditions, and this is what explains largely the violence suffered by some adolescent girls from their parents/partners during their pregnancy. In addition, pregnant adolescents may be victims of stigmatization by those around them, religious authorities and health personnel. It should be noted that not all pregnant women in adolescence undergo the same treatment. Teenagers, for whom the pregnancy was planned, can be supported by their parents/partners. However, this does not spare them from the moral judgment of society.

Key-words : Adolescence, adolescent motherhood, determinants, experience, violence, Haiti

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« La recherche est un processus sans fin dont
on ne peut jamais dire comment il évoluera.
L'imprévisible est dans la nature même de la science »

Pierre Joliot-Curie

En étudiant les transitions démographiques de certains pays en Asie comme le Japon, la Corée du Sud et le Taïwan, l'importance du dividende démographique[1] dans l'émergence économique de ces pays a été démontrée dans les faits et solidement mis en évidence par des travaux de recherche (Rabier, 2020 ; Eastwood et Lipton, 2012 ; Attané et Barbieri, 2009 ; Bloom et *al.* 2003). Si les modifications de la structure par âge de ces pays ont conduit à un avantage économique, il convient de souligner qu'il a été rendu possible par une préparation significative en amont. Les autorités gouvernementales ont instauré un environnement politique et social favorable à la croissance en renforçant leurs capacités institutionnelles et en investissant stratégiquement dans le capital humain (notamment dans les jeunes) pour augmenter le revenu par habitant, la création d'emplois, la santé, y compris dans la santé sexuelle et reproductive et le planning familial (Delaunay et Guengant, 2019 ; Bloom et *al.* 2003).

Les transitions démographiques sont en marche dans les pays du Sud. À Haïti, la situation transitionnelle est tardive et très lente. Du fait de l'instabilité économique et politique, l'évolution démographique d'Haïti au cours des soixante-dix dernières années a été très irrégulière (Dorvilier, 2010). Elle peut être schématisée comme suit : les années 1955 à 1970 sont caractérisées par un recul de la mortalité. Ponctuée à 26.5 ‰ durant la période 1950-1955, elle est passée à 23.6 ‰ entre 1955-1960, 21.7 ‰ entre 1960-1965 et à 19.6 ‰ entre 1965-1970. Et, durant ce même intervalle de temps, le taux de natalité a perdu 5 points de pourcentage. Estimé à 45.7 ‰ entre 1950-1955, il est passé à 40.9 ‰ entre 1965-1970 (Graphique 1). Parallèlement, la croissance démographique est passée de 1.7 % entre 1955-1970 à 1.9 % entre 1965-1970. Et pour ce qui est de l'indice synthétique de fécondité, il était estimé à 6.3 enfants par femme entre 1950-1955 et à 6.0 enfants par femme entre 1965-1970 (World Population Prospects, 2020). Selon Dorvilier (2010)

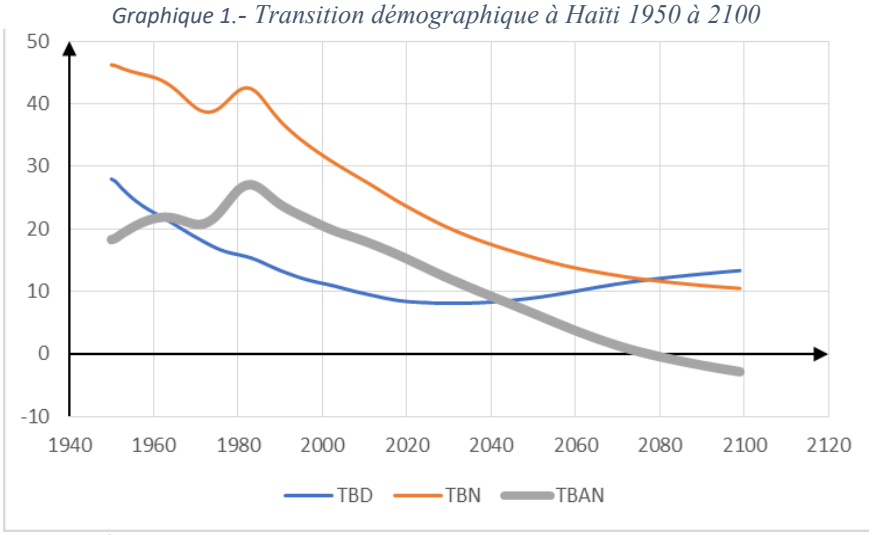
[1] Pour Population Reference Bureau, le dividende démographique est l'accélération de la croissance économique qui peut résulter d'une baisse rapide de la fécondité d'un pays et l'évolution ultérieure de la structure par âge de la population. Avec moins de naissances chaque année, la population d'un pays en âge de travailler grandit par rapport à la population jeune et dépendante.

et André (2011), le début de la transition démographique à Haïti est enregistré grâce à certains progrès de la médecine, à une accélération des processus d'urbanisation, à une meilleure scolarisation des garçons et des filles.

Les années 1970-1985 sont marquées par une baisse (modérée) du taux de mortalité et par une remontée du taux de natalité, avec pour conséquence une hausse de la croissance démographique (1.7 % entre 1970 et 1975 ; 2.3 % entre 1980-1985).

La période récente (1985-2020) est caractérisée par un ralentissement de la croissance démographique consécutif à une baisse de la natalité et de la mortalité (Graphique 1). Néanmoins, la transition démographique à Haïti n'en est qu'à ses prémices, avec une espérance de vie à la naissance en hausse (53.5 ans entre 1985-1990 ; 63.5 ans entre 2015-2020), une fécondité en baisse (3.0 enfants par femme entre 2015-2020), et un taux d'accroissement de sa population de 1.3 % par an en moyenne (World Population Prospects, 2020).

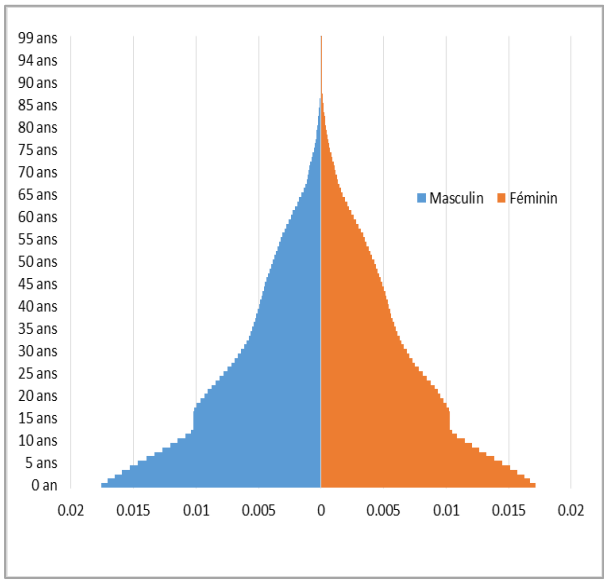
Graphique 1.- Transition démographique à Haïti 1950 à 2100



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects, 2020

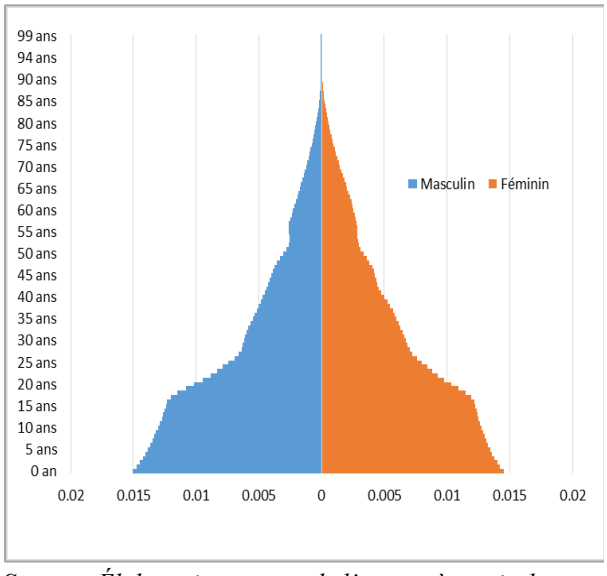
Cette baisse combinée de la natalité et la mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance ont modifié la structure par âge et par sexe de la population. En effet, la population haïtienne présente une structure très jeune. En 1960, sur une population d'environ 3.9 millions d'habitants, 29.6 % étaient âgés de 10 à 24 ans et 72.8 % étaient âgés de moins de 35 ans. Par ailleurs, l'âge médian de la population était de 19.8 ans. En 1980 et en 2000, les proportions de jeunes âgés de 10 à 24 ans ont été estimées à 31.4 % et 33.5 % respectivement. Les moins de 35 ans représentaient 73.8 % de la population totale en 1980 contre 74.4 % en 2000. Même si la population reste toujours jeune, il faut cependant souligner que les proportions des 10-24 ans et moins de 35 ans ont diminué ces deux dernières décennies. En 2020, elles étaient respectivement de 29.9 % et 68.4 % (Graphique 2-5, ci-après).

Graphique 2.- Répartition de la population haïtienne par âge et par sexe (1960)



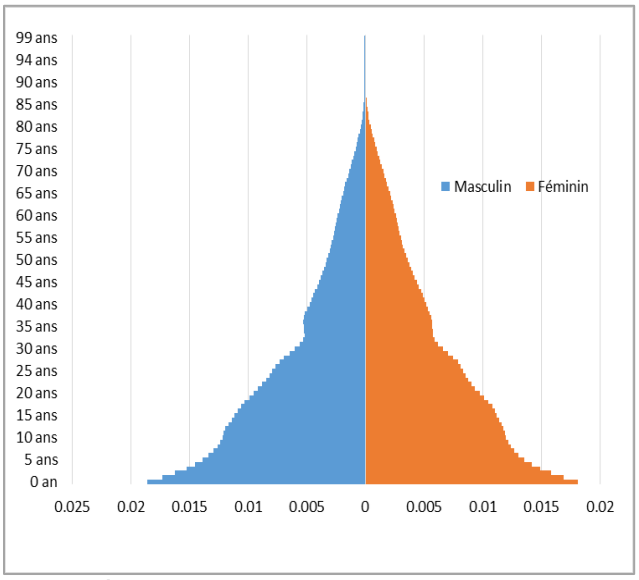
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects Data, 2020

Graphique 3.- Répartition de la population haïtienne par âge et par sexe (2000)



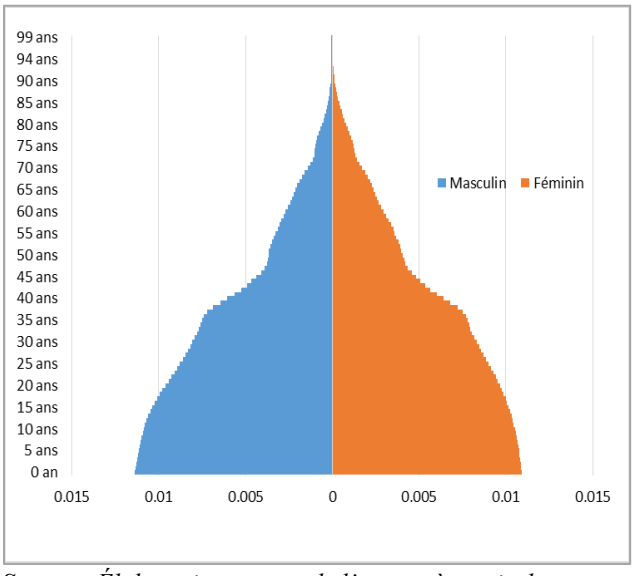
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects Data, 2020

Graphique 4.- Répartition de la population haïtienne par âge et par sexe (1980)



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects Data, 2020

Graphique 5.- Répartition de la population haïtienne par âge et par sexe (2020)

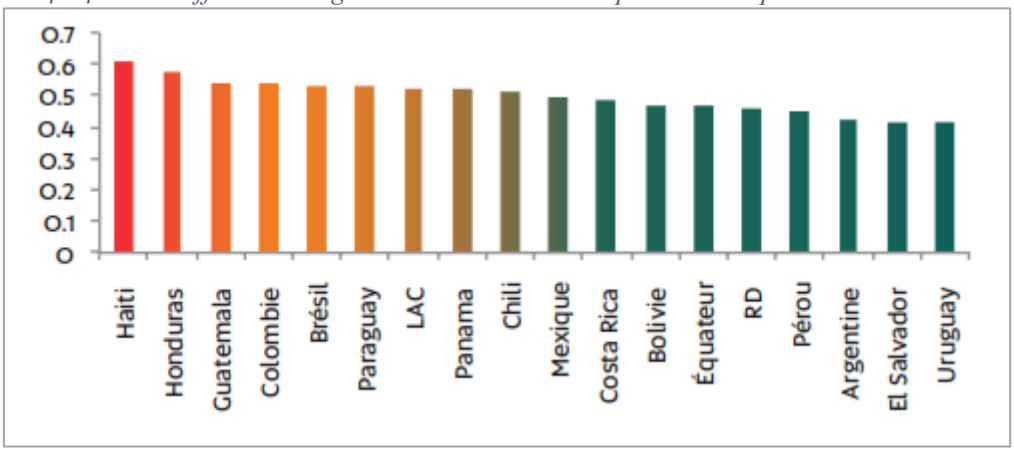


Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects Data, 2020

La jeunesse de la population haïtienne se manifeste également à travers ses ratios de dépendance. En comparant la population d'âge potentiellement inactif (0-14 ans et 65 ans ou plus) à la population en âge potentiellement actif (15- 64 ans), nous avons obtenu, pour l'année 1960, un rapport de plus de 75 % (77 dépendants pour 100 actifs potentiels). En 1980 et en 2000, ces rapports étaient respectivement de 81.7 % et 79.7 % (World Population Prospects, 2020). En 2020, le rapport de dépendance a diminué jusqu'à atteindre 60.4 %. D'après les estimations faites par le Département des Affaires Économiques et Sociales des Nations Unies (ONU-DAES), d'ici 2050, le ratio de dépendance serait de 49.3 % (World Population Prospects, 2020).

Contrairement au Japon, au Singapour et à la Corée du Sud qui ont exploité leur dividende démographique, les changements observés durant ces dernières décennies au niveau de la structure par âge de la population haïtienne ne se sont cependant pas traduits en avancées significatives du point de vue économique et social. Selon les données de la Banque Mondiale et de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (2014), près de 60 % de la population haïtienne est pauvre, et une personne sur quatre est dans un état de pauvreté extrême. Avec un PIB par tête (en dollars américains courants) de $ 868 US en 2018 contre $ 732 US en 2020, Haïti fait partie des 25 pays qui produisent le moins de richesse dans le monde. La dette brute pour sa part a atteint 36.5 % du PIB en 2020. Le taux de chômage est de 13.5 % et il est plus élevé du côté des femmes (Zanuso et *al.* 2014 ; ONPES et Banque Mondiale, 2014). Quant au taux de croissance économique et au taux d'inflation, ils étaient évalués respectivement à -4 % et 22.2 % en 2020. Depuis 2010, l'indice de Gini se chiffre à 0.61 (FMI, 2021). Ce niveau d'inégalité monétaire fait d'Haïti un des pays les plus inégalitaires de la région Amérique Latine et Caraïbes et du monde (Graphique 6).

Graphique 6.- Coefficient d'inégalité des revenus de Gini pour l'Amérique Latine et Caraïbes



Source : Banque Mondiale et ONPES, 2014, p. 24

Cette pauvreté multidimensionnelle touche plus particulièrement les jeunes. Le taux d'abandon scolaire au cours des six premières années de l'enseignement fondamental est de 40 % et il est plus élevé chez les filles que chez les garçons (Unicef, 2018). Ceci serait dû en grande partie aux

inégalités de genre, au faible revenu des ménages. De plus, parmi les individus âgés de 20 à 24 ans, moins de 3 % ont le niveau universitaire et plus de 3 chômeurs sur 5 sont âgés de 15 à 24 ans (Zanuso et *al.* 2014). Si elle est considérée comme la force motrice du changement dans la société et appelée à poursuivre le travail entamé par leurs aînés en vue de créer un environnement plus sain pour les générations futures, cette jeunesse sans emplois et peu instruite serait une réelle *menace*[2] pour le développement du pays en l'absence de politiques et d'investissements appropriés (Jorès Mérat, 2019 ; Armagnague-Roucher, 2018 ; Cénat et Dérivois, 2012 ; Unicef, 2011). D'ailleurs, d'après l'enquête Millennials réalisée en 2018 par l'AFD, il ressort que les jeunes sont peu impliqués dans les processus de développement. Par conséquent, ils sont exposés quotidiennement à tous types d'obstacles compromettant leurs actions qui viseraient à aider la société à aller vers l'avant. Une enquête menée par la Commission Nationale de Lutte contre la Drogue (CONALD) en 2014 auprès de 3448 adolescents a révélé que 25 % des garçons déclarent avoir déjà consommé de la drogue illicite contre 22 % chez les filles. De plus, il a été rapporté que l'âge moyen de l'expérimentation de la marijuana et de la cocaïne est de 14 ans (CONALD, 2014).

Les jeunes à Haïti s'exposent aussi très tôt à des risques relatifs à la santé sexuelle et reproductive. Selon l'UNFPA (2018), près de 30 % des adolescent-e-s ont déjà vécu en union et cette proportion est de 59 % chez les 20-24 ans. Il importe de mentionner que parmi les adolescentes en union, 55.5 % ont des besoins non satisfaits en planification familiale[3] (UNFPA, 2018). La sexualité est précoce à Haïti. D'après Cayemittes et *al.* (2018), 40.4 % des femmes âgées de 15 à 19 ans ont déjà eu leur premier rapport sexuel contre 57.6 % chez les hommes du même groupe d'âge. Ce qui interpelle est que seulement moins de 40 % d'entre eux ont une connaissance complète sur le VIH. D'autant plus que, parmi les jeunes (15-24 ans) sexuellement actifs, près de 70 % n'utilisent pas de méthodes contraceptives modernes durant les rapports sexuels. Donc, les jeunes à Haïti sont clairement exposés aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux grossesses non-désirées, aux avortements non-sécurisés et aux maternités dîtes précoces.

Parmi les problèmes suscités, la maternité adolescente est sans contestation l'un des plus préoccupants à Haïti (Neal et *al.* 2018 ; Reif et *al.* 2016). Conscient de cela, le gouvernement haïtien a signé le programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement - tenue au Caire en 1994 - qui a attiré l'attention sur la question de la fécondité adolescente et de ses conséquences sur la santé et l'avenir des jeunes filles. Vingt-cinq ans après, malgré la mise sur pied de plusieurs programmes de population dont la promotion de la planification familiale par les autorités nationales, force est de constater que le taux fécondité des

[2] Ce terme est utilisé dans le rapport de l'Unicef (2011).
[3] Les femmes sexuellement actives qui ne désirent pas de grossesse mais ne pratiquent aucune méthode contraceptive sont décrites comme ayant des besoins non satisfaits en contraception (Westoff, 1988).

adolescentes demeure relativement élevée. D'après Cayemittes et *al.* (2018), il est au-dessus de 50 ‰. En outre, selon la même source, près de 3 femmes âgées de 20-24 ans sur 10 avaient déjà eu une naissance avant l'âge de 20 ans. Chez les femmes 25-49 ans, cette proportion s'élevait à 31.4 % (Cayemittes et *al.* 2018).

La maternité adolescente constitue un vrai problème pour les jeunes filles car elles sont susceptibles d'être victimes de discriminations et de marginalisation (Goulois, 2014 ; UNFPA, 2013 ; Le Den, 2012 ; Tantchou Yakam, 2009). Avec la promotion de la parité des sexes dans l'éducation et l'amélioration des opportunités d'emploi, elle est même perçue comme un acte socialement déviant à Haïti (Mathieu, 2014 ; Beaugé, 2016 ; Cormier-Beaugrand, 2017).

La contribution économique des jeunes filles épargnées par la fécondité adolescente serait une contribution structurelle à la croissance économique d'Haïti (Neal et *al.* 2018). Donc, investir dans leur éducation et dans leur santé sexuelle et reproductive est un élément important dans la perspective d'exploiter le dividende démographique. Cet investissement permettra, par ricochet, de faire reculer le taux de maternité adolescente, de diminuer la mortalité néonatale et d'améliorer leur bien-être (ODD 3[4]). Afin de mieux d'orienter cet investissement, le Fonds des Nations Unies pour la Population (2013) dans son rapport intitulé « *La mère-enfant : Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente* » souligne que des travaux de recherche sur le comportement sexuel et reproductif des jeunes en particulier les adolescentes doivent être menés de façon régulière. Or à Haïti, – un pays en butte à une forte crise économique et marqué par le maintien de forts taux de fécondité adolescente –, on ne voit que très peu de travaux de recherche sur ce sujet (Simplus et Houlio, 2012 ; Mathieu, 2014). Cette carence s'explique par :

i. la faiblesse de la communauté scientifique haïtienne et des institutions sanitaires et sociales à mener de telles études (manque de moyens financiers, manque de personnels qualifiés) ;
ii. un manque de données scientifiques dans le domaine de la sexualité (faiblesse du système statistique de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique) ;
iii. l'ensemble des difficultés qui entourent un tel travail car la sexualité est un sujet tabou.

Actuellement, la République d'Haïti compte près de 12 millions d'habitants dont 1.2 million sont des femmes âgées entre 10 et 19 ans (IHSI et CELADE, 2007). Dans un tel contexte et au regard de ce manque de littérature sur la maternité adolescente et des retombées négatives de ce fait social

[4] « Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges » est le 3e ODD. Il vise à assurer la santé et le bien-être de tous, en améliorant la santé procréative, maternelle et infantile, en réduisant les principales maladies transmissibles, non transmissibles, environnementales et mentales. Ces enjeux sanitaires pourront être réalisés à condition de mettre en place des systèmes de prévention visant la réduction des comportements déviants ainsi que tout facteur de risque pour la santé, d'assurer un accès universel à une couverture médicale et aux services de santé, de soutenir la recherche et le développement de médicaments et améliorer la gestion des risques sanitaires dans les pays en développement.

persistant, ce présent travail vise à combler des lacunes. À partir des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et des entretiens semi-directifs, il met en exergue les facteurs associés aux maternités adolescentes à Haïti et les conséquences socioéconomiques qui en découlent.

Pourquoi est-il pertinent de cibler la maternité adolescente ?

Aux États-Unis d'Amérique, dans la seconde moitié du XXe siècle, une attention particulière a été portée sur les adolescentes (Chilman, 1986) qui adoptaient des comportements sexuels et reproductifs très différents des femmes plus âgées, avec une fréquence plus élevée de naissances prénuptiales, d'avortements risqués et de mortalité juvénile (Beninguisse, 2007). Cet intérêt s'est étendu à l'Amérique Latine et Caraïbes, principalement à Haïti, dans les années 80-90, où d'importantes mutations sociales et économiques ont contribué à l'effritement des systèmes de valeurs traditionnelles, au relâchement de l'autorité des aînés et du groupe familial, de la sexualité et de la fécondité des jeunes et des adolescentes (André, 2011 ; Dorvilier, 2010 ; Guillaume et Molmy, 2004). Cet intérêt se trouve également renforcé par la contribution des adolescent-e-s à la dynamique démographique du pays et leur vulnérabilité aux MST/IST et par leur rôle en tant qu'acteurs du changement et du développement (les adolescent-e-s d'aujourd'hui sont les adultes de demain : marginaliser les adolescent-e-s est préjudiciable au développement d'Haïti).

Apports de la thèse

Cette thèse doctorale contribue à approfondir nos connaissances sur les comportements sexuels et reproductifs des femmes à l'adolescence tout en faisant ressortir les différences existantes entre les milieux urbains et ruraux et les départements du pays (un élargissement géographique), contrairement aux auteurs Simplus et Houlio (2012) et Mathieu (2014) qui ont mené des travaux de recherche auprès des adolescentes résidant dans des zones urbaines. De plus, cette thèse ne s'est pas focalisée uniquement sur la population des femmes âgées de 15 à 19 ans mais de préférence sur toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans), ce qui nous a permis d'étudier l'aspect générationnel de ce phénomène à Haïti.

Une analyse des causes, des conséquences et du vécu de la grossesse à l'adolescence serait également très utile aux autorités politiques et aux institutions œuvrant dans le domaine de la population et du développement. Les résultats émanant de ce travail pourraient les amener à prendre du recul par rapport à la perception qu'elles ont d'une grossesse/maternité adolescente. Ainsi, elles focaliseraient davantage leurs interventions sur des aspects importants afin de parvenir à une meilleure prise en charge de ces jeunes filles et pour toutes celles qui connaîtraient à l'avenir cette situation (maternité). Enfin, cette recherche pourrait être très utile aux étudiants qui souhaiteraient

orienter leurs travaux de fin d'études universitaires dans le champ/domaine de la santé sexuelle des femmes adolescentes. Ils pourraient recueillir des éléments de ce travail pour produire les leurs.

Structure de la thèse

Ce travail de recherche s'articule en huit (8) chapitres. Le premier chapitre expose les différentes définitions de l'adolescence et son évolution à travers le temps. Par ailleurs, il se concentre sur les problèmes (enjeux) de la maternité adolescente dans le monde et à Haïti, les questions de recherche et les objectifs qui s'y rapportent. Le second chapitre dresse le panorama dans lequel surviennent les maternités adolescentes à Haïti. Il insiste sur la situation démographique, politique, économique et sociale du pays (contexte général).

Le troisième chapitre, pour sa part, est consacré au cadrage théorique, à l'état de l'art et à la formulation des hypothèses. De manière spécifique, nous avons présenté dans ce chapitre les théories économiques, sociales et culturelles de la fécondité. De plus, nous avons passé en revue les études sur la maternité adolescente en tenant compte des dimensions géographiques et culturelles. Vient ensuite le chapitre méthodologique (chapitre 4) qui décrit et évalue le corpus de données utilisées afin de parvenir aux objectifs fixés dans le cadre de ce travail et tester les hypothèses qui ont été émises dans le chapitre précédent. Le chapitre 5 présente l'environnement socioculturel et le niveau de vie des femmes en âge de procréer à Haïti. Quant au chapitre 6, il s'intéresse à l'étude des comportements sexuels et contraceptifs des femmes haïtiennes. Le septième chapitre présente les facteurs explicatifs de la maternité adolescente à Haïti. Enfin, le dernier chapitre (chapitre 8) est consacré à l'analyse du vécu de la grossesse adolescente à Haïti.

CHAPITRE 1. LA MATERNITÉ ADOLESCENTE : *État de la question dans le monde et à Haïti*

« Le cerveau a la pensée,
le cœur a l'amour,
le ventre a la paternité et la maternité.»

Victor Hugo

Introduction

La maternité à l'adolescence est loin d'être un phénomène récent (UNFPA, 2013 ; Jérôme, 2010 ; Hobcraft, 1987 ; Nichols et *al.* 1986 ; Gyepi-Garbrah, 1985 ; Westoff, 1983). Avant 1960, donner naissance à l'adolescence était normal dans presque tous les pays du monde (Portier-Le Cocq, 2009). Durant cette période, l'espérance de vie à la naissance était très faible et la mise en union était précoce. À partir de 1957, le phénomène des maternités adolescentes est devenu un problème social et un thème de préoccupation majeure dans les pays développés (Barbieri, 2012 ; Ventura et Freedman, 2000). Aux États-Unis, cette préoccupation intervient à un moment où, d'une part, l'âge à la première union croît mais la fréquence de la sexualité et de la fécondité des adolescents ne diminue pas[5] et où, d'autre part, des générations issues de Baby-Boom deviennent des adolescent.e.s (Binet, Gastineau et Rakotoson, 2009 ; Hamilton et Ventura, 2006). Contrairement aux pays développés, la maternité adolescente n'était pas encore qualifiée de problème de santé publique en Afrique Subsaharienne et en Amérique Latine et Caraïbes où les taux de fécondité des femmes de 15 à 19 ans étaient très élevés. Lorsque des travaux de recherche commençaient à affirmer que les maternités adolescentes contribuent grandement à l'augmentation des taux de mortalité maternelle, de mortalité infantile et juvénile plus particulièrement dans les pays pauvres, une attention particulière avait été portée sur ce phénomène (Adetoro et Agah, 1988 ; Cherlin et Riley, 1986 ; Westoff, 1983). En 1994, lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), il avait été reconnu que les adolescentes représentent un groupe fortement exposé aux risques liés à l'activité sexuelle en raison de leur précarité socio-économique, de leur vulnérabilité physiologique et de leur faible accès aux planning familial (Binet, Gastineau et Rakotoson, 2009). Les 179 pays qui ont participé à cette réunion s'étaient engagés à mettre en œuvre des programmes visant à limiter la fécondité des adolescentes et à répondre à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive. Aujourd'hui, s'il est vrai que dans certains pays

[5] En 1960, près de la moitié (48%) des femmes âgées de moins de 20 ans avaient déjà mis un enfant au monde en 1960 et cette proportion était de 16% en France (Barbieri, 2012).

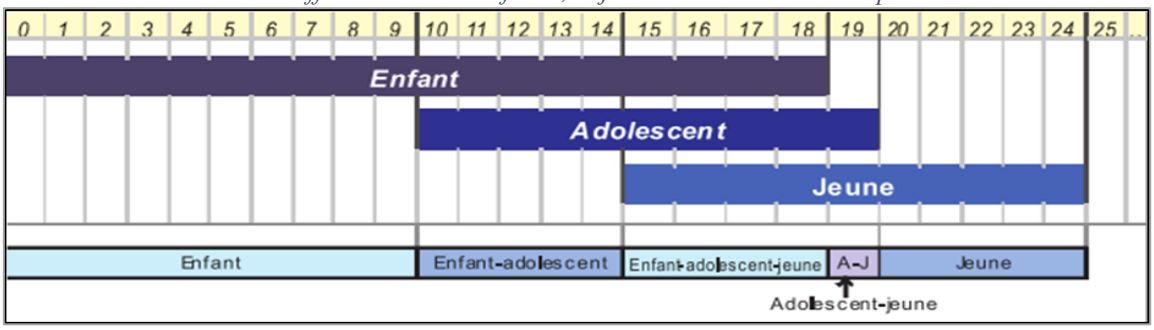
signataires du programme d'action de la CIPD (Royaume Uni, Autriche…), le taux de natalité chez les adolescentes a beaucoup baissé (World Population Prospects, 2020), dans d'autres pays comme Haïti, les progrès sont très lents. Au regard de ces résultats peu suffisants, – malgré les campagnes de promotion des comportements sexuels à moindre risque depuis 1994 –, il a été recommandé au gouvernement haïtien de renforcer ses stratégies et programmes de la santé de la reproduction (MSPP, 2020). Toutefois, pour bien renforcer ces derniers, il est important de bien comprendre au préalable les logiques qui sont à la base de l'activité sexuelle des adolescentes car toutes les catégories de la population ne vivent pas leur sexualité de la même façon.

Dans ce chapitre, nous nous sommes assignés de dresser un état des lieux de la problématique de la maternité adolescente dans le monde et à Haïti. Partant de la définition du concept « adolescence », nous abordons aussi dans ce chapitre la maternité adolescente avec son corollaire de conséquences, et enfin nous présentons les principaux objectifs de ce travail de recherche.

1.1.- L'« adolescence » : un concept évolutif et difficilement cernable

Nous ne pouvons étudier la maternité adolescente sans définir la notion « adolescence ». Pour de nombreux psychologues, l'adolescence est une phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte (Discour, 2011 ; Courtois, 2011 ; Goldbeter-Merinfeld, 2008 ; Potel, 2006 ; Taborda-Simões, 2005 ; Bledsoe et Cohen, 1993). Elle débute à peu près à la puberté et se termine lorsque l'individu a acquis son indépendance d'action, c'est-à-dire lorsqu'il est socialement et émotionnellement mûr et qu'il possède l'expérience et la motivation nécessaire à la réalisation du rôle d'adulte (Stone et Church, 1973). Avec les études portant sur l'éducation et la fécondité dans la seconde moitié du 20e siècle, les notions d'enfance, d'adolescence et de jeunesse deviendront des termes plus globaux désignant toute une classe d'âge et utilisées aussi bien pour les garçons que pour les filles. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît l'enfance comme la période allant de 0 à 18 ans, l'adolescence 10-19 ans et la jeunesse de 15 à 24 ans (UNFPA, 2016). Au regard des définitions de l'OMS, l'enfance, l'adolescence et la jeunesse sont parfois confondues (Tableau 1).

Tableau 1.- Différence entre l'enfance, la jeunesse et l'adolescence par l'OMS



Source : UNFPA, la jeunesse en chiffres, 2016, p. 2

Cette façon d'approcher l'adolescence par l'OMS semble être très loin de faire l'unanimité dans le monde. Aux USA, en France et au Canada, l'apparition des menstruations signe le début de l'adolescence pour une jeune fille et elles sont nombreuses à faire cette expérience avant 10 ans (Sirven, 2009 ; Dadoorian, 2007 ; Huerre, 2001). Un autre facteur compliquant la définition de l'OMS réside dans la grande diversité des lois nationales fixant les seuils d'âge minimum auxquels les pays confèrent aux personnes le statut d'adulte (Unicef, 2011). En Autriche, le droit de vote, activité reconnue comme activité d'adulte et de citoyen, est fixé à 16 ans. Au Yémen et en Iran, le jeune acquiert sa majorité à 15 ans (donc n'est plus enfant ou adolescent) (UNFPA, 2013). Dans des pays de l'Afrique Subsaharienne et du Moyen Orient, des individus sont instrumentalisés à leur plus jeune âge, privés d'enfance et d'adolescence et prennent part à des exercices réservés aux hommes[6] (UNFPA, 2013). En République Démocratique du Congo et sur les territoires palestiniens, des jeunes garçons et des jeunes filles sont recrutés (de force ou volontaires) pour être enrôlés dans l'armée (Jézéquel, 2006). Sur les 250 000 cas avérés en 2012, près de 6 jeunes sur 10 (55 %) avaient entre 15 et 16 ans et près de 4 sur 10 étaient des filles (Unicef, 2016).

En termes de classe d'âge, les chercheurs ne sont pas unanimes quant à la définition de l'OMS. Calvès (1998), dans son travail sur l'activité sexuelle préconjugale des adolescents au Cameroun, avait considéré l'adolescence comme une période allant de 15 à 26 ans alors que pour étudier la grossesse des adolescentes afro-américaines McCree et *al.* (2003) avaient retenu le groupe d'âge 14-18 ans. Avec la puberté qui devient plus précoce[7], le rallongement des études chez les jeunes et l'entrée dans la vie d'adulte qui se fait de plus en plus tard, Sawyer et *al.* (2018) ont même estimé que l'on peut biologiquement et socialement considérer que l'adolescence dure de 10 à 24 ans dans les pays développés. Selon eux, cette définition élargie serait « *essentielle* » pour une élaboration plus appropriée des « *lois, politiques sociales et systèmes de services* ».

L'*adolescence* ne peut se résumer à une classe d'âge. D'après Garcia-Fons et Vallet (2009), La Rochebrochard (1999), Forest et Levasseur (1991) et Claes (1986), la perception, le vécu et les expériences de l'adolescence varient non seulement en fonction des catégories sociales mais aussi en fonction des contextes sociaux et des références culturelles.

a) Les changements physiques : principaux signes d'identification des adolescents

Les transformations physiologiques de la puberté et de l'adolescence s'imposent au jeune à son corps défendant (Le Breton, 2015). Elles sont des étapes charnières, une transition, un passage pour l'adolescent (Potel, 2006). La croissance qu'il subit échappe à son contrôle à travers la

[6] Quand nous parlons d'hommes ici, nous faisons allusion à des personnes mûres psychologiquement, socialement et corporellement.

[7] Cette croissance pubertaire par rapport aux siècles derniers est attribuée à la qualité des aliments et à des facteurs environnementaux.

transformation et la modification de son corps, dans un sentiment de grande passivité, de même le statut qui est désormais le sien au sein du lien social. Le corps des filles s'invagine, s'arrondit, c'est l'apparition des premières règles. Le corps des garçons s'érige, les poils poussent, la voix mue (Potel, 2006). Cette particularité des transformations physiques dont les filles et garçons sont à la fois sujet et objet est utilisée dans de nombreux pays (Nord/Sud) pour distinguer les adolescents des enfants (URD et ATBEF, 2019 ; Billy, 2014 ; Discour, 2011 ; Guillaume, 2004).

Ces changements corporels observés induisent également une série de comportements qualifiée de « réalité des transformations pubertaires » par Potel (2006) qui la définit comme une période de révolution où l'adolescent se doit de renoncer à son corps d'enfant et s'approprier un corps qui change tous les jours avec tous les symptômes comportementaux qui en découlent. C'est une véritable métamorphose physique : l'image de soi et les contours du corps changent. L'intimité devient visible et l'adolescent fait attention à tout ce qui concerne son corps (Discour, 2011). Ces changements corporels provoquent généralement des changements relationnels avec les proches, les amis, entre autres (Ortigues et Ortigues, 2005). Dans certaines familles, une fois l'enfant devient adolescent, il jouit de certains privilèges comme se rendre à l'école tout seul, promener avec ses copains, etc. (Billy, 2014).

b) L'habillement : des éléments importants d'identification des adolescents

Les adolescents se reconnaissent parfois à partir de leurs tenues vestimentaires. Qu'ils soient du Nord ou du Sud, les adolescents cherchent de plus en plus à se rassurer par leurs looks, à montrer leur appartenance à tel ou tel groupe (Badaoui et *al.* 2015 ; Mardon, 2010 ; Kpandja, 2009). La façon dont ils s'habillent dit quelque chose de la construction de leur identité, souvent par rapport aux autres. Leur rapport avec l'habillement est nécessairement impliqué dans la mode qui s'apparente à un effet de rassemblement singulier, de fabrique du groupe et du regroupement (Bidaud et Ouvry, 2007). Plus particulièrement dans les zones urbaines, les adolescents ont plus de liberté de choisir leurs vêtements, leurs façons de s'habiller et d'imposer leurs goûts (Barrau, 2017 ; Julien, 2013 ; Pasquier, 2005). Ces conduites vestimentaires sont devenues un critère de reconnaissance de la sortie de l'enfance et du début de l'adolescence dans les pays occidentaux comme dans les pays du Sud (Cissé et *al.* 2017 ; Badaoui et *al.* 2015). Cette réalité sociale vestimentaire et de l'habillement est un marqueur social de connaissance de soi et de catégorisation de la jeunesse adolescente. Aujourd'hui, nous observons que les filles adolescentes sont nombreuses à porter des vêtements moulants ou proches de leurs corps, des jupes réduites à l'état de bandeaux, les collants lacérés faisant ressortir ainsi leur féminité (sexualisation du corps) tandis que les garçons s'identifient au style Hip Hop ou à la mode musicale (jeans déchirés ou troués…) (Barrau, 2017 ; Kanati et *al.* 2009). Dépendamment du milieu social, les adolescent.e.s qui

n'adhèrent pas à ces normes peuvent faire l'objet d'un rejet violent. Toutefois, soulignons que ce ne sont pas tous les adolescents qui ressentent cette pression. Comme le précise Mardon (2010), ces pratiques vestimentaires sont liées à des facteurs socio-économiques et environnementaux.

Au vu de ce qui est susmentionné, il importe de voir comment les médias et l'entourage des adolescents peuvent influencer leur image corporelle. Pour ressembler à leurs idoles et pour se conformer à l'idéal de beauté véhiculé par les médias et leur entourage, certains adolescents adoptent de nouvelles coiffures, font des piercings/tatouages, se teignent leur cheveux, développent leur masse musculaire, etc... L'adoption de ces nouveaux styles et comportements est aussi une façon pour beaucoup d'adolescents d'affirmer leur identité et de montrer qu'ils sont plus des enfants (Barrau, 2017 ; Julien, 2013 ; Pasquier, 2005).

c) Chez les « Malinké » et les « Akan » en Côte d'Ivoire : l'adolescence peut être perçue en termes d'ancienneté de naissance

En Afrique de l'Ouest, l'adolescence s'est révélée particulièrement soumise à des normes sociales et culturelles (Garcia-Fons et Vallet, 2009 ; Delaunay, 1994 ; Claes, 1986). En Côte d'Ivoire, par exemple, elle peut être perçue en termes d'ancienneté de naissance. Chez les Malinké et les Akan (groupes ethniques), le respect revient de droit aux aînés. Les cadets dépendent largement de ces derniers pour l'accès aux ressources, la pratique religieuse, entre autres. Tant que les aînés ne reconnaissent pas un cadet comme adulte, quel que soit son âge, il est socialement et culturellement un « enfant » ou « adolescent ». Par conséquent, son droit à la parole serait limité (Peatrik, 2020). Mentionnons que pour identifier un cadet (qui n'est pas adulte), les aînés emploient des termes comme « c'est un gamin », « c'est un enfant », « c'est un fiston » (Peatrik, 2020). Cette construction de l'adolescence génère des conflits générationnels au sein de ces groupes ethniques. Arrivés à un certain âge, certains cadets ne se reconnaissent plus comme des enfants ou des adolescents. Afin de démontrer qu'ils sont des adultes, ils mettent en évidence leur capital financier en participant aux dépenses de consommation du ménage ou de la famille (Cissé et *al.* 2017). En fait, avoir accès à des ressources monétaires c'est prouver son autorité morale, c'est faire « grandir son nom », c'est « changer son statut » au sein de la famille, de la communauté et du groupe ethnique (Paulmé, 1960).

d) La fin de l'adolescence est caractérisée par des cérémonies d'initiation dans certaines sociétés traditionnelles

Si l'on considère généralement que le début de l'adolescence est marqué par la puberté, sa fin en revanche n'est pas clairement définie dans les sociétés Ouest-Africaines (Savane, 2015 ; Thorsen, 2014 ; Ndao, 2008 ; Amuyunzu-Nyamongo et *al.* 2005 ; Ajuwon et *al.* 2001). Chez les « Kabyès »,

- un groupe ethnique du Togo -, la fin de l'adolescence est marquée par des rites d'initiation qui marquent l'accès à des responsabilités ou à des rôles sociaux (Amselle et Sibeud, 1998).

Le rite initiatique dénommé « *Les Evala* » est le premier dans l'ordre des manifestations initiatiques du jeune garçon kabyè (Amselle et Sibeud, 1998). *Les Evala* est donc un examen de socialisation de l'adolescent qui est tenu de lutter pendant trois années consécutives (Photo 1).

Photo 1.- Lutte Evala, région Kara, Togo



Source : https://www.togo-tourisme.com/culture/fetes-traditionnelles/evala

Après ces trois années de lutte (ou d'initiation), le jeune garçon (devenu un *Evalou*) acquiert un nouveau statut social avec des prérogatives mais également des obligations : il a le droit d'exploiter la terre à son propre compte, de porter des armes de chasse, de quitter la maison familiale et de faire son entrée dans la vie conjugale. En revanche, les jeunes garçons qui renoncent à l'*Evala* sont stigmatisés par la communauté et ne sont pas autorisés à se mettre en couple (Kola, 2013).

Ayant réussi *Les Evala*, les *Evalou* rentrent dans la classe des *Eskpa* et passeront quelques jours plus tard à la classe des *Eglou* (Kola, 2013). En outre, ils seront initiés pour être des « *Kondo* » (des individus matures). Ce rite initiatique, qui dure 5 ans, permettra aux jeunes de faire leur intégration dans la classe des adultes (*Kondona*), en leur conférant qualité et dignité (Amselle et Sibeud, 1998).

En ce qui a trait aux jeunes filles Kabyès, elles sont initiées en une seule année. Leur initiation (*Akpéma*) commence autour de 18 ans et la tradition veut qu'elles soient vierges. Tout au long de l'initiation, - qui se passe dans une forêt dit sacrée -, les jeunes filles sont accompagnées et prises en charge par des femmes adultes expérimentées (Kola, 2013 ; Amselle et Sibeud, 1998). À l'issue de l'*Akpéma*, elles doivent s'asseoir sur une pierre sacrée pour prouver leur pureté (leur virginité). Si elles réussissent ce test, elles seront félicitées à travers des chants dans lesquels on loue « leurs qualités de filles sans souillure » et auront droit de faire leur entrée dans la vie d'adulte à savoir se marier et fonder une famille (Tata, 2006). Par peur de la perte de cet honneur relatif à la virginité,

certains parents marient précocement leurs filles dès l'apparition de leurs premières règles: un mécanisme traditionnel de lutte contre la débauche (Tata, 2006).

Dans la société ivoirienne, les rites initiatiques influencent aussi fortement la construction de l'adolescence : ils symbolisent la grandeur sociale et la maturité faisant de l'individu initié, un dépositaire ou un gardien des secrets de la tradition. Etre initié dans le 'bois sacré[8]' signifie prouver son passage d'une classe socialement qualifiée d'immature à une classe de personnes mûres mentalement (Dugast, 2004). Tous les âges confondus participent aux rites d'initiations sacrées. Les participants vont en immersion dans la forêt étant écartés de leur communauté pendant des mois afin de se soumettre aux épreuves qui leur permettront d'appartenir à une nouvelle classe de privilégiés. À noter que pour les jeunes garçons la circoncision se fait dans la forêt sacrée. Après avoir subi toutes ces épreuves, l'individu ne sera plus perçu socialement comme 'enfant', 'adolescent' ou 'immature', mais plutôt comme un 'courageux' ou encore un 'adulte' (Fournier, 2011).

Il existait des rites de passage de l'enfance à l'adolescence dans les sociétés occidentales

Longtemps dans les sociétés occidentales, un certain nombre d'événements avaient une valeur initiatique et marquaient la fin de l'enfance : la communion solennelle, le certificat d'études primaire, entre autres (Le Breton, 2013). D'ailleurs, le jeune recevait souvent une bicyclette à l'issue de ces événements, ce qui représentait un pas vers l'autonomie. Quelques années plus tard, d'autres situations marquaient le passage de l'adolescence à l'âge adulte : obtention du bac, le premier emploi, les premières relations amoureuses, le service militaire. Des moments plus intimes contribuaient aussi à la ritualisation du passage : l'obtention du permis de conduire, le mariage, les enfants (Masclet, 2002). Vu qu'aujourd'hui les sociétés occidentales sont devenues très individualistes, aucun rituel unanime n'existe (Le Breton, 2013).

e) L'adolescence : une période d'entrée en union chez certaines ethnies de l'Afrique de l'Ouest

Chez les *Tems* ou *Kotokolis* et les *Djimini* en Afrique de l'Ouest, pour ne citer que ceux-là, une grande importance est accordée à l'apparition des premières règles chez les jeunes filles et la virginité prémaritale est valorisée (Nassam, 2006). De ce fait, le début de la période de l'adolescence chez les filles coïncide avec leur entrée en union. Cette entrée en union des adolescentes juste après l'apparition des premières règles répond au souci de préservation de la dignité familiale, et permet d'éviter le déshonneur lié aux grossesses précoces, sans auteur connu

[8] En Côte d'Ivoire, le 'bois sacré' ou 'forêt sacrée' est un bosquet de forêts d'une grande importance religieuse, liée à une culture ou une tradition particulière, qui a pour but de montrer son passage d'une classe d'immaturité sociale à une classe de personnes dites socialement adultes, courageuses ou mûres mentalement.

ou hors mariage (Adjamagbo-Johnson, 2017). L'idéologie dominante dans ces régions et suivant laquelle la conscience collective a été forgée met le lien entre l'apparition des règles et son accession au statut de « femme » et donc sur sa capacité procréative (Nassam, 2006).

f) L'adolescence : un concept qui est très peu utilisé dans le quotidien des Haïtiens

À Haïti, le concept adolescent est inusité dans le quotidien de la population (Mignot, 1999). C'est en milieu scolaire ou universitaire qu'on entend plus parler de ce concept. D'ailleurs, très peu de parents haïtiens reconnaissent la période de contestation qu'on appelle « crise d'adolescence » (Agraimbah et *al.* 2011 ; Martínez-Gómez et *al.* 2011 ; Goldbeter-Merinfeld, 2008). Pour eux, c'est l'enfant qui est mal élevé et il doit être puni.

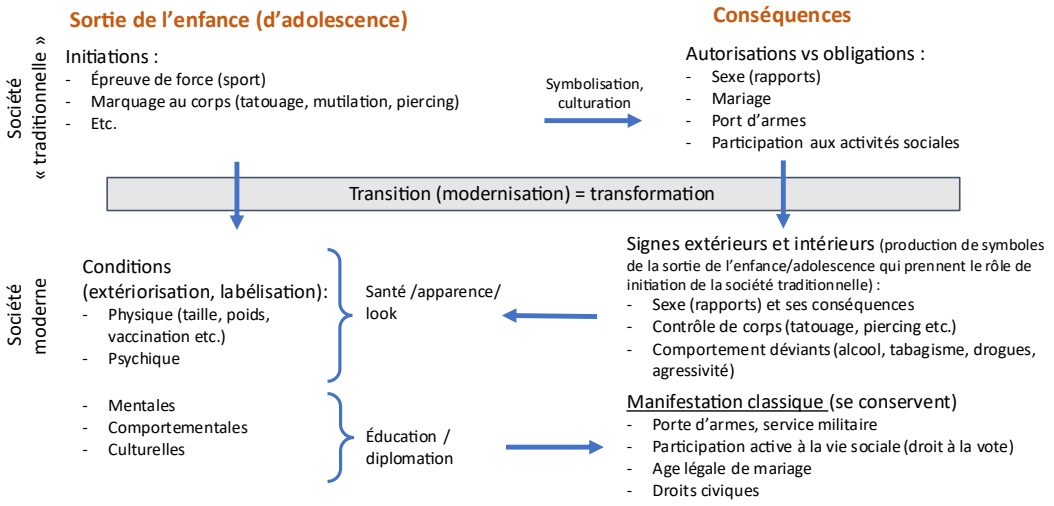
Dans l'espace social haïtien, pour de nombreuses familles, l'adolescence n'existe pas : soit un individu est enfant soit il est adulte. Pour acquérir l'étiquette d'adulte, l'individu doit prouver une certaine autonomie financière (autonomie marquée par l'accès à un emploi rémunéré) et sa capacité à prendre des engagements et des responsabilités (mariage, paternité/maternité) (Beaugé, 2016 ; Mathieu, 2014). Autrefois, les jeunes rentraient beaucoup plus tôt sur le marché du travail, mais depuis la montée du taux de chômage, l'on constate un certain retard (IHSI et CELADE, 2007). Ils passent plus de temps à l'école (allongement des études) (Cayemittes et *al.* 2018). En l'occurrence, ils rentrent beaucoup plus tard dans le monde de la nuptialité et de la maternité (caractéristiques de la 2e révolution démographique), passent plus de temps sous le toit familial. N'arrivant pas à décrocher un emploi pour sortir de ce cocon, le jeune pourrait connaître une enfance prolongée ou interminable[9]. Dans certaines zones à Haïti, on pourrait l'appeler un « *granmoun-timoun* » ce qui veut dire en langue française un *adulte-enfant*. Une façon de lui rappeler qu'il peut être très âgé certes mais qu'il n'est pas mature socio-financièrement (Cormier-Beaugrand, 2017). Autrement dit, un adulte emprisonné socialement dans une position d'enfant.

Tout compte fait, l'adolescence est un statut social non universel et substantiel. Sa construction ne peut être réduite à une classe d'âge par le fait que certains éléments sociologiques qui la constituent ne sont pas mesurables, sont évolutifs (les modalités du devenir adolescent peuvent changer et s'inverser avec le temps dépendamment des sociétés : voir schéma 1) et sont difficilement cernables. Même si notre travail de recherche a pris naissance à partir d'observations des résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), la définition adoptée dans le rapport (adolescent :

[9] En observant les données de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (Projections de population, IHSI et CELADE, 2007 : 21-35), en 1985 sur 656 537 habitants âgés de 15 à 19 ans, 272 914 faisaient partie de la population active soit près 42 %. En 1990, cette proportion a chuté à 33 %. En 2015, elle a atteint 22.2 %. Les jeunes du groupe 20-24 ans rentrent beaucoup plus aujourd'hui. Ce qui n'était pas le cas en 1950. En considérant la population selon le sexe, nous observons la même tendance du côté des femmes et du côté des hommes. Cela pourrait être expliqué par la faiblesse du secteur agricole, l'abandon de quelques métiers. Donc la situation de chacun sera de moins en moins donnée par les acquis de la famille mais par les résultats de l'éducation (logique de la méritocratie et non celle de la filiation).

15-19 ans) n'a pas été maintenue pour étudier la maternité adolescente à Haïti. Pour les besoins de l'analyse et pour des raisons opérationnelles et de comparabilité, « 19 ans » a été retenu comme l'âge de la fin de l'adolescence. De ce fait, tout individu de sexe féminin qui a connu la maternité avant 20 ans est considérée comme « adolescente mère » dans ce présent travail. Cette définition prend en compte le groupe de femmes qui ont donné naissance entre 10 et 14 ans. À Haïti, la proportion de naissances survenues chez les femmes de moins de 15 ans n'est pas négligeable. Entre 1994 et 2017, entre 3.5 % à 6 % des femmes mères déclarent avoir enfanté entre 10 et 14 ans (EDS, 1994-2017).

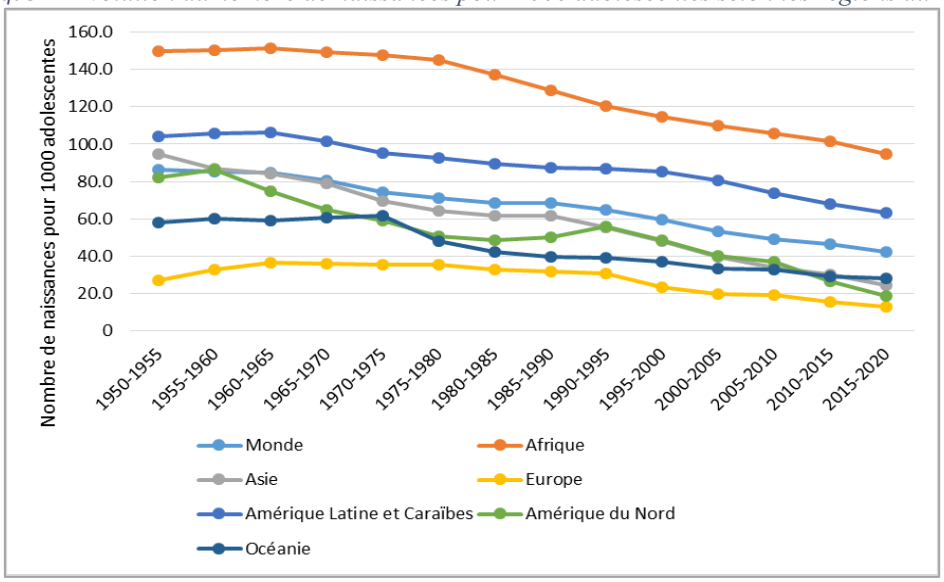
On voit que dans les sociétés considérées comme « traditionnelles » où les normes, les formes et les réglés de comportement, les symbolismes sociaux se transmettent sans critiques au fil des générations, « le passage vers l'âge adulte », ou la sortie de l'enfance et se réalise par le moyen des rituels socialement reconnus. Il ne se voit pas comme processus, mais un acte symbolisant la fin des certaines restrictions des comportements sociaux : les jeunes peuvent accéder aux relations sexuelles, au mariage, au port d'arme, à la prise des décisions collectives etc. Ce passage est accompagné par le changement d'apparence (des vêtements, de la coiffure, de la coupe de cheveux, le tatouage, le piercing, parfois la mutilation corporelle et sexuelle). En résumé : les rites sociaux de sortie de l'enfance sont associés avec les symbolismes visibles, et ouvrent l'accès aux droits et aux obligations de la vie adulte. On voit l'inversions de ce schéma dans les sociétés « modernes » où les valeurs traditionnelles sont mises en causes et les comportements sont considérés le résultat d'un choix individuel et rationnel. Un symbole associé à une conséquence devient une condition de la sortie de l'enfance. Ainsi la sexualité et la maternité précoce sont récompensées par la sortie de l'enfance, ce qui est inverse par rapport aux sociétés traditionnelles. Avant il fallait devenir socialement adulte pour avoir les relations sexuelles, maintenant si on a des relations sexuelles, on devient adulte. Cette inversion est présenté sur le schéma ci-dessous :



1.2.- Problématique de la fécondité à l'adolescence

Sur plus de 130 millions de naissances recensées dans le monde en 2010, environ 15 millions appartiennent à des mères adolescentes (moins de 20 ans), contribuant à 12 % du nombre total des naissances (Pison, 2012 ; Amsellem-Mainguy, 2011 ; Unicef, 2011). Ces jeunes filles résident majoritairement dans les pays en développement[10] (95 % de ces naissances surviennent dans des pays pauvres ou à revenus intermédiaires) et plus de 90 % des enfants sont nés au sein d'un mariage ou d'une union (UNFPA, 2013). Par ailleurs, au niveau de la répartition par grands groupes d'âge, les résultats du rapport « *La mère-enfant face aux défis de la grossesse chez l'adolescence* » du Fonds des Nations Unies pour la Population de 2014 ont révélé que 37 millions de femmes des pays du sud âgées de 20 à 24 ans ont déclaré avoir eu un enfant avant l'âge de 18 ans et près de 5 % avant leur 15e anniversaire (UNFPA, 2014).

Graphique 7.- Évolution du nombre de naissances pour 1000 adolescentes selon les régions du monde

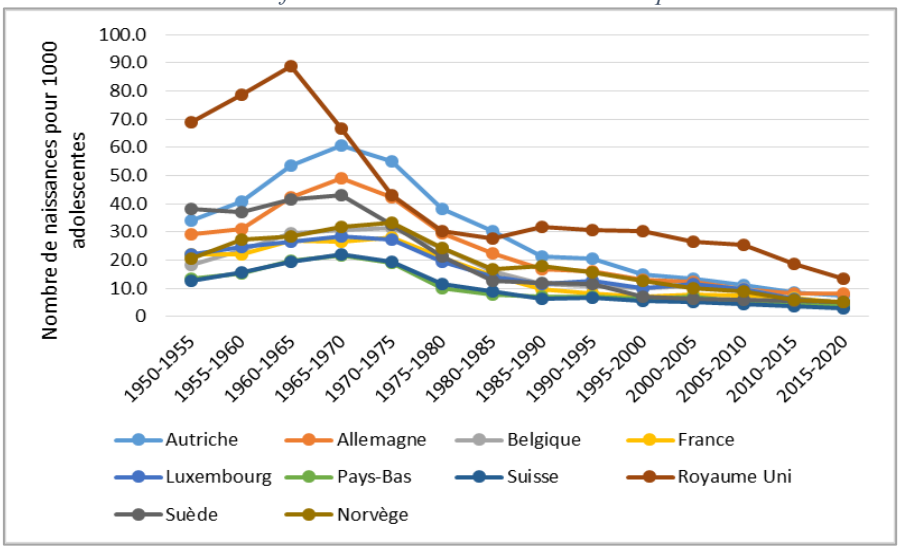


Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects Data, 2020

Une lecture chronologique montre une évolution à la baisse du taux de maternité à l'adolescence dans toutes les régions du monde depuis 1950 (Graphique 7). En Europe, où le phénomène reste relativement faible, le Royaume-Uni affiche le plus fort taux[11] de maternité adolescente (13.4 naissances pour mille adolescentes entre 2015-2020), soit deux fois plus important que celui du Luxembourg (4.7 ‰), presque le quadruple de celui du Pays-Bas (3.8 ‰) et presque 5 fois plus important que celui de la Suisse (2.8 ‰) (Graphique 8).

[10] À l'opposé moins d'une grossesse sur 10 (5 %) provient des pays dits développés. Ce phénomène peut être expliqué par l'évolution de ces sociétés (à savoir elles présentent de meilleurs systèmes en matière d'éducation. Les jeunes femmes ont de meilleurs accès aux méthodes contraceptives et possèdent de meilleurs rôles dans le développement économique de leur pays).
[11] À l'opposé, la Suède est l'un des pays où le taux de fécondité adolescente est très faible en Europe du Nord. La construction des centres de distribution de méthodes contraceptives et l'ajout des programmes d'éducation sexuelle dans le parcours scolaire des enfants suédois traduisent cet état de fait (Barbieri, 2012).

Graphique 8.- Évolution du taux de fécondité des adolescentes en Europe occidentale de 1950 à 2020



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects Data, 2020

Les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) témoignent que la France, elle, enregistre un taux de natalité moyen estimé à 5.6 ‰ pour le groupe d'âge 15-19 ans (Insee, 2020). Mais, si l'on fait une analyse rétrospective, le nombre de naissances associées aux jeunes filles adolescentes a connu une tendance à la hausse avant le début de la seconde guerre mondiale (Pison, 2012). Cependant entre 1962 et 1990, il a fait état d'une diminution brutale[12]. Une tendance qui se confirme jusqu'en 2020 (environ 6 naissances pour mille adolescentes) et qui se traduit par la conséquence des lois sur la « *libéralisation des méthodes contraceptives en 1967 et l'accès aux services d'interruption volontaire de grossesse (IVG)* » en 1975 (Dumont, 2019 ; Breton et *al.* 2019 ; Volant et *al.* 2019 ; Papon et Beaumel, 2019 ; Bajos et Ferrand, 2006 ; Lagrange, 1999 ; Uzan, 1998).

En Amérique du Nord, paradoxalement, c'est aux États-Unis, pays économiquement développé, que la valeur de cet indicateur est la plus forte. Entre 2015-2020, le taux de fécondité des 15-19 ans était de 19.9 ‰ comparé à 8.4 ‰ au Canada (World Population Prospects, 2020). Tous les ans, environ 1 million de femmes âgées de moins de 20 ans aux États-Unis mettent un enfant au monde et 65 à 80 % de ces naissances ne sont pas désirées (Livingston et Thomas, 2019). La question du contraste culturel est au cœur de ce panorama affirment Livingston et Thomas (2019). Le taux de fécondité des adolescentes d'origine Latino Hispanique était de plus de 25 naissances pour 1000 (27 ‰) en 2018 contre 19 ‰ à l'échelle du pays (National Center for Health Statistics, 2020).

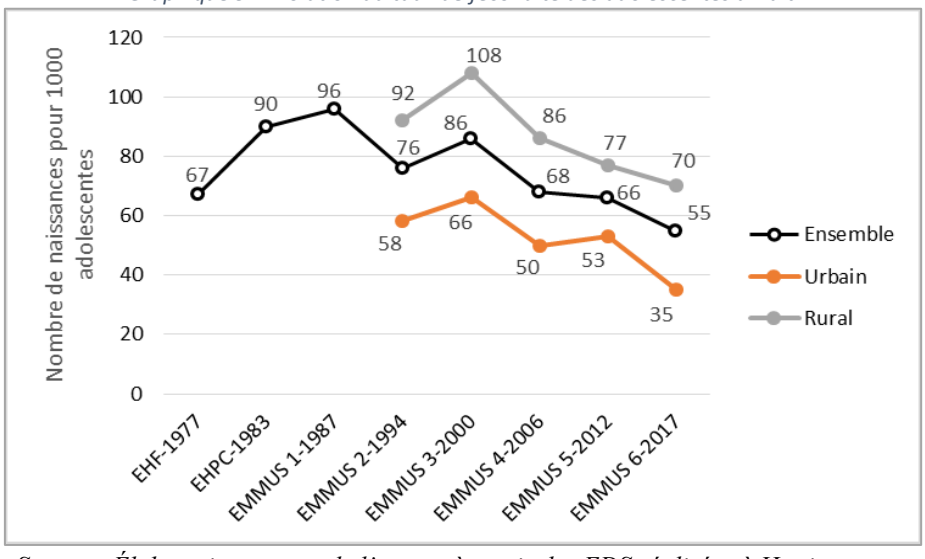
Dans les régions Amérique Latine et Caraïbes (ALC) et Afrique, la maternité à l'adolescence dérange les pouvoirs publics comme le précise Daguerre (2010). Malgré l'implantation de

[12] Il est passé de 89 naissances pour 1000 adolescentes en 1962 à 30.98 pour 1000 en 1990 (Pison, 2012 ; Volant, 2019 ; Jacquemond, 2019).

nombreux programmes de planification familiale par les institutions telles que le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'Organisation Mondiale de la Santé – qui d'ailleurs ont fortement contribué à la baisse de la maternité adolescente observée entre 1950 et 2020 (Graphique 7) -, une proportion importante d'enfants naissent de femmes de moins de 20 ans dans ces régions (UNFPA, 2014). Entre 2015 et 2020, le taux de natalité chez les femmes âgées de 15 à 19 ans était évalué à 95 ‰ en Afrique et à 63 ‰ en Amérique Latine et caraïbes (World Population Prospects, 2019). Selon Brugeilles et Lestage (2018) et Rodríguez Vignoli (2017), cela s'explique en grande partie par la forte prévalence d'unions précoces dans ces régions.

À l'instar de l'ensemble des pays de l'Amérique Latine et Caraïbes, la République d'Haïti est caractérisée par un fort de maternité adolescente. D'après la dernière Enquête Démographique et de Santé (2017), le taux de fécondité des femmes âgées de 15 à 19 ans était estimé à 55 ‰, représentant plus de 10 % de l'ensemble de la fécondité totale (Graphique 9). Beaucoup plus interpellant, 38 % des femmes en union au moment de l'enquête avaient des besoins non satisfaits en planning familial et cette proportion s'élevait à 55.5 % du côté des femmes âgées de 15-19 ans (Institut Haïtien de l'Enfance et ICF 2018).

Graphique 9.- Évolution du taux de fécondité des adolescentes à Haïti



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS réalisées à Haïti

Alors que le taux de fécondité adolescente a fortement diminué ces vingt dernières années à Haïti (Graphique 9), ce phénomène demeure très préoccupant (surtout en zones rurales) et entraîne des conséquences fâcheuses de divers ordres tant sur la jeune fille que sur l'enfant.

- *Sur le plan démographique*

Les naissances de la part des adolescentes constituent un aspect important dans l'accroissement de la population et un facteur déterminant dans la transition de fécondité (OMS, 2012 ; Beltzer et

Bajos, 2008). Pour le démographe Charles (2006), il existe une concomitance (corrélation positive) entre elles (les naissances des mères 15-19 ans) et la recrudescence de l'indice synthétique de fécondité (ISF) à Haïti.

❖ *Sur le plan sanitaire*

Le risque de décès maternel, d'éclampsie durant l'accouchement, de malformations congénitales et de fistules obstétricales[13] chez les adolescentes des pays en voie développement est 4 fois plus élevé que pour une femme de plus de 20 ans (Rosen James, 2009).

La fécondité précoce affecte également la santé des enfants. De nombreuses études soulignent que les bébés nés des mères adolescentes sont plus exposés au risque de faible poids à la naissance, de naissance prématurée et d'affections néonatales graves (Rosen James, 2009 ; Dadoorian, 2007 ; Delaunay, 1994). Par ailleurs, ces enfants auraient un retard du développement cognitif, un moins bon niveau d'études, un risque plus important d'être impliqués dans des activités de délinquance (Bouillaut et *al.* 2019).

❖ *Sur le plan éducatif, économique et psychosocial*

Une maternité à cet âge affecte le droit d'une jeune fille en réduisant ses chances de poursuivre les études scolaires (Bado, 2007 ; Diop, 1995 ; Delaunay, 1994 ; Nathanson et Kim, 1989 ; Hofferth et *al.* 1987 ; Makinson, 1985 ; Trussell et Menken, 1978). Dans la société haïtienne, en particulier dans les zones urbaines, les adolescentes mères quittent l'école. Soit elles ont été renvoyées dès l'apparition de leurs grossesses, soit elles ont laissé de plein gré pour échapper à la honte qui les attend (Simplus et Houlio, 2012 ; Mignot, 1999). Dans la majorité des cas, l'abandon scolaire est définitif pour remplir leurs responsabilités de mères, ce qui impacte leur développement personnel et/ou leur avenir professionnel (UNFPA, 2014).

Les adolescentes haïtiennes (surtout celles qui ne sont pas en union) dont les parents n'approuvent pas leur grossesse peuvent se voir expulsées du domicile familial (Beaugé, 2016)[14]. Une expulsion souvent faite dans une optique d'infliger une sanction à la jeune fille (Mathieu, 2014). Dans certaines familles, celles qui sont aisées, l'adolescente court le risque de laisser le pays pour ne plus y revenir. Jugée impudique et immorale, elle doit rester loin des autres membres et surtout des autres adolescentes de la famille (s'il y en a) pour ne pas les influencer. Disposant de peu

[13] Suivant le rapport « Quand l'accouchement nuit à la santé : la fistule obstétricale, du fonds des nations unies pour la Population (2012 : p 1) », une fistule est « une lésion liée à l'accouchement qu'il est possible de prévenir et, dans la plupart des cas, de guérir. Elle laisse les femmes incontinentes, honteuses d'elles-mêmes et souvent coupées de leur communauté. La fistule survient quand une femme ou une fille souffre d'un arrêt du travail prolongé sans avoir accès en temps utile à une césarienne d'urgence ».

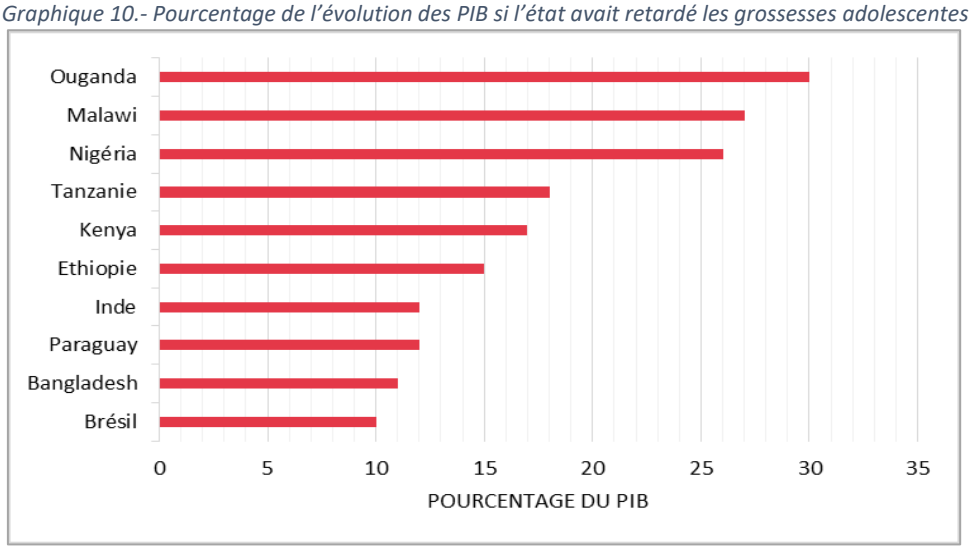
[14] Pour ne pas connaître ces mauvais jours, certaines adolescentes ne déclarent pas leur grossesse à leurs parents. Elles prennent des pilules avec la complicité de leurs partenaires pour avorter (voir chapitre 8).

d'alternatives, certaines n'ont pas d'autres issues que d'aller vivre avec leurs partenaires dans des conditions économiques très difficiles (Mathieu, 2014).

Des jeunes filles sont parfois contraintes à se marier (surtout) dans les pays en voie de developpement (Diop, 1995 ; Gyepi-Garbrah, 1988 ; Chilman, 1986). Une transition aussi rapide[15] entre l'adolescence au statut de jeune femme mariée génère parfois le stress, l'entrée dans une spirale de grossesse et/ou maternité adolescente, de l'angoisse et même le suicide lorsque la grossesse/maternité a eu lieu sans consentement et sans un réel sentiment d'amour entre les 2 personnes (Ménard, 2010).

Une perte en investissement économique pour le pays est aussi élucidée. Au terme d'une étude réalisée pour le compte de la Banque Mondiale en 2012, Chaaban et Cunningham affirment que si l'état Kényan avait investi dans l'éducation secondaire de ses 1.7 millions de jeunes filles et parvenait à retarder les grossesses des jeunes mères en les embauchant dans des secteurs clés de l'économie, il aurait pu voir son PIB augmenter de 17 % en 2012. Des pays comme le Nigéria, le Malawi, l'Ouganda pourraient voir les leurs hausser de plus de 25 % (Graphique 10).

Graphique 10.- Pourcentage de l'évolution des PIB si l'état avait retardé les grossesses adolescentes



Source : UNFPA, état de la population mondiale, 2013

À tout cela, s'ajoute le regard moral de la société. En effet, les parents des adolescentes enceintes font souvent face à la colère et aux critiques humiliantes de leurs pairs (Mignot, 1999)[16]. Offusqués (les parents), l'on peut déjà se faire une idée de ce que peut endurer une adolescente mère pendant sa période de grossesse (et même après) non seulement de la part de la société pour n'avoir pas respectée les règles de conduites établies mais aussi de la part de ses parents pour avoir terni leur

[15] Un chercheur comme Ménard (2010) le qualifie de « précipitée ».
[16] À Haïti, plus précisément dans les zones urbaines du pays, le modèle véhiculé (actuellement) par la société consiste à ce que les jeunes filles (considérées comme enfants) doivent prendre au sérieux leurs études et ne doivent pas avoir des relations amoureuses.

image (Mathieu, 2014). En effet, face à une culture très conservatrice, les adolescentes enceintes (surtout dans le milieu urbain) sont souvent cataloguées et une kyrielle de surnoms leur est assignée. Elles se font appeler parfois « *ansyen* ou *veteran* »: ancien ou vétéran en français, qui désigne une femme qui a trop d'expériences pour son âge ; « *grapyay* » pour désigner un moins que rien et « *dejwe* » pour dire que c'est une déviante (Beaugé, 2016).

La violence est également un moyen employé par des proches pour montrer leur forte désapprobation à la maternité et/ou grossesse adolescente. Suivant l'EDS (2017), 11.8%[17] des adolescentes mères ont été frappées durant leur période de grossesse par leurs parents/partenaires. De plus, les données indiquent que les adolescentes mères vivant dans les zones urbaines, ayant un niveau d'instruction « secondaire et plus » et/ou appartenant au quintile de richesse moyen ont été les plus maltraitées durant leurs grossesses (EDS, 2017). Notons toutefois que dans la base de données de l'EDS de 2017, il n'y a aucune variable décrivant les causes de ces traitements à l'égard de ces jeunes filles. En ce sens, il apparait très difficile de dire qu'ils (mauvais traitements) sont liés à la grossesse. Mais, tenant compte des conditions socio-économiques du pays (Zanuso et *al.* 2014), la situation ne peut échapper aux yeux de la société.

Au regard de tout ce qui précède, la fécondité adolescente représente une problématique sociale de première importance. Face à la persistance de ce phénomène à Haïti et de ses lourdes conséquences économiques et sociales, ce travail de recherche aura à répondre aux questions fondamentales suivantes :

- Quels sont les facteurs qui influencent la fécondité des femmes à l'adolescence à Haïti ?
- Comment les adolescentes haïtiennes enceintes vivent leur période de grossesse vis-à-vis de leurs parents/proches et entourage ?

1.3.- Objectifs de la thèse

Afin de formuler des recommandations sur les actions à mener pour prévenir la fécondité adolescente à Haïti, cette thèse doctorale ambitionne :

1. d'identifier et de hiérarchiser les déterminants de la maternité à l'adolescence à Haïti.
2. d'analyser le vécu de la grossesse adolescente à Haïti.

[17] Les données sur la violence durant la période de grossesse seraient grandement biaisées, car à Haïti, la violence est un sujet tabou.

Conclusion partielle

Dans ce chapitre, nous nous sommes assignés non seulement de définir le concept *adolescence*, mais aussi de présenter un état des lieux de la problématique de la maternité adolescente dans le monde et à Haïti. Il a été constaté que l'adolescence est un concept non universel et difficilement cernable. C'est pour cette raison que sa définition varie d'un travail de recherche à un autre. À Haïti, ce concept est très peu utilisé. Il n'existe même pas pour certaines familles/ménages qui reconnaissent les catégories *enfants* et *adultes*. Pour passer du stade de l'enfance à l'adulte, l'individu doit prouver une certaine autonomie financière sinon il connaîtrait une enfance prolongée ou interminable. Comme il n'existe aucun consensus sur les bornes à appliquer, les femmes qui ont eu un enfant avant 20 ans sont considérées comme des femmes qui ont connu une maternité adolescente dans le cadre de ce travail.

Il en ressort également que le phénomène de la maternité à l'adolescence demeure très préoccupant à Haïti. Hormis qu'elle entraîne des conséquences fâcheuses sur la santé de la jeune fille et sur son enfant, les adolescentes mères s'exposent à des risques de sanctions sociales importantes. Donc, pour lutter contre ce phénomène et accompagner au mieux les mères adolescentes, il importe de s'interroger sur les réels déterminants et sur le vécu de la grossesse par les jeunes femmes haïtiennes.

CHAPITRE 2. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE À HAÏTI : *une pauvreté généralisée*

« Le lecteur vulgaire s'assied face au texte et il ne voit rien que l'apparence des choses. Le critique au contraire se recule et se penche, rien ne lui échappe du contexte »

E. Bertil

Introduction

Afin de mieux appréhender le phénomène de la maternité à l'adolescence à Haïti, il importe de tenir compte de l'organisation socioéconomique, socioculturelle, démographique et politique de cette population. Cette exploration nous permettra, en conjonction avec les informations glanées au chapitre précédent, de construire notre cadre théorique, de formuler nos hypothèses de recherche et de fixer nos stratégies d'analyse des données.

Concrètement, nous tenterons de dépeindre les traits caractéristiques de la société haïtienne, dans une perspective historique. Tout d'abord, nous analyserons l'évolution de la situation démographique de la République d'Haïti en s'appuyant sur les données de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) et sur les résultats des études menées par des institutions telles que la Banque Mondiale, le FNUAP, l'Unicef etc. Par ailleurs, nous ferons le point sur son évolution politique. Et pour finir, nous aborderons les contextes éducatif et économique du pays.

2.1.- Contexte démographique : une population très jeune mais inégalement répartie sur le territoire national

a) Croissance de la population

La République d'Haïti est limitée au Nord par l'océan Atlantique, au Sud par la mer des Caraïbes, à l'Est par la République Dominicaine et à l'Ouest par le détroit de Windward qui la sépare de Cuba (Carte 1, ci-après). Elle s'installe sur 27 750 km^2 et occupe plus d'un tiers de la surface de l'île qu'elle partage avec la République Dominicaine (48 670 km^2). Elle fait partie des grandes Antilles derrière Cuba (110 860 km^2) et devant la Jamaïque (10 991 km^2) et le Porto Rico (13 790 km^2). Elle dispose de 1 771 km de côte et un relief majoritairement montagneux (Alscher, 2010 ; IHSI, 2003 ; Musset et Brustlein-Waniez, 1998 ; Butterlin, 1960).

Un pays divisé par départements, arrondissements, communes et sections communales

Sur le plan administratif, Haïti est divisée en 10 départements, 41 arrondissements, 140 communes et 570 sections communales (IHSI, 2015). Les dix départements sont : l'Artibonite, le Centre, le Nord, le Nord- Est, le Nord-Ouest, les Nippes, l'Ouest, le Sud, le Sud- Est et la Grande-Anse.

Carte 1.- Carte administrative de la République d'Haïti



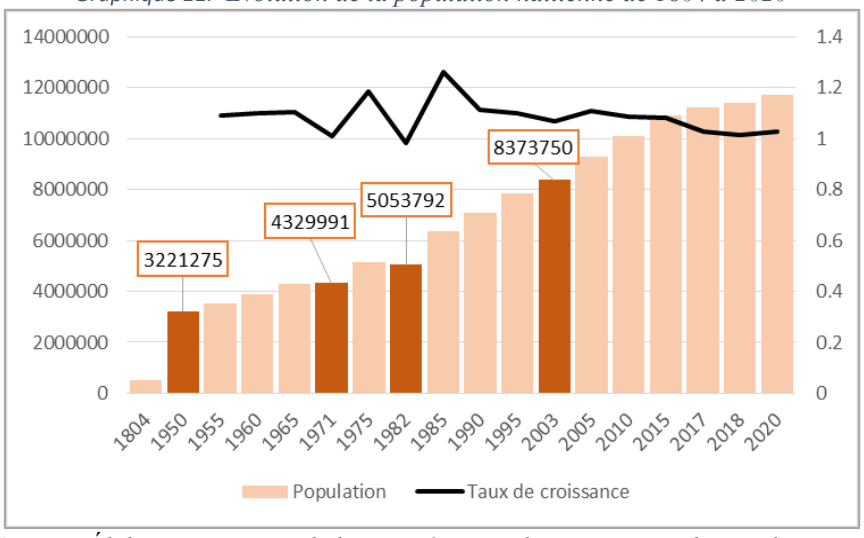
Source : Lombart Marie & Ministère de l'intérieur et des collectivités territoriales, 2015

L'Ouest, l'Artibonite et le Centre sont les plus grands départements en termes de superficie (respectivement 4 983 km^2, 4 887 km^2 et 3 488 km^2). La Grand-Anse, le Nord-Est et les Nippes s'étendent sur les plus petites surfaces (respectivement 1 912 km^2, 1 623 km^2 et 1268 km^2) (IHSI, 2003 ; IHSI, 2015).

Une population déjà proche de 12 millions

Le graphique ci-après montre l'évolution de la population haïtienne. Selon l'IHSI et le Centre Latino-Américain de Démographie (2007), elle était estimée à 500 000 habitants en 1804. En 1950, date du premier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), elle se chiffrait à 3 221 275 habitants pour fluctuer autour de 4 329 991 habitants en 1971 (date du 2e RGPH), 5 053 792 en 1982 (3e RGPH), 8 373 750 en 2003 (4e RGPH), 10 911 819 en 2015 et 11 743 017 en 2020. Sur la base des projections à partir des données du recensement de 2003, la population aurait atteint près de 12 557 415 habitants en 2025. Conjointement, de 1955 à 1990, le taux de croissance a évolué de manière erratique mais depuis 2015, du fait que le solde naturel de ce pays soit positif et qu'il y ait un meilleur contrôle des naissances, il se dégage de très légères flexions et il oscille autour de 1.08 (Graphique 11).

Graphique 11.- Évolution de la population haïtienne de 1804 à 2020



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des projections de population faites par l'IHSI & le CELADE en 2007

À l'échelle départementale, plus de 35 % (37.98 %) des habitants résident dans l'Ouest, 10.06 % dans le Nord et 16 % dans l'Artibonite (Tableau 3). Ces 3 départements accusaient plus de 7.2 millions habitants.

Au niveau des communes, Port-au-Prince, à la fois la capitale d'Haïti et chef-lieu du département de l'Ouest est la plus grande du point de vue démographique (1.05 million habitants en 2020) (IHSI, 2017). Avec les autres zones urbaines des communes Pétion-Ville, Delmas, Carrefour, Tabarre, Cité-Soleil du département de l'Ouest, elle forme ce qu'on appelle l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince (AMPAP) qui couvre près d'un quart (24.68 %)[18] de la population totale du pays (Tableau 3).

[18] La commune de Delmas a 418 982 habitants ; Cité-Soleil, 280 977 ; Tabarre, 138 100 ; Carrefour, 542 026 ; Pétion-Ville, 399 444 (IHSI, 2017).

Une répartition spatiale avec de fortes inégalités

La population est inégalement répartie sur le territoire national (Tableau 2). La densité qui indique *« l'intensité de l'occupation résidentielle dans un espace »*, s'élevait (en moyenne) à 416 habitants au km^2 en 2017 contre 23.64 pour l'Amérique Latine et Caraïbes ; 32.5 pour l'Europe ; 40.61 pour l'Afrique ; 138 pour l'Asie (ONU DAES, 2017). Par sous-régions, le peuplement apparaît aussi hétérogène. Dans les départements du Sud, du Sud-Est, du Nord-Ouest, les densités sont comprises entre 310 et 375 habitants/km^2 (Tableau 2). Dans le Centre, le Nord-Est, la Grand'Anse et les Nippes, elles sont entre 225 et 290 habitants/km^2 et dans l'Ouest et le Nord, elles sont supérieures à 500 (respectivement 536 et 857habitants/km^2).

Tableau 2.- Population haïtienne de 2017 selon le nombre d'habitants, le nombre de ménages, la superficie et la densité

No	Département/Aire	Population	Nombre de ménage	Superficie (en Km2)	Densité
1	Ouest	4271487	884720	4982.56	857
2	Sud-Est	670557	141131	2034.1	330
3	Nord	1131208	212907	2114.91	535
4	Nord-Est	417605	82117	1622.93	257
5	Artibonite	1831175	395401	4886.94	375
6	Centre	791010	162259	3487.41	227
7	Sud	821475	161254	2652.6	310
8	Grand'Anse	496399	98283	1911.97	245
9	Nord-Ouest	772535	145443	2102.88	367
10	Nippes	363077	80764	1267.77	286
11	Aire Métropolitaine de Port-au-Prince	2776028	556515	158.5	17514
12	Commune de Port-au-Prince	1046549	212830	36.04	29039
13	**Total pays**	**11244774**	**2301308**	**27065.07**	**416**

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des projections de population faites par l'IHSI & le CELADE en 2007

Au-delà de leurs grandes diversités, le nombre d'habitants au km^2 par département cache d'énormes disparités internes[19]. Dans l'Ouest par exemple, la densité de la commune de Ganthier est inférieure à 150h/km^2 (126 h/km^2). Celle de Kenscoff est évaluée à 283 h/km^2 et celle de Port-au-Prince 29 039 h/km^2 (IHSI, 2017). La sclérose des villages ou l'exode rural justifie ce déséquilibre densitaire[20] (Paul, 2008). Entre 1970 et 2015, le poids de la population urbaine a été multiplié par 2.7 (19 % à 51.9 %). Des données qui révèlent l'extraordinaire expansion démographique des villes haïtiennes pour cette période. Il convient de signaler que selon les prévisions des Nations Unies, plus de 60 % de la population urbaine totale se trouverait dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince (AMPAP). L'augmentation rapide de la population de l'AMPAP résulterait de l'effet combiné de la concentration des infrastructures scolaires et sanitaires dans cet espace et des maigres rendements des terres agricoles (Zanuso et *al.* 2014).

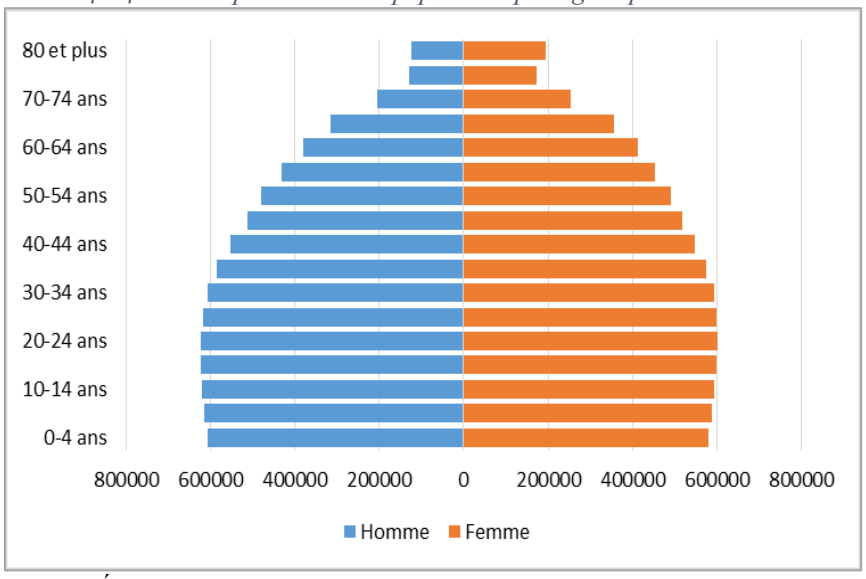
[19] Nous voulions calculer la densité en utilisant la superficie habitable mais malheureusement ces informations ne sont pas disponibles.

[20] Selon les données des 4 recensements déjà réalisés en Haïti, de 1971 à 2013 le nombre de villes est passé de 114 à 140 (Joseph Duval, 2013).

Une population avec une structure jeune et une pyramide en mutation

Au fur et à mesure que les années s'écoulent, Haïti constate une mutation assez remarquable dans sa structure par âge et par sexe. Comme il a été remarqué précédemment, à l'instar de la plupart des pays en développement, la population haïtienne est à forte prédominance jeune. En 2020, 32.5 % des haïtiens étaient âgés de moins de 15 ans, 10% étaient âgés de 15 à 19 ans (population adolescente), et moins de 6 % (5.7 %) avaient 65 ans ou plus (World Population Prospects, 2020). En revanche, à l'horizon de 2050, c'est un remodelage complet de la pyramide des âges qui se dessinerait : elle ne serait plus évasée à la base. Les moins de 15 ans représenteraient 22.3%, la population adolescente serait évaluée à 7.5% (une baisse dans le temps : Graphique 13) et les 65 ans ou plus représenteraient un peu plus de 10 % (10.8 %) de la population totale et les 40-65 ans, 29.6 % (Graphique 12).

Graphique 12.- Répartition de la population par âge et par sexe en 2050



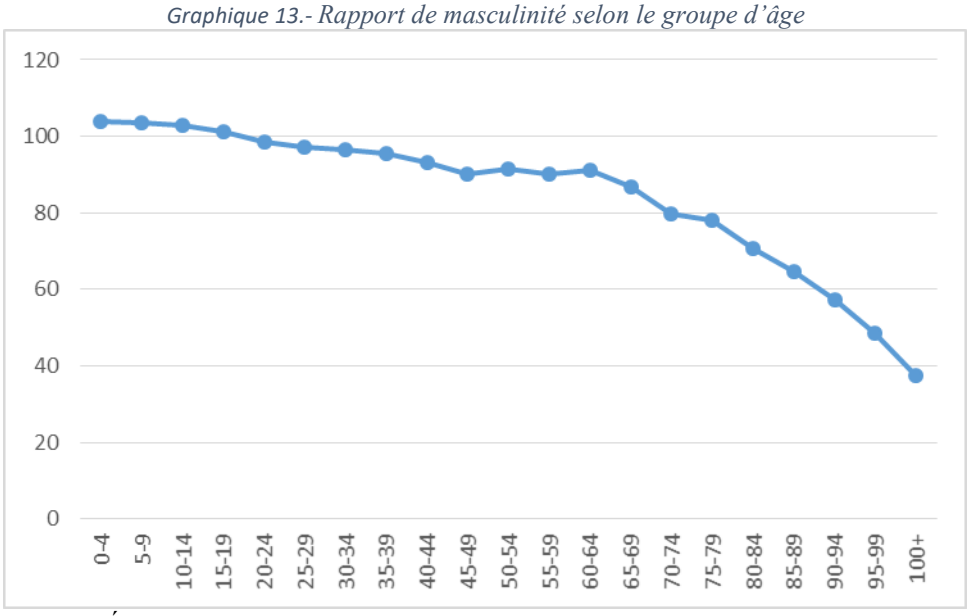
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des projections de population faites par l'IHSI & le CELADE en 2007

b) *Rapport de masculinité : les femmes sont en plus grande proportion que les hommes à partir du groupe d'âge 20-24 ans*

Les femmes sont légèrement en plus grande proportion à Haïti. Entre 1960 à 2020, 50.7 % à 50.9 % de la population était constituée de femmes (World Population Prospects, 2020). Dépendamment des zones géographiques, la réalité est différente. En 2020, en zones rurales, le rapport de masculinité était de 84 % contre 96 % en zones urbaines. Tout comme en milieu rural, dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince (AMPAP), le rapport de masculinité est de 100 femmes pour 84 hommes (EDS, 2017).

Le rapport de masculinité pour les groupes d'âge 0-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans était évalué à plus de 103 % en 2020. Pour le groupe d'âge 15-19 ans était estimé à 101 % alors que pour les autres groupes d'âge, il était en deçà de 100 (Graphique 13).

Graphique 13.- Rapport de masculinité selon le groupe d'âge



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects Data, 2020

c) La population féminine est plus jeune que la population masculine

Plus âgée que celles des hommes (25.8 ans en moyenne contre 24.5 ans en 2020), la population féminine est très jeune. En 2020, 50.6 % des femmes à Haïti avaient moins de 25 ans dont 9.8 % étaient des adolescentes. Par ailleurs, la population des 65 ans ou plus était estimée à 5.6 % (World Population Prospects, 2020).

2.2.- Contexte politique : une instabilité permanente

a) Mésentente entre les grands généraux après la guerre de l'indépendance

Après l'indépendance d'Haïti en 1804, les richesses du pays (terres, maisons, animaux…) étaient distribuées inégalement faisant des déshérités. Les grands généraux noirs et les mulâtres[21] avaient la mainmise sur tout ce qui était commerce, foncier, politique. Dans l'administration publique, ils avaient les meilleurs postes et sans leurs approbations, la classe paysanne ne pouvait rien bénéficier (Nicholls, 1998).

Jean Jacques Dessalines, l'un des commandants en chef de l'armée indigène, recevait beaucoup de doléances (Thibault, 2003). Pour apaiser les rancœurs, il rappelait aux grands généraux et aux mulâtres que la séparation des terres doit être faite avec équité : « *Nous avons fait la guerre pour les autres. Avant notre soulèvement, les hommes de couleur, fils de blancs, ne recueillaient point l'héritage de leur père. Comment se fait-il qu'après avoir expulsé les colons, leurs fils réclament leurs biens ? Et les pauvres nègres dont les pères sont restés en Afrique, ils n'auront donc rien ?Attention, nègres et mulâtres, nous avons tous combattu contre les blancs ; les biens que nous avons conquis en répandant notre sang appartiennent à tous et je veux qu'ils soient distribués en toute équité […] De même que je fais fusiller ceux qui volent des poules, des denrées et des bestiaux, je ferai mourir ceux qui permettent par complaisance qu'on se mette en possession des biens de l'État. Qu'on ne pense pas que je parle un vain langage, car sur ma foi de Jean-Jacques, c'est ce que je ferai »* (Madiou, 1847, p. 20). Suite à ces paroles, les grands généraux et les mulâtres commencèrent à comploter contre Dessalines (Madiou, 1847). Le 17 Octobre 1806, il fut tué au Pont Lanarge (ou Pont Rouge), à l'entrée de Port-au-Prince (Thibault, 2003 ; Nicholls, 1998).

Après la morte de Dessalines, le pays scissionna : Henry Christophe (un grand général) s'empara du Nord et le transforma en un royaume et Alexandre Pétion (mulâtre) institua un régime républicain dans l'Ouest et le Sud (Renauld, 2005). Deux profilages hétéroclites, les deux hommes se montrèrent dissimilaires par leurs œuvres. Le roi Henry 1er fit travailler ses terres et exporta du coton, du cacao, du blé à la Jamaïque et en Angleterre. Il bâtit des écoles publiques et finança plusieurs écoles privées. Les parents qui ne scolarisaient pas les enfants étaient sanctionnés (Saint-Louis, 2003 ; Madiou, 1847). Dans le Sud, ce fut une « véritable démagogie » articula Pierre-Charles (1967). Pétion abrogea tous les décrets rendus par le gouvernement de Dessalines et redistribua des terres démesurément aux grands généraux et à toutes les couches de la société (Noël Roumain, 2014). À chaque fois que ses premiers conseillers, en l'occurrence Madeleine Joute

[21] Certains maîtres blancs avaient des rapports sexuels avec les négresses (nom utilisé par les historiens) en dehors de leur volonté. Donc, le fruit de ce viol était el mulatro. Ce qui signifie mulâtre en Français. Ils avaient une position supérieure aux noirs, ils naissaient libres et jouissaient de certains droits (Madiou, 1847 ; Hébrard, 2010).

Lachenais, Bonnet et Inginac, essayèrent de réformer l'administration publique, il les empêcha et les exhorta à la prudence afin de préserver son pouvoir (Rayford, 2013).

Christophe ainsi que d'autres généraux qui étaient très proches de Dessalines étaient contre les pratiques de Pétion (Madiou, 1847). Arthus (2016) souligne qu'en 1810, avec la complicité de certains parlementaires et de Christophe, Pétion, surnommé le «*Papa bon kè* : père généreux»[22], a été combattu par le général Rigaud[23]. Il mourut de la fièvre jaune en 1818 à Port-au-Prince.

Protégé des mulâtres, Jean Pierre Boyer succéda à Pétion et unifia à nouveau le pays après la mort de Christophe en 1820 (Gusti-Klara, 2019). Il quitta le pouvoir 25 ans après, sous la colère et les pressions populaires pour avoir utilisé les recettes de l'État et réduit le budget de l'éducation et de la santé pour verser annuellement 150 millions de francs en or à la France en échange de la reconnaissance de l'indépendance d'Haïti[24]. Il partit pour l'exil à la Jamaïque avec toute sa famille en mars 1843 (Coradin, 2000).

b) L'intervention des Américains : 19 ans d'occupation

Entre 1908-1915, huit gouvernements ont été destitués et un président, Vilbrun Guillaume Sam, avait même été lynché par la population haïtienne à cause de ses abus de pouvoir (Millet, 1978). Devant un tel état de fait, les américains débarquent à Haïti le 28 Juillet 1915 et ont fait choix de l'avocat Philippe Sudre Dartiguenave comme président (Saint-Fort, 2015). Des postes d'ambassadeurs ont été assignés à des hauts dignitaires de l'armée haïtienne. Le parlement a été dissout et la constitution du pays a été modifiée (Renda, 2001). Par ailleurs, des paysans ont été expropriés et forcés à travailler dans des plantations de canne, de café, etc. (système de corvée)[25] : une politique décriée par la population et par les médias internationaux (Plummer, 1992). En 1931, le sénat américain avait engagé la commission Forbes pour une évaluation du bilan des soldats américains à Haïti (Dubois, 2012). L'équipe évaluatrice avait recommandé le retrait des soldats américains. Ces derniers ont quitté le pays le 1er août 1934 (Saint-Fort, 2015).

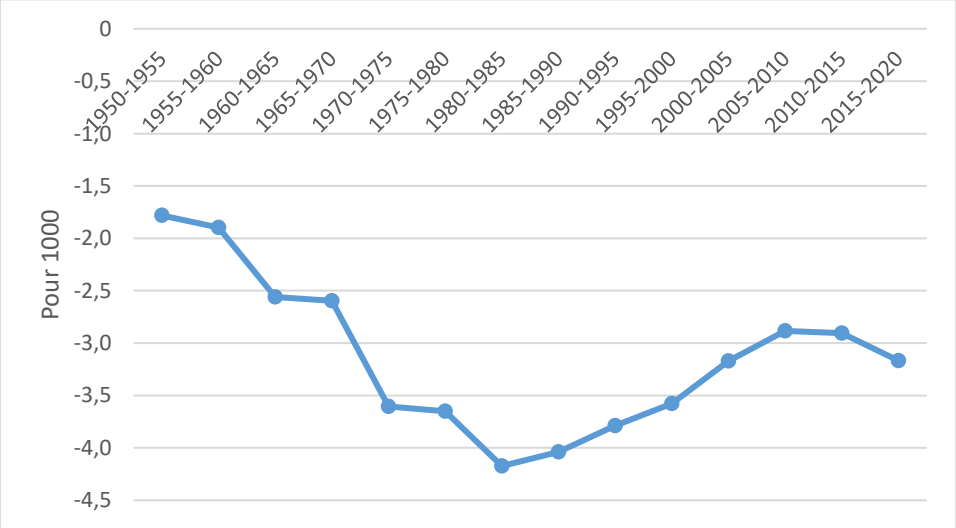
[22] Pétion distribuait tellement de terres que les gens le surnommaient « Papa Bon Kè (père généreux) ». Il utilisait la même technique pour ses ennemis. S'il identifie un, il lui offre des terres en échange de son silence (Arthus, 2016).
[23] Depuis la prise du pouvoir par Pétion, il fait face à des insurrections.
Goman était un ancien chef qui combattit aux côtés de Christophe et de Pétion pendant la guerre de l'indépendance. Résidé en toute autonomie dans la Grand-Anse, il dirigeait un petit groupe de paysans. Christophe qui était contre les pratiques de Pétion dans l'Ouest et le Sud fournissait des armes et des munitions à Goman pour combattre Pétion (Arthus, 2016).
[24] En 1825, la France envoya Dauxion-Lavayse à Haïti pour dire à Boyer qu'elle ne reconnaît pas l'indépendance proclamée par Haïti et qu'elle compte revenir diriger la « colonie rebelle » si on ne dédommage pas les anciens colons. Boyer accepta de payer 150 millions de Francs en or par an.
[25] Selon Schmidt (1971), plus de 5 000 paysans trouvèrent la mort dans les plantations de canne, de café etc. D'autres auteurs comme Saint-Fort (2015), Renda (2001) relatent que le nombre de morts au total pendant l'occupation américaine avait dépassé 11 000.

c) Le régime des Duvalier (1957-1986) : des persécutions politiques et des exils

Les dictateurs François Duvalier alias *Papa Doc* et Jean-Claude Duvalier son fils (*Baby Doc*) étaient à la tête du pouvoir entre 1957 et 1986 (1957-1971 : père ; 1971-1986 : fils) (Hurbon, 1987). Durant cette période, plus de 50 000 individus furent tués par la milice « *tonton makout* [26]» et près de 2 000 sont portés disparus (Pierre-Charles, 1973). Le nombre de prisonniers politiques (majoritairement des étudiants, des membres de syndicats) était de plus de 1 500 (Hurbon, 1987). Les journalistes et artistes qui essayèrent de relayer des informations sous formes caricaturales ou théâtrales ont été torturés. Leurs matériels de travail ont été saisis et/ou détruits (Romulus, 1995).

Ce régime dit totalitaire reconnut l'existence d'un seul parti politique[27] (Audebert, 2012). Les membres de l'élite économique qui s'opposèrent au régime des Duvalier furent chassés de leurs maisons. Durant la période des Duvalier, le taux net de migration[28] a diminué considérablement. Entre 1955-1960, il était estimé à -1.9 ‰ comparé à -4.2 ‰ entre 1980-1985 (Graphique 14).

Graphique 14.- Taux net de migration de 1950 à 2020



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects Data, 2020

Si Duvalier père est décédé au pouvoir le 21 avril 1971, Duvalier fils, quant à lui, a été pressuré par la communauté internationale le 7 février 1986 de s'exiler en France (Hurbon, 1987). Selon le journaliste Rudel (1994), dans la seule journée du 7 février 1986, plus d'une centaine de *tontons makouts* et militaires (proches du pouvoir) ont été tués par la population.

[26] Ils étaient 40 000 environ. Un *tonton makout* est un membre de la milice (Volontaire de la Sécurité Nationale) créée par François Duvalier à la suite d'une tentative d'assassinat sur lui en 1958. Cette milice était munie de bâtons. Jean-Claude Duvalier utilisait aussi cette milice mais après son départ c'était la fin du macoutisme (Etzer Charles : Le pouvoir politique en Haïti de 1957 à nos jours, Karthala, 1994, pp.168-172 puis 175).

[27] Les tontons makouts intimidèrent les opposants à Duvalier (faisant partie d'un autre parti politique) en extorquant leurs bétails et en violant leur femme et leurs enfants (Audebert, 2012)

[28] Le taux net de migration = solde migratoire / population totale x 1000. Selon l'Insee, le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année. Ce concept est indépendant de la nationalité.

d) Les premières élections démocratiques : un désastre ?

Un gouvernement provisoire, piloté par le chef du Conseil National de Gouvernement (CNG), le général Henry Namphy, exerça l'intérim après le départ de Jean Claude Duvalier (Hector, 1991). Le 29 mars 1987, il dota le pays d'une nouvelle constitution et projeta la date des premières élections démocratiques pour le 29 novembre qui ont été annulées par la suite en raison des violences dans les bureaux de vote (Weber, 2014).

Un nouveau scrutin fut organisé le 7 février 1988, le Professeur politologue Leslie F. Manigat sortit vainqueur (Petit-Frère, 2013 ; Desroches, 2014). Accusé d'avoir fraudé, le 20 Juin 1988 (soit 133 jours après sa prestation de serment), il fut renversé par un coup d'État organisé par certains membres des Forces armées d'Haïti (Geffrard et Stavius, 2014).

e) De 1990 à 2020 : plus de 10 présidents au palais national

De 1990 à 2021, plus de 10 présidents ont siégé au palais National. Jean Bertrand Aristide est l'un des rares à avoir été élus 2 fois (1990-1991 ; 2001-2004) par le suffrage universel. Ancien prêtre catholique, il n'arrivait pas à s'entendre avec les membres de l'élite économique du pays. Il les responsabilisa de la pauvreté du pays (Céïbe, 2016). Dans l'un de ses discours, lors de son second mandat, il incita le peuple à tuer les membres de l'élite économique du pays : « *Now, whenever you are hungry, turn your eyes in the direction of those people who aren't hungry. Whenever you are out of work, turn your eyes in the direction of those who can put people to work. Ask them why not? […] whenever the heat of the pavement begins to make you feel awful, whenever you feel revolt inside you, turn your eyes to the direction of those with the means. Ask them why not? Why this long wait? […] your matches in hand, your gasoline in hand, your tire in hand, don't hesitate to give them what they deserve (Foròm Ayiti, 2009: speech of Aristide to Haitian people in 2001)* ». Le gouvernement américain à l'époque trouva le président Aristide «gênant pour la démocratie » rapporte Meyssan (2004). Le 29 février 2004, il fut contraint de démissionner et extradé par les USA en Afrique du Sud (Weber, 2014 ; Wargny, 2008 ; Chossudovsky, 2004 ; Meyssan, 2004). Pour maintenir la paix dans le pays après le départ d'Aristide, l'Organisation des États Américains (OEA) créa la Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti (MINUSTAH). Cette mission a duré 13 ans dans le pays (Corbet, 2020).

f) L'ancien président Jovenel Moïse : mort assassiné

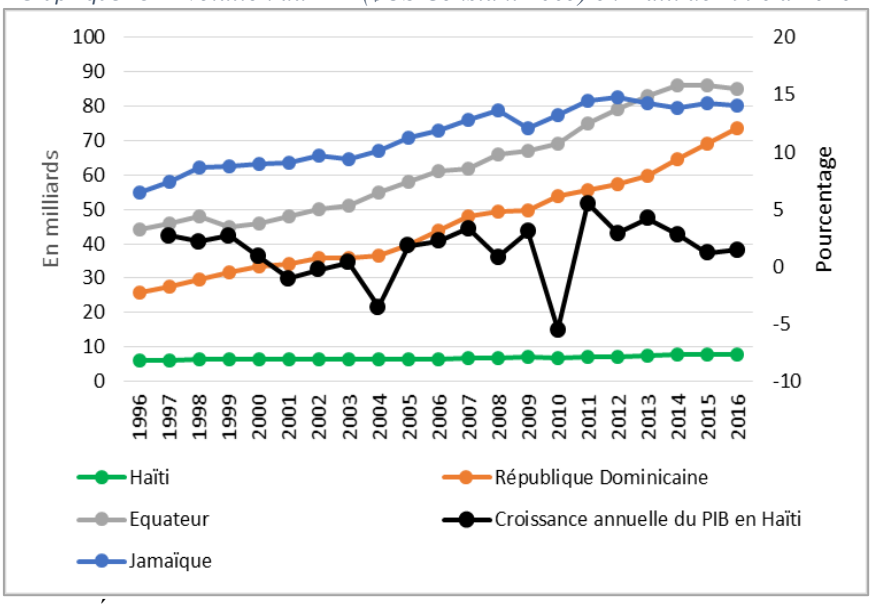
Le dernier président à Haïti était Jovenel Moïse. Élu en février 2017, il devait quitter le pouvoir le 7 février 2022. Malheureusement, il a été assassiné à son domicile le 7 juillet 2021.

2.3.- Contexte économique : pays le plus pauvre de la région Amérique Latine et Caraïbes

Entre 1770 et 1788, Haïti (colonie française) était très prospère (Michon, 2019). Un rapport daté de 2013 de Nadine Baggioni-Lopez affirme qu'à cette époque Haïti disposait de 793 sucreries, 3150 indigoteries, 789 cotonneries et 2117 caféteries. Ce fut le premier pays producteur et exportateur de sucre et de café dans le monde (Madiou, 1847).

La République d'Haïti est aujourd'hui le pays le plus pauvre de la région Amérique Latine et Caraïbes (Graphique 15). Selon les statistiques de la Banque Mondiale, son PIB était évalué à 6.03 milliards de dollars US en 1996 contre 7.01 milliards en 2009.

Graphique 15.- Évolution du PIB ($US Constant 2005) en Haïti de 1996 à 2016



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des estimations faites par la Banque Mondiale, 2018

Cependant, à la suite du séisme du 12 Janvier 2010, le PIB a connu une baisse. Avec une croissance annuelle négative de -5.5 % comparativement à 2009, il était évalué à 6.62 milliards de dollars[29]. Recevant des supports financiers du Fonds Monétaire International (FMI) dans le cadre des programmes visant à relancer son économie, le taux de croissance a rehaussé. En 2011, il était estimé à 5.52 % (Graphique 15).

Si en 2018, le PIB d'Haïti était évalué de 9.7 milliards USD, en 2019, il avait chuté à 8.35 milliards. Ce ralentissement économique observé entre 2018 et 2019 est principalement dû à l'instabilité politique dans le pays, à la corruption, à la mauvaise gouvernance et au manque d'infrastructure de

[29] Pendant cette même époque le PIB d'Haïti est devenu 2 fois moins important que celui de la Jamaïque, près de 9 fois moins que celui des pays voisins, la République Dominicaine et Cuba (Banque Mondiale, 2018).

base. Selon les prévisions du Fonds Monétaire International, le PIB serait évalué à 8.32 milliards en 2022 (Tableau 3).

Tableau 3.- Indicateurs de croissance Haïti, 2018-2022

Indicateurs de croissance	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)
PIB (milliards USD)	9.66	8.71	8.35	8.05	8.32
PIB/Habitant (milliards USD)	868	773	732	697	713
Taux d'inflation (%)	12.9	17.3	22.4	23.8	20.3

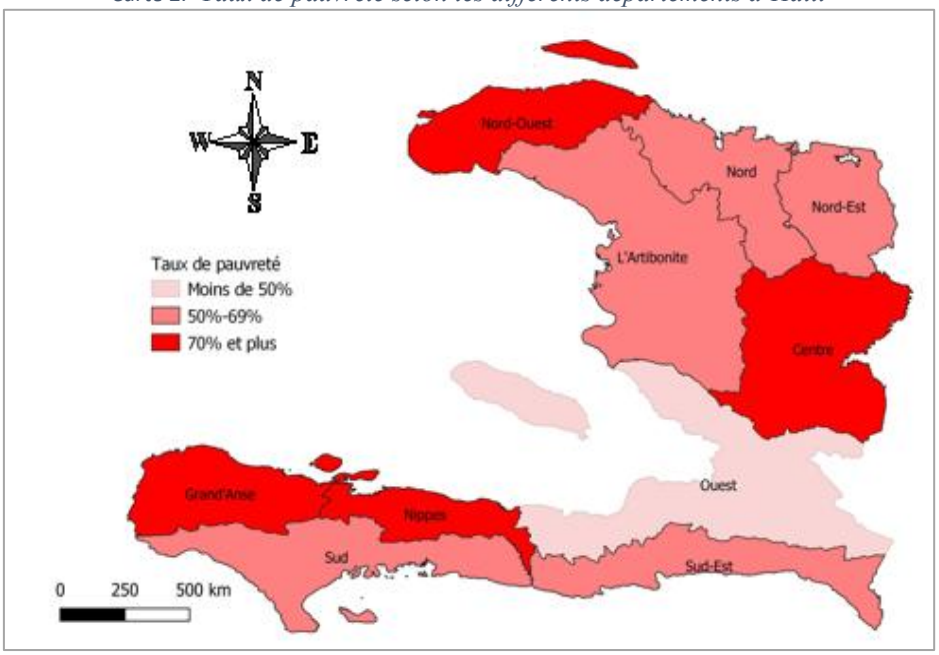
Source: FMI - World Economic Outlook Database, 2020

a) Le Nord-Ouest, le Centre, la Grand-Anse et les Nippes : les départements les plus pauvres à Haïti

Près de 60 % (58.8 %) des ménages haïtiens vivent avec moins de $1 USD PPA/per capita par jour (ONPES et Banque Mondiale, 2014). L'incidence de la pauvreté est plus élevée en milieu rural (74.2 %) qu'en milieu urbain (48 %). Dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince (AMPAP), moins de 40 % des ménages vivent avec moins de $1 USD par jour (ONPES et Banque Mondiale, 2014).

Dans les départements du Nord-Ouest, du Centre, de la Grand-Anse et des Nippes, plus de 70 % des ménages vivent avec moins d'1$ USD par jour (ONPES et Banque Mondiale, 2014). Ce sont les départements les plus pauvres à Haïti. Par ailleurs, l'Ouest est le seul département où l'incidence de pauvreté est inférieure à 50 % (Carte 2).

Carte 2.- Taux de pauvreté selon les différents départements d'Haïti



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données du rapport de l'ECVMAS réalisée à Haïti en 2014

b) Les catastrophes naturelles : un des éléments perturbateurs de la croissance

Très fragile face aux aléas naturels, l'indice de risque de catastrophe est de 11.68 %[30] à Haïti (UNU-EHS, 2016). De 1564 à 2021, le pays a déjà connu plus de 50 cyclones/tempêtes/ouragans et 15 tremblements de terre provoquant des pertes en vies humaines, des inondations, des glissements de terrain et affectant l'agriculture/l'élevage (les principales sources de revenu des personnes vivant dans les zones rurales) et la balance commerciale (Lacassin et *al.* 2013).

Encadré 1.- Pertes occasionnées par les deux dernières catastrophes naturelles à Haïti

La valeur totale des dommages occasionnés par le tremblement de terre du 12 janvier 2010 était estimée à 8 milliards de dollars US, l'équivalent de 115 % de son PIB de 2009 : plus 300 000 personnes sont décédées ; 1.3 millions de sans-abris répartis dans 1555 camps d'hébergements provisoires (Lacassin et al. 2013). Près de 1300 établissements scolaires et 50 centres hospitaliers ont été effondrés (UNICEF, 2012). À Gressier et à Léogâne, plus de la moitié des maisons ont été détruites ou endommagées (Jabouin, 2012). Dans l'aire Métropolitaine de Port-au-Prince, cette proportion était de 52.1 % (ECVMAS, 2012). Six ans après, l'ouragan Matthew, de catégorie A, a de nouveau dévasté Haïti. Le coût des dommages a été évalué à 2.52 milliards (600 millions pour le secteur agricole et 1.92 milliards pour les secteurs non agricoles). Dans le département de la Grande-Anse, plus de 60 % des maisons ont été détruites/endommagées.

Photo 1.- Ville de Jérémie (Dans la Grande Anse) dévastée après le cyclone Matthew



Source : Fonds des Nations Unies pour l'enfance. 2016

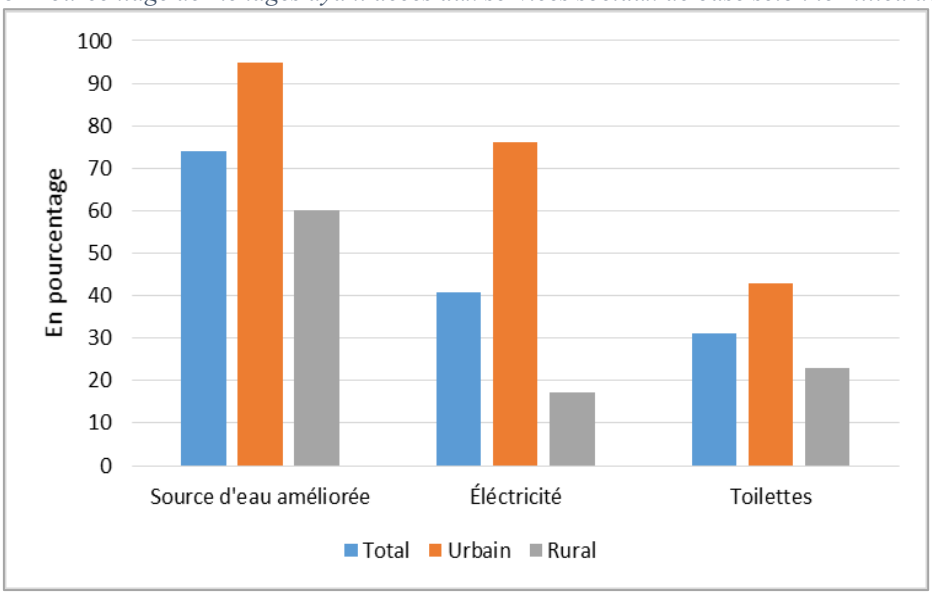
[30] « Le WRI World Risk Index. Cet indice définit le risque comme « l'interaction entre un risque naturel et la vulnérabilité humaine d'une communauté donnée : il s'agit donc d'un indice d'exposition humaine aux risques liés aux catastrophes naturelles » (ONU, 2011). Les 3 pays ayant les plus forts indices sont : Vanuatu (36.28 %), Tonga (29.33 %), Philippines (26.70 %). Le pays le plus sûr au monde est le Qatar (0.08 %).

c) Accès aux services sociaux de base : de grandes disparités entre les milieux de résidence

Au niveau national, 80 % des logements sont dans un état précaire (Herrera et *al.* 2014). Au-delà des précarités dans les logements, ils sont surpeuplés. Selon Cayemittes et *al.* (2018), 41 % des ménages vivent dans une pièce et 40 % disposent de deux pièces alors que la taille moyenne des ménages à Haïti est de 4.3 personnes.

L'accès à l'eau potable est un droit humain. Pourtant 26 % des ménages haïtiens n'ont pas accès à une source d'eau améliorée (Cayemittes et *al.* 2018). Il existe de grandes disparités entre les milieux de résidence. En zones rurales, 40 % des ménages n'ont pas accès à une source d'eau améliorée comparés à 5 % en zones urbaines. De plus, la proportion de ménages ayant accès à l'électricité est de 59.1 % à l'échelle nationale. En milieu urbain, elle est de 23.8 % contre 82.7 % en milieu rurale (Cayemittes et *al.* 2018).

Graphique 16.- Pourcentage de ménages ayant accès aux services sociaux de base selon le milieu de résidence



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de l'EDS réalisée à Haïti en 2017

Moins de 4 ménages sur 10 (31.1 %) disposent de toilettes améliorées non partagées et un peu plus d'un quart (25.3 %) défèque en plein air (Cayemittes et *al.* 2018). La défécation à l'air libre est une pratique assez courante dans certains départements à Haïti. Dans la Grande-Anse et dans les Nippes, près de 45 % (44.5 %) des ménages ne disposent pas de toilettes (Cayemittes et *al.* 2018).

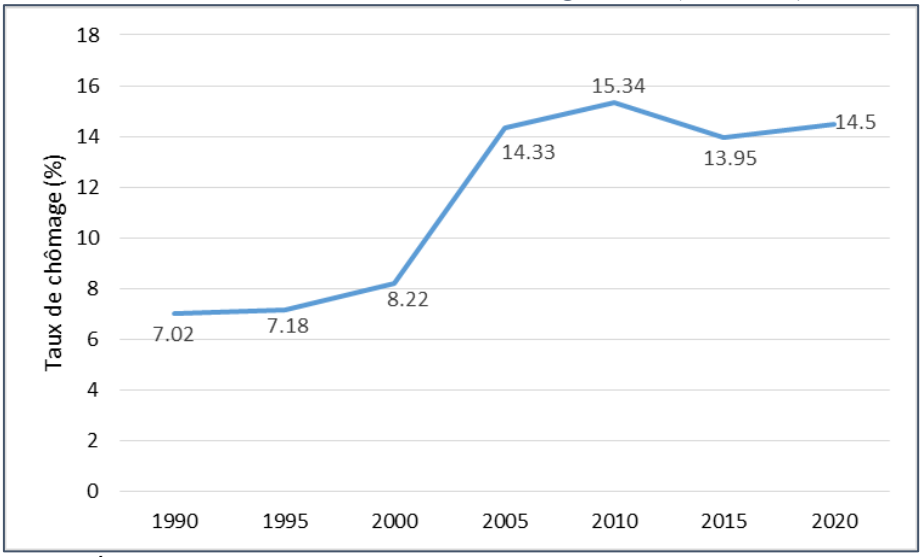
d) Les jeunes : un groupe très vulnérable

De 1990 à 2000, le taux de chômage - au sens du BIT - est passé de 7.0 % à 8.2 % (Graphique 17, ci-après). Avec le ralentissement de l'activité économique induit par les crises politiques sous la présidence d'Aristide (2001-2004), il s'était accentué en 2005 : 14.3 % de la population active haïtienne était touchée par ce phénomène.

Entre 2005 et 2010, le taux chômage a poursuivi sa hausse. Selon le Bureau International du Travail, plus de 15 % (15.3 %) de la population active à Haïti était sans emploi au cours de l'année 2010 (Graphique 17). D'après Zanuso et *al.* (2014), le tremblement de terre du 12 Janvier 2010 explique cette hausse observée entre ces deux dates.

Entre fin 2010 et fin 2015, le taux de chômage a reculé de 1.39 point de pourcentage (Graphique 17). Cependant, entre fin 2015 et fin 2020, il a légèrement rehaussé de 0.55 % (14.5 % en 2020 comparé à 14 % en 2015). Selon l'Unesco (2020), la pandémie du coronavirus est à la base de cette augmentation.

Graphique 17.- Évolution du taux de chômage à Haïti (1990-2020)



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données du Bureau International du Travail (BIT), 2021

Le chômage est 1.5 fois plus important chez les femmes (17.3 %) que chez les hommes (11.5 %) à Haïti (Tableau 4). De plus, il est environ 3 fois plus élevé en milieu urbain (20.1 %) qu'en milieu rural (7.3 %). L'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince (AMPAP) est l'une des régions où le taux de chômage dépasse 25 % (25.6 %).

Tableau 4.- Taux de chômage BIT selon le groupe d'âge

Région	10-24 ans	25-54 ans	55 ans ou plus	Homme	Femme	Total
Aire Métropolitaine	35.3	23.9	20.4	23.9	27.2	25.6
Autre urbain	18.2	22.7	8.5	17.3	23.3	20.1
Rural	7.7	9.0	2.2	5.2	10.2	7.3
Total	**13.9**	**16.4**	**5.8**	**11.5**	**17.3**	**14.1**

Source : Zanuso et al. 2014

Le taux de chômage est de 13.9 % chez les 10-24 ans ; 16.4 % chez les 25-54 ans et 5.8 % chez les 55 ans ou plus. Par ailleurs, les données font apparaître des inégalités entre les milieux de résidence. En effet, 18.2 % des jeunes de 10 à 24 ans résidant dans l'AMPAP sont au chômage contre 7.7 % chez ceux qui résident en milieu rural (Tableau 4).

Les jeunes sont dans des situations précaires à Haïti (Zanuso et *al.* 2014). En plus de rencontrer des difficultés dans l'accès aux services de base, ils subissent l'augmentation du coût de la vie car ils ne bénéficient que très peu d'aides de la part de l'Etat (Armagnague-Roucher, 2018). Ils sont très pessimistes quant à leur avenir et sont très méfiants envers les institutions et les élites politiques et économiques du pays (Zanuso et *al.* 2014).

2.4.- Contexte éducatif : un système dominé par le secteur privé

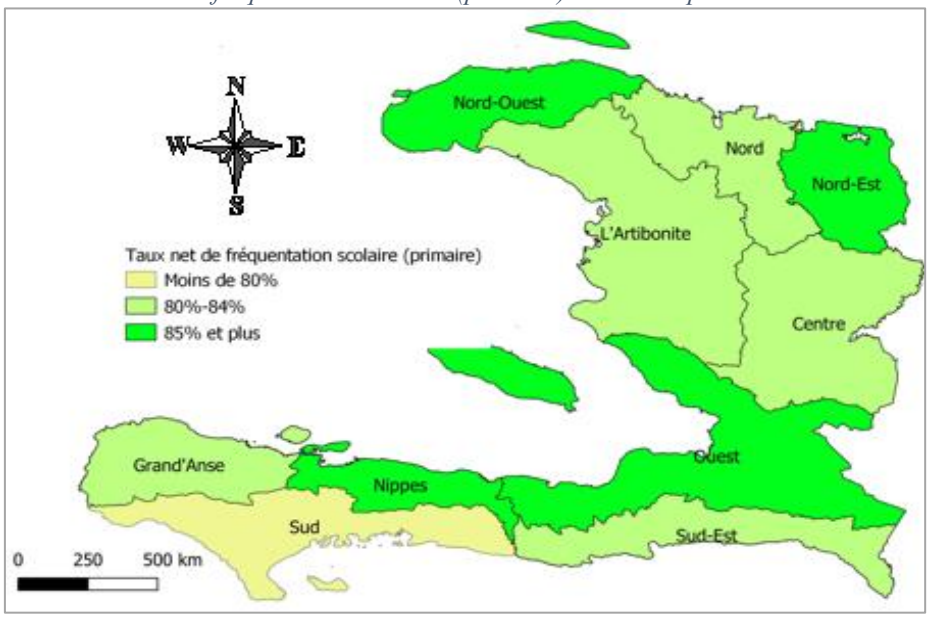
Plus de 80 % (84 %) des établissements scolaires relèvent du secteur privé (MENFP, 2014). Dans certaines zones à Haïti, les écoles publiques sont quasi-absentes. En effet, sur 8311 écoles fondamentales et secondaires recensées en 2014 dans le département de l'Ouest, 4.5 % étaient publiques dont 2.6 % se trouvaient dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince. Dans les communes Cité-Soleil, Delmas, Gressier, le pourcentage d'écoles publiques est inférieur à 2 % (MENFP, 2014).

L'analphabétisme concerne près d'un quart de la population âgée de 10 ans ou plus, mais il est 7 fois moins important chez les 10-14 ans que chez les 55 ans ou plus (Cayemittes et *al.* 2018). Le système éducatif formel est composé de 4 niveaux : préscolaire (3 à 6 ans), primaire (6 à 12 ans), secondaire (12 à 18 ans) et universitaire (MENFP, 2014).Le taux de fréquentation scolaire pour le niveau primaire est estimé à 85.4 % chez les femmes contre 83 % chez les hommes. Pour ce qui est du taux net de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire, il est de 50.8 % du côté des femmes comparé 40.5 % chez les hommes (Cayemittes et *al.* 2018).

Il existe des disparités géographiques en ce qui concerne l'accès à l'enseignement à Haïti. D'après Cayemittes et *al.* (2018), le taux net de fréquentation scolaire au niveau primaire est de 91.4 % en zones urbaines contre 80.2 % en zones rurales. Au niveau secondaire, le taux net de fréquentation scolaire est relativement faible. Il est évalué à 61.7 % en zones urbaines comparé à 35.2 % en zones rurales (Cayemittes et *al.* 2018).

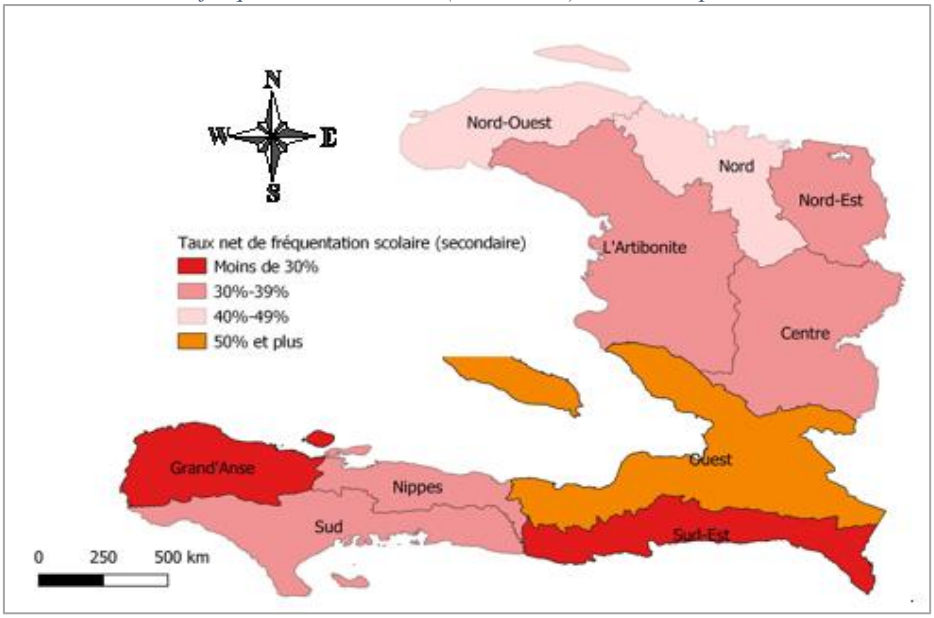
Nous constatons également des disparités selon les départements de résidence**.** Le taux net de fréquentation scolaire au niveau primaire est plus important dans le département de l'Ouest, tandis qu'il est plus faible dans le département du Sud (Carte 3, ci-après). Quant au taux net de fréquentation scolaire au niveau secondaire, il reste plus élevé dans le département de l'Ouest (50.3 %) mais il est plus faible dans les départements de la Grande-Anse (25.4 %) et du Sud-Est (28 %) (Carte 4, ci-après).

Carte 3.- Taux net de fréquentation scolaire (primaire) selon le département de résidence



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de l'EDS réalisée à Haïti en 2017

Carte 4.- Taux net de fréquentation scolaire (secondaire) selon le département de résidence



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de l'EDS réalisée à Haïti en 2017

L'un des défis majeurs pour l'éducation des jeunes à Haïti est le manque de ressources financières qui se traduit par une offre d'établissements publics largement minoritaire (moins de 20 %). Les frais de scolarité sont supportés en premier lieu par les familles/ménages, qui sont parfois aidés par des proches vivant à l'étranger à travers des transferts d'argent (Zanuso et *al.* 2014 ; Paul, 2008). Les dépenses allouées à l'éducation à Haïti sont faibles. En 2018, elles représentaient 2.8 % du PIB (Banque Mondiale, 2020). Dans la région Amérique Latine et Caraïbes, c'est le pays qui consacre la plus faible part de son PIB à l'éducation (Banque Mondiale, 2020).

a) Qualité de l'enseignement à Haïti : une productivité scolaire à géométrie variable

La qualité de l'enseignement n'est pas la même dans toutes les écoles à Haïti. Dans celles dirigées par les religieux (écoles congréganistes) et par certains indépendantistes, où les frais scolaires sont supérieurs aux revenus de la grande majorité des ménages, les conditions d'apprentissage répondent aux normes du Ministère de l'Education Nationale (Joint, 2008). Des suivis réguliers sont portés sur chaque élève. Quand les élèves n'arrivent pas à travailler correctement (manque de concentration, résultats académiques insuffisants), leurs parents seraient convoqués (François, 2010). Dans les écoles non accréditées par l'État (40 %) ou encore les « écoles borlettes[31] », les conditions d'apprentissage sont très difficiles (St-Fort, 2016). Dans quelques-unes en milieu rural, les cours sont dispensés dans des pièces de 9-10 m^2 séparées par des bâches. Les élèves sont parfois obligés de ramener leur chaise au risque de rester debout ou s'asseoir sur des morceaux de pierres tout au long de la journée (Calixte, 2007). Durant les saisons pluvieuses, ils risquent d'être trempés et voir leurs livres abîmés par l'eau de pluie (Photo 2).

Photo 2.- École Communautaire de Cabaret, 11e section de la ville de Léogâne



Source : Rapport de la communauté des haïtiens du Nord de la France, 2014

Près de 60 % des écoles à Haïti ne disposent pas de toilettes hygiéniques ; plus de ¾ ne sont pas raccordés à un réseau d'eau potable et moins de 20 % (15 %) sont équipées d'une bibliothèque (MENFP, 2014). Dans bon nombre d'établissements scolaires, surtout ceux en zones rurales, les classes sont surchargées (MENFP, 2014).

Ces difficultés rencontrées (manque d'infrastructures, frais scolaires, entre autres) dans le système scolaire haïtien ne sont pas sans effets pervers : la proportion des sur-âgés dans les cycles primaire

[31] Les « écoles borlettes » sont des écoles de très mauvaise qualité. Elles peuvent être publiques ou privées. Généralement, ce sont les enfants des ménages les plus pauvres du pays qui fréquentent les écoles dites borlettes (Valbrun, 2016).

et secondaire réunis est de 60.84 % (MENFP, 2014) ; le taux de redoublement est de 14 % au niveau primaire ; le taux d'abandon scolaire est de 12 % en moyenne avec un pic de plus de 25 % en 6e année fondamentale (AF) ; 80 % des élèves qui rentrent en 1ère AF n'arriveront pas en 5e AF (MENFP, 2014) ; le taux d'échec aux épreuves du baccalauréat haïtien est très élevé. En 2020, sur 11 099 participants aux examens du Bac, moins de 30 % (28.9 %) ont été admis (MENFP, 2021).

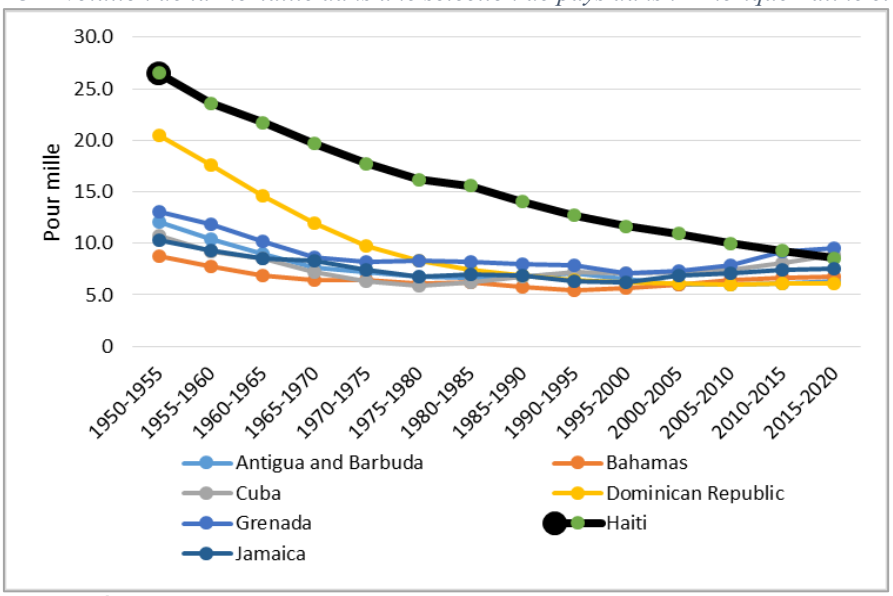
2.5.- Contexte sanitaire : près de 70 % de la population n'a pas accès aux soins de santé

a) La mortalité à Haïti : un long recul mais des chemins à parcourir

Le nombre de décès pour 1000 habitants s'est réduit sans précédent dans toutes les régions du monde. Amorcé après 1960 pour beaucoup de pays du Sud, il est associé à un meilleur équilibre de l'offre des services sanitaires ainsi qu'à des campagnes massives de vaccinations et à la prévention des maladies sexuellement transmissibles (Duthé, 2005).

Entre 2015 et 2020, le taux brut de mortalité à Haïti était de 8.6 ‰ (World Population Prospects, 2020). Conformément aux prévisions de la *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*, le nombre décès pour 1000 habitants serait de 7.4 ‰ en 2050 si la situation économique et sociale du pays s'améliore (CEPAL, 2007). En dépit des progrès accomplis, les écarts subsistants excèdent de plus de 5 ‰ entre certains pays de l'ALC. À Grenade, le taux brut de mortalité était de 9.5 ‰ entre 2015 et 2020 et aux Îles Caïmans, il était en deçà de 3 ‰ (2.6 ‰) (World Population Prospects, 2020). Sur ce même intervalle de temps, à la Barbade et aux Bahamas, le taux brut de mortalité était environ 2 fois moins important que celui à Haïti (Graphique 18).

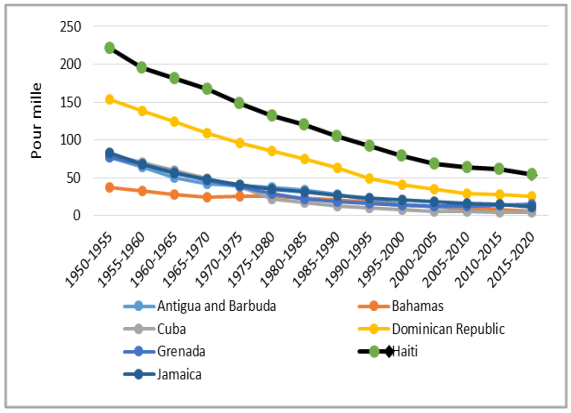
Graphique 18.- Évolution de la mortalité dans une sélection de pays dans l'Amérique Latine et Caraïbes



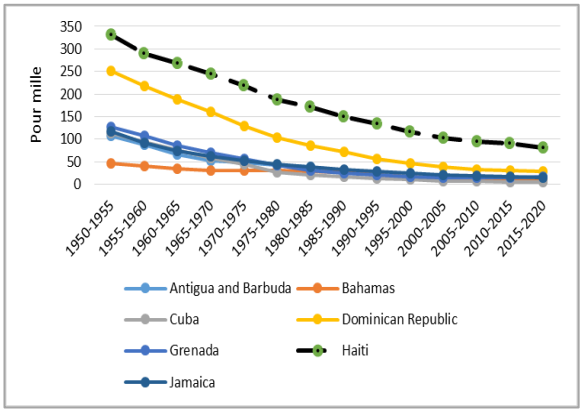
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects, 2020

Le changement est moindre pour les décès des enfants de moins d'un an et de moins de 5 ans. À Haïti, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile étaient respectivement de 55 ‰ et 81 ‰ entre 2015 et 2020 soit 2.5 fois plus importants que ceux de République la Dominicaine (Graphiques 19-20).

Graphique 19.- Taux de mortalité infantile dans une sélection de pays dans l'ALC

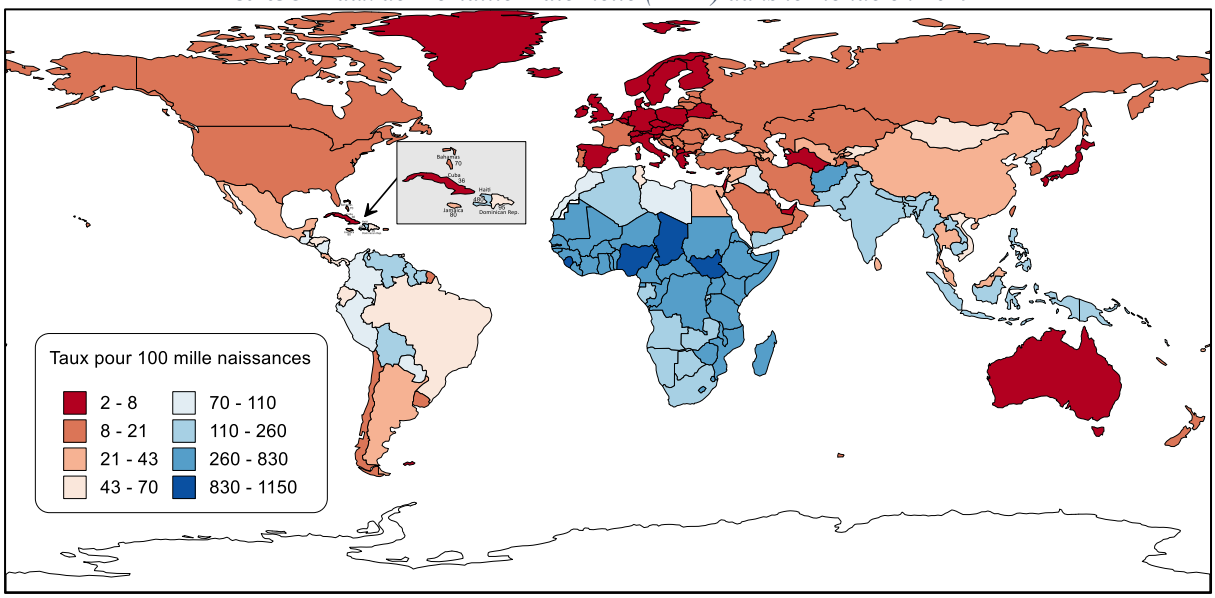


Graphique 20.- Taux de mortalité infanto-juvénile dans une sélection de pays dans l'AL



Pour ce qui est du taux de mortalité maternelle, il y a tout lieu de dire qu'Haïti fait partie des pays ayant les scores les plus élevés dans le monde (Carte 5).

Carte 5.- Taux de Mortalité Maternelle (TMM) dans le monde en 2019



Source de données : UNICEF https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/ consulté le 30/06/22 pour tous les pays à l'exception du Taiwan (Maternal mortality rate in Taiwan 2010-2020, by Wenyi Zhang 27/01/2022 https://www.statista.com/statistics) et du Somaliland (https://www.28toomany.org/country/somaliland/), les données pour Kosovo ne sont pas disponibles.

De 2000 à 2005, le taux de mortalité maternelle (TMM) a connu une hausse passant de 520 décès à plus de 650 (670) pour 100 000 naissances vivantes (World Population Prospects, 2006).

Chossudovsky (2004) confirme que le « coup d'état »[32] contre le président Jean Bertrand Aristide en 2004 - troublant le fonctionnement de plusieurs hôpitaux - sous-tendrait bien ce pic. Ponctué à 359 pour 100 000 en 2015, il a rehaussé deux ans après. Selon Cayemittes et *al.* (2018), le rapport de mortalité maternelle était de 529 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

2.5.1.- Les causes de la mortalité à Haïti

La tuberculose tue encore à Haïti. Son taux de prévalence en 2014 était de 213 pour 100 000 habitants et elle est responsable de 5 % des décès (ONUSIDA, 2018). Chaque année, plus 15 000 nouveaux cas sont dépistés et ce sont les patients de 15 à 34 ans qui sont les plus touchés (MSPP, 2017). Le choléra a pesé aussi très lourd dans la balance de morbidité cette dernière décennie. Entre 2010 et 2020, les centres américains de contrôle et de prévention des maladies ont rapporté que plus de 9 400 haïtiens sont morts à la suite du choléra pour près de 800 000 infectés. Soulignons que l'incidence du choléra a été plus prononcée[33] dans le département de l'Artibonite (Nations Unies, 2017).

a) Le VIH-Sida : principale cause de la mortalité à Haïti

La maladie du VIH-Sida reste la principale cause de la mortalité à Haïti (6 % de la charge de morbidité)[34] : plus de 2 % (2.2 %) de la population ont contracté le VIH-Sida (2.7 % pour les femmes et 1.7 % pour les hommes) et les femmes de 25-29 ans et les hommes 40-44 ans sont les groupes les plus touchés par le VIH (4.2 % et 4.4 %)[35] (Cayemittes et *al.* 2018).

b) Les enfants dormant dans la rue et les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables face au VIH-Sida

Les enfants dormant dans la rue et les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables face au VIH-Sida. Sur plus de 4 000 enfants recensés en 2014, 12.5 % sont séropositifs et moins de 10 % ont accès aux médicaments antirétroviraux (MSPP, 2014). Parallèlement sur près de 236 174 femmes enceintes porteuses du VIH, 13 % n'ont pas été suivies par des médecins (MSPP, 2014). Cette conjoncture expose des nouveau-nés à ce virus et rend confuse la transition épidémiologique de ce pays.

[32] D'autres auteurs comme Meyssan (2004) parlent plutôt d'enlèvement que de coup d'État.
[33] À chaque fois que les saisons pluvieuses et/ou cycloniques s'abattent sur Haïti, le choléra réapparait (Nations Unies, 2020).
[34] Plus de 7000 personnes infectées meurent chaque année soit 19 personnes par jour en moyenne (Haïti Libre, 2016 : Le SIDA tue chaque année 7 200 haïtiens).
[35] À la lecture de ces informations statistiques disponibles, une conclusion s'impose : les jeunes filles rentrent en relations sexuelles avec ces hommes plus âgés qu'elles sans se protéger (Mignot, 2009).

2.5.2.- Une insécurité alimentaire qui n'épargne même pas la moitié de la population

Plus de 80% (81%) de la population haïtienne ne mange pas la ration alimentaire quotidienne minimum définie par l'OMS (Carruth et Freeman, 2021). La prévalence de l'émaciation[36] est de 3.7 % et plus de 20% (21.9%) des nouveau-nés sont de faible poids à la naissance (Cayemittes et *al.* 2018).

2.5.3.- La défaillance des institutions sanitaires à Haïti

Comme dans beaucoup de pays en développement, combien accablent les établissements sanitaires haïtiens : une répartition inadéquate du personnel soignant au détriment des zones rurales ; une détérioration des infrastructures et des équipements ; une carence d'approvisionnement en produits pharmaceutiques, entre autres. Près de 70 % (69 %) de la population n'a pas accès aux soins de santé (MSPP, 2020). Sur 1007 établissements sanitaires, seulement 13 % sont des hôpitaux, soit 130 hôpitaux pour une population d'environ 12 millions d'habitants. Le département de l'Ouest a le plus grands nombre d'établissements sanitaires : 366 dont 50 sont des hôpitaux. Le département des Nippes a le plus faible taux d'infrastructures sanitaires. Pour une population de plus de 363 000 habitants, le département des Nippes compte 34 établissements sanitaires (Institut Haïtien de l'Enfance et ICF International, 2019).

Les établissements sanitaires sont peu équipés à Haïti. Selon l'Institut Haïtien de l'Enfance et ICF International (2019), le pays dispose de 2.3 médecins et 4.5 infirmier-e-s pour 10 000 habitants. De plus, 39 % des institutions sanitaires n'ont pas de toilettes et seulement 28 % ont accès à des véhicules de transport en urgence des malades (IHE et ICF, 2019).

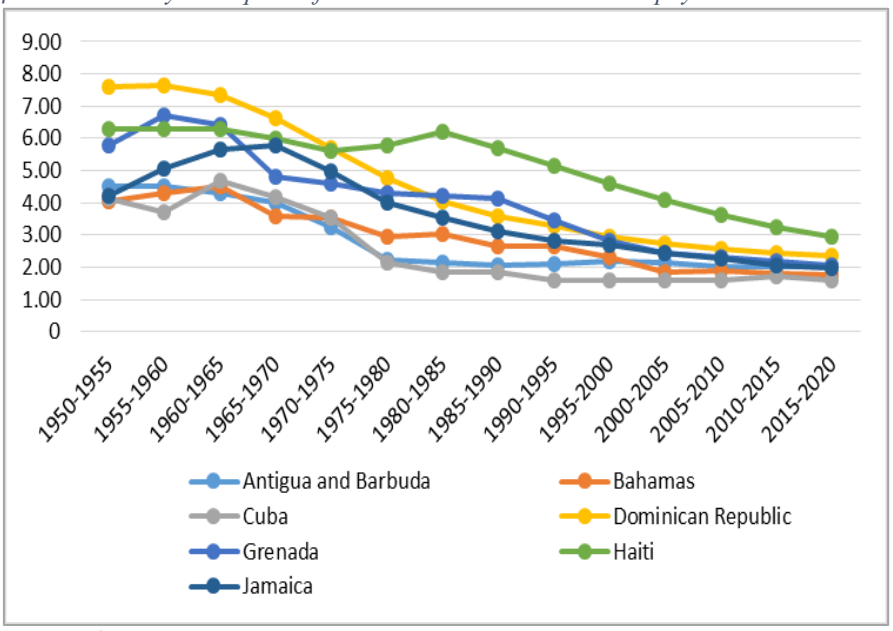
Les structures sanitaires sont très souvent confrontées à des vols de matériels et à des manques en énergie. Le budget alloué à la « santé » ne dépasse pas 5 % des dépenses gouvernementales : un « chiffre bien inférieur aux 15 % fixé comme objectif dans la Politique Nationale de Santé de 2012 et qui correspond à la déclaration d'Abuja publiée en septembre 2000 sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé » (Alphonse, 2016). Les dépenses totales consacrées par habitant à la santé est de $61.46 US contre $269 US en République Dominicaine (IHE et ICF, 2019). La couverture d'assurance en santé se situe entre 2 à 4 % et près de 4 femmes sur 10 (37 %) accouchent sans bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié en obstétrique (Cayemittes et *al.* 2018). Au vu de la situation, certaines familles/ménages à Haïti (surtout ceux des milieux ruraux) font appel à des matrones, des médecins traditionnels appelés « médecins feuilles » ou des marabouts pour se soigner (Raphaël, 2010).

[36] Selon les Nations Unies, « la prévalence de l'émaciation fait référence au pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dont le poids pour la taille est inférieur de plus de deux écarts types à la médiane établie pour la population internationale de référence, âgée de 0 à 59 mois ».

2.6.4.- Les femmes ont des besoins non satisfaits en planification familiale très fréquents

Avant d'arriver en fin de vie féconde, une femme haïtienne avait donné naissance à 4.8 enfants (en moyenne) entre 1994-1995 (EDS, 1994). Orienté à la baisse, l'ISF était passé à 3 enfants par femme entre 2015 et 2020, soit 2 fois plus important que celui de Cuba (Graphique 21).

Graphique 21.- Indice Synthétique de fécondité dans une sélection de pays en ALC de 1950 à 2020



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données de World Population Prospects, 2020

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont fréquents à Haïti. D'après Cayemittes et *al.* (2018), 38 % des femmes mariées ou en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. Cette proportion est d'autant plus importante chez les adolescentes (55.5 %) et les jeunes adultes (45.1 %) (Cayemittes et *al.* 2018).

Conclusion partielle

Ce chapitre consacré à la description du contexte de l'étude nous a permis de fournir un cadre général de vie des haïtiens. Sur le plan administratif, la République d'Haïti est divisée en 10 départements, 140 communes et 570 sections communales. Sa population, estimée à environ de 12 millions d'habitants en 2020 (dont 5% sont des adolescentes), est à forte prédominance jeune (. Avec la dégradation progressive des conditions socio-économiques, le taux d'urbanisation s'accroît de plus en plus dans le pays : en 2020 plus d'un haïtien sur deux vivait en milieu urbain alors que ce rapport était de 1 sur 10 en 1950.

L'instabilité politique à Haïti est récurrente. Entre 1986 et 2020, près de 10 gouvernements ont été renversés. Le pays connait des soulèvements populaires violents et de manière fréquente. Du point de vue économique, Haïti s'enlise à la 15e place sur les 25 pays les plus pauvres au monde. Son PIB ne dépassant pas 10 milliards USD est le plus faible de la région Amérique Latine et Caraïbes. Malgré des progrès en termes de réduction de la pauvreté depuis deux décennies, près de 6.3 millions d'haïtiens ne sont pas en mesure de satisfaire leurs besoins essentiels, et parmi eux, 2.5 millions vivent en dessous du seuil d'extrême pauvreté et ne parviennent pas à subvenir à leurs besoins alimentaires. Rappelons que le taux pauvreté est plus important en zones rurales et dans les départements du Nord-Ouest, de la Grande-Anse, des Nippes et du Centre. Haïti figure parmi les pays les plus inégalitaires du monde. Le coefficient de Gini a atteint 0.7 en 2020.

Le chômage est très élevé à Haïti et affecte plus particulièrement les jeunes. Pour subvenir à leurs besoins, certains ménages développent des stratégies de survie (tontine, prêts dans des institutions financières…). D'autres ménages, pour leur part, se font aider par des proches à l'étranger en recevant régulièrement des transferts monétaires (Paul, 2010). Cette situation économique incite les groupes les plus précaires à la migration. Entre 2010 et 2020, plus de 200 000 milles Haïtiens sont partis au Chili, au Brésil et en République Dominicaine dont 80 % étaient âgés entre 15-44 ans (IPPDH et OIM, 2017).

L'analphabétisme concerne près d'un quart de la population haïtienne âgée de 10 ans et plus et il est plus élevé chez les femmes, dans les milieux défavorisés et chez les 55 ans et plus. Sur le plan sanitaire Haïti est le pays le plus vulnérable de l'Amérique Latine et Caraïbes. La grande majorité de la population (près de 70 %) n'a pas accès aux soins de santé et le pays dispose de 2.3 médecins et 4.5 infirmier-e-s pour 10 000 habitants. Outre cela, plus d'un tiers des établissements sanitaires n'a pas de toilettes et très peu d'entre eux disposent d'un véhicule de transport en urgence des malades.

À ce vaste tour d'horizon sur la situation socio-économique à Haïti, nous pouvons affirmer que la maternité à l'adolescence est observée dans un contexte de pauvreté généralisée. Dans un tel contexte où les ressources sont limitées, l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des femmes, notamment des adolescentes ne serait pas l'une des principales priorités de l'Etat haïtien. D'où la pertinence des actions de repositionnement de la planification familiale engagées à Haïti, parmi lesquelles sont incluses celles de plaidoyer auprès des décideurs et leaders communautaires.

⁂

Notons qu'à la lecture des données avancées dans ce chapitre, il faudrait prendre un peu de recul. Certaines d'entre elles ne sont pas récentes et sont imprécises. À titre informatif, les EDS et l'ECVMAS sont des enquêtes par sondage : l'effet d'échantillonnage, la qualité des instruments et des moyens de collecte sont des biais incontournables diminuant la justesse des résultats. De plus, le prochain recensement qui était prévu pour 2013 n'est pas toujours réalisé. Donc, la plupart des données de World Population Prospects, de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), du Fond Monétaire International (FMI) sont des estimations et des prévisions produites à partir du recensement de 2003, ignorant les effets du tremblement de terre de 2010, les troubles politiques et autres.

CHAPITRE 3. CADRAGE THÉORIQUE : *choix d'une perspective théorique multi-paradigmatique*

« Le chercheur doit être libre de tenter
des expériences audacieuses, de soutenir des théories
révolutionnaires, voire paradoxales.
Il doit disposer du droit à l'erreur »

Pierre Joliot

Introduction

Les études portant sur le comportement procréateur des individus ne datent pas d'aujourd'hui (Leridon, 2015 ; Verschuur, 2013 ; Meillassoux, 1991). Cependant, force est de reconnaître que pendant longtemps, ces travaux de recherche ne s'appuyaient pas sur des données d'enquêtes : ils relevaient plutôt de la philosophie, de la morale, de la science politique et, bien entendu, de la religion (Leridon, 2015). Avec le développement de la démographie historique et la diversité des situations dans le monde, cette approche a été remise en question (Lhomond, 2009 ; Guillaume et Molmy, 2004 ; Noumbissi, 1994 ; Delaunay, 1994). Pour des chercheurs comme Attanaso et *al.* (2007), Talnan et *al.* (2002) et Rwenge (2013), les comportements sexuels et reproductifs des individus sont influencés par des facteurs d'ordre divers (individuel, culturel, économique, familial, social…). De ce fait, pour saisir la fécondité des femmes, ils préconisent de mobiliser plusieurs courants théoriques.

En vue de mieux orienter la réflexion sur la maternité adolescente à Haïti, ce chapitre a pour objectif de passer en revue les différentes approches de la fécondité tout en ayant un regard critique et en faisant ressortir leurs limites. Ensuite, nous nous pencherons sur les théories à adopter pour appréhender le phénomène dans le contexte haïtien. Enfin, nous allons introduire les résultats de quelques travaux empiriques traitant la fécondité adolescente que ce soit dans les pays développés ou dans les pays en développement. Ils nous permettront de faire ressortir les comportements (facteurs) susceptibles de favoriser une maternité à l'adolescence ; mieux formuler nos hypothèses de recherche et mieux appréhender le comportement de la société haïtienne vis-à-vis des femmes qui ont connu une maternité durant leur adolescence.

3.1.- Approches théoriques de la fécondité

Étant donné que notre travail de recherche a 2 grands objectifs, les approches théoriques seront subdivisées en 2 grands groupes : approches relatives aux déterminants de la fécondité et celles relatives au vécu de la grossesse adolescente.

3.1.1.- Approches relatives aux déterminants de la fécondité

Pour expliciter les facteurs explicatifs de la maternité adolescente, les chercheurs s'appuient sur un ensemble de théories :

a) Théorie de la capillarité sociale

Membre de la Commission extra-parlementaire de la dépopulation de 1902, le sociologue français Arsène Dumont (1890) repousse l'idée que la dénatalité soit reliée à des paramètres physiques. Il a développé l'idée des évolutionnistes à savoir que la baisse de la natalité a une nature purement psychologique résultant de la « redistribution » des ressources internes d'un organisme dans une société qui devient de plus en plus complexe (Spencer et Cazelles, 1884). En proposant dans *Dépopulation et civilisation* le concept de « capillarité sociale », Dumont (1890) resta quand même dans le carcan du darwinisme social. Pour lui, la source de la diminution de la fécondité des couples n'est pas le contrôle délibéré des naissances (ou pas uniquement), mais la réorientation des ressources physiques vers la réussite sociale qui est une alternative à la fécondité (Dumont, 1980). Les parents contrôlent leur nombre de naissances afin d'être plus performants et plus disponibles dans leurs activités professionnelles, entre autres. Dans ce même ordre d'idée, Bertillon voit le report de la naissance dans certaines familles à une volonté réfléchie de ne pas diminuer leur bien-être, celui des enfants déjà présents et de limiter le nombre d'héritiers (Doignon et Oliveau, 2012).

b) La théorie de la transition démographique

La théorie de la transition démographique est considérée comme l'une des grandes théories sociales et modernes. Elle est définie comme une transition d'un régime traditionnel d'équilibre démographique (forte mortalité et forte fécondité) à un régime moderne d'équilibre (faible mortalité et faible fécondité) (Cosio-Zavala, 2001).

Décrite par Thompson (1929) et Landry (1934) et mise au point par Notestein (1945), la théorie de la transition démographique, qui est une facette de la théorie de la modernisation, stipule que l'industrialisation est un facteur clé, une condition nécessaire et suffisante dans les changements socio-culturels d'une population et aussi à une baisse de fécondité. Tabutin et Schoumaker (2004) font aussi le même constat : le passage d'une économie agricole à une économie urbaine et industrielle entraîne l'adoption de nouvelles normes, des changements dans le mode de consommation de la population et du statut de la femme au sein de la société. Il impacte aussi la fécondité humaine, la composition familiale et incite les femmes à de plus longues années d'études.

Malgré l'importance et la valeur accordées à la théorie de la transition démographique, elle a été critiquée par plusieurs auteurs.

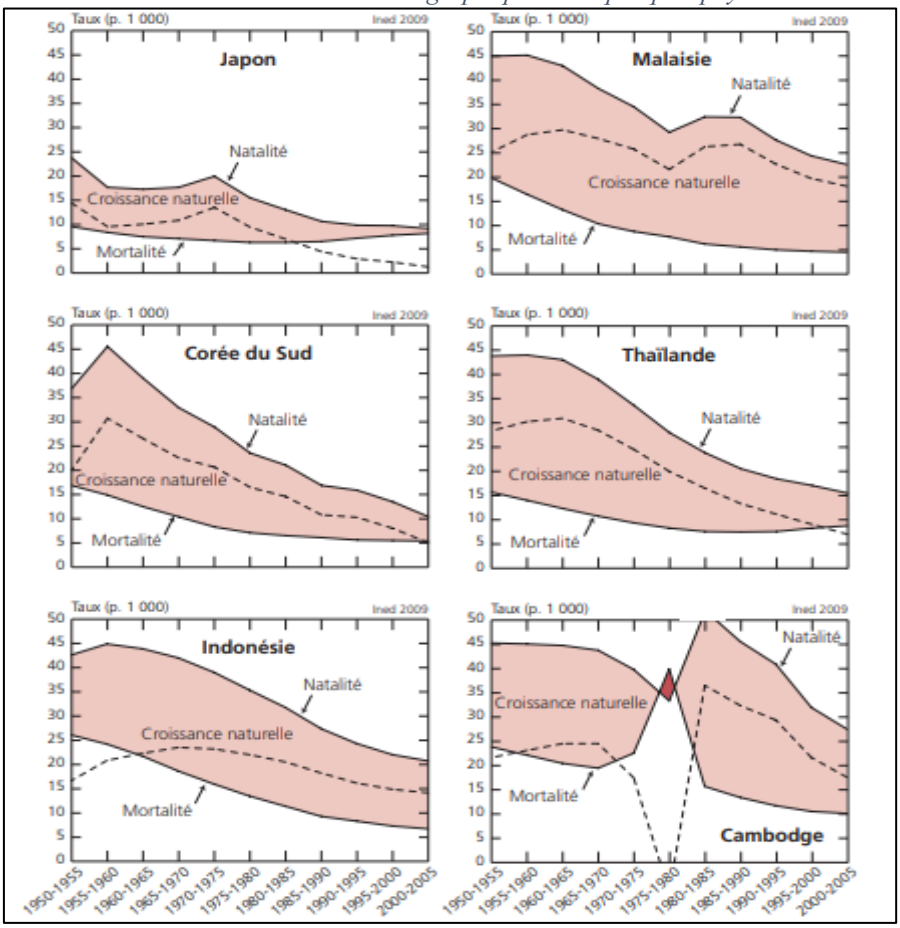
❖ Critiques sur la théorie de la transition démographique

L'une des principales faiblesses de la théorie de la transition démographique est qu'elle se reposait sur le parcours démographique des pays développés et non sur celui des pays en développement. D'autant plus qu'elle est non uniforme et non-universelle (Genné, 1981). Si en Angleterre, le schéma était conforme à ce qui était théorisé, en France il ne l'était pas. Au cours de la période transitionnelle, les taux de mortalité et de fécondité de la population française étaient presqu'au même niveau (Graphique 22). Son taux de croissance était de moins de 1 % tandis qu'à cette période en général il était évalué entre 2-2.5 % voire 3 % (Vallin et Caselli, 1999).

La théorie de la transition démographique omet les flux migratoires or l'on sait que la quantité d'immigrants et d'émigrants participe à l'augmentation ou à la diminution du taux de la natalité et du nombre d'habitants de la population dans le pays de départ et du pays d'arrivée (Chesnais, 1985).

La dimension temporelle soulève aussi un problème. Pour certains pays, comme c'est le cas des petits états insulaires en développement (PIED) et de certains pays de l'Asie, la transition démographique est assez rapide. Dans d'autres pays asiatiques et certains pays européens, la durée est beaucoup plus longue (100-150 ans) (Graphique 22).

Graphique 22.- Particularités de la transition démographique dans quelques pays en Asie de 1950 à 2005



Source : Attané & Barbieri : «La démographie de l'Asie de l'Est et du Sud-Est des années 1950 aux années 2000: Synthèse des changements et bilan statistique. Population, vol. 64(1), 7-154»

Lesthaeage (1983) et Piché et Poirier (1990), quant à eux, ont souligné que les facteurs d'ordre émotionnel, culturel, institutionnel sont importants dans l'explication de la baisse de fécondité dans le monde.

Cosio-Zavala (2001), pour sa part, a mis en évidence l'existence d'un « *malthusianisme de pauvreté* ». Elle a démontré que la transition s'effectue plus tardivement dans les couches sociales très pauvres de l'Amérique Latine et Caraïbes, et selon des modalités distinctes. En fait, cette pauvreté dans lequel vivent ces groupes sociaux a entraîné une baisse de la fécondité depuis le début des années 80, grâce à une offre abondante de méthodes contraceptives.

Pour finir, il y a lieu de noter que les capacités prédictives de la TD sont assez faibles au niveau local. La preuve est le maintien d'une de la fécondité élevée dans les pays d'Afrique, malgré une diminution significative de la mortalité.

c) Théories micro-économiques de la fécondité

Les déterminants de la maternité ont été longtemps appréhendés sous un angle non-économique. Avec l'évolution des théories économiques étudiant le choix du consommateur, les préférences d'un individu ou d'un ménage, la maximisation sous contrainte budgétaire, la rationalité, les caractéristiques d'un bien, les économistes Becker (1960) et Easterlin (1975) ont rendu possible l'analyse de la fécondité en faisant appel à la modélisation économique et en considérant l'individu comme un *homo economicus* : un agent économique rationnel. Les éléments fondamentaux de leurs théories c'est qu'avant de se décider de faire des enfants, les parents doivent estimer les coûts et les bénéfices qu'ils auront à en tirer de ces enfants (Bien-être économique et social). Chaque enfant doit fournir des services particuliers et uniques qui fourniront de l'utilité à leurs parents considérés comme propriétaires (Becker, 1960 ; Easterlin, 1975).

- Critiques de la théorie économique

Cette théorie rencontre un ensemble de difficultés méthodologiques. Pour plusieurs chercheurs, elle n'est pas dynamique (Leridon, 2015). Elle fait abstraction de la formation et des variations dans les goûts des parents dans un intervalle de temps donné, pensant qu'une fois en couple, ils ne modifieront leurs préférences en matière du nombre de naissances. Dans la même veine, elle analyse aussi les parents comme des individus parfaitement rationnels et infaillibles psychologiquement écartant l'espace culturel, les conventions sociales et les plus petits détails dans l'espace économique dans lequel évolue l'individu, des déterminants dans la construction des raisonnements, des désirs et des choix des parents (Leridon, 2015).

Blake (1968), elle, appelle au respect de l'être humain. Un enfant n'est pas un bien mais une personne à part entière.

d) Approche de Caldwell (1978) : les flux intergénérationnels de richesse

L'approche des flux intergénérationnels de richesse est une révision de la théorie de la transition démographique et une variante culturaliste de l'approche de Becker (1960). S'inscrivant en faux contre les tenants d'une approche des comportements non rationnels en matière de fécondité dans les sociétés où celle-ci est forte (notamment dans les pays en développement), Caldwell (1978) soutient que les comportements procréateurs sont rationnels d'un point de vue économique parce qu'ils sont culturellement déterminés. Il avance que dans un régime de forte fécondité, la somme des flux de richesses est dirigée vers les parents tandis que dans un régime de faible fécondité, ce sont les enfants qui bénéficient des avantages nets de la famille. Cette inversion des flux de richesses, conduisant à une fécondité réduite, est d'abord le produit d'un changement d'attitudes, de mentalité et de mœurs, et non d'une pression purement et strictement économique. La diffusion des valeurs occidentales, principalement l'individualisme, modifie la rationalité économique au sein des couples/familles. À travers la généralisation de la scolarisation, elle inverse les flux intergénérationnels de richesse entre parents et enfants et contribue à sa nucléarisation. Caldwell (1978) surnomme cette déstructuration « *occidentalisation globale des sociétés traditionnelles* ».

e) Théorie de l'adaptation rationnelle de richesse

Comme la théorie de Becker (1960), l'approche de l'adaptation rationnelle de richesse de Cherlin et Riley (1986) considère les individus comme des acteurs dits rationnels. Mettant l'accent sur la situation économique des jeunes filles, l'approche de l'adaptation des richesses stipule que, dans le but de tirer des avantages (paiement des frais de scolarité, nourriture, logement, voiture, bijoux) et d'agrandir leur capital social, les jeunes filles peuvent avoir des relations sexuelles avec des partenaires plus aisés (Charbit et Régnard, 1999).

f) La théorie de l'aversion du risque

Formulée par McDonald (1996), la théorie de l'aversion du risque alimente celle de Becker (1960). Les avantages à apprécier des enfants – qui ne sont pas encore nés – sont difficiles à évaluer. En effet, la décision de procréer est une prise de risque qui remanie les objectifs et les aspirations des parents et qui repose sur la façon dont ils perçoivent l'avenir (Nivoix, 2005). Dans les années 80-85, des couples japonais ont renoncé à l'idée de procréer parce que leurs salaires et/ou revenus n'étaient pas à la hauteur de cet engagement. Au lieu d'avoir des enfants, ils préféraient retourner à l'école pour s'améliorer intellectuellement afin de trouver de meilleurs emplois et être mieux rémunérés (Dumont, 2017). En d'autres termes, la théorie de l'aversion du risque ne scrute pas uniquement le simple rapport entre le coût des enfants et leur utilité à l'avenir, elle sonde les comportements des parents, leur sécurité financière et leur niveau de confiance dans le futur (Dumont, 2017).

L'apport d'autres disciplines

Lesthaeghe et Meekers (1986) et Marcelli (2001) ont montré que le phénomène de la maternité peut être aussi appréhendé par des facteurs socio-culturels (valeurs) et psychologiques.

g) Approche socio-culturelle et « Valeurs »

À partir de données issues des enquêtes *European Values Surveys*, les auteurs Lesthaeghe et Meekers (1986) ont réussi à modéliser la fécondité des femmes européennes de 1986 en utilisant des facteurs socioculturels. Les analyses qu'ils ont produites tournent beaucoup autour de la notion de « valeurs » guidant les décisions des individus ou des couples, dont on s'efforce de mesurer la nature, la portée et les déterminants.

Ils avaient utilisé 3 catégories de variables :

1. Les valeurs familiales ou variables expliquées (situation maritale, le sens de la famille pour les couples, l'ambiance dans la famille, acceptabilité du divorce, tolérance au non-conformisme…).
2. L'appartenance religieuse, l'attachement aux biens matériels, le milieu de résidence et la manière de se comporter avec les autres (variables explicatives)
3. Le sexe, le groupe d'âge, le degré d'instruction, l'activité économique (comme variables de contrôle).

Comme résultats, ils avaient trouvé que les jeunes étaient moins religieux et plus matérialistes que leurs parents. De plus, plus ils étaient jeunes, plus ils se déconnectaient des valeurs fondatrices de leurs sociétés. Cette jeunesse technologique laissait présager que les pays européens auraient toujours de faibles taux de fécondité (Simons, 1986). Ce même modèle a été testé aux USA par Preston (1986). Le niveau d'éducation des parents, les relations parents/jeunes (encadrement), l'égocentrisme sont des réponses au maintien du faible taux de fécondité aux États-Unis qui était de 1.84 enfant par femme entre 1980-1984. Hormis cela, au sujet de l'utilisation des méthodes contraceptives, les mouvements religieux ne partageaient pas les mêmes valeurs. Les chrétiens anabaptistes ou Huttérites étaient hostiles à la contraception. Dans cette secte « *Their attitude toward childbearing is also determined by their religion. Children are considered the gifts of God, and large families are held in high regard. There is strong opposition to any form of birth control. Nearly all women marry and begin families by the time they are 22. To the Hutterite woman, pregnancy is a normal state. The women bear children regularly throughout their fertile years, and the nature nuclear family units are quite large with a mean of about nine children* (Hostetler, 1974, p 58).

h) Théorie psychologique

L'approche psychologique, développée par Marcelli (2001), propose quant à elle trois modèles d'interprétation de la sexualité et de la fécondité des adolescentes. Le premier modèle considère la fécondité adolescente comme la manifestation du besoin de vérifier l'intégrité corporelle et des organes de la reproduction. Le second indique que la maternité adolescente peut être liée à une recherche d'un objet pour combler certains manques (manque d'affection de la part des parents). Enfin le troisième modèle considère la maternité adolescente comme faisant partie des prises de risques de l'adolescence dont l'objectif serait de mettre le corps en danger (Poumbou, 2008).

Dimension institutionnelle

Bien que moins représentée dans la littérature, l'approche institutionnelle demeure assez importante pour la compréhension des comportements sexuels et procréateurs des individus et, en particulier des adolescentes.

i) Approche du changement institutionnel

Cette approche s'intéresse essentiellement sur les incidences des institutions (politiques, législatives et juridiques, sociales, économiques, etc.) sur les comportements procréateurs des adolescentes. En effet, elle stipule que les transformations institutionnelles et les systèmes politiques dans une société peuvent exercer une pression sur les choix reproductifs des familles, les modes de vie familiaux, les structures familiales[37] (Leridon, 2015).

Déterminants immédiats

j) Approche de Davis et Blake : déterminants proches de la fécondité

Contrairement aux précédentes approches qui sont des démarches théoriques, cette dernière approche constitue plutôt un schéma d'analyse des déterminants de la fécondité. Ce schéma d'analyse est inspiré du travail pionnier de Davis et Blake (1956) qui proposait l'étude de variables susceptibles d'avoir une influence immédiate sur les probabilités de conception, de mortalité intra-utérine et de naissances vivantes au cours des âges de reproduction. Plus récemment, Bongaarts (1978) a construit un modèle où il a réduit les déterminants de la fécondité. Il propose, en effet, de distinguer deux types de variables : (1) les variables indépendantes (ou explicatives) qui sont d'ordre socioculturel, institutionnel, socioéconomique et environnemental ; (2) les variables immédiates (encore appelées variables intermédiaires ou proches), au travers desquelles s'exerce

[37] À Guangdong, une province côtière du sud-est de la Chine, quand le système communiste venait de s'instaurer, celui-ci a bouleversé la place et les tâches des habitants dans cette province. Le parti communiste était venu avec des troupes qui transformaient les codes culturels et l'espace environnemental. Des campagnes de sensibilisation pour le contrôle des naissances ont été faites. Cela conduit à une réduction du niveau de la fécondité. Et ce fut la même chose dans la localité de Bali (Leridon, 2015 ; Greenhalgh, 1990 ; Coleman, 1983 ; McNicoll, 1982).

nécessairement toute influence sur la fécondité des femmes. Les facteurs ainsi identifiés dans l'approche de Bongaarts (1978) sont les suivants : les rapports sexuels qui marquent biologiquement le début d'exposition au risque de grossesse ; le mariage qui marque socialement le début d'exposition au risque de grossesse ; la contraception dont l'utilisation permet d'éviter une grossesse ; et l'avortement provoqué qui mettrait fin à une grossesse non désirée.

3.1.2.- Approches relatives au vécu de la grossesse adolescente

Dans les travaux de recherche relatifs au vécu de la grossesse à l'adolescence (Mathieu, 2014 ; Le Van, 2006), il est constaté que les auteurs recourent le plus souvent à l'une de ces quatre théories : la théorie de la représentation sociale, la théorie de la déviance, la théorie de l'étiquetage et la théorie de l'expérience vécue.

a) Théorie de la représentation sociale

Sur le plan chronologique, l'histoire de la « *représentation sociale* » nous apprend que Durkeim (1912), Lévy-Bruhl (1910) et Marcel Mauss (1974 : Œuvre posthume) ont été les premiers à produire des ouvrages sur cette notion. Moscovici (1961) a révolutionné le concept de représentations sociales en mettant à plat la structuration des sociétés traditionnelles et contemporaines. La construction de l'individu dans la société contemporaine ne se fait pas uniquement par les représentations, et de plus l'individu agit et participe à la construction des représentations contrairement à la société traditionnelle qui prime le collectif, elle s'accentue plus sur une logique d'individualisation, ce qui implique l'émergence de nouveaux groupes dans l'espace social commun avec de nouvelles mentalités, de nouvelles visions et de nouvelles positions (Le Pors, 2006).

a.1.- Définition des « représentations sociales »

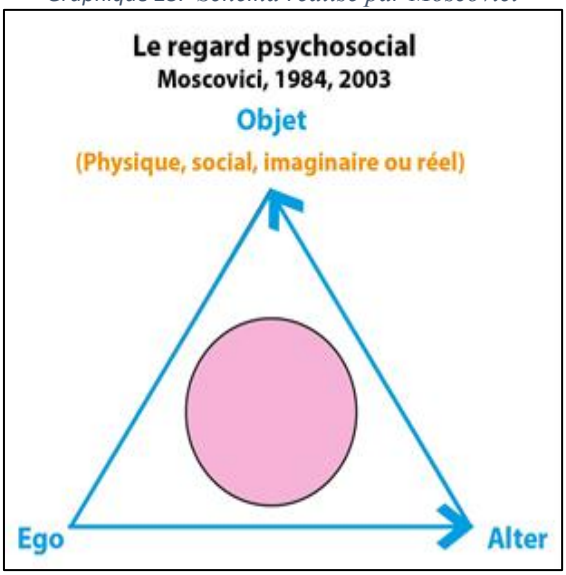
La notion de représentation sociale est définie selon Moscovici (1961, p 66) comme étant « *des univers d'opinions propres à une culture, à une classe sociale ou un groupe et relatif à des objets de l'environnement social. C'est une manière d'interpréter le monde et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale que la personne se construit plus ou moins consciemment à partir de ce qu'elle est, de ce qu'elle a été et de ce qu'elle projette et qui guide son comportement. Et corrélativement (la RS est) l'activité mentale déployée par les individus et les groupes pour fixer leurs positions par rapport à des situations, événements, objets et communications qui les concernent* ». Cette définition assez large de cette notion a été complétée par Jodelet (1984). D'après elle, une représentation sociale est une : « *forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Elle n'est pas le simple reflet de la réalité, mais fonctionne*

comme un système d'interprétation de la réalité qui organise les rapports entre les individus et leur environnement et oriente leurs pratiques » (Jodelet, 1984, p 361).

Abric (1994, p. 13) la définit « *comme une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place* ». S'inscrivant dans la même veine Roussiau et Bonardi (2001, p 19) définissent la représentation sociale comme « *une organisation d'opinions socialement construites, relativement à un objet donné, résultant de communications sociales, permettant de maîtriser l'environnement et de l'approprier en fonction d'éléments symboliques propres à son ou ses groupes d'appartenance* ».

Dans toutes les définitions empruntées par le concept de représentation sociale, il convient de porter le focus sur trois dimensions : les individus, l'environnement et l'objet qui peut être des expériences ou des opinions. Ces trois dimensions sont en étroites relations et l'échange entre les individus sur un objet se fait par le biais de la « communication » (Moliner, 2013).

Graphique 23.- Schéma réalisé par Moscovici



Source : Thèse de doctorat de Philipe De Carlossoutenue en, 2015 p 37

a.2.- Les fonctions des représentations sociales

Pour Abric (1994), les représentations sociales (RS) remplissent 4 fonctions :

1. ***fonction de Savoir*** : cette fonction permet aux individus d'avoir des informations et d'acquérir des connaissances qui sont en parfaite cohérence avec les normes et les valeurs partagées par le groupe auquel ces individus appartiennent (une meilleure relation entre les individus d'un même groupe). Par ailleurs, elle facilite le partage de ces informations/connaissances entre les groupes.

2. ***fonction identitaire*** : elle aide l'individu à se définir en termes d'identité ou de personnalité et à préserver cette identité ou cette personnalité et l'image (positive) que l'individu a dans l'espace commun social.
3. ***fonction d'orientation*** : appelée aussi *système d'anticipation des attentes*, elle permet à un individu d'orienter ses comportements/conduites dans la société face à des phénomènes qui lui sont habituels, nouveaux ou étranges. Elle lui donne la capacité de porter des jugements sur ce qui est bien ou ce qui peut nuire à son groupe.
4. ***fonction justificatrice*** : elle permet aux individus de justifier ou de légitimer des prises de position ou des conduites passées, présentes ou futures vis-à-vis de leurs pairs ou d'autres groupes sociaux.

a.3.- Structure d'une représentation sociale

Les représentations sociales sont structurées d'un système central appelé « noyau central » et d'un système périphérique, composés chacun des croyances du même nom (Lo Monaco et Lheureux, 2007 ; Abric, 1994). Par noyau central d'une représentation constituée l'on entend un ensemble d'éléments qui donne à cette représentation sa signification et sa cohérence et par système périphérique, la partie interne de la représentation c'est-à-dire les éléments que ceux du noyau central (Moliner, 2013).

Le système central assure trois fonctions :

1. La signification de la représentation ;
2. Son organisation interne ;
3. Sa stabilité.

En plus de ces 3 fonctions, c'est lui qui fait exister une représentation. Quel que soit le doute qu'on a sur l'un des éléments qui la constituent, cela engendre immédiatement sa transformation ou son abandon (Moliner, 2013).

a.4.- L'individu et son espace : Représentations Sociales

Dès la naissance, nous sommes exposés à beaucoup de choses provenant de notre environnement (Moscovici, 1961). Nous échangeons et nous recevons des informations soit par le biais de la famille (une socialisation primaire), soit par le biais de l'école (socialisation secondaire) et aussi soit par le biais des médias ou autres. Dans ces échanges et ces réceptions naît notre vision de comprendre les phénomènes sociaux et de les interpréter. En grande partie, nous ne faisons qu'apprendre comment un ensemble de choses fonctionne dans le milieu dans lequel nous grandissons (Moscovici, 1961). De cette manière comme nous disent Rateau et Lo Monaco (2013), nous apprenons une réalité déjà (re)construite. Ce qu'ils appellent « notre part d'héritage social ».

Cette part d'héritage social nous amène à embrasser une logique de catégorisation sociale ou d'appartenance à un groupe (Turner, 1999). Ainsi, il est de notre devoir en tant qu'individu d'obéir et de respecter tout ce que prône le groupe et la façon dont il représente les phénomènes. Faisant partie du groupe, si un individu ne respecte pas les valeurs, les règles et affichent des comportements qui s'écartent de ce qui est imposé, il deviendra automatiquement un transgresseur et il lui sera attribué une étiquette de « déviant » (Jodelet, 2003).

b) *Théories de la déviance et de l'étiquetage*[38]

Dans son ouvrage « Outsiders », Becker (1963) prend l'exemple des fumeurs de marijuana et des musiciens de jazz pour expliciter la déviance. Dans son approche déterministe, le caractère déviant d'un acte se résume à :

> *La nature de l'acte posé par l'individu* : est-ce un acte qui est contraire aux normes partagées par l'environnement de l'individu ?
> *La réaction des individus ou du groupe* : comment les autres individus réagissent-ils par rapport à cet acte ?

Dans le cas où les individus réagissent mal, on dit qu'ils créent de la déviance. Les personnes qui créent la déviance et qui font appliquer les lois sont appelées les *entrepreneurs de moral* (Becker, 1963). À l'opposé, si aucun individu d'une société donnée ne se considère pas comme *entrepreneur de moral*, personne n'aura l'étiquette de déviant. Donc, cette étiquette est le produit de la morale de certains individus sur les autres (Goffman, 1963).

Pour les tenants de la sociologie de la déviance, il y a une grande distinction entre violation d'une norme et le caractère de l'étiquette de déviant **(**Tableau 5**).** Un individu peut violer une loi sans pour autant avoir l'étiquette de déviant. Dans le tableau à double entrée dessiné par Becker (1963), cet individu est secrètement déviant.

Tableau 5 .- Tableau réalisé par Becker

	Obéïssant à la norme	Transgressant la norme
Perçu comme déviant	Accusé à tort	Pleinement déviant
Non perçu comme déviant	Conforme	Secrètement déviant

D'autres peuvent ne pas violer des lois et se sentir considérés comme déviants (ceux sont des accusés à tort). Dans ce croisement, seuls les actes qui sont étiquetés comme déviants sont déviants.

[38] Développés par Merton et Parsons, les concepts « déviance » et « étiquetage » ont été utilisés pour la première fois dans les travaux se rapportant à la société américaine (1950). Ces 2 concepts ont permis aux chercheurs sociologues de l'école de Chicago (aux USA) à bien comprendre le phénomène de délinquance durant cette période (Mucchielli : https://sociologie.revues.org/2469). Au début des années 60, ces concepts allaient subir beaucoup de transformations et devenir théorisés (Becker, 1963 ; Goffman, 1963).

Le comportement du déviant est celui qui transgresse une norme et qui est étiqueté par la société comme déviant. Maintenant la question qu'il faut se poser est : qu'en est-il de l'individu dit déviant (c'est-à-dire qui a vécu une expérience contraire aux normes) ? Comment peut-il vivre l'acte (ou l'expérience) qui lui a été reproché ? C'est cela que Denise Jodelet tente d'expliquer à travers la théorie de l'expérience vécue.

c) Théorie de l'expérience vécue

Selon Jodelet (2006, p 240), l'expérience vécue est « *la façon dont les personnes ressentent, dans leur for intérieur, une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent* ». Parler du vécu d'une expérience peut être complexe et c'est la raison pour laquelle elle a mis en évidence 2 dimensions pour bien élucider cette notion. La première[39] se rapporte même au vécu de l'expérience et la seconde à son aspect cognitif.

C'est la seconde qui nous intéresse le plus car c'est elle qui nous fait comprendre comment un individu dit déviant peut vivre l'acte qu'on lui reproche. D'après les écrits de Jodelet (2006, p 241), le vécu d'une expérience « *comporte une dimension cognitive dans la mesure où elle favorise une expérimentation du monde et sur le monde et concourt à la construction de la réalité selon des catégories ou des formes qui sont socialement données* ». Selon elle, cette dimension prend en considération les « préconstruits culturels » dans le quotidien des individus. De la façon dont l'individu va vivre et expliquer son vécu d'une expérience ou d'un phénomène en découlera un ensemble d'éléments tels que les savoirs, les normes et les représentations dont la société a du phénomène. En conclusion, le vécu d'une expérience est un construit social (Jodelet, 2006).

Quelles théories adoptées dans le cadre de notre travail ?

Chacune des approches présentées ci-dessus privilégie un ou plusieurs facteurs particuliers pour expliquer le phénomène de la maternité. Loin de diverger, elles se complètent. Comme tout travail de recherche nécessite un cadre de référence, cette thèse, par son objet et les questions qu'elle soulève, exige que soit adoptée une perspective théorique multi-paradigmatique. Bien que cette thèse soit inscrite dans une perspective théorique multi-paradigmatique, soulignons que seules les théories permettant de mieux discuter nos résultats ont été remobilisées.

[39] Pour ce qui est de la première dimension, Jodelet (2006) prend en compte les ressentis émotionnels de l'individu par rapport à une expérience. En outre, il ajoute que ce ressenti émotionnel va agir sur la conscience de la personne.

3.2.- État de l'art

Des recherches sur la maternité adolescente ont été conduites dans différents pays et contextes sociétaux. Voyons leurs axes d'analyse et leurs principaux résultats.

3.2.1.- Résultats des études sur les déterminants de la fécondité adolescente

a) En Europe et en Amérique du Nord

Arai (2003) en Angleterre et Beghin et *al.* (2006) en Belgique associent la maternité adolescente à la précarité sociale. D'après ces auteurs, dans les milieux les plus pauvres, les femmes ont une plus forte probabilité à être mères à l'adolescence que celles des milieux aisés. Pour Uzan (1998), Nativel et Daguerre (2003), c'est une façon pour certaines d'entre elles d'esquiver le chômage, l'échec et de bénéficier des aides sociales.

Les catastrophes naturelles non-prévisibles, les problèmes géopolitiques amplifient la fécondité adolescente. En 1999, lors de la guerre du Kosovo, des jeunes filles Serbes des ethnies Valaques, Ruthènes, Rom ont été enlevées par des soldats yougoslaves. Elles ont été attouchées sexuellement et ont eu des relations non-consenties (viols) mettant au monde des enfants non attendus et non désirés. Le taux de fécondité pour ces 3 ethnies était à plus de 100 ‰ (UNFPA, 2013, p 34). Il faut mentionner aussi que durant ces moments de crises économiques, des jeunes filles se livraient à la prostitution sans se protéger (Sobotka, 2003 ; Mrdjen et Penev, 2003).

Les travaux d'Herbigniaux et Thai (2005) et de Loignon (1996) allèguent que les problèmes d'accès à la contraception et à l'IVG sont les causes de la maternité adolescente en Occident. Par crainte de représailles de la part de leurs parents et de la stigmatisation de la part de la société, certaines jeunes filles sexuellement actives développent un sentiment de peur qui les retient et qui les empêche d'utiliser des moyens contraceptifs même s'ils sont gratuits. Portier (2009) et Giraud (2009) s'expriment sur deux autres facteurs qui influencent la maternité à l'adolescence en occident. *Une moindre acceptation de la sexualité* : moins l'environnement social et familial de l'adolescente est rigide sur les relations sexuelles précoces, moins elle se sentira coupable d'être mère à cet âge et plus elle utilisera les préservatifs. *Un manque d'affirmation de soi et le goût du risque* : pour ne pas mettre en colère les partenaires, pour ne pas être rejetées et pour se montrer à la hauteur de leurs attentes, des femmes adolescentes se trouvent dans l'embarras de négocier le port d'un préservatif. Se sentant gênées, elles préfèrent risquer que de s'affirmer.

Au Portugal, la fécondité des adolescentes est plus marquée chez les décrocheuses scolaires. En s'appuyant sur les travaux de recherche de Peirera et *al.* (2005), il ressort que sur 140 adolescentes lisboètes, près de 55 % (53 %) avaient déjà abandonné l'école avant de donner naissance. Dans un pays comme l'Estonie (Europe du Nord), cette proportion était de 60 % (Haldre et *al.* 2005).

Les effets migratoires semblent accroître les taux de fécondité adolescente. En France, sur 62 dossiers d'accouchements consultés par Faucher et *al.* (2002), près de 47 % des adolescentes mères étaient originaires de l'Afrique Subsaharienne. Cet engouement pour les enfants à cet âge manifesté chez beaucoup de jeunes filles africaines leur confère le statut de *femme* et certains droits dans leurs communautés (Delaunay, 1994 ; Diop, 1995).

Aux USA, le travail de recherche de Corcoran et *al.* (2000) sur 105 adolescentes américaines a établi que les variables comme l'âge du premier rapport sexuel et le soutien familial avaient une liaison statistiquement significative avec leur fécondité. Pour Davis et *al.* (2003), ce sont les variables *avoir une faible estime de soi*, *avoir un partenaire qui souhaite la grossesse* qui sont significatives. Si Roy et Charest (2002) au Canada ont obtenu presque les mêmes résultats que Corcoran et *al.* (2000), la variable *estime de soi* n'était pas pertinente dans leur modèle.

b) En Afrique et en Asie

Dans certains pays africains, l'absence et/ou la non-application des lois contre le mariage d'enfant est un frein pour la baisse de la maternité adolescente. En 2015 au Madagascar, plus 200 000 adolescentes âgées entre 12 et 16 ans ont été déjà mariées et mères (UNFPA, 2014). À Atsinanana, région située dans la province de Tamatave dans la partie est de l'île, plus d'un tiers des jeunes filles étaient mariées avant 14 ans (Binet et Gastineau, 2008).

Au Vietnam, la maternité adolescente semble être plus fréquente chez les ethnies minoritaires. Dans les milieux ruraux sur les hauts plateaux du nord et les montagnes du centre où vivent les *Hmongs* et les *Daos*, les routes sont difficiles d'accès ; les infrastructures scolaires et sanitaires sont désuètes. Ces ethnies vivent toutes formes d'exclusions sociales et ont des pratiques coutumières bien distinctes (Becquet, 2015). Dans les villages où se trouve le groupe des *Tây Bắc Bộ*, le fait de tomber enceinte à l'adolescence est un attendu des familles (Cosio-Zavala et *al.* 2016).

D'autres normes socio-culturelles ont été répertoriées dans la revue de littérature. Dans les régions de Kolda et de Kédougou au Sénégal, les femmes stériles sont rejetées et marginalisées. Les jeunes filles, – devant prouver qu'elles sont fécondes avant que les parents officialisent leur relation avec leur partenaire –, se mettent à faire cette expérience dès l'apparition de leurs premières menstruations (Diop, 1995).

Les sociétés ou pays qui ont des préférences pour les enfants de sexe masculin (masculinité des naissances) risquent davantage d'obtenir une forte fécondité adolescente. En Asie, le rapport de masculinité à la naissance (RMN) est entre 110-115 (Guilmoto, 2015). Dans les pays de l'Asie de l'Est comme la Thaïlande, les jeunes filles se marient très tôt et sont privées des méthodes

contraceptives jusqu'à ce qu'elles donnent naissance à un garçon. Si elles mettent au monde des filles, l'avortement est la seule solution qui s'ouvre à elles (Guilmoto, 2015).

La place et la représentation de l'homme dans certaines sociétés rendent aussi vulnérables les adolescentes. En Ouganda, où les unions sont précoces, l'homme est le chef de la maison : sous aucun prétexte, sa femme[40] ne peut lui refuser des rapports sexuels (Tantchou Yakam, 2009).

Plus la femme est scolarisée moins elle court le risque d'être mère à l'adolescence. En Afrique, certaines écoles enseignent aux adolescentes comment éviter une grossesse et/ou une maternité précoce et ses conséquences (Evina et Kishimba, 2001). De ce fait, elles ont plus de chance de négocier l'utilisation d'une méthode de planification familiale et peuvent faire respecter leurs souhaits et désirs (Akoto et *al.* 2005 ; Wafo, 2012). L'éducation sexuelle reçue à l'école doit être aussi de bonne qualité et dispensée par des spécialistes en santé sexuelle afin que les adolescentes se défassent de certaines croyances populaires : en Ouganda, près d'un tiers des adolescentes ignoraient qu'il ne fallait pas utiliser un préservatif deux fois et plus 25 % déclaraient qu'une femme ne peut pas tomber enceinte lors de la première relation sexuelle (UNFPA, 2013).

Les femmes dont les mères ont connu une maternité pendant leur adolescence courent plus de risques d'expérimenter une grossesse précoce (Goldberger, 2014). Certaines fois, dans l'*obsession*[41] de ressembler à leur mère, elles répètent les mêmes antécédents qu'elles (Diop, 1995).

En Asie du Sud, en Afrique de l'Ouest et Centrale, une fille peut constituer une source de richesse pour certaines familles et une source d'appauvrissement pour d'autres (Unicef, 2015). En République Démocratique du Congo et au Sud du Cameroun dans la vallée du Ntem, plus les femmes sont jeunes plus la compensation matrimoniale (la dot) est faible. Ainsi, pour ne pas verser des sommes exorbitantes aux familles, les prétendants les demandent-ils en mariage dès l'âge de 15 ans (Poumbou, 2008).

[40] Beaucoup d'hommes se marient avec des adolescentes de 18-19 ans (Ouganda –PANA-2018).
[41] Terme employé par Diop (1995).

c) En Amérique Latine et Caraïbes

En Amérique Latine et Caraïbes, les femmes appartenant au christianisme courent moins de risque d'être mères à l'adolescence que les femmes non-chrétiennes (Rodriguez, 2017). Le tableau ci-après fait étalage d'autres travaux de recherche réalisés en Amérique Latine et Caraïbes et leur bilan :

Tableau 6.- Un ensemble de facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes et en ALC

Auteurs	Sources de données	Population	Méthodes d'analyse	Facteurs explicatifs
Del Popolo et *al.* 2004 cité dans Guzman et *al*. 2006	EDS	Un ensemble de pays de l'ALC	Analyses différentielles et modèles	1. La mauvaise communication entre les parents et l'adolescente 2. La mauvaise relation entre les parents et l'adolescentes 3. Appartenance à une ethnie minoritaire
Di Cesare et Rodriguez (2005)	EDS 2000	Colombie	Modèle de Bongaarts	1. L'âge à la première union 2. Cohabitation précoce 3. Fréquence des relations sexuelles 4. Utilisation des MC 5. Milieu de résidence
Flórez et Nuñez (2003)	EDS 2001, 2003, 2006, 2007	Un ensemble de pays de l'ALC (Bolivie, République Dominicaine, Honduras, Nicaragua)	Régression logistique	1. Statut matrimonial 2. Nombre d'enfants désirés 3. Niveau de vie 4. Niveau d'instruction 5. Religion
Simplus et Houlio (2012)	Propre enquête 2012	Haïti (quartier Bel-Air)	Régression logistique	1. Faible niveau d'éducation 2. Mauvaise connaissance des MC 3. Activités économiques 4. Milieu de résidence 5. Religion

3.2.2.- Résultats des études sur le vécu de la grossesse précoce

Les travaux sur le vécu de la grossesse adolescente dans le monde ne sont pas denses. En Europe, les chercheurs Arai (2003) en Angleterre, Le Van (1998), Deschamps (1976) et Faucher et *al.* (2002) en France avaient mené des études qualitatives auprès des adolescentes mères. La majorité d'entre elles rapportait qu'elles ont vécu très mal leur période de grossesse (humiliations, violences verbales…). Certaines d'entre elles ont été même expulsées du domicile familial, et d'autres ont été frappées, ce qui a affecté leur estime de soi et leur devenir.

Des études sur le vécu de la grossesse adolescente ont été aussi menées en Amérique du Nord. Les auteurs Corcoran et *al.* (2000) ont rapporté que les adolescentes enceintes passent plus de temps à la maison afin d'éviter les critiques de leur entourage.

En Amérique Latine et Caraïbes, moins d'une dizaine d'articles scientifiques sur le vécu de la grossesse a été recensé. Favara et *al.* (2016), au Mexique, a relaté que la majorité des adolescentes enceintes interviewées était violentée (physiquement et verbalement) par leurs parents/proches. Certaines d'entre elles avaient même des pensées suicidaires. À Haïti, Mathieu (2014) parvient presqu'aux mêmes résultats dans son travail sur les adolescentes enceintes vivant dans les camps d'hébergement après le séisme du 12 Janvier 2010.

3.3.- Hypothèses de recherche

Au vu du cadrage théorique, de l'état de l'art et du contexte socioéconomique à Haïti, nous formulons les hypothèses suivantes :

H1 : La maternité adolescente varie selon l'âge à la première union. Nous présupposons que les femmes qui ont connu leur première union avant d'atteindre la majorité (18 ans) sont plus enclines à être mères à l'adolescence que celles qui ont connu leur première union à 18 ans ou plus.

H2 : La fécondité adolescente est influencée par la religion. Nous présupposons que les femmes chrétiennes ont moins de chance d'être mères durant leur adolescence que celles n'appartenant pas au christianisme.

H3 : Le niveau d'instruction influence positivement la fécondité adolescente. Nous présupposons que plus la femme est éduquée moins elle court le risque d'être mère avant 20 ans.

H4 : La fécondité adolescente est liée à un facteur d'ordre générationnel. Nous présupposons que moins la femme est âgée moins elle court le risque d'expérimenter une maternité à l'adolescence.

Conclusion partielle

Ce chapitre a été subdivisé en 3 grandes sections : (i) Approches théoriques de la fécondité, (ii) État de l'art, (iii) Hypothèses de recherche.

La première section de ce chapitre nous a permis de mettre en évidence le cadre théorique dans lequel s'inscrit notre travail de recherche. Comme la thèse a deux grands objectifs : (1) identifier et de hiérarchiser les déterminants de la maternité adolescente à Haïti ; (2) et analyser le vécu de la grossesse adolescente à Haïti, deux groupes de théories ont été mobilisées :

Théories relatives à la fécondité des femmes

Pour expliciter la survenue d'une maternité à l'adolescence, il a été constaté que les auteurs ont mobilisé environ une dizaine d'approches.

- La première est la théorie de la « capillarité sociale » développée par Arsène Dumont (1890). Pour ce dernier, la source de la diminution de la fécondité des couples n'est pas le contrôle délibéré des naissances (ou pas uniquement), mais la réorientation des ressources physiques vers la réussite sociale qui est une alternative à la fécondité.
- La deuxième approche est celle de la transition démographique. Elle stipule que la modernisation et l'industrialisation conduiraient à une mutation profonde des normes traditionnelles en ce qui concerne le statut de la femme, la fécondité humaine, entre autres (Notestein, 1945 ; Thompson, 1929).
- La troisième approche est la théorie économique de la fécondité. Originellement développée par Becker (1960), elle met l'accent sur le coût des enfants comme facteur explicatif de la fécondité. Rappelons que cette approche a été reprise par Easterlin (1975) qui souligne que le comportement sexuel et reproductif des familles/ménages réagit à des variables externes comme les prix relatifs et les revenus, et réagit par conséquent à des interventions publiques qui modifient ces contraintes.
- La quatrième théorie est la théorie « des flux intergénérationnels de richesse ». Formulée par Caldwell (1978), cette théorie est une révision de la théorie de la transition démographique et une variante culturaliste de l'approche de Becker. Elle suppose que l'adoption des mœurs occidentales par les femmes dans les pays en voie développement a une incidence sur leurs comportements sexuel et reproductif.
- La cinquième théorie est celle de l'adaptation rationnelle de richesse de Cherlin et Riley (1986). Cette théorie suppose que le comportement sexuel de certaines jeunes filles (notamment les adolescentes) correspondrait à une décision rationnelle.

- La sixième théorie, celle de l'aversion du risque, ajoute une dimension dynamique à la théorie économique. Les tenants de cette approche soutiennent que la fécondité dépend non seulement d'un choix formulant une sorte de rapport coûts des enfants/utilités mais aussi de la sécurité financière des couples et de leur niveau de confiance en l'avenir (McDonald, 1996).
- La septième théorie dénommée sociocultural approach postule la prééminence des normes et valeurs socioculturelles sur le comportement procréateur des individus (Lesthaeghe et Meekers, 1986).
- Moins fréquente dans la littérature, la huitième approche qualifiée d'*institutionnelle* est basée sur l'idée que l'activité sexuelle des femmes serait fonction de l'importance que les décideurs accordent aux programmes relatifs à l'accessibilité et à la qualité des services de santé de la reproduction (Coleman, 1983 ; McNicoll, 1982).
- La psychologie a aussi son apport dans la compréhension de la fécondité précoce. Marcelli (2001), principal artisan de l'approche psychologique de la fécondité, mentionne qu'une grossesse à l'adolescence peut être soit une découverte des organes sexuels par les jeunes filles ; soit une recherche d'un objet pour combler certains manques ; soit une « attaque au corps ».
- Contrairement aux précédentes approches qui sont des démarches théoriques, la dernière approche dite comportementale qui s'intéresse aux déterminants proches de la fécondité est plutôt d'ordre économétrique. Prolongeant l'analyse de Davis et Blake (1956), Bongaarts (1978) affirme que le statut marital, l'utilisation des méthodes contraceptives, le recours à l'IVG et l'infécondité post-partum sont les variables les plus contributives à l'explication de la fécondité des femmes.

Théories relatives au vécu de la grossesse adolescente

En ce qui concerne le vécu de la grossesse adolescente, les écrits que nous avons mobilisés ont fait émerger 4 grandes théories pour expliquer cette problématique : la théorie de la représentation sociale (Moscovici, 1961), la théorie de la déviance (Becker, 1963), la théorie de l'étiquetage (Goffman, 1963) et la théorie de l'expérience vécue (Jodelet, 2006). L'idée centrale de ces théories est que la représentation qu'a un groupe social d'un phénomène s'appuie sur un ensemble d'opinions, de valeurs, de normes, de croyances relatives à ce phénomène. Un individu qui s'écarte de ce qui est partagé par le groupe serait étiqueté de déviant. Du moment où il est considéré déviant, son quotidien serait marqué par des péripéties.

Comme nous pouvons le constater, chacune des approches présentées dans ce chapitre privilégie un ou plusieurs facteurs particuliers pour expliquer la survenue de la maternité adolescente et le

vécu de ce phénomène. Loin de diverger, elles se complètent. Étant donné que le comportement sexuel d'un individu peut varier sous la combinaison de plusieurs facteurs, nous avons décidé d'adopter une perspective théorique multiparadigmique en vue de mieux appréhender le phénomène de la maternité adolescente à Haïti.

Dans la deuxième section de ce chapitre, nous avons dressé le portrait des recherches qui s'intéressent à la maternité adolescente. Ainsi, il ressort que les femmes issues des zones rurales ; vivant dans des milieux pauvres ; peu éduquées ; privées de méthodes contraceptives ; ayant une mauvaise connaissance du cycle ovulatoire ; entretenant de mauvaises relations avec leurs parents ; ayant expérimenté des unions/relations sexuelles précoces ; n'appartenant à aucune religion sont davantage plus enclines à une maternité au cours de l'adolescence. Par ailleurs, en ce qui a trait au vécu d'une grossesse précoce, la revue de littérature révèle que les adolescentes enceintes (surtout celles vivant dans des milieux où la grossesse/maternité adolescente est réprouvée) sont souvent victimes de violences physiques, verbales et psychologiques de la part de leurs parents/partenaires et de leur entourage durant leur période de grossesse.

Dans la troisième et dernière section de ce chapitre, des hypothèses ont été formulées. En se basant sur le contexte socio-économique à Haïti, sur notre cadre théorique et sur la recension des écrits s'intéressant à la maternité adolescente, nous présupposons d'une part que l'âge à la première union, la religion, le niveau d'instruction et l'âge sont les facteurs qui concourent à la fécondité adolescente à Haïti.

Le cadre théorique adopté et les hypothèses formulées ci-dessus sont, en effet, les jalons du dispositif méthodologique que nous avons élaboré dans la phase de récolte des matériaux nécessaires à ce présent travail de recherche.

CHAPITRE 4. DONNÉES ET MÉTHODES : *une approche mixte*

« Toute la méthode réside dans la mise en ordre
et la disposition des objets vers lesquels
il faut tourner le regard de l'esprit »

René Descartes

Introduction

La démographie a mis du temps à intégrer dans son objet d'étude le comportement sexuel et reproductif des individus (Kacou, 2018). Selon Bozon (2009, p 15), ceci s'explique par le fait que « *la sexualité était considérée comme un comportement naturel et invariant, lié à la production biologique et inscrit dans le cadre de la nuptialité* ».

Avec l'apparition des méthodes modernes de la planification familiale, l'émergence du VIH-Sida, les démographes commençaient à s'intéresser aux études sur les comportements sexuels à risques. Feldman Douglas et Thomas Johnson (1986) sont les premiers chercheurs en sciences sociales à avoir réalisé une étude sur la sexualité au temps du VIH-Sida. De nature anthropologique, leur travail de recherche a montré que le VIH se transmet par voie sexuelle et sanguine et qu'il touche à la fois les homosexuels et les hétérosexuels. Tenant compte de la recrudescence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) durant ces dernières décennies à travers le monde ; de la mortalité élevée due au SIDA dans certains pays ; et de la vulnérabilité des femmes en matière de planification familiale et de ses conséquences sur leur développement, on note plus en plus l'existence de données quantitatives permettant l'étude des comportements sexuels et reproductifs des hommes, des femmes, des couples etc. Aujourd'hui ces données sont collectées à l'échelle régionale (continents), nationale (pays) et locale (ville, section communale…).

Ce chapitre a pour vocation de présenter toutes les étapes suivies en vue de vérifier notre corps d'hypothèses et d'atteindre les objectifs qui ont été fixés dans ce présent travail. De manière plus précise, dans ce chapitre, il est question de présenter les sources de données que nous avons mobilisées ; d'évaluer leur qualité notamment pour quelques variables clés (âge des enquêté-e-s ; âge à la première relation sexuelle ; âge à la première union) ; et de décrire l'approche méthodologique retenue.

4.1.- Sources de données : une approche mixte

Dans les pays en développement, avant la mise en place du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), les rares données représentatives au niveau national étaient de mauvaise qualité, ce qui représentait un grand obstacle à la production des analyses fines (Kacou, 2018 ; Barbieri, 2012). Haïti, à l'instar d'autres pays du sud, était cruellement confrontée à un manque de données sociodémographiques que les vastes programmes mondiaux d'enquêtes vont combler notamment avec les premières enquêtes mondiales sur la fécondité (EMF, ou WFS, en anglais, pour World Fertility Survey). Exécutées entre 1972 et 1984, les EFM avaient pour objectifs de mesurer le niveau de fécondité, ses variations et ses déterminants, ainsi que d'apporter des éléments d'information sur les connaissances, attitudes et pratiques de contraception (Ayad et Barrère, 1991). En ce qui concerne Haïti, la première EMF a été réalisée en 1977 (Michel, 2014).

Les objectifs de santé ont été joints à ceux de l'EMF pour aboutir, en 1985, au lancement d'un nouveau programme mondial, les EDS (Barbieri, 1993). Mis à part qu'elles mettent en exergue les niveaux et déterminants de la fécondité et de la mortalité, ces enquêtes fournissent des informations sur la situation économique des ménages ; la planification familiale ; les hommes âgés de 15 à 59 ans ; la santé et l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant, et sur certaines maladies transmissibles telles que le paludisme et le VIH/sida (Beninguisse, 2007).

Réalisées un peu partout dans le monde, les EDS constituent la principale source de données disponibles sur le comportement procréateur des femmes dans les pays en développement. Ainsi, en vue de produire des analyses sur les déterminants de la maternité adolescente à Haïti, nous avions recouru aux données de ces enquêtes. Si ces dernières sont fiables, l'on doit admettre qu'elles n'abordent pas des sujets comme le vécu des grossesses par les femmes haïtiennes. Donc pour comprendre comment les adolescentes mères à Haïti vivent leur période de grossesse, ces données quantitatives ont été complétées par des entretiens semi-directifs.

4.1.1.- Approche quantitative

La partie quantitative de notre travail s'inspire des données provenant des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). Les fichiers de données individuelles provenant de ces enquêtes réalisées respectivement en 1994, 2000, 2006, 2012 et 2017 ont été traités.

a) Les Enquêtes Démographiques et de Santé

Devant le succès de l'EMF, en 1984, l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) avait financé un nouveau programme, de même type, les EDS (Cantrelle, 1995). L'exécution et la gestion des EDS ont d'abord été confiées à l'lnstitute for Resource Development,

puis à Macro International. Soulignons que ces enquêtes bénéficient également de contributions d'autres bailleurs de fonds ainsi que du financement des pays participants.

À Haïti, les EDS sont conduites par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE). C'est l'un des rares pays où elles ne sont pas réalisées par l'Institut national de Statistique (IHSI). Néanmoins, l'IHE bénéficie de l'assistance technique de l'IHSI dans l'élaboration du plan d'échantillonnage, dans la formation des agents enquêteurs et des agents superviseurs.

b) Instruments de collecte : 4 questionnaires

Lors des Enquêtes Démographiques et de Santé, quatre questionnaires sont utilisés : *questionnaire ménage*, *questionnaire femme*, *questionnaire homme* et *questionnaire pour les biomarqueurs*. Du fait que la fécondité à l'adolescence dans les pays en développement est liée à des inégalités de genre et à des facteurs environnementaux et socio-économiques (Delaunay, 1994 ; Diop, 1995), 3 questionnaires (*ménage*, *homme*, *femme*) ont été utilisés pour l'analyse des données.

Le *questionnaire ménage* permet de collecter des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des ménages interviewés notamment le milieu de résidence, le département de résidence, le nombre de personnes dans le ménage, le chef de ménage, le sexe du chef de ménage, l'âge des membres du ménage, leur niveau d'éducation etc. Ce questionnaire permet aussi d'établir l'éligibilité des individus à interviewer individuellement et de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains indicateurs démographiques.

Le *questionnaire femme* est un questionnaire individuel. Il s'adresse aux femmes âgées de 15 à 49 ans. C'est un questionnaire très dense. En effet, dans les EDS de 1994 et de 2000 réalisées à Haïti, il contenait 9 modules. Au fil du temps, le *questionnaire femme* a été mis à jour. Dans l'EDS de 2006, le module *Autres problèmes de santé* a été ajouté et dans l'EDS de 2017, on trouve le module *Violence sexuelle* (Tableau 7).

Le *questionnaire homme* est une forme simplifiée du *questionnaire femme*. Il concerne les hommes âgés de 15 à 59 ans[42]. Il permet de recueillir des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des hommes, sur la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives par les hommes et sur leur préférence en matière de fécondité.

[42] Dans l'EDS (2017), ils ont considéré les hommes âgés de 15 à 64 ans.

Tableau 7.- Les principaux modules du questionnaire femme

N° du module	Nom du module	Objectifs
1	**Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée**	Ce module informe sur les caractéristiques des femmes de 15-49 ans à savoir leur âge, leur religion, leur niveau d'étude, lieu de résidence etc.
2	**Reproduction**	Ce module fait état de l'historicité des naissances, de la mortalité des enfants, de l'état de grossesse des femmes au moment de l'enquête et de leur connaissance de la période féconde au cours du cycle mensuel.
3	**Contraception**	Ce module nous renseigne sur la connaissance qu'ont les femmes sur les différentes méthodes contraceptives et sur l'utilisation de ces méthodes
4	**Grossesse et soins postnatals**	Ce module nous avise sur l'état de la grossesse et sur les soins que reçoivent les enfants qui sont nés durant les cinq (5) dernières années qui précèdent l'enquête.
5	**Vaccination, santé et nutrition des enfants**	Dans ce module « Vaccination, santé et nutrition des enfants », les femmes ont été interviewées sur la vaccination des enfants, sur leur alimentation, leur poids, leur taille etc.
6	**Mariage et activité sexuelle**	Ce module nous fait part du statut matrimonial, de l'âge au premier rapport sexuel, de l'âge à la première union et de l'activité sexuelle des femmes.
7	**Préférences en matière de fécondité**	Ce module nous éclaire sur le nombre d'enfants désirés par la femme (nombre de garçons/filles désiré-e-s).
8	**Caractéristiques du conjoint et activité économique de la femme**	Le module « Caractéristiques du conjoint et activité économique de la femme » nous renseigne sur les caractéristiques du conjoint de l'enquêtée (âge, occupation, niveau d'éducation, etc.) et l'occupation des femmes.
9	**VIH/Sida et autres infections sexuellement transmissibles (IST)**	Le module « VIH/Sida et autres infections sexuellement transmissibles (IST) » expose le niveau de connaissance des femmes sur le VIH/Sida, les IST et sur les méthodes préventives
10	**Autres problèmes de santé**	Le module « Autres problèmes de santé » porte à la connaissance de la population les autres problèmes de santé qui n'étaient pas pris en compte dans le module 9.
11	**Violence sexuelle**	Le dernier module « Violence sexuelle » nous alerte sur les abus sexuels subis par les femmes et leurs fréquences.

Sources : Rapport EDS 1994, 2000, 2006, 2012, 2017

c) L'échantillonnage dans les EDS : aréolaire et stratifié

L'échantillon utilisé dans les EDS est un échantillon aréolaire[43] stratifié à deux degrés et représentatif tant aux niveaux urbain et rural. Au premier degré, un ensemble de grappes décomposé en milieu urbain et rural a été tiré par la méthode systématique avec probabilité proportionnelle à la taille sur le territoire national à partir de la liste des Sections d'Énumération (SDE)[44] alors qu'au second degré, des ménages ont été tirés. Toutes femmes en âge de procréer (indistinctement) résidant dans les ménages sélectionnés étaient interviewées par la suite. Par ailleurs, dans un sous-échantillon d'un ménage sur 2, tous les hommes âgés de 15 à 59 ans (15 à 64 ans pour l'EDS 2017) ont été également interrogés.

Tableau 8.- Effectifs des ménages et individus enquêtés

Sources de données	Ménages enquêtés	Femmes enquêtées	Hommes enquêtés
EDS 1994	4818	5356	1610
EDS 2000	9595	10159	3171
EDS 2006	9998	10757	4958
EDS 2012	13181	14287	9493
EDS 2017	13405	14371	11110

Sources : Rapport EDS 1994, 2000, 2006, 2012, 2017

d) Couverture des échantillons

Les sources de données mobilisées dans le cadre de ce travail de recherche ont une assez bonne couverture. Nous remarquons une amélioration au niveau des taux de réponse : en 1994, il était estimé à 91.1 % contre 98 % en 2017 (Tableau 9).

Tableau 9.- Taux de réponse selon l'enquête

Sources de données	Enquête ménage			Enquête individuelle femme			Enquête individuelle homme		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
EDS 1994	95.4	99.1	97.5	91.6	96.0	93.8	88.1	93.4	91.1
EDS 2000	99.5	99.0	99.1	97.2	98.1	97.7	93.8	92.4	92.9
EDS 2006	99.5	99.7	99.6	98.7	98.8	98.8	96.6	97.9	97.3
EDS 2012	99.3	99.8	99.7	97.8	99.4	98.7	95.1	98.7	97.3
EDS 2017	99.3	99.9	99.7	98.5	99.2	98.9	96.8	98.7	98.0

Sources : Rapport EDS 1994, 2000, 2006, 2012, 2017

[43] Dans les méthodes d'échantillonnage, la méthode aréolaire consiste à quadriller un territoire ou une population sur lesquels doit porter l'enquête, puis à tirer au sort les aires ainsi délimitées.

[44] Selon l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), une Section d'Énumération dite SDE est « un espace géographique comprenant en moyenne 200 ménages. (ECVMAS, 2012, p 7) ».
Dans les EDS on dit SDE ou grappe.

4.1.1.1.- Évaluation de la qualité des données des EDS

En dépit de toutes les mesures prises par les Instituts de Statistique, les données collectées sur le terrain, notamment dans les pays en développement, sont entachées de nombreuses erreurs provenant de diverses sources (facteur humain, technologique…). Ces erreurs mènent très souvent à des analyses biaisées. C'est pourquoi que Gendreau (1993) suggère d'évaluer la qualité des données recueillies sur le terrain avant d'analyser les informations en profondeur. Autrement dit, avant de procéder à l'analyse des données, les utilisateurs doivent s'assurer qu'elles sont légitimes.

a) Examen des taux de non-réponse

Les variables retenues pour l'analyse des données doivent être renseignées dans la mesure où un taux considérable de non-réponse peut avoir des impacts négatifs sur la qualité des informations recueillies sur le terrain. Les données manquantes dues à la non-réponse pourraient avoir des répercussions sur les estimations que les utilisateurs de ces données auraient à réaliser. Ainsi, lorsque dans un même échantillon, les interviewés ayant répondu aux questions et ceux n'ayant pas répondu ont des caractéristiques différentes, il en résulte que les estimations basées sur les seules réponses obtenues ne seraient pas fiables (Brilhault et Caron, 2016 ; Santin, 2015 ; Giraldo et Dalla Zuanna, 2006).

Dans les enquêtes ou dans les recensements, il existe 2 types de non-réponse : partielle et totale. On entend par non-réponse partielle lorsque l'interviewé décide de ne pas répondre à toutes les questions qui lui sont posées. Les raisons seraient diverses : mauvaise compréhension des questions posées par l'agent enquêteur ou recenseur, abandon de l'enquête, entre autres (Firdion, 2012 ; Rousseau, 2011). Par contre, on entend par non-réponse totale lorsque l'individu sélectionné n'a pas participé à l'enquête, ce qui serait dû à un refus de sa part ; à la perte ou la destruction du questionnaire et à l'incapacité de l'individu à répondre au questionnaire (Chauvet, 2015 ; Mercklé et Octobre, 2015 ; Frippiat et Marquis, 2010).

Avant de procéder à l'analyse des données, les non-réponses sont généralement corrigées. Pour ce qui est de la non-réponse partielle, on utilise la méthode d'imputation. Alors que la correction des non-réponses totales se fait par la méthode de repondération (Brasseur et *al.* 2015 ; Mercklé et Octobre, 2015 ; Giraldo et Dalla Zuanna, 2006). Dans le cas des Enquêtes Démographiques et de Santé, les corrections ont été déjà portées sur la non-réponse totale. Il ne nous reste donc qu'à évaluer le taux de non-réponse pour les différentes variables sélectionnées dans le cadre de ce travail de recherche. Soulignons que le choix des variables explicatives s'est fait en s'appuyant sur l'abondante littérature sur les facteurs explicatifs de la fécondité adolescente et sur le contexte socio-économique à Haïti.

Il ressort que depuis l'EDS 2000, les taux de réponse pour les variables retenues sont au-dessus de 95 %. Ces taux de réponse sont très importants pour l'analyse des facteurs influençant la fécondité à l'adolescence à Haïti.

Tableau 10.- Taux de réponse pour les variables sélectionnées

	EDS 1994	EDS 2000	EDS 2006	EDS 2012	EDS 2017
Groupe d'âge	100%	100%	100%	100%	100%
Milieu de résidence	100%	100%	100%	100%	100%
Niveau d'instruction	100%	100%	100%	100%	100%
Religion	100%	100%	100%	100%	100%
Niveau de vie	100%	100%	100%	100%	100%
Statut marital	100%	100%	100%	100%	100%
Âge à la première relation sexuelle	99.8%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%
Âge à la première union	99.8%	100%	100%	100%	100%
Connaissance sur les MC	100%	100%	100%	100%	100%
Connaissance du cycle ovulatoire	100%	100%	100%	100%	100%
Utilisation des MC	100%	100%	100%	100%	100%
Nombre idéal d'enfants	100%	100%	100%	100%	100%
Âge du partenaire	100%	100%	100%	100%	100%
Niveau d'instruction du partenaire	86.2%	92%	96.1%	96.6%	98.9%
Occupation de la répondante	100%	100%	100%	100%	100%
Occupation du partenaire	99.3%	99.9%	99.5%	99.8%	100%

En vue de corriger les valeurs manquantes des variables *âge à la première relation sexuelle*, *âge à la première union*, *niveau d'instruction du partenaire*, *occupation du partenaire*, nous avions utilisé la méthode d'imputation multiple au lieu de la méthode d'imputation unique qui présente un inconvénient majeur.

> *« … du fait qu'une unique valeur imputée ne peut pas représenter toute l'incertitude à propos de la valeur à imputer, les analyses qui considèrent les valeurs imputées de manière équivalente aux valeurs observées en général sous-estiment l'incertitude, même si la non-réponse est correctement modélisée et des imputations aléatoires sont générées* (Donzé, 2001 : 3) »

La technique d'imputation multiple consiste à imputer successivement plusieurs valeurs à chaque donnée manquante. Ainsi, plusieurs fichiers de données complètes sont générés, respectant les caractéristiques de la distribution des données observées (Kouadjo, 2013 ; Bousquet, 2012 ; Azur et *al.* 2011 ; Cotrell et *al.* 2009). Dans notre travail recherche, pour obtenir de meilleurs résultats, la technique d'imputation multi-variable par des équations enchaînées ou *Multivariate Imputation by Chained Equations* (MICE) a été utilisée. Inspirée des travaux de Royston (2004) et d'Oudshoorn et *al.* (1999), la procédure MICE permet de disposer de plusieurs bases imputées tout en tenant compte des éventuelles variabilités dans les variables.

b) Évaluation de la qualité des données sur l'âge des enquêté-e-s

Dans les enquêtes menées à Haïti, les données sur l'âge sont parfois biaisées du fait que bon nombres d'individus ignorent leur date de naissance. Lors de l'EDS de 2017, sur l'ensemble des enfants de moins de 5 ans dans les ménages interrogés, 23 % n'avaient pas de livret de famille. En zone rurale, cette proportion était de 27 % contre 15 % en zone urbaine. Pour expliquer un tel fait, des facteurs sociologiques, culturels et institutionnels sont mis en avant (Mickens, 2019). À Haïti, les textes de loi sont méconnus par une bonne partie de la population que ce soit en milieu rural ou urbain. Après la naissance d'un enfant, les parents ou tuteurs légaux ont 25 mois pour le déclarer au bureau d'état civil. Une fois ce délai arrive à son terme, l'acquisition du livret de famille ne peut se faire que devant le tribunal. Les procédures sont très longues (Bertin et Drogue, 2012).

Logés dans des villes, les bureaux d'État civil sont parfois éloignés de la résidence des parents. Ces derniers (surtout en milieu rural) doivent parcourir de longues distances (avec tous les problèmes de transport) pour immatriculer leurs enfants. L'ouverture du bureau de l'état civil n'est pas toujours garantie (Bertin et Drogue, 2012). Le manque de matériels ralentit le service d'état civil. Les bureaux installés en province sont souvent en pénurie de registres. Se servant de cahiers ou de feuilles blanches en attendant l'arrivée des matériels (parfois après plusieurs mois), les agents d'état civil délivreraient des livrets de famille sans les enregistrer convenablement (Bertin et Drogue, 2012).

Le taux d'analphabétisme et les croyances populaires ne sont pas anodins. Des enfants, notamment en milieu rural, n'ont pas de livrets de famille par le simple fait que les parents ou tuteurs légaux ont peur de divulguer le nom et l'âge de leurs enfants à des inconnus. Avec ces renseignements (l'âge et le nom de l'enfant), ils croient que les enfants pourraient être maraboutés ou ensorcelés par les ennemis de la famille (Bertin et Drogue, 2012). Un autre facteur mis en cause est la déficience de la mémoire pour les évènements reculés lors des EDS avec les questions rétrospectives.

Au regard de tout ce qui précède, l'utilisation des données sur l'âge requiert avant tout une évaluation concernant leur qualité. Des méthodes graphiques et statistiques permettent bien de déceler des erreurs de déclaration au niveau de l'âge des interviewés au moment de l'enquête ou encore de leur âge au moment d'un évènement quelconque (par exemple : la première relation sexuelle).

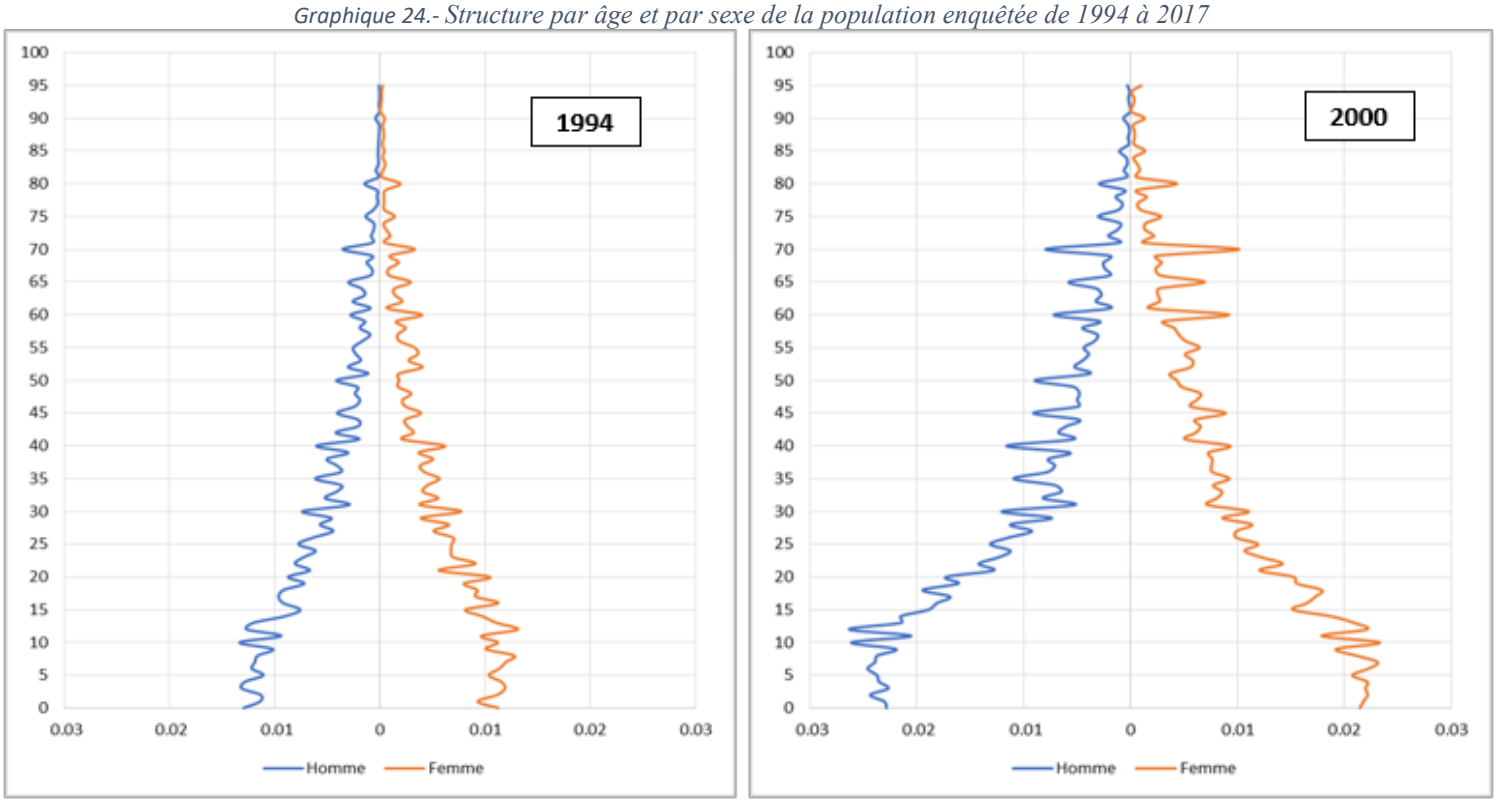
c) Analyse de la structure par âge et sexe de la population

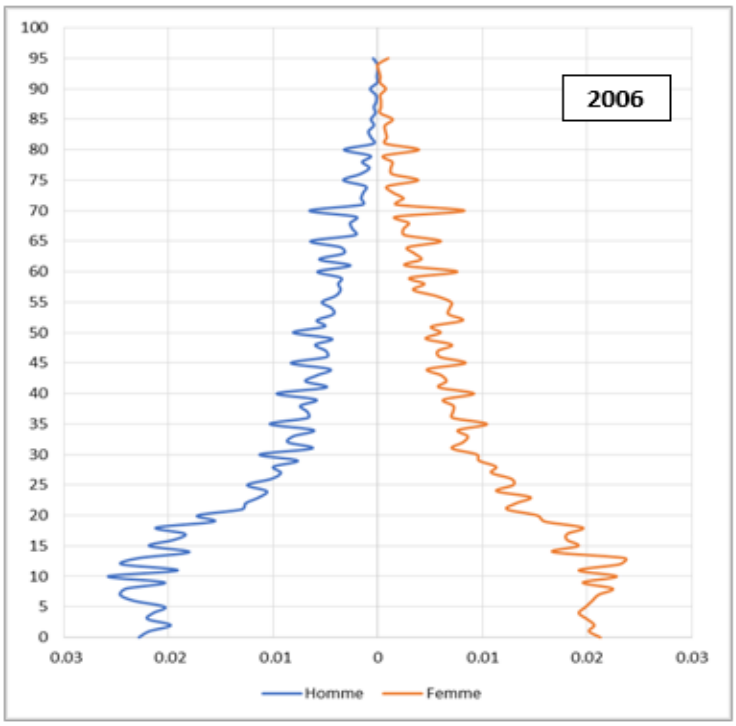
La distribution par âge de la population permet d'évaluer la qualité des données collectées sur le terrain. D'après Gendreau et *al.* (1985), la structure par âge enregistrée au cours d'une enquête est la résultante de l'histoire passée des générations concernées et des conditions de la collecte. La première composante renvoie aux variations passées de la natalité, de la fécondité, de la mortalité et de la migration tandis que la seconde dépend surtout de la nature de la question sur l'âge, du niveau d'instruction des enquêteurs, des valeurs culturelles et du niveau d'instruction des répondants.

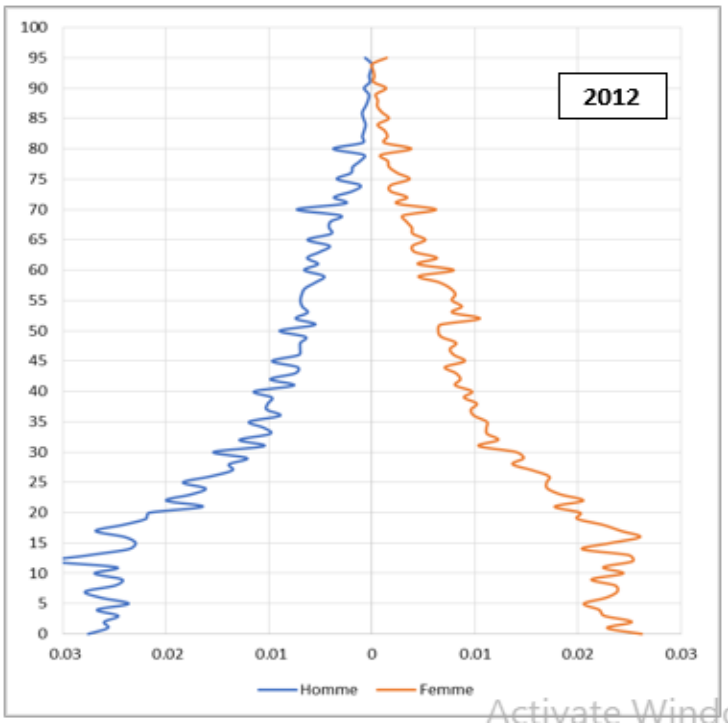
En visualisant les graphiques ci-dessous – réalisés à partir des fichiers ménages (*Household members*) - montrant la répartition de la population selon l'âge et le sexe, nous constatons de fortes irrégularités dans les déclarations. En effet, elles évoluent en dents de scie avec des pics et des creux plus accentués à certains âges. Ces irrégularités peuvent s'expliquer par des attractions (ou répulsions) pour les âges se terminant par 0 et 5 sans distinction.

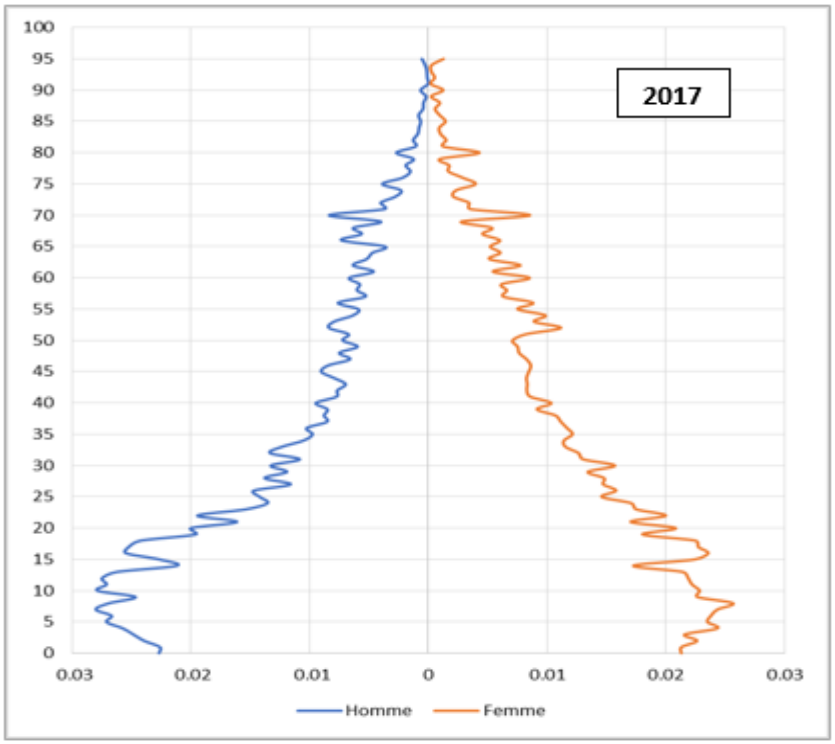
Même si Haïti a connu de nombreuses troubles politiques et de nombreux déplacements de populations durant ces dernières décennies, les effets de ces phénomènes n'ont pas fortement perturbé la structure par âge de la population. Par conséquent, la deuxième composante évoquée par Gendreau et *al.* (1985) expliquerait les irrégularités observées.

Graphique 24.- Structure par âge et par sexe de la population enquêtée de 1994 à 2017









Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des données des EDS réalisées à Haïti entre 1994-2017

Pour détecter l'attraction ou la répulsion des âges ronds, il existe plusieurs méthodes : indice de Whipple, indice de Myers, indice de Bachi et indice combiné des Nations Unies (Gendreau et *al.* 1985). Ces indices permettent de mesurer le degré d'exactitude des âges déclarés et la qualité des informations recueillies. Ainsi, nous calculons l'indice de Whipple couramment utilisé dans les travaux de recherche et celui de Myers qui a l'avantage d'être élaboré.

Calculé pour les 5 EDS, l'indice de Whipple[45] compare les âges de la population qui ont été déclarés se terminant par 0 et 5. Les résultats obtenus pour les indices de Whipple pour les 2 sexes sont de 1.35, 1.32, 1.25, 1.09, 1.03 respectivement en 1994, 2000, 2006, 2012 et 2017 (Tableau 11). Les valeurs associées aux indices de Whipple calculés ci-dessus laissent voir que les répondants avaient une forte préférence pour les âges terminés par 0 et par 5 lors des EDS de 1994, 2000 et 2006 alors qu'en 2012 et 2017 cette préférence était légère (effet aléatoire). Aussi, ces valeurs suggèrent que les données de 1994, 2000 et 2006 étaient grossières et que celles de 2012 et 2017 étaient relativement exactes.

Tableau 11.- Valeur de l'Indice de Whipple selon l'EDS

	EDS 1994	EDS 2000	EDS 2006	EDS 2012	EDS 2017
Total	1.35	1.32	1.25	1.09	1.03
Hommes	1.42	1.41	1.31	1.14	1.04
Femmes	1.29	1.24	1.19	1.05	1.02

Les valeurs obtenues pour les indices de Whipple indiquent également qu'il y a une disparité entre les sexes (Tableau 11). En effet, les âges se terminant par 0 et 5 sont plus attractifs pour le sexe masculin que le sexe féminin. Les valeurs de ces indices montrent également que les données des femmes sont de meilleures qualités que celles des hommes.

Quant à l'indice de Myers, il mesure les préférences (attraction ou répulsions) pour chacun des 10 chiffres possibles. Cet indice présente également l'avantage d'éliminer, au moins en partie, la diminution des effectifs entre deux âges séparés 10 ans, en se servant des effectifs pondérés (Gendreau et *al.* 1985). La valeur de l'indice de Myers varie entre 0 et 180. Autrement dit, les valeurs de cet indice sont d'autant plus élevées que les distorsions dans les données sont importantes (Roger et *al.* 1981). Pour chaque chiffre, le signe négatif du coefficient signifie une répulsion. En revanche, le signe positif traduit une attraction. Les résultats obtenus pour le calcul de l'indice de Myers sont présentés dans le tableau ci-après.

L'indice de Myers pour les 2 sexes vaut 6.93 en 2017, 7.68 en 2012 contre 13.19, 14.68 et 17.71 respectivement en 2006, 2000 et 1994. Ces valeurs, plus proches de 0 que de 180, prouvent qu'il y

[45] La formule pour calculer l'indice de Whipple s'écrit : $I_w = 5\frac{P25+P30+P35+\cdots P60}{\sum_{i=23}^{62} Pi}$

Si $I_w<1.05$, les données sont très exactes
Si $1.05\leq I_w\leq 1.099$, les données sont relativement exactes
Si $1.10\leq I_w\leq 1.249$, données approximatives
Si $1.25\leq I_w\leq 1.749$, les données sont grossières
Si $1.75\leq I_w\leq 1.99$, les données sont très grossières

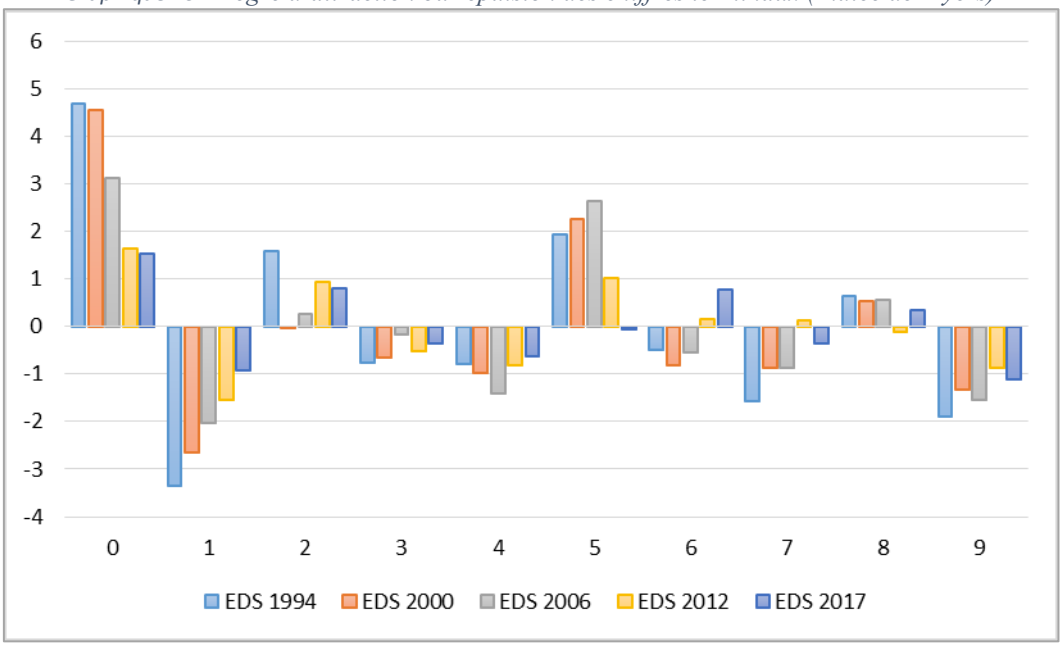
a eu une meilleure déclaration des âges au fil des EDS. L'augmentation du niveau d'instruction de la population serait à l'origine de l'amélioration des déclarations.

Tableau 12.- Valeur de l'Indice de Myers selon l'EDS

Sources de données	Valeur de l'Indice de Myers
EDS 1994	17.71
EDS 2000	14.68
EDS 2006	13.19
EDS 2012	7.68
EDS 2017	6.93

De façon plus spécifique, les données des EDS de 1994 indiquent une préférence pour les âges terminés par 0, 2, 5 et 8. À contrario, nous observons une répulsion pour les âges se terminant par 1, 3, 4, 6, 7 et 9. Le constat est quasi le même au niveau des données provenant des EDS de 2000, 2006, 2012 et 2017 (Graphique 25).

Graphique 25.- Degré d'attraction ou répulsion des chiffres terminaux (Indice de Myers)



Pour le sexe masculin, l'Indice de Myers présente une tendance à la baisse et varie de 18.63 en 1994 à 7.59 en 2019. Pour le sexe féminin, il varie de 16.90 à 6.61 (Tableau 13, ci-après). Nous constatons par ailleurs que dans toutes les EDS, les indices de Myers calculés pour les hommes sont supérieurs à ceux des femmes, ce qui traduit que les âges des femmes semblent être mieux déclarés que ceux des hommes.

En ce qui a trait aux préférences (ou aversions) pour les âges se terminant par chacun des chiffres de 0 à 9, le tableau ci-dessous indique qu'il n'y a pas de grandes différences entre les déclarations des hommes comparativement à celles des femmes.

Tableau 13.- Valeur de l'Indice de Myers selon le sexe

Age	EDS 1994		EDS 2000		EDS 2006		EDS 2012		EDS 2017	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
0	4.90	4.51	5.06	4.06	3.74	2.58	2.19	1.09	1.30	1.74
1	-3.19	-3.49	-2.66	-2.65	-2.04	-2.05	-1.63	-1.45	-1.06	-0.81
2	1.73	1.46	0.22	-0.27	0.40	0.15	0.97	0.90	0.94	0.70
3	-0.71	-0.79	-1.04	-0.31	-0.67	0.26	-0.68	-0.36	-0.13	-0.57
4	-1.17	-0.46	-1.00	-0.94	-1.57	-1.27	-0.93	-0.70	-0.93	-0.35
5	2.34	1.58	2.49	2.05	2.74	2.54	1.16	0.87	-0.27	0.13
6	-0.75	-0.26	-0.82	-0.83	-0.80	-0.32	-0.33	0.58	0.98	0.61
7	-1.61	-1.53	-1.26	-0.52	-0.93	-0.84	0.16	0.11	-0.50	-0.26
8	0.35	0.91	0.53	0.54	0.65	0.48	-0.11	-0.14	0.57	0.12
9	-1.89	-1.93	-1.53	-1.12	-1.51	-1.55	-0.82	-0.90	-0.90	-1.32
IM	18.63	16.90	16.60	13.31	15.06	12.04	8.96	7.10	7.59	6.61

En somme, en considérant les déclarations des âges lors des 5 EDS, nous admettons que ces données sont entachées d'erreurs mais celles-ci ne sont pas très importantes. Toutefois, des techniques ont été mises au point pour contourner les problèmes de mauvaise déclaration de l'âge : le regroupement en classe d'âges, la méthode graphique des distributions cumulées et les moyennes mobiles (Emina, 2005 ; Gendreau et *al.* 1985). Dans notre travail de recherche, le regroupement par classe d'âge a été retenu.

d) Évaluation de la qualité des déclarations sur l'âge aux premiers rapports sexuels

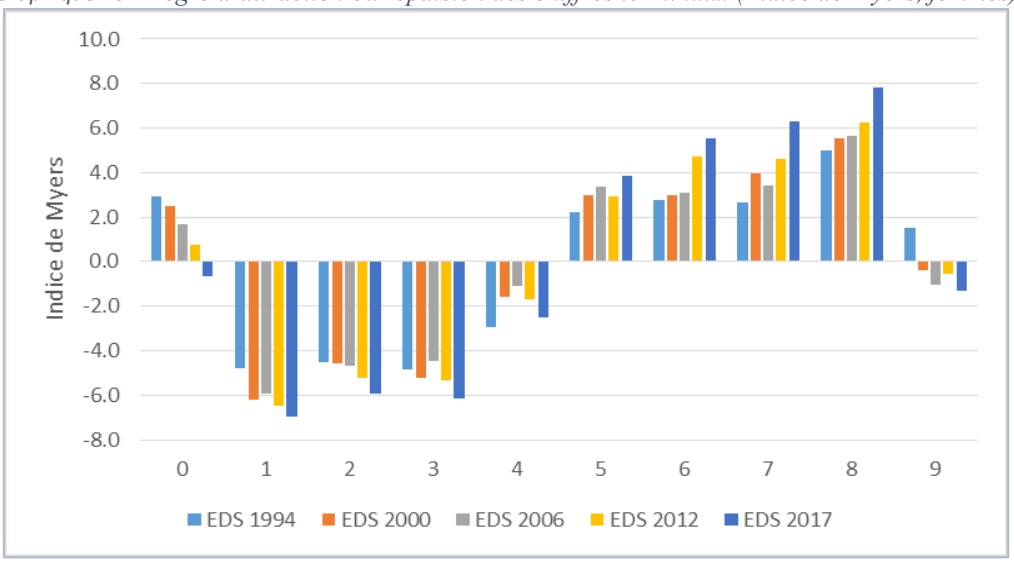
La première relation sexuelle génère un souvenir qui s'oublie rarement (Kacou, 2018). Dans les enquêtes de terrain, les individus, plus particulièrement les femmes, ont toujours du mal à déclarer correctement l'âge auquel ils ont connu leurs premières relations sexuelles. Très souvent, par peur d'être jugés, les répondants augmentent ou diminuent l'âge du premier rapport sexuel afin de se retrouver dans ce qui serait qualifié de comportement normal (Emina, 2005 ; Diop, 1995). Ce constat amène Bozon (2003) à avancer que l'âge à la première relation sexuelle peut être sous-estimé. Deux (principales) difficultés pourraient biaiser cette déclaration : l'incapacité à déclarer l'âge et la tendance à se conformer aux normes et attentes sociales.

Chez les répondants âgés, les déclarations sur l'âge à la première relation sexuelle peuvent être sujettes à des erreurs car ces individus sont plus susceptibles d'avoir des troubles de mémoire. Cependant, chez les jeunes la déclaration de l'âge au premier rapport sexuel diffèrerait selon le sexe. Selon Maillochon et *al.* (2016), les jeunes garçons ont tendance à rajeunir l'âge de leur première relation sexuelle dans le but de mettre en avant leur virilité tandis que les jeunes filles ont

tendance à l'augmenter afin de s'aligner aux normes sociales. Dans un tel contexte, certaines femmes pourraient déclarer qu'elles n'ont pas encore eu de relations sexuelles alors qu'elles sont sexuellement actives.

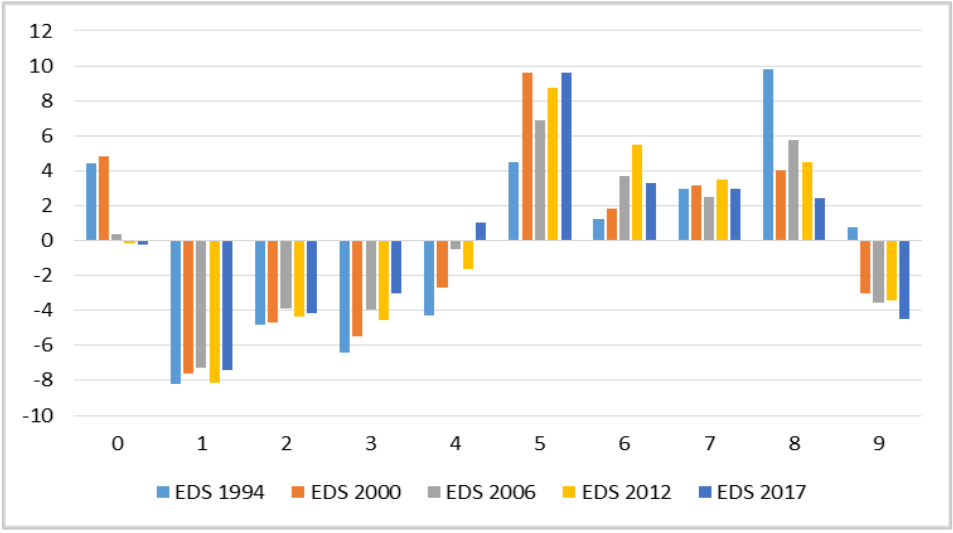
En appliquant la formule de l'indice de Whipple aux données de l'âge au premier rapport sexuel des femmes, nous obtenons les résultats suivants : 1.09 en 1994 ; 0.56 en 2000 ; 1.09 en 2006 ; 1.10 en 2012 et 1.23 en 2017. Les âges se terminant par 0 et 5 étaient donc légèrement attractifs en 1994, 2006, 2012 et 2017 mais répulsifs en 2000. En effet, les indices de Myers confirment en partie ce constat (Graphique 26).

Graphique 26.- Degré d'attraction ou répulsion des chiffres terminaux (Indice de Myers, femmes)



Le graphique ci-après confirme pour sa part que les attractions pour les âges terminés par 5, 6, 7 et 8 ainsi que les répulsions pour les âges terminés par 1, 2, 3 et 4 sont plus prononcées chez les hommes que chez les femmes (Graphique 27).

Graphique 27.- Degré d'attraction ou répulsion des chiffres terminaux (Indice de Myers, hommes)



Toutes ces erreurs relevées au niveau de l'âge des enquêtées et au niveau de l'âge à la première relation sexuelle ne sont pas de nature à mettre en doute la qualité des EDS. La méthodologie utilisée dans ces enquêtes est également éprouvée, mise en œuvre dans de nombreux pays. Elles ont aussi l'avantage de bénéficier de l'expertise des équipes pays notamment les Instituts Nationaux de Statistique et les Ministères de Santé Publique. Les expériences acquises par ces institutions tant dans la formation des agents, la collecte que dans l'exploitation des données permettent de minimiser considérablement lesdites erreurs (Cayemittes et *al.* 2018).

4.1.1.2.- Population cible et variables sélectionnées pour l'étude des facteurs associés à la maternité adolescente

a) Population cible

Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans enquêtées lors des EDS représentent notre population cible. Aussi, elles représentent nos unités d'observation et nos unités d'analyse.

b) Variables sélectionnées

Dans les études abordant la fécondité adolescente dans les pays en voie de développement, l'on aperçoit que c'est un phénomène qui est influencé par des facteurs d'ordres générationnel, culturel, économique et sanitaire (Massugueu Siaka, 2011 ; Tantchou Yakam, 2009 ; Diop, 1995 ; Delaunay, 1994 ; Locoh, 1986). Donc, étant donné qu'Haïti présente presque les mêmes caractéristiques socio-économiques que la plupart de ces pays, les variables explicatives considérées pour étudier les facteurs déterminants de la maternité adolescente à Haïti seront classées en 3 grandes catégories : les variables socioculturelles, les variables sociodémographiques et les variables économiques (Tableau 14, ci-après).

- Variable d'intérêt : Maternité précoce

Créée à partir de la variable « Age at first birth», cette variable stipule si l'interviewée a déjà eu un enfant ou pas avant l'âge de 20 ans. De nature dichotomique, elle prend la valeur 1 si l'enquêtée a fait l'expérience de la maternité adolescente, et 0 sinon.

variables socio-culturelles

- Religion

La religion désigne la doctrine ou les pratiques constituant le rapport de l'homme à la divinité. Elle traduit l'adhésion d'un individu à un culte (Yamaguchi et Kandel, 1987). Ses modalités sont définies ainsi dans ce travail de recherche : sans religion, catholique, protestante, vodouisante et autre si l'interviewée n'adhère à aucune des religions sus-citées.

- Milieu de résidence
Ce concept désigne le lieu où la femme a été enquêtée. Cette variable présente deux (2) catégories : urbain et rural.

- Niveau d'éducation de l'interviewée
Le niveau d'éducation est une variable importante à cause des changements qu'elle induit dans les comportements sexuels des individus. La scolarisation a été identifiée dans plusieurs travaux sociologiques ou démographiques comme étant un facteur de modernisme et d'affranchissement des valeurs et normes traditionnelles (Tantchou Yakam, 2009 ; Delaunay, 1994). Elle va de pair avec l'adoption des valeurs occidentales. Dans les EDS, cette variable est évaluée par le plus haut niveau d'instruction atteint. Ainsi, dans notre travail, elle comprend quatre (4) modalités : sans instruction, primaire, secondaire et supérieur.

- Niveau d'éducation du partenaire
Contrairement à la variable précédente, elle a cinq (5) catégories : sans instruction, primaire, secondaire, supérieur et ne sait pas. Cette dernière modalité concerne les femmes qui ne connaissent pas le niveau de leur partenaire.

- Connaissance du cycle ovulatoire[46]
Évaluant le niveau de connaissance des femmes interviewées sur le cycle ovulatoire, cette variable a trois (3) modalités : pas de connaissance, connaissance douteuse (si l'enquêtée a des connaissances mais ne maîtrise pas parfaitement le cycle ovulatoire) et bonne connaissance.

- Connaissance des méthodes contraceptives
Il a été prouvé par Doumkel (2012) que les femmes ayant des connaissances sur les méthodes contraceptives courent moins de risque d'être mères que celles qui n'ont aucune connaissance. Dans notre travail, cette variable est dichotomisée : oui (Si l'enquêtée a des connaissances sur les méthodes contraceptives utilisées à Haïti) ; non : Si elle n'a aucune connaissance sur les méthodes contraceptives.

- Utilisation des méthodes contraceptives
Retraçant le comportement des femmes interviewées à utiliser les méthodes contraceptives lors des rapports sexuels afin d'éviter les grossesses adolescentes ou non désirées, cette variable compte 3 modalités : méthodes modernes, méthodes traditionnelles[47] et aucune méthode.

[46] Cette connaissance n'a pas été testée dans les EDS.
[47] Les méthodes traditionnelles renvoient aux pratiques liées à l'abstinence sexuelle périodique ou à des techniques dans la pratique sexuelle. Parmi ces méthodes, nous pouvons citer : le retrait surtout pratiqué par les hommes et qui consiste à se retirer du vagin de la femme juste avant l'éjaculation ; la continence périodique qui consiste à éviter tout rapport sexuel pendant les périodes proches de l'ovulation chez la femme.

- Exposition aux médias

Cette variable construite à partir de trois variables (regarde la télévision, lecture des journaux/magazines et écoute la radio) prend la valeur 0 si la femme n'est exposée à aucun média, 1 si elle est exposée à au moins un média. Cette variable s'avère importante, en ce sens que, dans le cadre de la prévention des IST et des maternités précoces, les médias constituent un puissant outil d'informations pouvant toucher un grand public.

Variables socio-démographiques

Avant d'opérationnaliser les variables sociodémographiques de l'étude, il est bon définir les notions *ménage* et *chef de ménage*. Selon l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (RGPH, 2003), le ménage est formé par « un ensemble de personnes apparentées ou non qui habitent le même toit, qui prennent leurs repas ensemble et qui participent dans les dépenses du ménage » et le chef de ménage est « la personne dont l'autorité est reconnue par tous les autres membres du ménage ».

- Relation avec le chef de ménage

C'est le lien qui unit la répondante et le chef de ménage. Cette variable a 4 modalités : cheffe de ménage, si l'enquêtée être la cheffe de ménage ; membre de la famille, si la répondante est liée par le sang avec le chef de ménage ; partenaire, si le chef de ménage est le partenaire de la répondante ; autres, si le chef de ménage est différent des modalités citées ci-dessus.

- Sexe du chef de ménage

Par définition le sexe est l'ensemble des caractéristiques biologiques qui distinguent l'homme de la femme. C'est une différence physique et constitutive. Cette variable est binaire : masculin et féminin.

- Âge de l'interviewée

C'est l'âge qu'a l'interviewée au moment de l'enquête. C'est une variable qui est présentée (la plupart du temps) sous forme quinquennale (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49).

- Âge à la première relation sexuelle

C'est l'âge de l'interviewée lors de son premier rapport sexuel. C'est une variable continue. Cependant, pour les besoins de certaines analyses, elle a été dichotomisées (16 ans ou moins ; Plus de 16 ans).

- Âge à la première union

L'âge qu'avait l'enquêtée au moment de sa première union. C'est une variable continue. Néanmoins, pour les besoins de certaines analyses, elle a été dichotomisée (Moins de 18 ans ; 18 ans ou plus).

- Statut marital

Cette variable décrit la situation de l'enquêtée en terme de relation sentimentale ou conjugale. Elle présente 5 modalités : célibataire, mariée, concubinage, veuve/séparée/divorcée et autre.

- Nombre idéal d'enfants

Le nombre d'enfants que la répondante souhaite avoir avant de débuter sa vie féconde. C'est une variable continue. Comme les variables âge à la première relation sexuelle et âge à la première union, elle a été dichotomisée pour simplifier certaines analyses.

Variables socioéconomiques

- Niveau de vie

C'est un indicateur de la situation économique des ménages. Il a été construit à partir des informations sur les caractéristiques des logements des ménages (type de logement, type de toilette, matériaux du toit etc.) et les possessions des ménages (radio, télévision, téléphone etc.) au moyen d'une Analyse en Composante Principale (ACP).

L'indicateur de bien-être économique est construit en trois (3) étapes (EDS, 1994-2017). Dans la première étape, il a été créé des partitions de richesse pour les ménages des milieux urbain et rural. Toute modalité d'une variable qualitative de ce sous-ensemble est transformée en variable dichotomique (0 ou 1). Une analyse en composante principale est réalisée avec l'ensemble des variables (dichotomiques ou non) du sous-ensemble pour générer un poids (score ou coefficient) commun pour chaque ménage. Dans une deuxième étape, des poids (score ou coefficient) distincts sont produits pour les ménages du milieu urbain et ceux du milieu rural en utilisant des indicateurs spécifiques à chaque milieu.

La troisième étape combine les scores communs et scores spécifiques à chaque milieu afin de produire un indice de bien-être à l'échelle nationale en utilisant une régression sur les scores factoriels communs. Les scores qui en résultent sont standardisés selon une distribution normale standard de moyenne 0 et d'écart type 1 (Gwatkin et *al.* 2000). On attribue à chaque ménage un score pour chaque bien et on fait la somme de tous les scores par ménage. Les ménages sont alors classés par ordre croissant de score total et divisés en 5 catégories d'effectifs égaux appelés quintiles. On établit ainsi une échelle : Poorest, Poorer, Middle, Richer, Richest. Dans notre travail de recherche, cette variable présente trois classes :

1. Pauvre : Si le répondant appartient à un ménage se trouvant dans les deux quintiles les plus pauvres.
2. Moyen : Si le répondant appartient à un ménage se trouvant dans le quintile moyen.

3. Riche : Si le répondant appartient à un ménage se trouvant dans les deux quintiles les plus riches.

- Occupation de l'enquêtée/partenaire

Ces variables nous font part de l'activité économique de l'interviewée et du partenaire. Elles présentent les mêmes modalités : avoir une activité génératrice de revenus ; ne pas avoir une activité génératrice de revenus.

Tableau 14.- Liste de quelques variables sociodémographiques pour l'analyse des données

Nom de la variable	Modalités	Typologie de la variable
Maternité adolescente	1. Oui 0. Non	Nominale
Milieu de résidence	1. Urbain 2. Rural	Nomiale
Age de l'enquêtée	1. 15-19 ans 2. 20-24 ans 3. 25-29 ans 4. 30-34 ans 5. 35-39 ans 6. 40 ans ou plus	Ordinale
Religion	1. Chrétien 2. Non chrétien	Nominale
Niveau d'éducation	1. Sans instruction 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur	Ordinale
Statut marital	1. Célibataire 2. Marié.e 3. Concubinage 4. Divorcé.e/Séparé.e	Nominale
Connaissance du cycle ovulatoire	1. Bonne connaissance 2. Connaissance douteuse 3. Mauvaise connaissance 4. Ne sait pas	Ordinale
Age à la première relation sexuelle	1. 16 ans ou moins 2. Plus de 16 ans	Ordinale
Age à la première union	1. 16 ans ou moins 2. Plus de 16 ans	Ordinale
Nombre idéal d'enfants	1. Moins de 3 enfants 2. 3 enfants ou plus	Ordinale
Niveau de vie	1. Pauvre 2. Moyen 3. Riche	Ordinale

4.1.2.- Approche qualitative pour étudier le vécu de la grossesse adolescente

Pour étudier le vécu de la grossesse adolescente à Haïti, la méthode d'entretiens individuels semi-directifs a été privilégiée pour plusieurs raisons. Premièrement, les questions autour du vécu de la grossesse à un âge (aujourd'hui) jugé inopportun par la société sont très sensibles et peuvent rappeler des moments douloureux, de ce fait, il paraît très inconfortable pour les adolescentes/jeunes femmes adultes/femmes adultes de s'exprimer en présence des proches ou d'inconnus. Deuxièmement, elle garantit la spontanéité et offre aux interlocuteurs une certaine liberté sans être contraints par des questions fermées (Imbert, 2010).

4.1.2.1.- Groupes sociaux interrogés et processus de sélection des individus

Cinq groupes sociaux ont été mobilisés : les femmes qui avaient connu une grossesse à l'adolescence; les parents/proches de jeunes filles qui sont déjà tombées enceintes à l'adolescence ; les partenaires d'adolescentes enceintes souvent négligés dans les travaux scientifiques sur la grossesse adolescente ; les autorités religieuses (prêtres, pasteurs, *Oungans* ou prêtres vodou) du fait qu'elles prônent l'abstinence avant le mariage et les personnels de santé travaillant dans les institutions œuvrant dans les programmes de lutte contre les grossesses adolescentes. Hormis cela, en vue d'avoir un public assez varié, un ensemble de critères tels que : l'âge, le département de résidence, la commune de résidence, la zone de résidence (urbain/rural), le niveau d'éducation, la religion, le statut marital, le statut socioéconomique, a été préalablement défini pour la sélection des interviewés. À titre informatif, aucun critère de sélection n'a été utilisé pour le groupe des personnels de santé. Étant donné que leurs emplois du temps sont très chargés et le contexte de pandémie actuelle (Covid-19), il a été décidé de mener des entretiens avec ceux/celles qui étaient disponibles et disposé-e-s à nous répondre.

4.1.2.2.- Élaboration des guides d'entretiens

Dans l'optique de donner la parole à tous les groupes sociaux, de croiser leurs discours pour détecter des points de ressemblance et de divergence et aussi de comparer l'évolution de certaines réalités à travers le temps, cinq (5) guides d'entretiens ont été élaborés.

a) Guide d'entretiens des femmes qui ont déjà donné naissance ou qui sont (au moment de l'enquête) tombées enceintes à l'adolescence

Le guide d'entretiens pour le groupe des femmes renfermait 8 grands modules (Annexe) :

1. Dans le module *Identification* figurent des questions sur les caractéristiques socio-économiques des interviewées. À partir de ces informations, nous avions pu dresser le profil des interlocutrices.

2. Le deuxième module intitulé *Questions spécifiques aux parents au moment de la grossesse* saisit des informations sur le niveau d'étude des parents ou des personnes en charge des femmes qui ont déjà donné naissance ou qui sont tombées enceintes à l'adolescence ; sur la relation qui existait entre elles et leurs parents/personnes en charge avant leur grossesse et sur leur éducation sexuelle.
3. Le module 3, organisé sous la thématique de *Connaissance du cycle ovulatoire et des méthodes contraceptives et le nombre de partenaires*, collecte des informations sur le niveau de connaissances des femmes enceintes/mères à l'adolescence, sur le cycle ovulatoire et les différentes méthodes contraceptives avant/après la grossesse ; sur la fréquence des relations sexuelles ; sur le nombre de partenaires avant la grossesse, entre autres.
4. Le quatrième module *Apparition de la grossesse* fournit des informations sur l'utilisation des méthodes contraceptives par nos interlocutrices avant leur grossesse et sur le statut de leur grossesse (voulue ou accidentelle).
5. Le module 5 *Comportements des parents et proches* regroupe des questions sur la réaction des parents/personnes en charge face à la grossesse des adolescentes.
6. Le sixième module concerne le *Comportement des partenaires après* l'annonce de la grossesse par les interviewées.
7. L'avant dernier module *Comportement des autorités religieuses* nous éclaire sur le comportement des autorités religieuses envers les interviewées à l'apparition de leurs grossesses.
8. Enfin, le module *Comportement des personnels de santé travaillant dans les institutions prenant en charge les adolescentes enceintes* nous permet de recueillir des informations sur la réaction des personnels de ces institutions vis-à-vis de nos interlocutrices quand elles ont connu la grossesse.

b) Guide d'entretiens pour les parents

Ce guide d'entretiens comprend environ une dizaine de questions portant sur la relation entre les parents et les adolescentes ; sur leurs réactions quand ils ont appris la grossesse de leurs filles et sur la représentation d'une grossesse adolescente à l'époque où ils étaient eux-mêmes adolescents.

c) Guide d'entretiens pour les hommes

Les questions qui ont été posées au groupe de partenaires étaient plus en rapport avec leurs comportements sexuels avant la survenue de la grossesse de leur partenaire ; leurs réactions quand ils ont appris la grossesse de leur partenaire et aussi sur leurs relations avec les parents des adolescentes avant et après la grossesse.

d) Guide d'entretiens pour les religieux

Dans ce guide d'entretiens, ont été listées des questions sur la représentation de la grossesse adolescente par les autorités religieuses à Haïti.

e) Guide d'entretiens pour les personnels de santé

Le guide d'entretiens dédié au personnel de santé était destiné à collecter des informations sur l'accueil réservé aux adolescentes enceintes et les dispositifs mis sur pied pour la prise en charge de ces dernières.

4.1.2.3.- L'instabilité politique à Haïti et la pandémie du Covid-19 : recours aux entretiens téléphoniques

L'instabilité politique à Haïti et la crise sanitaire (Covid-19) à laquelle le monde est confronté actuellement ont complètement changé notre méthodologie. En fait, il a été programmé de concert avec mon directeur de recherche de commencer mon terrain au début de l'année 2020 mais avec les tensions politiques qui subsistaient dans le pays, j'ai été contraint de repousser la date de mon départ sur le terrain. Une bourse de mobilité provenant de l'Institut du Genre dans le cadre de sa campagne de financement de missions de recherche à l'étranger « Mobilité des jeunes chercheurs » m'a même été octroyée ; cependant, comme Haïti faisait partie de la liste des pays déconseillés par le ministère des Affaires étrangères français, ma demande de mission a été refusée par le Fonctionnaire Défense et Sécurité du CNRS (voir lettre en Annexe). Mon terrain de recherche a été reporté pour mars 2020, malheureusement avec la pandémie du covid-19 qui a forcé la France a fermé ses frontières, il a été avorté une seconde fois. D'où un retournement vers la méthode des entretiens semi-directifs par téléphone (via les applications whatsapp, skype et zoom).

4.1.2.4.- Réalisation des entretiens : boule de neige

Le recueil des informations s'était étalé sur 17 semaines allant du 9 mars au 5 Juillet 2020. Pour nouer les contacts avec mes enquêtés, nous avons utilisé nos réseaux professionnels et amicaux au pays[48]. Force est de reconnaître que ces derniers réseaux professionnels n'étaient pas suffisants. Pour arriver à obtenir un nombre d'entretiens assez conséquent, la méthode de boule de neige a été adoptée. En demandant à Koronda, une de nos interlocutrices, si elle connaissait des femmes qui étaient tombées enceintes à leur adolescence, elle a pu nous mettre en contact avec sa cousine Bulariz. Comme le souligne Godfroid (2012), « *le chercheur doit utiliser tout ce qui est en son pouvoir pour atteindre ses objectifs* ».

[48] De décembre 2013 à Juin 2015, je travaillais à l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) à titre de statisticien d'enquêtes. Cela étant dit, j'ai participé à la supervision de beaucoup d'enquêtes de terrain dans les différentes communes du pays. Mes expériences de terrain avec l'IHSI ont grandement contribué à élargir mon réseau professionnel et amical.

Au cours des premiers échanges avec chacun de nos interviewés, nous avions bien pris le soin de leur présenter l'objectif de l'enquête et les différentes thématiques qui seront abordées lors des entretiens. Il leur a été aussi mentionné qu'ils étaient libres de ne pas répondre à certaines questions posées ; de faire des pauses ; des reports et des interruptions si nécessaire. Cela étant dit, les entretiens ont été effectués sur la base du volontariat sans exercer aucune contrainte ni pression.

Même si la question éthique a été introduite lors des négociations avec les nombreux groupes, elle fut systématiquement reprise avant les entretiens. L'idée était de faire en sorte que tous les interlocuteurs soient à l'aise afin de tirer le maximum d'informations. D'ailleurs, ils savaient que leurs noms seraient remplacés par des noms fictifs et que les entretiens allaient être retranscrits et faire l'objet de publications.

Tout au long des entretiens, il fallait essayer de gagner davantage la confiance de nos interlocuteurs afin qu'ils se laissent guider. Certaines fois, il fallait essayer de recadrer, avec politesse, la discussion quand ils prenaient le dessus et sortaient du cadre de la discussion. Tandis que parfois, il n'était pas nécessaire de faire trop de relances, car ils pouvaient trouver cela impoli de ma part. En outre, il fallait essayer de déjouer l'image de la « bonne réponse » (Godfroid, 2012) ; une question pouvait être posée à plusieurs reprises sous différentes formulations lorsque les propos de l'interlocuteur laissaient des doutes.

4.1.2.5.- Bilan de la collecte : *plus d'une vingtaine d'entretiens*

De mars à Juillet 2020, nous avons réalisé au total 26 entretiens[49] dont 14 avec le groupe des femmes qui ont été enceintes à l'adolescence ; 3 avec le groupe des parents ; 4 avec les partenaires ; 3 avec des professionnels de santé et 2 avec les autorités religieuses. Nous proposons ci-dessous un tableau avec les caractéristiques sociodémographiques de quelques interlocutrices.

Tableau 15.- Caractéristiques sociodémographiques de quelques interlocutrices

No	Nom (fictifs)	Âge (en année)	Lieu de résidence (au moment de la grossesse)
1	Mamoune	25	Carrefour
2	Esther	26	Tabarre
3	Tite	25	Cité Soleil
4	Magalie	26	Croix-des-Bouquets
5	Ti Marie	25	Delmas
6	Carline	28	Pétion-Ville
7	Nathalie	26	Port-au-Prince
8	Betina	18	Cabaret
9	Bulariz	21	Saint-Marc
10	Koronda	21	Saint-Marc

[49] Des entretiens ont été écartés en raison d'abandons et de refus.

11	Chanounoune	34	Gonaïves
12	Christina	20	Cabaret
13	Benita	52	Carrefour
14	Lisbeth	28	Gressier

4.1.2.6.- Retranscription et analyse des données

Les entretiens enregistrés à l'aide de mon appareil téléphonique et/ou de mon ordinateur ont été retranscrits intégralement d'abord en Créole puis, par la suite en Français. Ces entretiens ont été relus afin de s'assurer qu'ils ont été restitués le plus fidèlement possible.

4.1.2.7. Difficultés rencontrées : mon statut d' « *homme* »

Le fait de résider en France a été un handicap pour mon travail de recherche. Durant la période de négociation des entretiens, 6 personnes contactées voulaient être rémunérées pour leurs entretiens car pour elles, vivre dans un pays développé signifie avoir beaucoup d'argent. En décrivant minutieusement l'objectif de la recherche et l'importance de ce travail pour la communauté Haïtienne, 2 d'entre elles ont décidé de m'accorder l'entretien et les 4 autres, malgré de nombreuses relances, ont été catégoriques sur leurs décisions. Payer pour obtenir des entretiens est contraire aux principes éthiques de la recherche. Mais depuis le tremblement de terre du 12 Janvier 2010, il y a des ONG qui, afin d'obtenir des informations dans certaines zones, avaient payé les participants. Cette pratique, qui commence à s'implanter de plus en plus dans le pays, serait un blocage pour la recherche.

Mon statut d'« homme » posait aussi des problèmes à certaines interlocutrices surtout celles qui avaient plus de 30 ans. En abordant les questions sur la sexualité, elles étaient réticentes. J'essayais constamment de les rassurer en affirmant que ces informations seraient confidentielles et que leurs noms seront remplacés par des noms d'emprunts. En effet, à Haïti, culturellement les femmes n'aiment pas discuter de la sexualité avec les hommes. De plus, une femme qui avoue à un homme qu'elle est sexuellement active serait assimilée à une *femme chaude*.

Les problèmes de connexion internet (à Haïti) dus à un faible débit étaient assez fréquents. Au cours des entretiens, il y avait beaucoup de coupures. Parfois, certains entretiens ont été reportés.

4.1.2.8.- Regards réflexifs

Ce travail de terrain (via le téléphone) m'a fait découvrir que la méthode qualitative requiert de la patience et des capacités pour négocier les entretiens. De plus, j'ai pu expérimenter que le fait d'appartenir à une société dans laquelle on mène un travail de recherche, a certains avantages comme la langue et les codes de savoir-vivre. Néanmoins, cela ne signifie pas que le chercheur

maîtrise tout à fait l'espace culturel. J'ai été surpris d'apprendre des composantes de la culture haïtienne que j'ignorais.

Enfin, ce travail a augmenté ma capacité à créer des liens avec les gens de ma communauté et d'entrevoir la société d'une autre façon. C'est la première fois que j'ai mené un travail où je me sentais aussi proche de mes interlocuteurs. Cela a même modifié une partie de moi-même. Pour reprendre les mots de Schinz (2002) quand le chercheur pense qu'il va faire le terrain, c'est le terrain qui va le défaire.

4.2.- Méthodes d'analyse

Analyse sur les facteurs explicatifs de la fécondité précoce

Dans une perspective compréhensive, les méthodes et les techniques statistiques postulent dans un premier temps une analyse descriptive simple (tris à plats), dans un second temps une analyse relationnelle et en dernier lieu une analyse explicative.

Dans le cadre de ce travail, presque toutes les variables sont catégorielles. Donc, pour évaluer l'existence d'une relation entre la variable dépendante et les variables indépendantes, nous allons recourir aux tris croisés (tableau de contingence) et au test du Chi-deux (Annexe). Après l'établissement de l'association entre les variables indépendantes et chacune des variables dépendantes, nos données ne nous permettent pas d'utiliser une méthode de régression classique. De ce fait, afin d'identifier la forme et la nature de cette association, nous allons recourir de préférence à des méthodes multivariées (régression logistique, régression de Cox, entre autres) (Annexe). Cette méthode nous permet de faire la description des comportements en utilisant un assez grand nombre de variables prises conjointement.

Il faut noter que pour étudier la primosexualité et la première union, nous allons appliquer les méthodes d'analyse de biographie à savoir les modèles de Kaplan Meier et de Cox (Annexe). Ces méthodes permettront de mesurer l'intensité et le calendrier de la primosexualité et de la première union. Par ailleurs, l'analyse biographie permettra de montrer l'influence des facteurs socio-économiques et culturels sur la primosexualité et l'âge à la première union des femmes haïtiennes.

Analyse du vécu de la grossesse précoce à Haïti

Pour ce qui est du vécu de la grossesse adolescente à Haïti, nous avons privilégié une analyse thématique du contenu (Bertaux, 2005). Cela s'explique par le fait que les données dont dépend cette analyse sont issues des entretiens semi-directifs.

4.3.- Plan d'analyse

Aux chapitres suivants, nous décrirons les principales caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées (chapitre 5) avant d'analyser leur comportement sexuel et reproductif (Chapitre 6) et de faire ressortir les facteurs explicatifs de la maternité adolescente à Haïti (Chapitre 7). Enfin, le dernier chapitre sera consacré à l'analyse du vécu de la grossesse adolescente à Haïti (Chapitre 8).

Conclusion partielle

Ce chapitre consacré à la méthodologie a été découpé en trois grandes sections. Dans la première section, nous avons présenté les approches méthodologiques utilisées pour bien interpréter nos résultats en vue de parvenir à nos objectifs. Pour étudier les déterminants de la maternité adolescente à Haïti, nous avons mobilisé les données des 5 enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalisées à Haïti entre 1994 et 2017. En effet, elles constituent la principale source de données disponibles abordant cette thématique. Par ailleurs, nous avons défini notre population cible qui est composée de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans. Prendre compte l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans nous permettra d'étudier l'aspect générationnel de la maternité adolescente.

Pour ce qui est du vécu de la grossesse adolescente à Haïti, nous avons privilégié la méthode d'entretien individuel semi-directif qui garantit la spontanéité et qui offre aux interlocuteurs une certaine liberté sans être contraints par des questions fermées. De plus, cinq groupes sociaux ont été mobilisés : les femmes qui ont connu une grossesse à l'adolescence; les parents/proches de jeunes filles qui sont déjà tombées enceintes à l'adolescence ; les partenaires d'adolescentes enceintes souvent négligés dans les travaux scientifiques sur la grossesse adolescente ; les autorités religieuses (prêtres, pasteurs, Oungans ou prêtres vodou) et les personnels de santé travaillant dans les institutions œuvrant dans les programmes de lutte contre les grossesses adolescente. Il convient de noter qu'un ensemble de critères (âge, zone de résidence, niveau d'éducation, religion…) a été préalablement défini pour la sélection des interviewé.e.s afin d'avoir un public assez varié.

Dans la deuxième section de ce chapitre, nous avons présenté les techniques d'analyse utilisées. Pour étudier les déterminants de la maternité adolescente, nous aurons à produire des tableaux de

fréquences simples, des tris croisés, des analyses en correspondances multiples (ACM) et des modèles de régression. En ce qui concerne le vécu de la maternité adolescente, nous aurons eu recours à l'analyse thématique du contenu.

Dans la troisième section, nous avons décrit notre plan d'analyse. Nos analyses de données s'étaleront sur 4 chapitres : (1) présentation du profil sociodémographique des femmes enquêtées, (2) Analyse de leur comportement sexuel et reproductif, (3) Analyse des facteurs explicatifs de la maternité adolescente à Haïti, (4) Analyse du vécu de la grossesse adolescente à Haïti.

Grâce à ces données, cette approche mixte, ces techniques d'analyse et ce plan d'analyse, nous estimons pouvoir cerner rigoureusement le phénomène de la maternité à l'adolescence à Haïti.

CHAPITRE 5. ENVIRONNEMENT SOCIO-CULTUREL ET NIVEAU DE VIE DES FEMMES À HAÏTI

« O qu'heureux est celui qui peut passer son âge
Entre pareils à soi ! et qui sans fiction,
Sans crainte, sans envie et sans ambition,
Règne paisiblement en son pauvre ménage !»

Joachim Du Bellay

Introduction

L'ensemble des travaux menés sur le comportement procréateur des femmes à l'adolescence montre que celui-ci est très fortement lié à des facteurs environnementaux et extra-familiaux (Rosen James, 2009 ; Tantchou Yakam, 2009 ; Diop, 1995 ; Delaunay, 1994 ; Hobcraft, 1992). Donc ce premier chapitre d'analyse se donne pour objectif de présenter le contexte général dans lequel évolue les femmes haïtiennes en âge de procréer.

Dans les EDS, de nombreuses variables permettent d'appréhender le cadre de vie des enquêtées. Dans notre travail, elles sont regroupées en variables démographiques (âge du répondant, milieu de résidence, sexe du chef de ménage, relation avec le chef de ménage), culturelles (religion, niveau d'instruction…) et économiques (activité économique, niveau de vie…).

En ce qui concerne l'analyse des données dans ce chapitre, nous avons utilisé les fichiers *ménage*, *femme* et *homme*. À souligner que le fichier *homme* a servi à établir des comparaisons (pour certains indicateurs) selon le sexe. Par ailleurs, nous avons effectué des tris à plats, des tris croisés (test chi-deux, test de proportion, test de comparaison de moyennes) et une analyse des correspondances multiples afin de mieux classifier les enquêtées selon leurs caractéristiques socio-économiques.

5.1.- L'histoire résidentielle à Haïti : une migration interne assez conséquente

De 1994 à 2012, environ 52 % à 56 % des enquêtées provenaient du milieu rural. En 2017, la proportion de femmes interviewées résidant en zone rurale avait atteint 60 % (Tableau 16).

Tableau 16.- Proportion des enquêté.e.s selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	1994		2000		2006		2012		2017	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Urbain	41.9	48.6	35.2	41.5	41.9	48.3	40.1	44.2	40.0	34.2
Rural	58.1	51.4	64.8	58.5	58.1	51.7	59.9	55.8	60.0	65.8
Effectif	1610	5356	3171	10159	4958	10757	9493	14287	14371	11110

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

À l'instar des femmes, les hommes enquêtés sont majoritairement issus du milieu rural. À noter aussi que les proportions des hommes enquêtés en milieu rural sont supérieures à celles des femmes (Tableau 16).

Lorsqu'on considère leur ancienneté dans le milieu de résidence au moment de l'enquête, nous observons que la proportion de femmes qui avaient toujours résidé en zone urbaine est passée de 23.3 % en 1994 à 14.4 % en 2017. À l'opposé, la proportion de celles qui avaient toujours résidé en zone rurale était de 43.7 % en 1994 comparée à 38.5 % en 2017 (Tableau 17).

La proportion de femmes interviewées qui avaient « moins de 10 ans » en milieu urbain est passée de 14.7 % en 1994, 24.6 % en 2006 et 16.8 % en 2017. En sus, en 1994 près de 2 % des femmes déclaraient avoir « 10 ans ou plus » en zone rurale contre 7 % en 2017.

Tableau 17.- Ancienneté dans le milieu de résidence[50]

Milieu de résidence (composite)	1994		2000		2006		2017	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Toujours en milieu urbain	-	23.3	16.5	17.8	13.7	15.5	14.4	14.4
Toujours en milieu rural	-	43.7	51.5	39.4	44.4	34	48.2	38.5
Moins de 10 ans en milieu urbain	-	14.7	11.2	15.8	18.8	24.6	10.8	16.8
Moins de 10 ans en milieu rural	-	4.6	7.1	12.3	8.1	12.2	9.0	13.6
10 ans et plus en milieu urbain	-	10.1	7.0	7.1	8.7	7.4	8.6	8.4
10 ans et plus en milieu rural	-	1.8	5.7	5.8	5.3	4.8	8.0	7
Visiteurs/euses	-	1.9	1.0	1.8	0.9	1.7	0.9	1.2
Effectifs	-	5356	3171	10159	4958	10757	11110	14371

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

La proportion d'hommes enquêtés qui déclaraient avoir toujours résidé en milieu urbain était de 16.5 % en 2000 contre 14 % en 2017. Parallèlement, la proportion d'hommes qui avaient toujours résidé en milieu rural était de 51.5 % en 2000, 44.4 % en 2006 et 48.2 % en 2017.

Ces statistiques sur l'ancienneté des interviewé-e-s dans le milieu de résidence au moment de l'enquête dépeignent l'importance grandissante des mouvements migratoires (inter-régionaux) à l'intérieur du pays (Joseph Duval, 2013 ; Zéphirin, 2008 ; Paul, 2008).

[50] Dans l'EDS (2012), la question sur l'ancienneté des enquêtées dans le milieu de résidence n'avait pas été posée. Dans le fichier de données hommes (1994 et 2012), la variable concernant l'ancienneté n'est pas présente.

Les enquêté-e-s proviennent plus des départements de l'Ouest (y compris l'AMPAP) et du Nord et de l'Artibonite

Les enquêté-e-s (hommes/femmes) sont issu-e-s majoritairement des départements de l'Ouest (y compris l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince), du Nord et de l'Artibonite (Tableau 20). Cela s'explique par la représentativité au niveau départemental de l'échantillon qui est utilisé dans les EDS. Comme il a été déjà mentionné dans le chapitre 2, l'Ouest, le Nord et l'Artibonite sont les départements les plus peuplés à Haïti (IHSI et CELADE, 2007).

Tableau 18.- Proportion des enquêté-e-s (hommes et femmes) selon le département de résidence

Département de résidence[51]	2000		2006		2012		2017	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Aire Métropolitaine/Ouest	24.3	27.9	22.4	26.3	22.2	24.8	21.8	24.3
Sud-Est	8.9	8.4	8.4	7.3	7.1	6.3	7.5	7.1
Nord	12.5	12.1	8.6	9.6	9.2	9.7	9.0	10.0
Nord-Est	8.5	8.7	8.6	8.5	7.2	7.6	7.2	7.6
Artibonite	8.5	9.4	9.4	8.7	8.6	8.0	11.3	12.2
Centre	6.9	7.1	8.1	8.1	7.3	7.2	8.1	7.8
Sud	10.8	9.9	9.0	8.0	8.2	7.5	9.1	8.2
Grand-Anse	11.2	8.9	9.6	7.4	7.9	6.2	8.5	6.5
Nord-Ouest	8.5	7.7	8.6	9.4	7.7	8.0	9.9	10.1
Nippes	-	-	7.5	6.8	7.0	6.2	7.4	6.1
Camps d'hébergement	-	-	-	-	7.7	8.4	-	-
Effectifs	3171	10159	4958	10757	9493	14287	11110	14371

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000-2017

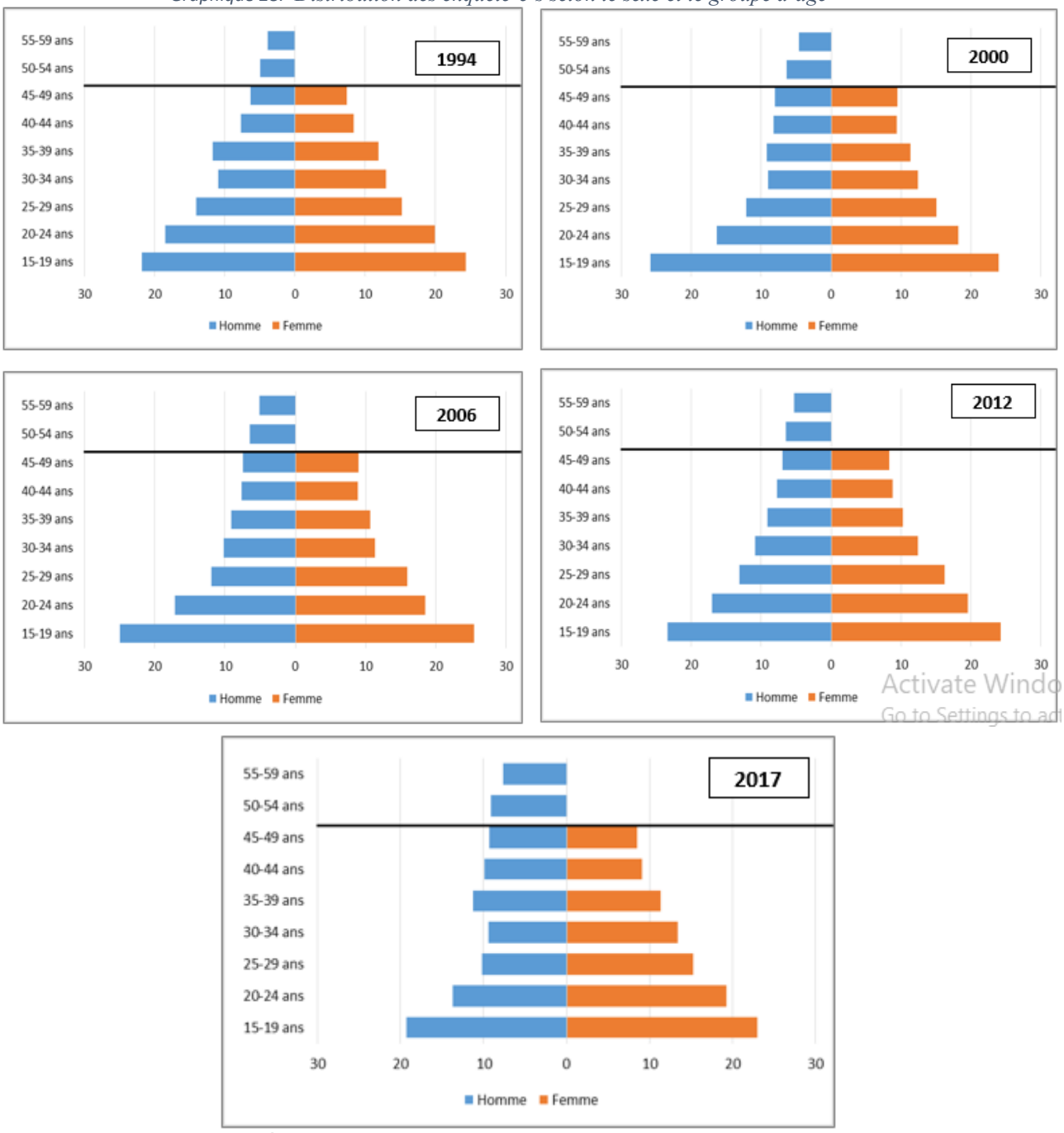
5.2.- Les femmes en âge de procréer sont relativement jeunes

La structure de la population par grands groupes d'âge se caractérise par une proportion importante d'adolescent-e-s et de jeunes adultes. Au regard du Graphique 28 ci-après, il ressort que - lors des EDS (1994 à 2017) - environ ¼ des femmes interrogées sont âgées de 15 à 19 ans (adolescentes) et près de 20 % sont âgées de 20 à 24 ans. Les femmes de 40-44 ans et de 45-49 ans ne représentent même pas 20 % de l'effectif total. En ce qui concerne les hommes, plus de 40 % ont moins de 25 ans et moins de 20% ont 50 ans ou plus.

L'âge moyen des femmes était estimé à 28 ans en 1994, 28.7 ans en 2000, 28.1 ans en 2006 et en 2012 et 28.5 ans en 2017. Pour ce qui est de l'âge médian, il était inférieur de deux ans à l'âge moyen en 1994, 2006 et 2012. Par ailleurs, en 2000 et en 2017, l'écart entre l'âge moyen et l'âge médian était respectivement de 1.7 ans et 1.5 ans.

[51] La variable « département de résidence » n'est pas présente dans les fichiers de données de l'EDS de 1994.

Graphique 28.- Distribution des enquêté-e-s selon le sexe et le groupe d'âge



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Entre 1994 et 2012, les âges moyens et médians des hommes étaient estimés respectivement à 31 ans et à 28 ans. Par contre en 2017, ils étaient évalués respectivement à 34 ans et 33 ans.

Les enquêté-e-s sont plus jeunes en milieu urbain

Les répondant-e-s sont plus jeunes en milieu urbain (Tableau 21). Cette différence d'âge se traduirait en partie par la conséquence des plus hauts taux de fécondité adolescente (forte mortalité des enfants et des jeunes filles) toujours observés en milieu rural (MacDonald et *al.* 2018 ; Chahnazarian, 1992).

Tableau 19.- Âge moyen des enquêté-e-s selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	1994		2000		2006		2012		2017	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
Urbain	27.1	28.5	27.5	28.4	27.4	29.0	27.9	30.0	28.3	32.5
Rural	28.9	31.7	29.5	32.0	29.0	31.9	28.3	31.6	28.7	34.6
T-Student test	p<.05	p<.05	p<.05	p<.05	p<.05	p<.05	p<.05	p<.05	p<.05	p<.05

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

5.3.- La taille et la composition des ménages : une répulsion pour les familles nombreuses ?

Au sens de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI, 2003), un ménage : « *est l'ensemble des personnes apparentées ou non qui vivent habituellement dans un même logement, mettent en commun leurs ressources, partagent leurs repas, et reconnaissent l'autorité d'une même personne appelée chef de ménage. Un ménage est composé soit d'une personne, soit de plusieurs personnes* ». Cette approche du ménage nous rappelle en creux qu'il peut exister des ménages qui ne s'organisent pas autour d'un noyau familial.

De 1994 à 2017, environ 5 % à 7 % des femmes interviewées appartenaient à des ménages composés de moins de 3 personnes. Autre fait, durant cette même période, la proportion de répondantes se trouvant dans des ménages composés de 3-5 membres a cru significativement. Évaluée à 35.1 % en 1994, elle était de plus de 45 % (45.1 %) en 2017 (Tableau 22).

Tableau 20.- Taille des ménages (1994 à 2017)

Nombre de personnes	1994	2000	2006	2012	2017
Moins de 3 personnes	5.6	5.3	5.7	6.6	6.2
3-5 personnes	35.1	38.0	40.4	42.4	45.1
Plus de 5 personnes	59.3	56.7	53.9	51.0	48.7
Moyenne	6.5	6.3	6.1	5.9	5.7
Médiane	6.0	6.0	6.0	6.0	5.0
Effectif	5356	10159	10757	14287	14371

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

D'après Dinka et Cho (2010), la société évoluant, l'idéal de vie et la mentalité des femmes (à travers le monde) évoluent aussi, ce qui les amènerait à opter pour des familles moins nombreuses par rapport à leurs aînées. Pour les nouvelles générations, une femme accomplie à Haïti n'est plus une femme qui a beaucoup d'enfants (Udy, 2016). Les auteurs St-Hilaire (2021) et Dorvilier (2010) soulignent pour leur part que les intentions de fécondité des jeunes haïtiennes seraient dictées par

les images idéalisées véhiculées dans les médias. De ce début de millénaire, dans les films et les séries, la référence symbolique d'un foyer normal est « un père, une mère, deux 2 enfants à la rigueur trois » (l'expansion du modèle *famille nucléaire*).

La séparation des couples ou la restructuration des familles ferait grossir aussi la proportion de femmes appartenant à des ménages composés de 3 à 5 membres. Dans la société haïtienne, c'est à la mère qu'incombe le soin des enfants remplissant à la fois des fonctions d'éducation et de protection. Après le divorce des parents, la garde des enfants est confiée aux femmes sauf dans les cas où les pères s'y opposent par la force et/ou l'obtiennent par la décision du tribunal (Billy et Klein, 2019 ; Lamaute-Brisson et *al.* 2005). En effet, depuis 1994, plus de 25 % des ménages ont des enfants vivant sans leur père ou mère (Institut Haïtien de l'Enfance et ICF, 2018).

Les ménages composés de 3-5 membres sont plus fréquents en milieu urbain alors que ceux composés de plus de 5 membres sont plus présents en milieu rural (Tableau 23).

Tableau 21.- Taille des ménages selon le milieu de résidence

Nombre de personnes dans le ménage	1994		2000		2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Moins de 3 personnes	7.1	4.2	6.9	4.2	7.4	4.2	9.0	4.7	7.7	5.2
3-5 personnes	37.4	32.9	41.6	35.4	42.2	38.7	45.8	39.8	47.8	43.3
Plus de 5 personnes	55.4	62.9	51.4	60.4	50.4	57.1	45.2	55.6	44.5	51.5
Effectif	2604	2752	4221	5938	5196	5561	6321	7966	5755	8616
Moyenne	6.3	6.8	6.1	6.5	6.0	6.3	5.6	6.2	5.6	5.9
T-Student test	p<.05		p<.05		p<.05		p<.05		p<.05	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Dans les zones rurales, mis à part que le taux de mortalité infantile est très élevé, avoir beaucoup d'enfants (processus de remplacement) – un choix ancré dans leurs mœurs - est un indicateur de prestige, de bénédiction et de reconnaissance sociale (UNFPA, 2014 ; Singh et Cohen, 2014 ; Mathieu, 2014 ; Richener et URD, 2013 ; Beaulière et Flori, 2008). Une femme qui n'a pas une descendance nombreuse – dépendamment des mœurs- pourrait être traitée avec dédain et ses vieux jours ne seraient pas assurés (Lamaute-Brisson et *al.* 2005).

Pour finir, il est important de signaler que la proportion de répondantes appartenant à des ménages composés de plus de 5 membres a diminué entre 1994-2017 que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural. Étant donné que le niveau d'instruction des femmes (dans le pays) s'est nettement amélioré en milieu urbain comme en milieu rural (Tableau 23), ceci serait à la base de ce changement (Lamaute-Brisson et *al.* 2005).

5.4.- Le confort des logements : une crise nationale

À Haïti, la crise de logement décrite par le Programme des Nations Unies pour les Établissements Humains (ONU-Habitat, 2012) date depuis les années 1960-1970. Des villes ou espaces destinés à une quantité de logements bien définie se retrouvent aujourd'hui, sous la pression démographique et migratoire, avec 4 ou 5 fois plus de logements (ONU-Habitat, 2015).

Dans les EDS, couvrant la composition du parc de logement, se dégage une prolifération des habitats précaires à Haïti[52]. En 1994, 38.1 % des femmes enquêtées vivaient dans des logements dont le sol était en terre/sable ; 52.9 % vivaient dans des logements dont le sol était en ciment/béton et dans 8 % des cas, le sol du logement était en matériaux plus élaborés (carrelage). Entre 2000 et 2017, il n'y avait pas de réels changements au niveau de ces données. Néanmoins, la proportion de femmes enquêtées vivant dans des logements dont le sol était en carrelage est passée de 3.9 % en 2000 à 7.5 % en 2017 (Tableau 24).

Tableau 22.- Logement des enquêtées selon les matériaux du sol

Revêtement du sol	1994	2000	2006	2012	2017
Terre/Sable	38.1	43.0	33.6	35.0	33.6
Ciment/Béton	52.9	50.0	59.2	53.3	55.4
Carrelage	8.0	3.9	3.5	5.9	7.5
Autres	1.0	3.1	3.7	5.8	3.5
Effectif	5356	10159	10757	14287	14371

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Plus de 70 % des femmes qui résidaient en milieu urbain vivaient dans des logements dont le sol était en ciment/béton. Par contre en milieu rural, la majorité des enquêtées vivait dans des logements dont le sol était en terre battue ou en sable. Les variables *matériaux du sol* et *milieu de résidence* sont dépendantes au seuil de 5 % ($p < .05$). De plus, vu la valeur des v de Cramer (>0.4), la relation de dépendance entre ces deux variables est plus que modérée (Tableau 25).

Tableau 23.- Logement des enquêtées selon les matériaux du sol et le milieu de résidence

Revêtement du sol	1994		2000		2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Terre/Sable	10.1	64.5	16.2	62.1	9.5	56.1	15.5	50.5	9.0	49.9
Ciment/Béton	73.3	33.6	72.9	33.7	80.4	39.4	70.0	40.0	72.4	44.0
Carrelage	15.0	1.4	7.9	1.0	6.4	0.7	10.9	2.0	15.2	2.3
Autres	1.5	0.5	3.0	3.2	3.7	3.8	3.7	7.5	3.3	3.8
Effectif	2604	2752	4221	5938	5196	5561	6321	7966	5755	8616
Test statistique	p<.05 ; v=.574		p<.05 ; v=.472		p<.05 ; v=.506		p<.05 ; v=.409		p<.05 ; v=.458	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

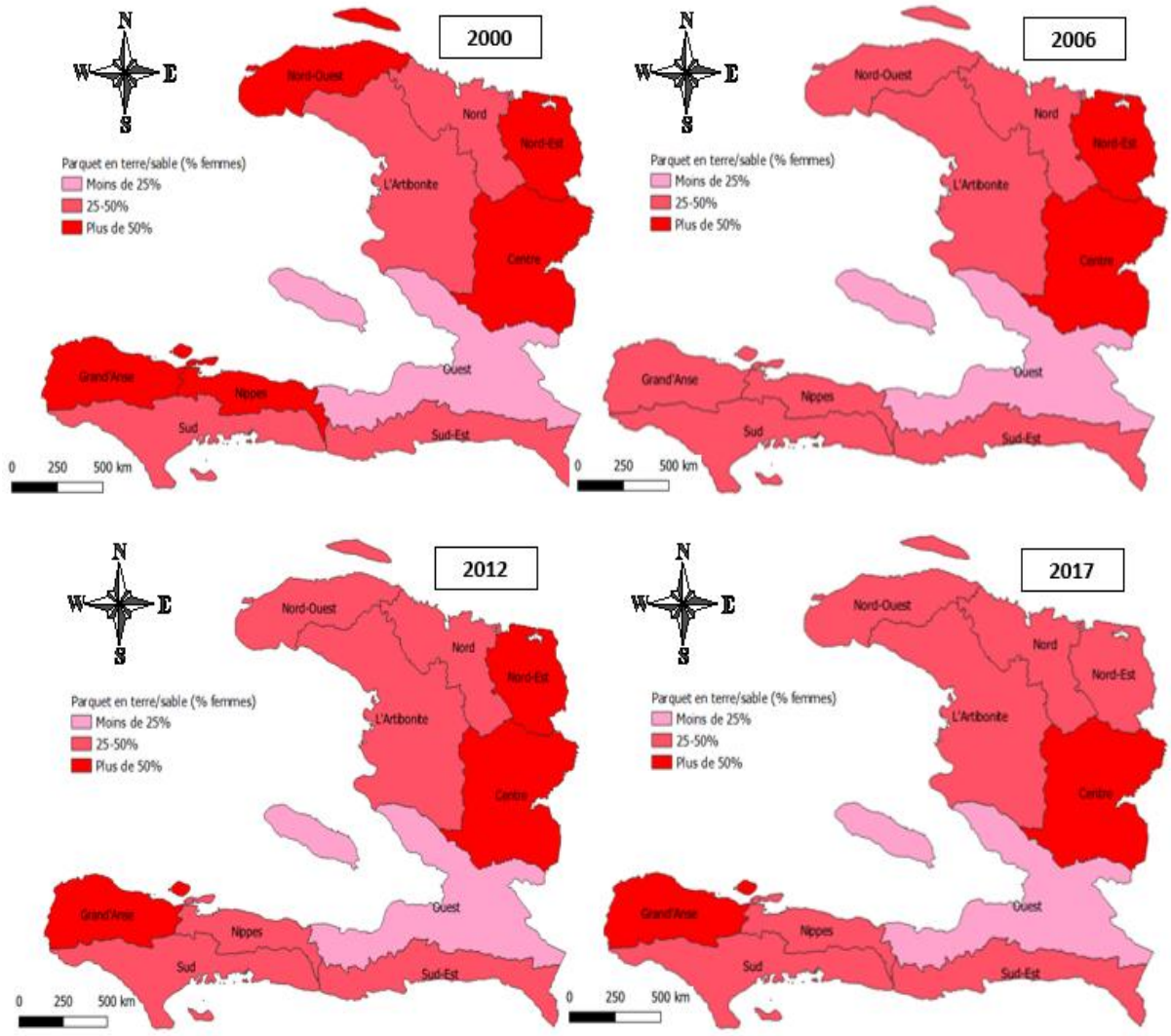
La proportion de femmes résidant dans des logements dont le sol était en terre/sable a diminué dans le temps en milieu rural. Elle était estimée à 64.5 % en 1994 comparée à 49.9 % en 2017 (Tableau

[52] Du parc de logement national, plus de 40 % (41 %) des habitats sont précaires (ajoupas, taudis, forte bidonvilisation, constructions anarchiques) et dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince il est de 54 % (Zanuso et *al.* 2012 ; Paul, 2010).

25). À l'inverse, la proportion de femmes résidant dans des logements dont le sol était en ciment/béton a augmenté (33.6 % en 1994 contre 44 % en 2017). Les inondations récurrentes en zones rurales conduiraient les ménages à opter de plus en plus pour les sols en ciment/béton (CIAT, 2016 ; Corbet, 2014).

En ce qui concerne les départements de résidence, entre 2000 et 2017, nous remarquons que plus de 60 % des enquêtées de l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince vivaient dans des logements dont le sol était en ciment/béton. En revanche, plus de la moitié des femmes issues des départements du Nord-Est et du Centre déclarait vivre dans des logements dont le sol était en terre battue/sable (Carte 6 ; Tableaux A1-A4 en Annexe). Rappelons que l'incidence de pauvreté est estimée à plus de 80 % dans les départements du Nord-est et du Centre (ONPES et Banque Mondiale, 2014).

Carte 6.- Proportion de femmes vivant dans des logements dont le sol était en terre/sable selon le département de résidence [53]



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000-2017

[53] Dans l'EDS de 1994, nous n'avions pas de données disponibles pour les départements de résidence dans le fichier femme.

L'on observe aussi des changements au niveau de certains départements. En 2000, dans le Nord-Ouest et dans le Nord-Est, plus de la moitié des femmes enquêtées se trouvait dans des logements dont le sol était en terre/sable. Tandis qu'en 2017, ces proportions étaient en deçà de 46 % (Carte 6 ; Tableaux A1-A4 en Annexe).

Autres points importants : en 2006, moins de 25 % des femmes issues du département de la Grand-Anse vivaient dans des logements dont le sol était en terre/sable alors qu'en 2012 et 2017, ces proportions étaient supérieures à 50 % (Carte 6). En fait, cela résulterait des dégâts causés par plusieurs cyclones dans le département de la Grand-Anse durant ces dernières années (Jorès Mérat, 2019 ; Zanuso et *al.* 2014).

a) Des murs construits avec de la chaux : l'empreinte coloniale

Les données du tableau 18 nous montrent que lors des EDS 2006-2017, plus de 45 % des femmes interviewées se trouvaient dans des logements dont le mur était en bloc/ciment ; un peu plus de 10 % vivait dans des logements dont le mur était en pierre enduit à la chaux ; un peu plus de 5 % se trouvait dans des logements dont le mur était en bambou (avec de la boue) et environ 7 % à 10 % des femmes étaient dans des logements dont le mur était en palme/canne/tronc (Tableau 26).

Tableau 24.- Matériaux constituant le mur[54]

Type de mur	2006	2012	2017
Canne/Palme/Tronc	10.0	7.9	8.7
Bauge (saleté)	5.2	4.2	3.4
Bambou avec de la boue	8.2	6.7	7.1
Pierre avec de la boue	6.1	3.6	5.1
Ciment/Ciment bloc	51.7	47.6	53.6
Pierre avec de la chaux	12.7	13.6	12.0
Planche	2.8	4.3	3.1
Tente	-	8.7	4.0
Autres	3.2	3.4	3.0
Effectif	10757	14287	14371

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2006-2017

Les murs construits avec de la chaux, de la boue et les murs en palme/canne/tronc étaient très présents durant la colonisation. Étant dépourvus de moyens techniques, les esclaves (qui prenaient la fuite) savaient défricher, aménager la terre pour construire des maisons[55] « *d'aspects minables, bâties avec des piquets fichés en terre, entre lesquels des branchages étaient entrelacés ; la toiture était également faite de branches entrecroisées et recouvertes d'un chaume léger* (Moral, 1957, p 124)». Pour ne pas mourir de froid, « *les murs étaient à l'extérieur, enduits de boue, pour colmater les interstices ; l'intérieur du logis, qu'une porte étroite ne parvenait pas à éclairer, était divisé en deux par une mauvaise cloison de quatre pieds de haut* » (Moral, 1957, p 124).

[54] Il n'y pas de données concernant les matériaux constituant les murs dans la base de données de 1994 et de 2000.
[55] En pleine forêt ou dans les montagnes.

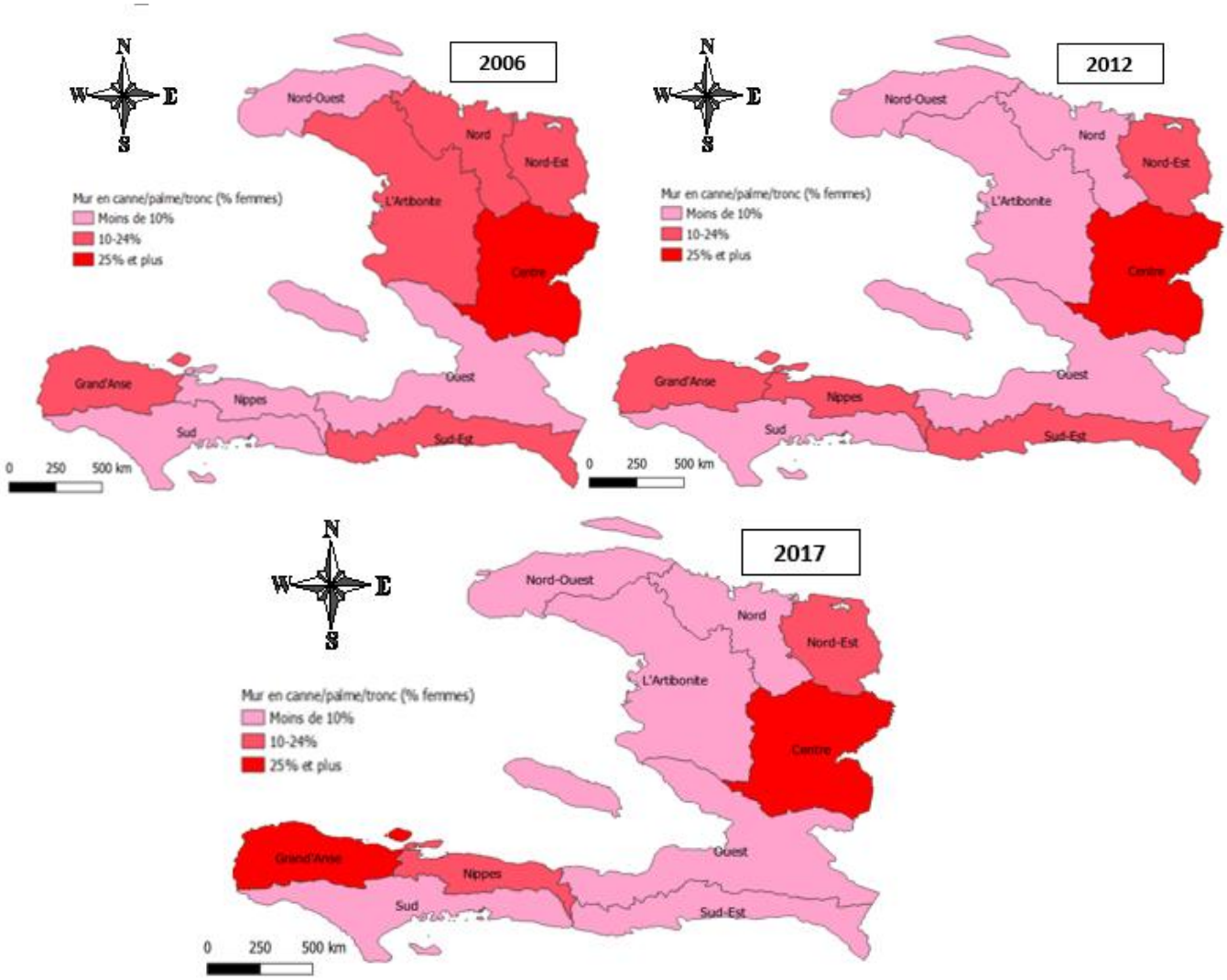
Autres faits : en 2012, 8.7 % des enquêtées vivaient sous des tentes contre 4 % en 2017 (Tableau 27). En effet, après le séisme du 12 Janvier à Haïti, la plupart des familles dont leurs maisons étaient complètement détruites vivait dans des camps d'hébergement sous des tentes (Salome, 2014).

Tableau 25.- Matériaux constituant le mur selon le milieu de résidence

Type de mur	2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Canne/Palme/Tronc	3.3	16.3	1.4	13.0	2.1	13.2
Saleté	1.2	9.0	0.6	7.1	0.6	5.3
Bambou avec de la boue	1.7	14.3	1.2	11.1	1.5	10.9
Pierre avec de la boue	1.3	10.6	0.5	6.1	0.7	8.0
Ciment/Ciment bloc	81.3	24.1	71.0	29.0	81.1	35.2
Pierre avec de la chaux	6.3	18.7	4.3	20.9	5.9	16.1
Planche	1.6	4.0	4.1	4.5	1.8	3.9
Tente	-	-	10.8	7.0	3.4	4.4
Autres	3.4	3.0	6.1	1.3	3.0	3.1
Effectif	5196	5561	6321	7966	5755	8616
Test statistique (chi2)	p<.05 ; v=.591		p<.05 ; v=.536		p<.05 ; v=.473	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2006-2017

Carte 7.- Proportion de femmes vivant dans des logements dont le mur est en terre/sable selon le département de résidence



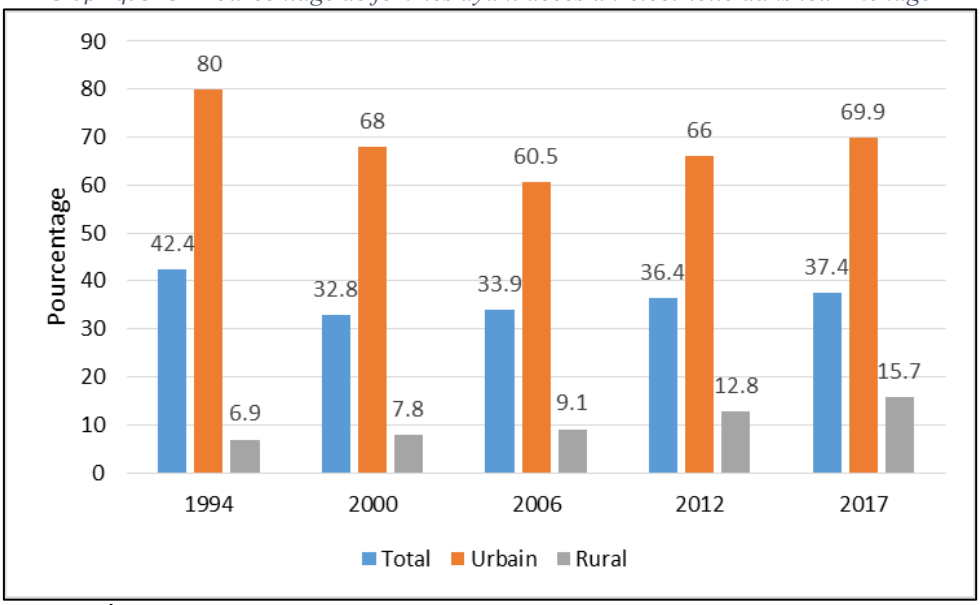
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000-2017

Les logements dont le mur était en canne/palme/tronc et les logements dont les murs étaient construits avec des bambous, de la boue et de la chaux étaient plus présents en milieu rural (Tableau 27) et dans les départements de la Grand-Anse, Artibonite et Sud-Est (Carte 7 ; Tableaux A5-A7, Annexe).

5.5.- L'électricité à Haïti : le plus faible taux dans la région Amérique Latine et Caraïbes

Pour l'ensemble des pays de la région Amérique Latine et Caraïbes (ALC), l'accès à l'électricité est un bien ou un service normal : en Argentine, à Cuba, au Paraguay, au Costa Rica, au Mexique, au Chili, les taux d'électrification sont de 100 % (Banque Mondiale, 2020). Par contre, à Haïti, tous les ménages ne sont pas électrifiés. En 1994, la proportion de femmes enquêtées disposant de l'électricité dans leur foyer était estimée à 42.4 % comparée à 32.8 % en 2000 ; 33.9 % en 2006 ; 36.4 % en 2012 et à 37.4 % en 2017 (Graphique 29).

Graphique 29.- Pourcentage de femmes ayant accès à l'électricité dans leur ménage

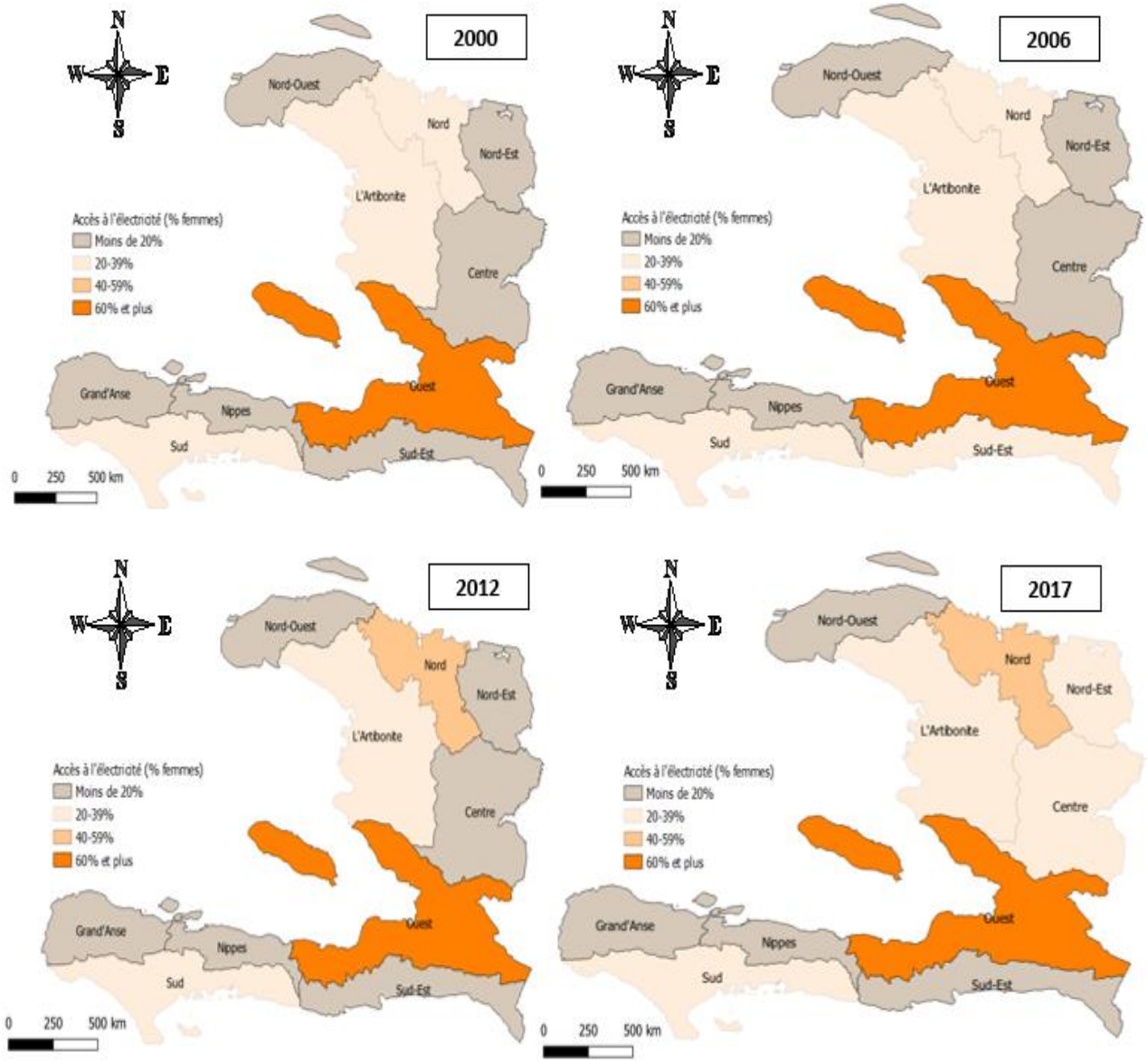


Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

En zone urbaine, 80 % des femmes enquêtées avaient accès à l'électricité en 1994 contre 68 % en 2000 ; 60.5 % en 2006 ; 66 % en 2012 et 69.9 % en 2017. Tandis qu'en zone rurale - que ce soit en 1994, 2000, 2006, 2012 et 2017 - plus de 80 % des répondantes ne disposaient pas de l'électricité dans le ménage auquel elles appartenaient.

L'Ouest (y compris l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince) est le département où les femmes ont le plus d'accès à l'électricité. En revanche, la Grand-Anse et le Nord-Ouest sont les départements où elles avaient moins d'accès à l'électricité (Carte 8).

Carte 8.- Proportion de femmes ayant accès à l'électricité selon le département de résidence



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000-2017

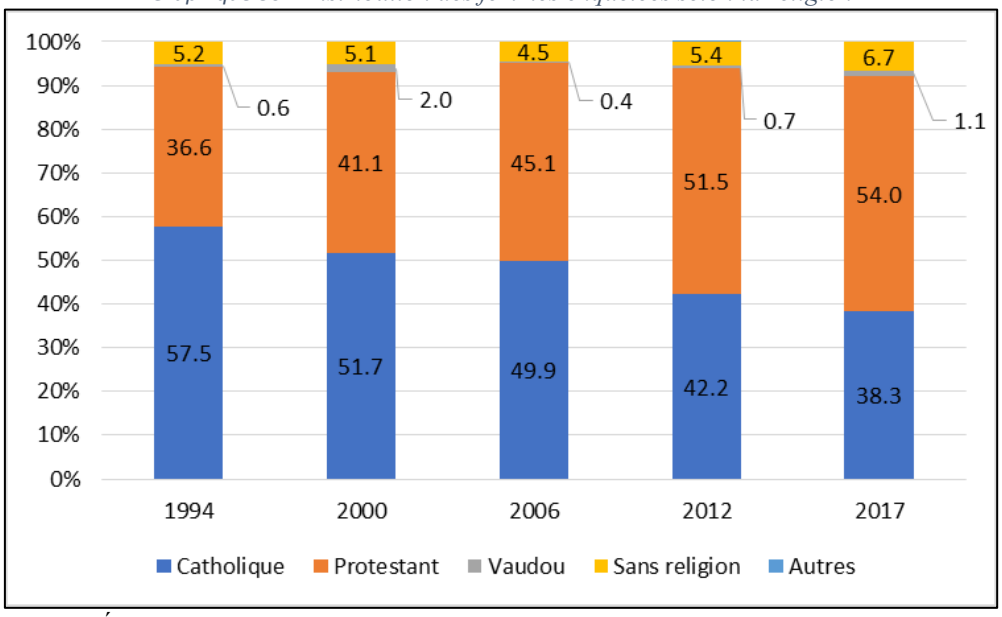
D'après Jabouin (2012), le problème d'électrification à Haïti est non seulement lié au faible budget alloué au secteur de l'énergie mais aussi aux catastrophes naturelles. En 2012, 12.4 % des interviewées avaient accès à l'électricité dans le département de la Grand-Anse contre 6.3 % en 2017 (Carte 8). À la suite du passage du cyclone Matthew à Haïti, en octobre 2016, plus de 60 % des poteaux électriques ont été endommagés dans le département de la Grand-Anse (MEF et BID, 2016 ; Baron et Cuzin, 2016).

5.6.- Le panorama religieux à Haïti : une prédominance du christianisme

Descendants des tribus de Dahomey (au Bénin), auparavant, les haïtiens n'étaient pas des adeptes de la religion catholique (Corten, 2001). Ils avaient leur religion et leurs dieux (Clorméus, 2014 ; Corten, 2004, 2001). Les colonisations espagnoles et françaises ont modifié le paysage religieux à

Haïti. Entre 1994 et 2017, plus de 90 % des femmes enquêtées se déclaraient être de confession chrétienne (Graphique 30).

Graphique 30.- Distribution des femmes enquêtées selon la religion



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

L'histoire du christianisme dans ce pays remonte de la fin du XVe siècle avec le débarquement de Christophe Colomb sur l'île Hispaniola (Zinn, 2002). En 1492, le Pape Rodrigo Borgia décréta que tous les habitants de cette île (en premier lieu les Indiens) soient baptisés dans la religion catholique apostolique romaine. C'est ainsi que les premiers missionnaires dominicains et jésuites furent délégués à Haïti par Giovanni, son fils aîné, chef de l'armée pontificale (Telusma, 2017 ; Zinn, 2002). Par ailleurs, il convient de souligner que la campagne d'évangélisation se poursuivit quand les français s'approprièrent de l'île (Clorméus, 2014).

a) Après l'indépendance : les généraux pour le maintien de la religion catholique

Rêvant d'un peuple cultivé, civilisé et en restructurant l'État, le gouvernement de Jean Jacques Dessalines (1er président d'Haïti) ne rejeta pas le catholicisme. Au contraire, il fit de ce dernier la religion nationale. Les prêtres (dominicains, jésuites, bénédictins…) eurent droit de siéger à nouveau à Haïti et de célébrer des baptêmes à condition qu'ils instruisent le peuple (Bataille, 2010).

b) Le concordat de Damien : renforcement de la religion catholique

Le 28 Mars 1860, sous la présidence de Fabre Nicolas Geffrard, la signature du « concordat de Damien[56] » resserra les liens entre l'Église Catholique et l'État haïtien. Des archevêques et des évêques haïtiens furent nommés par le Vatican. Des établissements scolaires, des diocèses, des

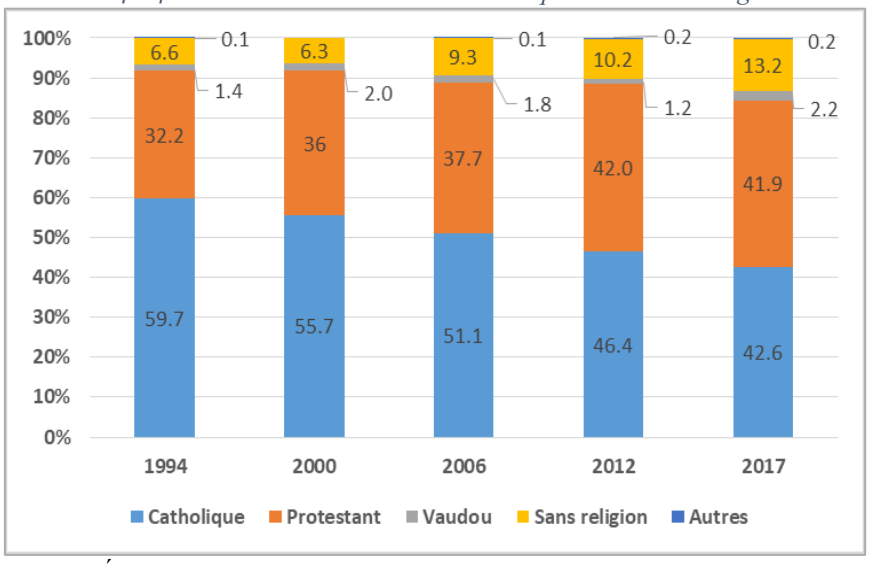
[56] Le concordat de Damien est un accord entre le Saint-Siège et la République d'Haïti. L'article 1 stipule que « La religion catholique, apostolique et romaine qui est la religion de la grande majorité des haïtiens, sera spécialement protégée, ainsi que ses ministres dans la République d'Haïti, et jouira des droits et attributs ».

chapelles et des cathédrales ont été construits à travers tout le pays. Les ministres de Rome firent des remaniements même dans l'éducation du pays : dans les écoles dirigées par les congrégations catholiques, pour qu'un enfant soit admis, il devait être baptisé ainsi que ses parents et devait assister aux messes dominicales (Bataille, 2010).

5.6.1.- L'essor du protestantisme durant ces deux dernières décennies

Le protestantisme concurrence et remplace de plus en plus le catholicisme : en 1994, la proportion de femmes protestantes était de 36.6 % contre 56 % en 2017 (Graphique 31). Le même constat a été fait du côté des hommes (32.2 % en 1994 comparée à 42 % en 2017).

Graphique 31.- Distribution des hommes enquêtés selon la religion



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

a) L'occupation américaine : facteur de renforcement du protestantisme à Haïti

Pour répéter le sociologue Souffrant cité dans Clorméus (2014 : p 161) « *quand l'homme émigre, il émigre avec son dieu* ». À l'invasion des américains (1915-1934) à Haïti, des missionnaires baptistes venus des États-Unis d'Amérique participèrent à l'évangélisation du peuple haïtien. Les croisades, réveillons, exorcismes se sont vus centupler dans le pays (Regulus et Demero, 2017). Si en 1915, il y avait environ 1 protestant pour chaque 200 habitants, en 1930 ce rapport avait triplé (Corten, 2014 ; Luca, 2005).

b) Le séisme : une punition divine et un appel de Dieu au protestantisme

Pour des adeptes du protestantisme, le tremblement de terre fut une punition divine à cause de la mauvaise conduite des catholiques et des vodouisants (Euvé, 2010). Pour eux, la destruction de nombreuses églises catholiques et de péristyles (temples vodou) était un signe irrécusable que Dieu répudie ces religions (AFP, 2010). Des protestants interrompirent les homélies des prêtres en leur exhortant à ne plus prier la vierge Marie et les saints ; à ne plus brûler de l'encens, à ne plus fêter

les morts et à ne plus réciter des prières en langue latine. Dans certaines zones rurales, des temples vodous furent vandalisés (Clorméus, 2014).

5.6.2.- Le vodou : une religion marginalisée

La colonisation a fait du vodou une religion asociale. Selon Regulus et Demero (2017), les rassemblements culturels africains dans les colonies étaient interdits. En conséquence, les esclaves utilisaient d'autres méthodes pour vénérer leurs dieux. Dans les célébrations eucharistiques, ils associaient les saints de l'église catholique aux *loa*s (ou *lwas*) : du syncrétisme religieux. Quand ils priaient Saint-Pierre, ils l'appelaient « *papa legba* » et Saint-Patrick « *dambalah-wedo* » (Hébrard, 2010).

La religion vodou a été reconnue par l'État haïtien en 2003 (OFPRA, 2017). Cependant, ses adeptes auraient encore peur de s'exprimer ouvertement (Poizat, 2008). Entre 1994-2017, moins de 5 % des femmes enquêtées se déclaraient être vodouisantes (Graphique 32, ci-dessus). De plus, elles étaient plus présentes en milieu rural (Tableau 28).

Tableau 26.- Religion des enquêtées selon le milieu de résidence

Religion	1994		2000		2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Catholique	57.7	57.4	51.9	51.6	48.9	50.7	41.9	42.5	37.0	39.1
Protestant	37.3	36.0	41.5	40.9	46.6	43.8	52.4	50.9	56.0	52.7
Vaudou	0.7	0.6	1.6	2.3	0.3	0.6	0.3	1.0	0.5	1.4
Sans religion	4.3	6.0	5.0	5.2	4.2	4.8	5.3	5.5	6.5	6.8
Autres	-	-	-	-	-	0.1	0.1	0.1	-	-
Effectif	2598	2751	4221	5937	5194	5557	6313	7954	5755	8616

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000-2017

Dans les grandes villes du pays, le vodouisant est assimilé à un *« petit paysan sale, jaloux de la réussite des gens et frustré […] un sorcier, un féticheur »* (Clorméus, 2014). Si un enfant tombe subitement malade, les gens du quartier pourraient dire que c'est « *le vodouisant qui essaie de le tuer* ». Au moment de la montée de la maladie du choléra en 2012, dans certaines zones rurales à Haïti, les vodouisants ont été accusés d'avoir versé du poison (*de la poudre vaudou*[57]) dans l'eau des sources pour tuer les habitants. Si les forces de l'ordre et les représentants du Réseau National de Défense des Droits Humains (RNDDH) n'étaient pas intervenus, ces vodouisants seraient morts. Ainsi, dans les collectes de données à Haïti, pour se protéger, beaucoup d'entre eux se déclarent catholiques ou irréligieux[58] (Béchacq, 2014).

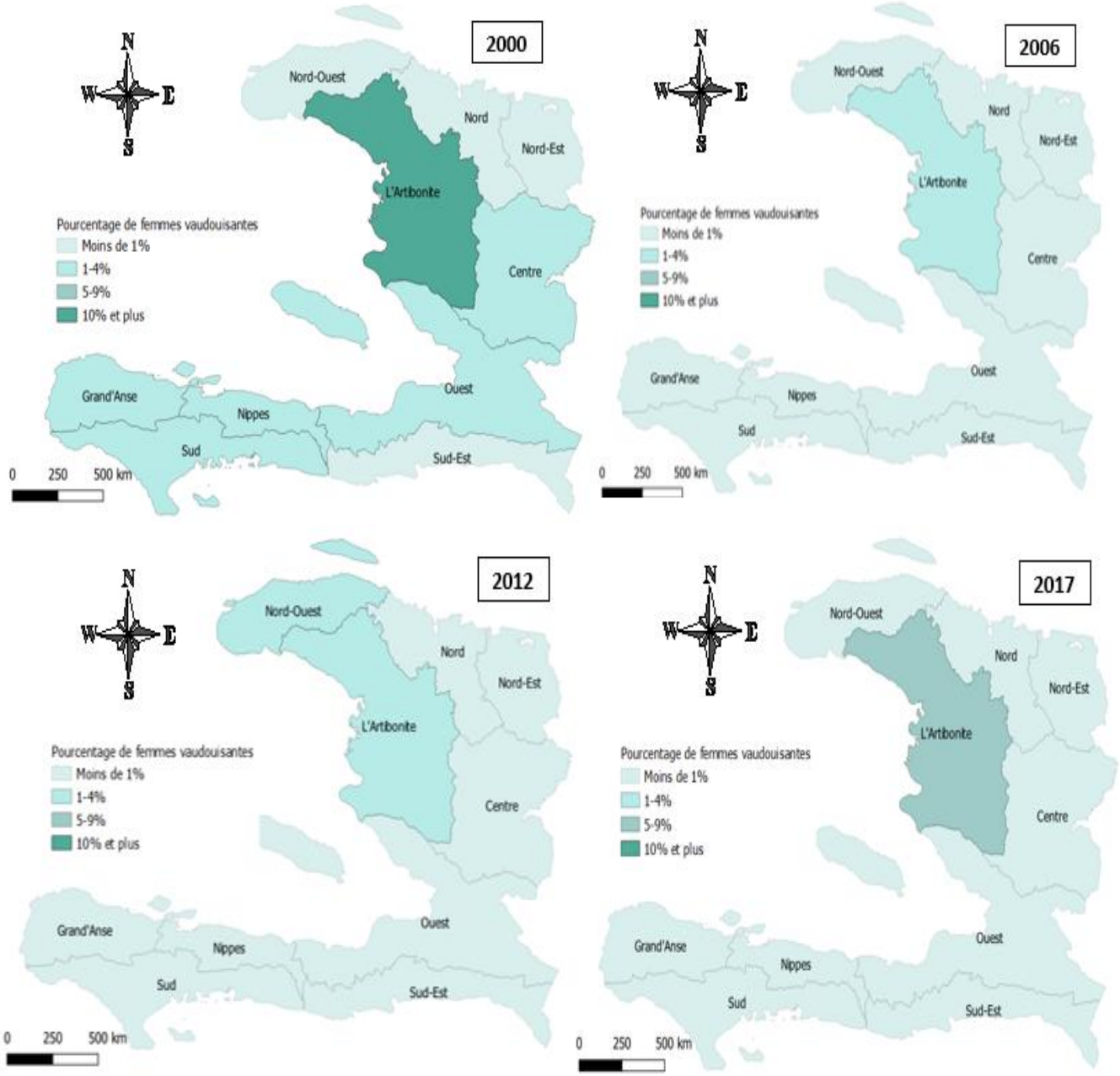
[57] Dans la religion vodou, la poudre vodou serait utilisée pour envoûter les gens et/ou les tuer (Cénat et Derivois, 2012).
[58] Les haïtiens (surtout les chrétiens) appellent les prêtres vodous (ou Hougan) « Bòkò » ce qui signifie malfaiteurs ». Mais certains prêtres vodou se réclament être Hougan et non Bòkò. Ils disent qu'ils sont là pour faire du bien et non du mal.

5.6.3.- La proportion de femmes vaudouisantes est plus élevée dans l'Artibonite

L'Artibonite demeure le département avec la plus forte proportion de femmes vaudouisantes (**Carte 19**). Notons également que cette proportion avait nettement baissé entre 2000 (11 %) et 2006 (1.4 %). Comme il a été évoqué précédemment, ceci serait dû aux risques qu'encourraient les vodouisant-e-s dans ce département (Béchacq, 2014).

Cependant, il faut ajouter qu'entre 2006-2017, la proportion de femmes vodouisantes dans l'Artibonite avait rehaussé (Carte 9).

Carte 9.- Proportion de femmes vaudouisantes selon le département de résidence

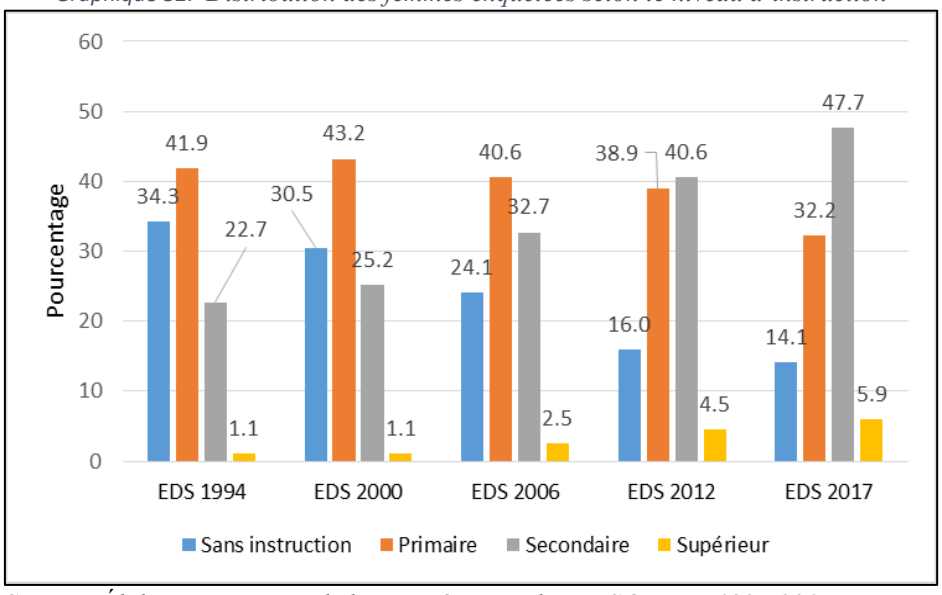


Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000-2017

5.7.- L'éducation des femmes à Haïti : une égalité des sexes qui reste à construire

Les femmes sont peu instruites à Haïti (Graphique 32). En 1994, 35 % des enquêtées étaient sans instruction, 42 % avaient le niveau primaire, 22.7 % avaient le niveau secondaire et 1.1 % avaient un niveau supérieur au secondaire.

Graphique 32.- Distribution des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

La proportion des sans instruction a diminué au fil du temps. Elle était estimée à 30.5 % en 2000 comparée à 24.1 % en 2006, 16 % en 2012 et 14.1 % en 2017. Parallèlement, la proportion de femmes de niveau supérieur est passée de 1.1 % en 1994 à 5.9 % en 2017. Les progressions dans l'éducation des enquêtées s'inscrivent dans le panorama d'une dynamique puissante de changement social, dont les gouvernements avec les plus forts PIB ont pris la tête (Partenariat mondial pour l'éducation, 2018). À Haïti, entre 1995 et 2005, le Canada et les États-Unis ont financé des « écoles du soir » pour les jeunes filles et les femmes (Commission Éducation et GTEF, 2010). En 2016, la Banque mondiale, l'Unesco et le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP) ont pris en charge les frais de scolarité de près de 1.4 million d'enfants de 6 à 12 ans. La FOKAL (Fondasyon Konesans Ak Libète), à travers des politiques d'égalité de chance ou de discriminations positives, verse des allocations d'études aux jeunes filles/femmes (Unesco : Les synthèses de l'IIPE, 2016).

a) Les femmes en milieu rural sont plus vulnérables en matière d'instruction

En dépit de l'amélioration du niveau d'instruction des femmes, celles qui sont en zones rurales demeurent moins instruites (Tableau 29, ci-après). En 1994, 48.3 % des interviewées en zone rurale étaient sans instruction comparées à 19.5 % en zone urbaine. En 2000, ces proportions étaient

respectivement de 41.1 % et 15.6 %. En 2006, elles étaient respectivement de 35.4 % et 12 %. En 2012, elles étaient respectivement de 22.5 % et 7.7 % et en 2017, 19.2 % et 6.4 %.

Tableau 27.- Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence

Niveau d'instruction	1994		2000		2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Sans instruction	19.5	48.3	15.6	41.1	12.0	35.4	7.7	22.5	6.4	19.2
Primaire	43.0	40.8	38.1	46.7	35.6	45.3	30.1	45.8	22.2	39.0
Secondaire ou plus	37.5	10.9	46.3	12.1	52.4	19.3	62.2	31.6	71.5	41.8
Effectif	2604	2752	4221	5938	5196	5561	6321	7966	5755	8616
Test statistique (chi2)	p<.05 ; v=.368		p<.05 ; v=.405		p<.05 ; v=.374		p<.05 ; v=.317		p<.05 ; v=.297	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Dans la constitution haïtienne, il est écrit que l'enseignement primaire est obligatoire et gratuit. Pourtant, dans les zones rurales, hormis le peu d'infrastructures scolaires, les frais de scolarité sont au-dessus du revenu des ménages. Les enfants dont les parents n'ont pas les moyens de payer leur scolarité ne sont donc pas scolarisés (Croisy, 2012 ; Lamaute-Brisson et *al.* 2005).

L'absence des livrets de famille contraindrait l'accès à l'éducation de certaines filles/femmes (Dumont, 2015). En 2017, plus de 25 % (27 %) des enfants de moins de 5 ans en milieu rural n'ont pas de livrets de famille (Cayemittes et *al.* 2018). Sans la présentation de ce document, des directeurs d'école s'opposeraient à leur scolarisation. Par conséquent, ces enfants parviendraient dans l'âge adulte sans savoir lire et écrire (Amicy, 2016 ; Joint, 2008), ce qui les empêcherait d'accéder à des métiers plus qualifiés.

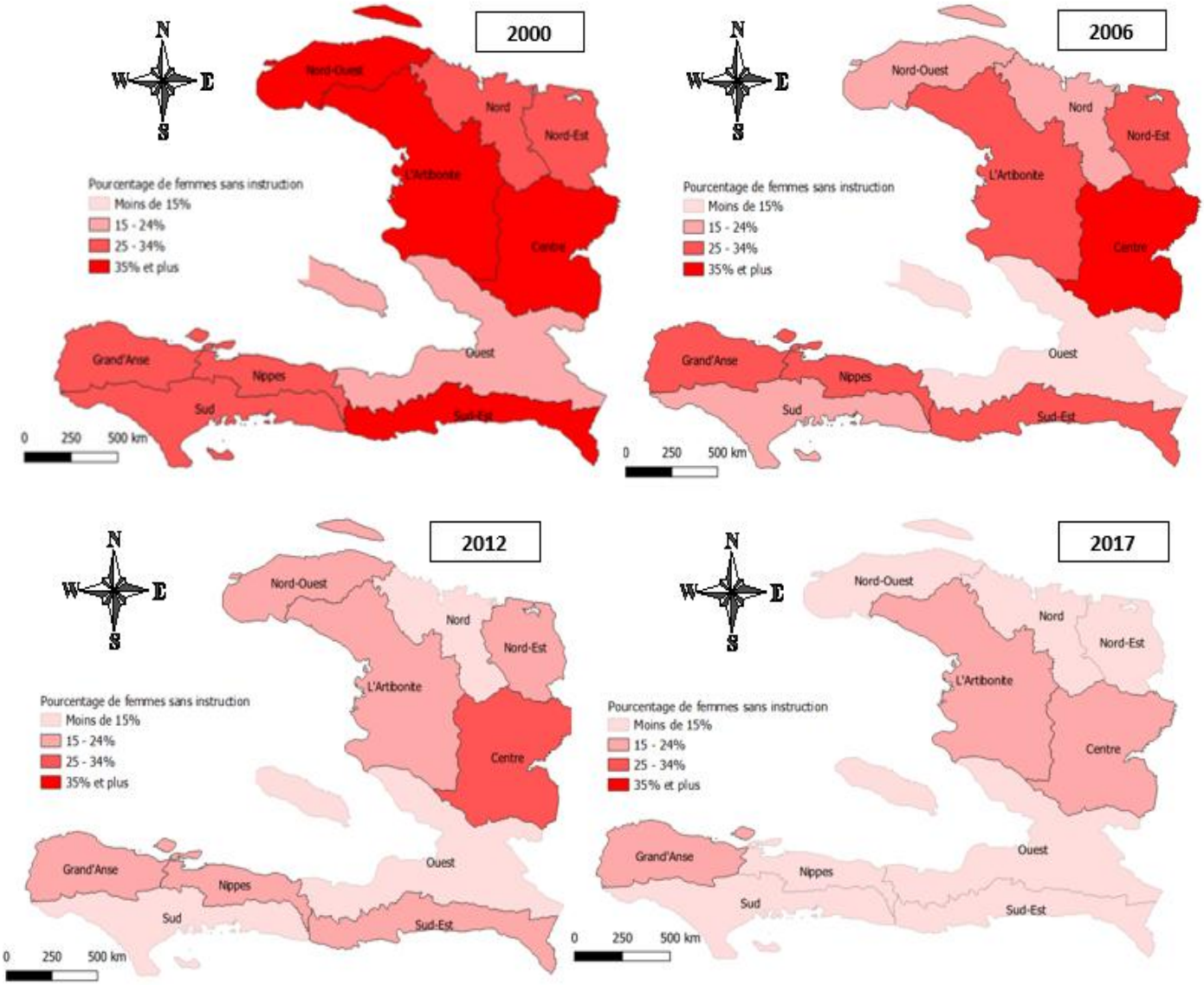
La manière de représenter l'*éducation féminine* dans certaines zones rurales constitue un frein à la scolarisation des femmes provenant de ces milieux. Pour certain-e-s ménages/familles traditionalistes demeurant dans des zones reculées, « envoyer une fille à l'école, c'est la détacher du monde domestique : des bras en moins » (Joint, 2008 ; Lamaute-Brisson et *al.* 2005). Le type d'école à l'occidental où les jeunes filles passent toute la journée dans un établissement n'est pas compatible avec leur mode de vie : elles ne peuvent plus les rejoindre à la production de semences/à la moisson ou les accompagner au marché. Selon eux, ce modèle occidental les appauvrit. Puisqu'il faut faire des choix, très fréquemment les jeunes filles sont déscolarisées (Lamaute-Brisson et *al.* 2005 ; Joint, 2008).

Les inégalités entre urbain et rural se sont réduites de manière significative à certains niveaux. En 1994, une femme résidant en zone urbaine avait 3.4 fois plus de chance d'avoir le niveau secondaire ou plus qu'une femme en milieu rural. Cependant en 2017, ce rapport était évalué à 1.7 (Tableau 29).

b) Les inégalités entre urbain rural se retrouvent à l'échelle départementale

Dans les départements de l'Artibonite et du Centre, en 1994, près de 4 enquêtées sur 10 étaient sans instruction comparées à plus de 20 % en 2017. L'Artibonite et le Centre sont les départements où les enquêtées ont les plus faibles niveaux d'instruction (Carte 10).

Carte 10.- Proportion de femmes sans instruction selon le département de résidence



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000-2017

À contrario, les femmes du département de l'Ouest (y compris l'AMPAP) sont mieux instruites comparativement aux femmes des autres départements (Carte 10). Le niveau d'instruction des femmes résidant dans l'Ouest et dans l'AMPAP résulte pour partie de la forte concentration des établissements scolaires dans ces zones (Amicy, 2016 ; St Fort JL, 2016). Selon le recensement scolaire réalisé par le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle en 2014, 35 % des écoles à Haïti se trouvent dans l'Ouest et dans l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince (Tableau 30).

Tableau 28.- Répartition des établissements scolaires selon le département

Département	Enseignement fondamental		Enseignement secondaire	
	Nbre d'école	Nbre d'élèves	Nbre d'école	Nbre d'élèves
Ouest (AMPAP)	6489	1157820	2146	216325
Sud-Est	1175	162725	191	20516
Nord	1874	313251	324	43279
Nord-Est	549	119888	110	11995
Artibonite	2804	462427	363	34426
Centre	1443	231607	168	12414
Sud-Est	1480	202926	260	22198
Grand-Anse	848	140306	104	10988
Nord-Ouest	1146	209791	165	19374
Nippes	736	90851	102	10742
Total	**18544**	**3091592**	**3933**	**402257**

Source : Recensement scolaire, MENFP, 2014

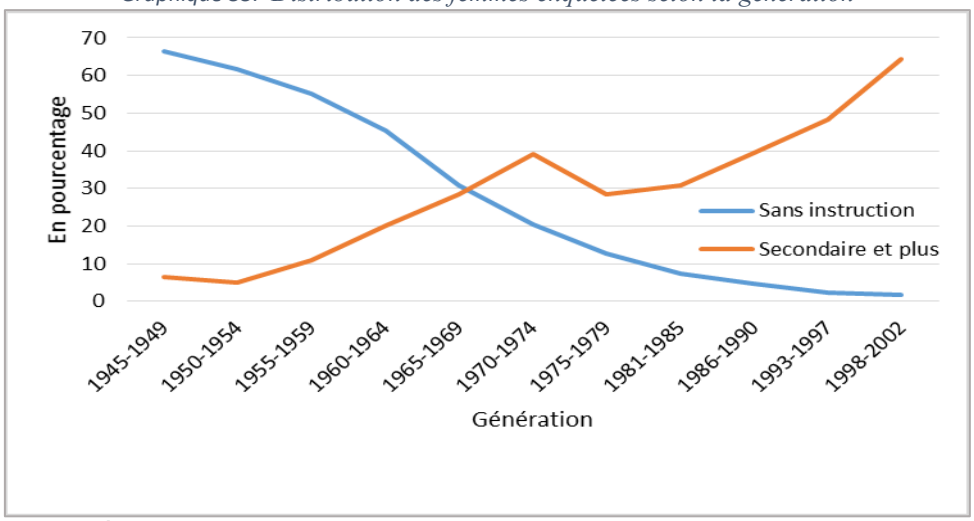
Nous reconnaissons que notre explication concernant le niveau d'instruction des femmes selon le département serait biaisée (effet de structure). Les statistiques sur les populations scolarisables par département et par niveau d'enseignement nous aideraient à mieux expliquer les inégalités géographiques en matière d'éducation, malheureusement ces données ne sont pas disponibles.

Pour finir, il y a lieu de noter que le niveau d'instruction s'est amélioré dans tous les départements à Haïti (Carte 10, ci-dessus).

c) *L'éducation des femmes : un effet générationnel*

Au vu du graphique 33, nous remarquons que 66.6 % des femmes qui sont nées entre 1945-1949 sont sans instruction alors que cette proportion est de 1.8 % chez les femmes qui sont nées entre 1998-2002. De plus, nous observons que 6.6 % des femmes qui sont nées entre 1945-1949 ont le niveau secondaire et plus contre 64.2 % chez la génération 1998-2002.

Graphique 33.- Distribution des femmes enquêtées selon la génération



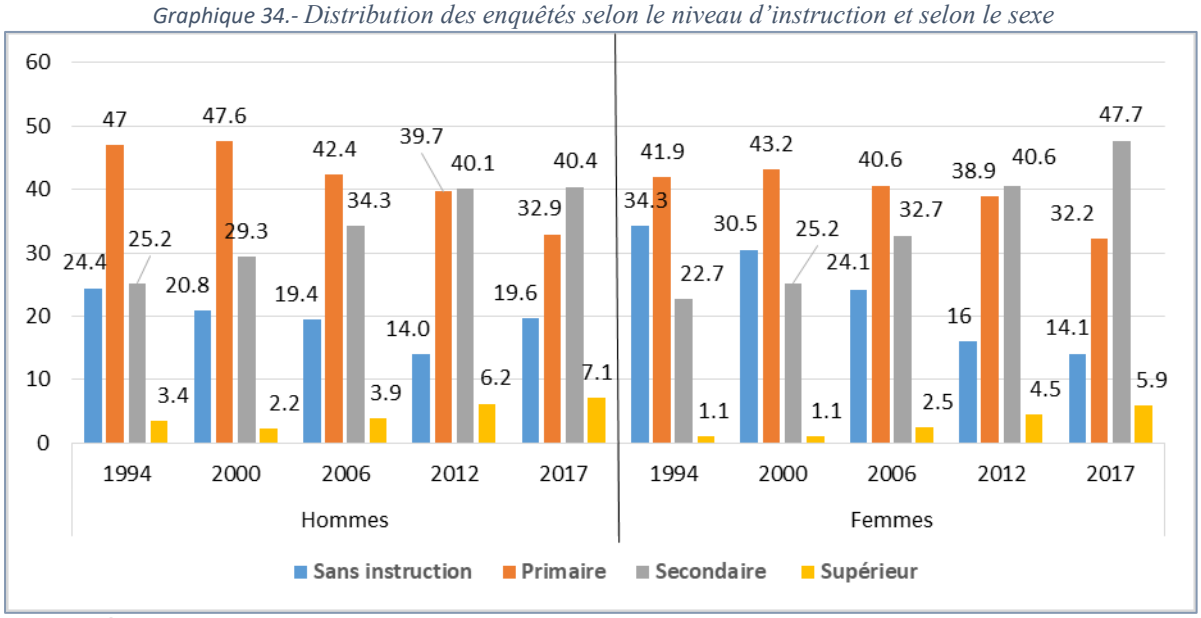
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

En ce début de XXIe siècle, l'éducation des enfants favorise la mobilité sociale[59] à Haïti (Lamaute-Brisson et *al.* 2005). En plus de permettre à l'enfant d'obtenir une meilleure place dans son environnement et de gravir les niveaux de l'échelle sociale, l'instruire est une forme de contrat implicite (don/contre-don) ou une forme d'épargne entre parents et enfants. Les parents investissent dans les études de leurs progénitures pour que celles-ci leur constituent, pour demain, une sorte d'assurance-vieillesse (Lamaute-Brisson et *al.* 2005). Les expressions « *Bèl ti granmoun* [belle petite vieille] », « *Bourik fè pitit pou dol poze* [La bourrique fait des petits pour qu'elle se repose à l'avenir] », « *Pitit se baton vyeyès* [l'enfant est le support de la vieillesse] » que les parents ressassent tout le temps dans le cercle familial viennent toujours rappeler à l'enfant cette dette morale envers eux (Lamaute-Brisson et *al.* 2005).

d) L'éducation à Haïti : les inégalités de genre persistent

Les données révèlent que – dans l'ensemble - les hommes étaient mieux instruits que les femmes (Graphique 34) et cela s'explique par les inégalités de genre dans l'éducation à Haïti (Predestin, 2006 ; Lamaute-Brisson et *al.* 2005).

Graphique 34.- Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et selon le sexe



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Dans certaines familles nombreuses issues du milieu rural à Haïti, lorsque les ressources sont modestes, on privilégie la scolarisation des garçons au détriment des filles car on suppose qu'ils réussissent mieux à l'école (Predestin, 2006). Cela est lié justement à des stéréotypes sexués présentant les garçons comme étant plus aptes à réussir, en d'autres termes, capables de garantir l'investissement des parents (Lamaute-Brisson et *al.* 2005). Cette stratégie éducative familiale, très

[59] Selon Peugny Camille (2006), la mobilité sociale est « changement de position sociale au cours de la vie d'un individu ou entre générations ».

sexiste, maintient les femmes dans la pauvreté. Les stéréotypes de genre continuent d'être un obstacle à la réalisation de l'égalité entre les femmes et les hommes à Haïti (Jean Simon, 2020 ; Lamaute-Brisson et *al.* 2005).

Soulignons qu'en 2017, la proportion de femmes ayant un niveau secondaire (47.7 %) était supérieure à celle des hommes (40.4 %) (Graphique 34). Toutefois l'on doit admettre que cette observation ne pourrait pas refléter la réalité à Haïti car les EDS prennent en compte que les femmes en âge de procréer (15-49 ans) et les hommes âgés de 15 à 59 ans.

5.8.- Les femmes et le travail indépendant non agricole

Après l'indépendance d'Haïti en 1804, hommes, femmes et enfants, tous travaillaient la terre. La part de ce secteur représentait plus de 90 % dans le produit intérieur brut du pays (Benoit-Cattin, 2016). Depuis plusieurs décennies, le travail des femmes n'est plus essentiellement agricole (Théodat, 2009). Entre 2000-2017, moins d'une femme enquêtée sur 10 s'adonnait à l'agriculture.

Tableau 29.- Répartition des femmes enquêtées selon leur activité économique

Activités économiques	1994	2000	2006	2012	2017
Sans activité (génératrice de revenu)	62.9	49.8	48.0	48.4	44.3
Commerce	23.8	36.4	35.0	36.9	40.0
Agriculture	6.7	5.6	7.3	5.3	5.1
Services aux particuliers	3.1	1.7	3.1	3.9	4.0
Autres	3.4	6.4	6.6	5.5	6.7
Effectif	5356	10159	10757	14287	14371

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

À Haïti, il n'y a pas de système d'assistance sociale à la famille, pas de services d'aides sociales à l'enfance, pas de RSA ni d'allocation chômage. Avec le déclin de la production agricole, accéléré par l'exode rural et les catastrophes naturelles, les femmes laissent l'agriculture aux hommes et s'adonnent de plus en plus dans le commerce pour lutter contre la pauvreté monétaire. En effet, 23.8 % des femmes interrogées étaient des commerçantes en 1994 comparées à 40 % en 2017 (Tableau 31**).** De nature informelle, ces activités échappent à tout contrôle de l'État haïtien (Aspilaire, 2014 ; Paul, 2013 ; Lamaute-Brisson, 2002).

a) Les hommes sont en plus grandes proportions dans les activités génératrices de revenus que les femmes

Entre 1994-2017, plus de 60 % des hommes enquêtés avaient une activité génératrice de revenus (Tableau 32). Bien qu'elle soit en déclin, l'agriculture reste leur principale activité.

Tableau 30.- Répartition des hommes enquêtés selon leur activité économique

Activités économiques	1994	2000	2006	2012	2017
Sans activité (génératrice de revenus)	36.9	29.3	28.5	22.4	35.6
Professionnel/Technique/Management	6.3	5.8	8.2	8.9	9.4
Commerce	3.9	-	7.8	10.4	8.4
Agriculture	41.4	41.3	40.2	40.9	31.5
Ouvrier/Artisan	8.3	20.8	14.5	16.4	13.3
Services aux particuliers	1.7	1.3	0.7	0.7	1.7
Autres	1.5	1.5	0.1	0.3	0.1
Effectif	1610	3171	4958	9493	11886

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Il ressort également que la proportion de répondants hautement qualifiés est plus élevée chez les hommes que les femmes (Tableau 31 ; Tableau 32). Cela s'explique par le fait que les hommes sont (globalement) mieux instruits que les femmes.

b) Les jeunes femmes sont plus frappées par le chômage

Les proportions d'adolescentes et de jeunes adultes sans une quelconque activité sont très élevées et cette situation prévaut depuis plusieurs décennies. Entre 1994 et 2017, au moins 60 % des femmes de 15-19 ans et de 20-24 ans ne travaillaient pas (Tableau 33 ; Tableaux A8-A11, Annexe). Pourtant, 62.5 % femmes âgées de 45 à 49 ans avaient une activité génératrice de revenus en 1994. Entre 2000 et 2017, ces proportions étaient de plus de 75 % (Tableaux A8-A11, Annexe).

Tableau 31.- Répartition des femmes enquêtées selon l'activité économique et le groupe d'âge

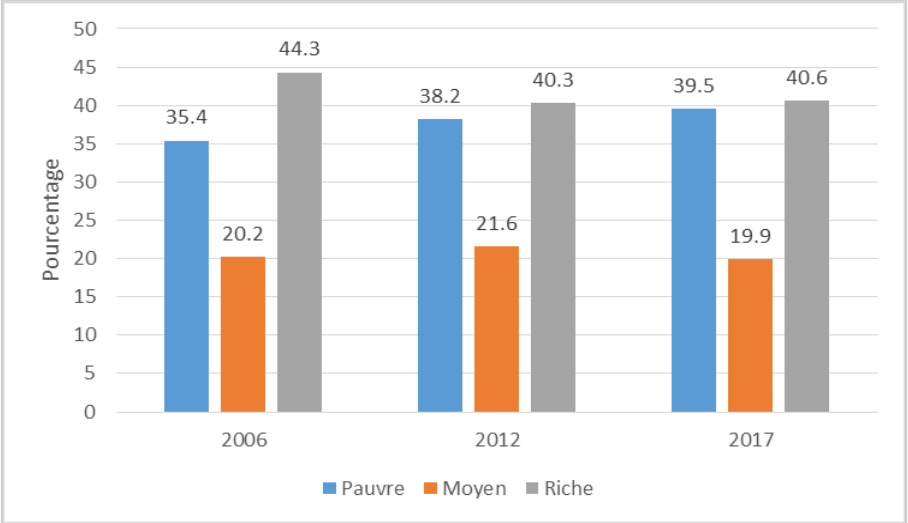
Activités économiques	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Ne travaille pas	88.1	73.1	57.0	49.4	45.3	45.3	37.5
Commerce	7.2	16.9	27.1	32.1	36.2	35.9	41.3
Agriculture	1.8	3.6	5.5	8.8	11.1	13.6	15.7
Services aux particuliers	2.5	4.0	3.2	4.2	2.7	2.2	2.3
Autres	0.5	2.3	7.1	5.6	4.7	2.9	3.3
Effectif	1299	1065	814	697	638	448	395

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994

5.9.- Niveau de vie des ménages : les femmes dans des situations précaires

En 2006, 44.3 % des interviewées appartenaient à des ménages « riches » contre 35.4 % à des ménages « pauvres ». En 2012, ces proportions étaient respectivement de 40.3 % et 38.2 % et en 2017, elles étaient respectivement de 40.6 % et 39.5 % (Graphique 35).

Graphique 35.- Pourcentage de femmes enquêtées selon le niveau de vie[60]



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2006-2017

Les statistiques sur le niveau de vie des femmes ne concordent pas avec leurs activités économiques et les indicateurs économiques à Haïti qui sont au rouge. Pour rappel, la variable *niveau de vie* présente dans les EDS est une variable composite construite à partir des biens de consommation de base que possèdent les ménages auxquels appartiennent les enquêté-e-s. Ils ne tiennent donc pas compte du revenu des membres du ménage (IHE et ICF, 2018).

La pauvreté est beaucoup plus marquée en milieu rural. Plus de 75 % des femmes qui résident en milieu urbain appartiennent à des ménages riches alors que plus de 60 % des femmes qui sont en milieu rural appartiennent à des ménages pauvres (Tableau 34).

Tableau 32.- Niveau de vie des ménages selon le milieu de résidence

Niveau de vie	2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Pauvre	4.9	63.9	1.7	67.2	4.6	62.8
Moyen	16.8	23.5	22.8	20.5	17.3	21.5
Riche	78.3	12.6	75.5	12.3	78.1	15.6
Effectif	5196	5561	6321	7966	5755	8616
Test statistique (chi2)	p<.05 ; v=.703		p<.05 ; v=.723		p<.05 ; v=.662	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2006-2017

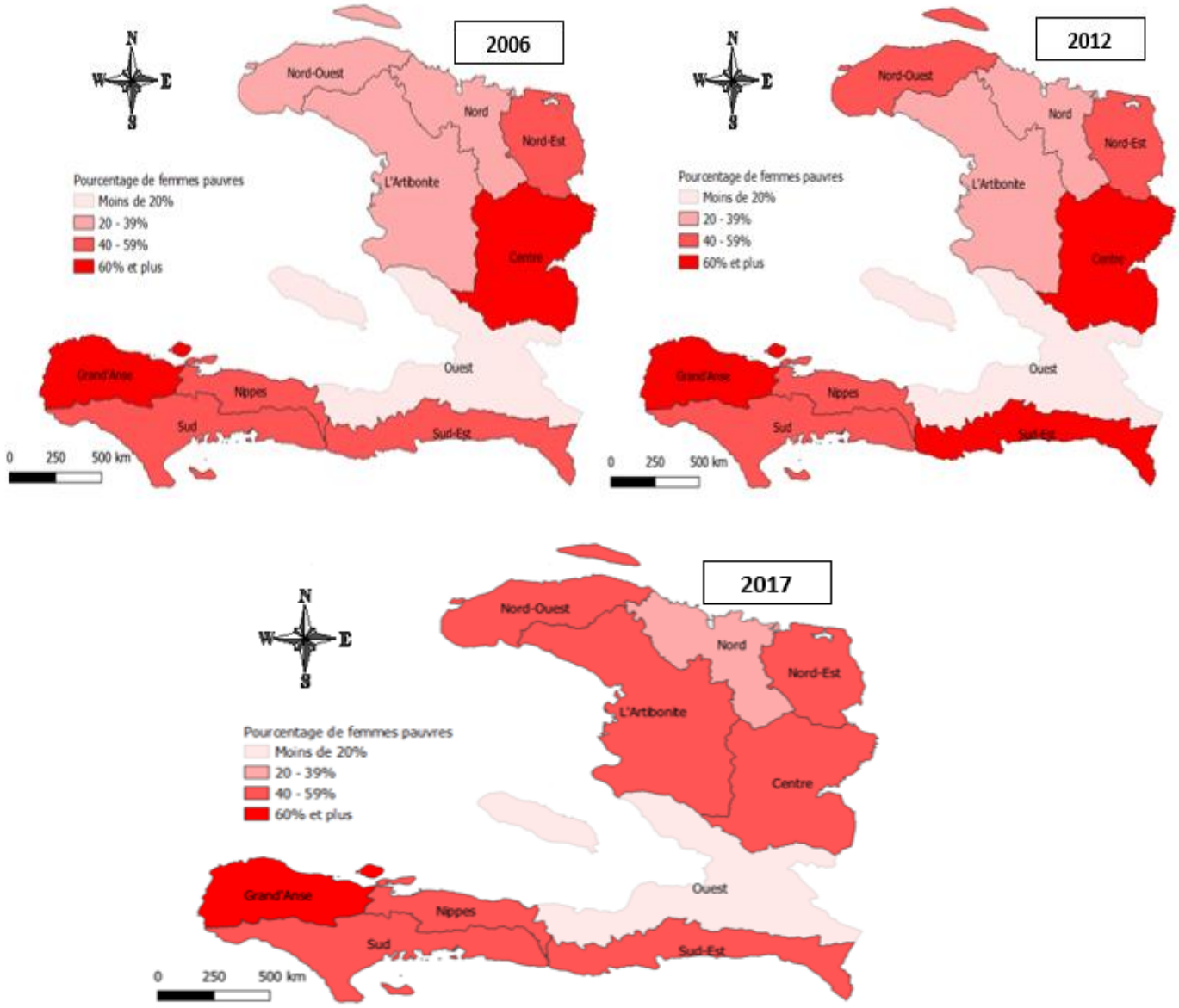
Le test de chi-deux effectué confirme que les variables *niveau de vie* et *milieu de résidence* sont fortement dépendantes ($p < 0.05$; $v\ de\ cramer > 0.6$). Le déclin de l'agriculture, accéléré par

[60] Dans les EDS de 1994 et de 2000, ces données ne sont pas disponibles dans les fichiers femmes.

l'exode rural et les catastrophes naturelles, a appauvri les zones rurales (Jorès Mérat, 2019 ; Zanuso et *al.* 2014 ; Montas, 2005).

Au niveau départemental, 50 % à 65 % des femmes enquêtées dans le Sud-Est, le Centre et la Grand-Anse sont issues de ménages pauvres (Carte 11) par contre parmi celles qui avaient été enquêtées dans le département de l'Ouest (y compris l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince), au moins 7 sur 10 proviennent d'un ménage riche (Tableau A12, Annexe).

Carte 11.- Pourcentage de femmes pauvres selon le département de résidence



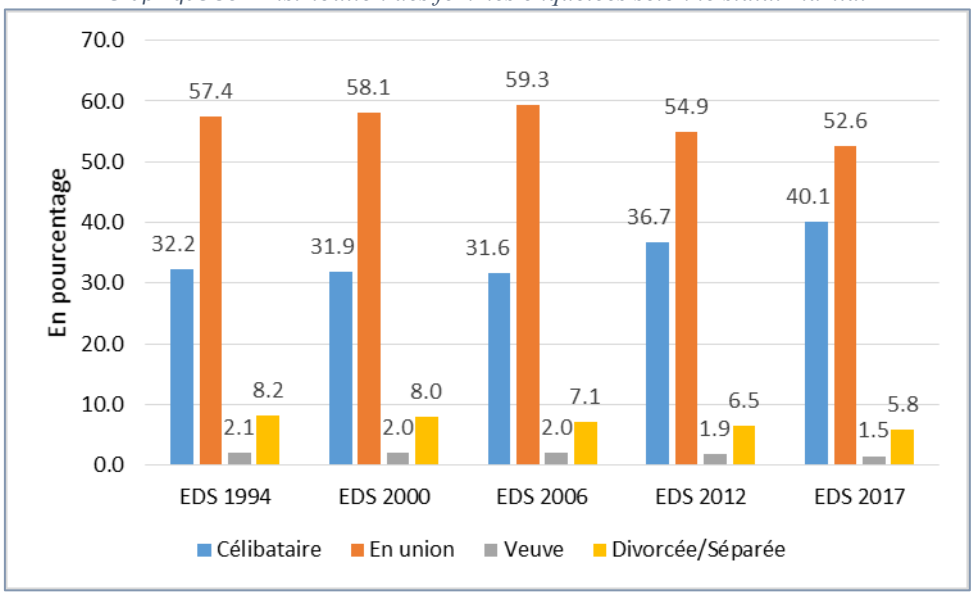
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2006-2017

En fait, la forte proportion de femmes issues de ménages riches observée dans l'AMPAP et dans le département de l'Ouest s'explique par le fait que plus de trois quart (¾) des activités économiques du pays restent concentrées dans ces zones (Lombart et *al.* 2014 ; Zanuso et *al.* 2014 ; Joseph Duval, 2013).

5.10.- Statut marital : la montée en puissance du célibat

Entre la seconde moitié du XXe et début du XXIe siècle, les formes familiales se sont beaucoup diversifiées partout dans le monde (Bonnet et Guillaume, 1999). En France, en 2006, 36.5 % de personnes âgées de 15 ans et plus étaient célibataires. En 2018, cette part était de 41.3 % (Insee, 2019). À Haïti, la proportion de femmes célibataires a aussi cru. En 1994, 32.2 % des enquêtées étaient célibataires contre 40.1 % en 2017 (Graphique 36). Ce sursaut de 7.9 points de pourcentage entre 1994 et 2017 serait étroitement lié à l'expansion de la scolarisation, qui rallonge, notamment chez les femmes, la durée des études et retarde leur première union.

Graphique 36.- Distribution des femmes enquêtées selon le statut marital



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

La tendance de fond de la société haïtienne est celle d'une diminution de la proportion de mariage : en 2006, près de 60 % des femmes étaient en union. En revanche, en 2017, cette proportion s'est abaissée à 52.6 % (Graphique 36). Cette baisse de l'union conjugale tiendrait à un effet économique. Les coûts de la cérémonie sont si élevés que les couples mettraient plus de temps à économiser pour organiser les préparatifs (Bertrand et *al.* 2015).

a) La proportion de femmes en union diffère selon le milieu de résidence

Entre 2000 et 2017, 57 % à 65 % des femmes résidant en milieu rural étaient en union (Tableau 35, ci-après). Tandis que, pour cette même période, en milieu urbain, ces proportions sont nettement moindres. En fait, dans la conception des femmes haïtiennes issues du milieu rural, le mariage a un très grand pouvoir d'attirer le respect, la bénédiction et aussi de changer leur statut social (Kuyu Mwissa, 2004).

Tableau 33.- Répartition des femmes enquêtées selon leur statut marital et selon le milieu de résidence

Statut marital	1994		2000		2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Célibataire	37.4	27.3	39.8	26.3	35.9	27.5	39.3	34.6	45.6	36.4
En union	49.3	65.1	48.4	65.0	53.7	64.5	50.3	58.6	45.5	57.4
Veuve	2.5	1.7	2.4	1.7	1.9	2.1	2.0	1.8	1.6	1.4
Divorcée/Séparée	10.7	5.9	9.3	7.1	8.4	5.9	8.4	5.0	7.3	4.8
Effectif	2604	2752	4221	5938	5196	5561	6321	7966	5755	8616
Test de chi2	p<.05 ; v=.166		p<.05 ; v=.176		p<.05 ; v=.145		p<.05 ; v=.124		p<.05 ; v=.130	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

b) La proportion de femmes célibataires a augmenté dans le temps que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural

Entre 1994-2017, elle était passée de 37.4 % à 45.6 % en zone urbaine et de 27.3 % à 36.4 % en zone rurale. Quant aux femmes en union, la proportion a aussi diminué en milieu rural comme en milieu urbain. Elle était passée de 49.3 % à 45.5 % en zone urbaine et de 65.1 % à 57.4 % en zone rurale (Tableau 35). Les raisons évoquées précédemment (coût du mariage, chômage, rallongement des études) sont en grande partie à la base de ce changement (Bertrand et *al.* 2015 ; Zanuso et *al.* 2014).

c) Les femmes instruites se trouvent davantage en situation de célibat que les non instruites

Entre 1994-2017, 55 % des femmes de niveau secondaire ou plus étaient célibataires comparées à moins de 15 % chez les sans instruction. (Tableau 36 ; Tableau A13, Annexe). Bertrand et ses collaborateurs (2015) ont bien détaillé les raisons du célibat des femmes éduquées à Haïti. Dans leur travail de recherche publié en 2015, ils ont démontré que les femmes instruites sont plus susceptibles de reporter leur mariage après les études et aussi d'accéder à des emplois exigeant beaucoup de disponibilité.

Tableau 34.- Répartition des femmes enquêtées selon leur statut marital et le niveau d'instruction

Statut marital	1994			2017		
	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus
Célibataire	10.4	37.4	54.5	6.3	29.2	55.5
En union	76.4	52.6	38.7	81.6	62.3	39.3
Veuve	3.5	1.7	0.9	4.3	1.6	0.7
Divorcée/Séparée	9.7	8.3	5.9	7.9	7.1	4.5
Effectif	1836	2242	1278	2023	4634	7714
Test de chi2	p<.05 ; v=.267			p<.05 ; v=.274		

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

d) Les femmes issues des milieux défavorisés se marient plus que celles des milieux aisés

En 2006, 67 % des femmes issues de ménages pauvres étaient en union contre 53 % pour les femmes provenant des ménages riches. Ces proportions étaient respectivement de 60.5 % et 48 % en 2012 ; respectivement 59.8 % et 45.6 % en 2017 (Tableau 37, ci-après). Comme nous l'avions observé antérieurement, les femmes appartenant à des ménages riches sont plus instruites que celles issues des ménages. En effet, plusieurs auteurs soulignent que lorsque les femmes présentent de

meilleurs niveaux d'instruction, elles entrent en union plus tardivement (Mathieu, 2014 ; Tantchou Yakam, 2009).

Tableau 35.- Répartition des femmes enquêtées selon leur statut marital et le niveau de vie

Statut marital	2006			2012			2017		
	Pauvre	Moyen	Riche	Pauvre	Moyen	Riche	Pauvre	Moyen	Riche
Célibataire	25.2	30.0	37.4	33.4	31.7	42.5	34.2	38.6	46.5
En union	66.7	59.8	53.2	60.5	57.6	48.2	59.8	52.8	45.6
Veuve	2.1	2.0	1.9	1.8	2.4	1.7	1.6	1.4	1.4
Divorcée/Séparée	6.1	8.2	7.4	4.3	8.3	7.5	4.4	7.2	6.4
Effectif	3810	2177	4770	5457	3079	5751	5677	2853	5841
Test de chi2	p<.05 ; v=.118			p<.05 ; v=.105			p<.05 ; v=.100		

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2006-2017

À l'instar de la variable niveau d'instruction, la proportion de femmes célibataires a augmenté dans le temps, et ce, quel que soit le niveau de vie alors que la proportion de femmes en union quant à elle a diminué (Tableau 37).

e) Les proportions de femmes célibataires et de femmes en union varient en fonction du groupe d'âge

En visualisant les données de l'EDS de 2017, nous remarquons que plus de 75 % des femmes âgées de 35 ans ou plus étaient en union alors que parmi les 20-24 ans et les 15-19 ans, plus de 60 % étaient célibataires (Tableau 38). Nous observons des dynamiques similaires dans les données de 1994, 2000, 2006 et 2012 (Tableaux A14-A17, Annexe). Le climat économique assez tendu pèse sur les perspectives de mariage des jeunes de la nouvelle génération (Cormier-Beaugrand, 2017).

Tableau 36.- Statut marital des femmes selon le groupe d'âge

Statut marital	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Célibataire	91.7	58.5	29.4	14.1	6.3	3.4	3.0
En union	7.6	38.7	64.2	76.9	82.3	82.0	76.1
Veuve	0.1	0.1	0.6	1.0	1.7	4.2	7.6
Divorcée/Séparée	0.6	2.8	5.8	8.1	9.7	10.3	13.2
Effectif	3307	2773	2202	1919	1645	1308	1217

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2017

5.11.- Une féminisation progressive de chef de ménage à Haïti

Interrogées sur le sexe du chef de ménage, de 1994 à 2017, entre 51 % à 57 % des répondantes affirmaient vivre dans un ménage dirigé par un homme (Tableau 39, ci-après). Quoiqu'en baisse, ces données confirment une masculinisation du chef de ménage à Haïti. Autres points intéressants : entre 2012 et 2017, la proportion de femmes appartenant à des ménages dirigés par des hommes a diminué de près de 5 points de pourcentage (54.7% contre 50.9%) entre 2012 et 2017. Cela pourrait se justifier par l'absence des partenaires masculins co-résidents car la société haïtienne a connu une importante vague d'émigration vers les pays de la Caraïbes et de l'Amérique du sud (Chili, Brésil,

Argentine, République Dominicaine…) entre 2010 et 2016 (Finn et Umpierrez de Reguero, 2020 ; Audebert, 2017).

Tableau 37.- Sexe du chef de ménage

Sexe du chef de ménage	1994	2000	2006	2012	2017
Homme	56.5	55.0	51.3	54.7	50.9
Féminin	43.5	45.0	48.7	45.3	49.1
Effectif	5356	10159	10757	14287	14371

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

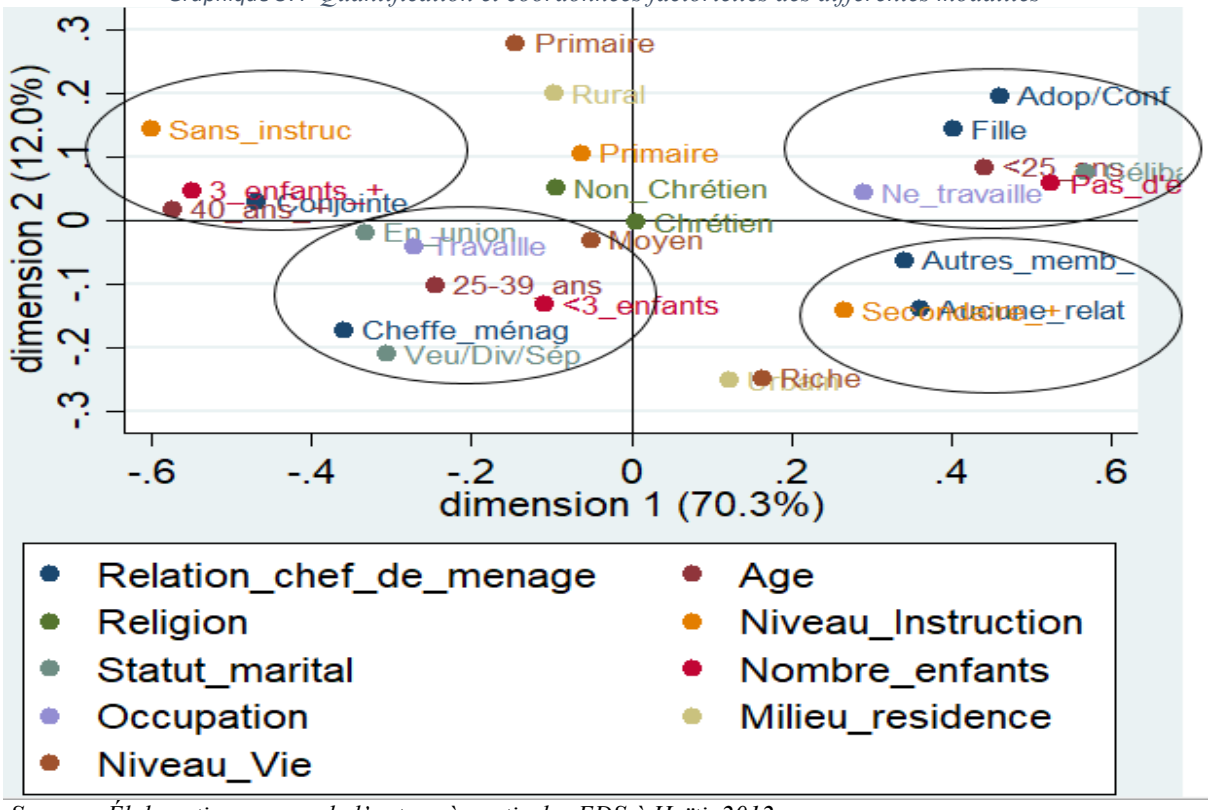
Tableau 38.- Relation des enquêtées avec le chef de ménage

Relation avec le CM	1994	2000	2006	2012	2017
Cheffe de ménage	18.0	20.3	21.8	20.0	21.0
Conjointe	29.8	30.0	25.8	27.3	24.7
Fille	25.1	26.3	28.3	27.9	30.9
Autres membres de la famille	18.0	16.0	18.0	19.4	19.3
Adoptée/Confiée	1.3	1.2	1.7	1.8	1.7
Aucune relation	7.7	6.2	4.5	3.5	2.3
Effectif	5356	10159	10757	14287	14371

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Parmi les femmes enquêtées entre 1994-2017, moins de 25 % se déclaraient cheffes de ménage (Tableau 40). Comme au Bénin (Attanasso, 2004), ce sont les « veuves/divorcées/séparées », les femmes en union et les femmes qui ont une activité génératrice de revenus qui sont généralement cheffes de ménages à Haïti (Graphique 37 ; Graphiques A1-A4, Annexe).

Graphique 37.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2012

Nous remarquons également qu'entre 25 % à 30 % des enquêtées déclaraient être les conjointes du chef de ménage. Le graphique 37 met en évidence que les femmes qui sont conjointes du chef de ménage sont généralement des femmes qui ont des enfants. Ceci montre l'importance des enfants dans la formation de couple à Haïti.

Entre 25% à 30% des enquêtées lors des EDS sont les filles des chefs de ménage. Contrairement aux cheffes de ménage, les femmes qui ont le statut de *filles du chef de ménage* sont généralement des jeunes/adolescentes (moins de 25 ans), des célibataires sans enfants et sans activités génératrices de revenus (Graphique 37).

5.12.- Profil sociodémographiques des femmes à l'adolescence

Étant donné que nous étudions la maternité adolescente, il s'avère intéressant de dresser le profil des femmes adolescentes et son évolution. Cela nous permettra de mieux cerner l'environnement socioculturel et le niveau de vie des femmes à l'adolescence à Haïti.

En effet, la proportion d'adolescentes résidant en milieu urbain a diminué dans le temps. En 1994, 52.1 % des enquêtées âgées de 15 à 19 ans vivaient en zones urbaines contre 37.9 % en 2017 (Tableau 41, ci-après). Toutefois, soulignons que cette évolution a été très irrégulière entre ces deux dates. Comme il a été mentionné précédemment, durant ces deux dernières décennies, Haïti a connu une importante migration interne. Les résultats indiquent également que la majorité des adolescentes vivent dans ménages composés de plus de 5 membres. Néanmoins, il est important de noter que la proportion d'adolescentes vivant dans des ménages de 3-5 membres a augmenté dans le temps. Elle était estimée à 30.8 % en 1994 comparée à 38 % en 2017.

Plus de la moitié des adolescentes appartiennent à des ménages dirigés par des hommes. Nous avons aussi observé que 53 % des adolescentes étaient les filles des chefs de ménages en 1994 contre 65 % en 2017. Par ailleurs, 3.5 % des adolescentes étaient les conjointes des chefs de ménages en 1994 comparées à 1.5 % en 2017. Cette baisse s'explique en partie par la diminution de mariages précoces à Haïti durant ces dernières années (Durban-Albrecht, 2017).

Plus de 95 % des adolescentes sont chrétiennes. Par ailleurs, leur niveau d'instruction a augmenté dans le temps. En 1994, 12.6% d'entre elles étaient sans instruction contre 1.7% en 2017. La proportion d'adolescentes de niveau secondaire ou plus, quant à elle, a augmenté : 28.5 % en 1994 contre 64.2 % en 2017. Plus de ¾ des adolescentes n'ont aucune activité génératrice de revenus. De surcroît, la proportion d'adolescentes appartenant aux ménages pauvres est passée de 33.8 % en 1994 contre 42.5 % en 2017. En revanche, la proportion de celles appartenant à des ménages riches a diminué de manière significative : 45.3 % en 2006 comparées à 37.3 % en 2017.

Tableau 39.- Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes à Haïti

Caractéristiques socio-économiques	1994	2000	2006	2012	2017
Milieu de résidence					
Urbain	52.1	44.9	49.3	41.3	37.9
Rural	47.9	55.1	50.7	58.7	62.1
Taille du ménage					
Moins de 3 membres	3.3	3.1	3.9	4.5	3.0
3-5 membres	30.8	33.2	33.7	35.6	38.0
Plus de 5 membres	65.9	63.7	62.4	59.9	59.0
Sexe du chef de ménage					
Masculin	55.0	55.0	53.3	55.5	52.4
Féminin	45.0	45.0	46.7	44.5	47.6
Relation avec le chef de ménage					
Cheffe	1.5	2.3	2.0	2.0	0.8
Conjointe	3.5	2.7	2.3	2.8	1.5
Fille	53.0	59.0	58.0	61.5	64.7
Soeur	6.0	4.4	5.5	5.3	4.6
Autres parents	18.2	15.5	18.6	16.8	17.9
Adoptée/Confiée	3.0	3.2	3.8	4.5	4.9
Pas de relation	13.8	11.5	8.1	5.8	4.0
Autres	1.0	1.4	1.7	1.3	1.6
Niveau d'éducation					
Sans éducation	12.6	7.3	4.6	2.2	1.7
Primaire	58.9	61.9	56.0	49.4	34.1
Secondaire	28.4	30.8	39.3	48.3	63.7
Supérieur	0.1		0.1	0.1	0.5
Activité économique					
Sans activité	88.1	79.1	81.5	79.6	84.0
Commerce	7.2	17.3	14.0	14.8	11.3
Agriculture	1.8	1.0	1.1	2.3	1.3
Services aux particuliers	2.5	1.0	2.2	2.2	2.1
Autres	0.4	1.6	1.2	1.1	1.3
Niveau de vie					
Pauvre	-	-	33.8	42.0	42.5
Moyen	-	-	20.9	20.3	20.2
Riche	-	-	45.3	37.7	37.3
Statut marital					
Célibataire	83.3	82.9	81.2	86.9	91.7
En union	14.7	14.4	16.2	12.1	7.6
Divorcée/Séparée	2.0	2.7	2.6	1.0	0.7
Effectifs	**1299**	**2434**	**2741**	**3475**	**3307**

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

En ce qui concerne leur statut marital, plus de 80% des adolescentes sont célibataires à Haïti. Nous avons même constaté une augmentation de la proportion d'adolescentes haïtiennes célibataires entre 1994 (83.3%) et 2017 (91.7 %). La proportion d'adolescentes en union a chuté entre 1994 et 2017 : elle est passée de 14.7 % à 7.6 %.

En somme, nous pouvons conclure que la situation socioéconomique des adolescentes haïtiennes n'est pas trop différente de celle de l'ensemble des femmes en âge de procréer. Même si nous avons constaté des progrès en ce qui concerne leur niveau d'éducation et leur statut marital (baisse des unions précoces), elles vivent (pour la plupart) dans des situations précaires.

Conclusion partielle

Ce chapitre avait pour but de présenter l'environnement socioéconomique et culturel dans lequel évoluent les femmes haïtiennes. Ainsi, il ressort que les enquêté-e-s proviennent majoritairement du milieu rural. En outre, il a été constaté l'importance des mouvements migratoires (inter-régionaux) à l'intérieur du pays durant ces vingt-cinq dernières années.

La population enquêtée lors des EDS est très jeune. Entre 1994 et 2017, plus de 40 % des interviewé-e-s ont moins de 25 ans (adolescent.e.s ou jeunes adultes). Les ménages composés de plus de 5 personnes diminuent que ce soit en milieu urbain ou en milieu rural. En revanche, les ménages composés de 3-5 membres ont cru de manière significative entre 1994 (35.1 %) et 2017 (45.1 %).

L'on observe une féminisation progressive du chef de ménage à Haïti. En 1994, 43.5 % des ménages étaient dirigés par des femmes comparés à 49.1 % en 2017. Cela résulterait en partie de l'importante vague d'émigration qu'a connue le pays durant ces deux dernières décennies (Finn et Umpierrez de Reguero, 2020 ; Audebert, 2017). De plus, il convient souligner que les adolescent.e.s et les jeunes adultes (20-24 ans) ont moins de chance d'être chef.fes de ménages que les interviewé.e.s plus âgé.e.s.

La grande majorité des ménages à Haïti vit dans des logements insalubres et précaires. Ce constat est encore plus prononcé en milieu rural et dans les départements du Nord-Est et du Centre. À l'opposé, le département de l'Ouest et l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince sont les régions qui présentent les plus faibles proportions de logements précaires.

Malgré de nombreux investissements de la Banque Mondiale, le taux d'accès à l'électricité reste très faible. Il a même diminué dans le temps. En 1994, 42.4 % des interviewé-e-s avaient accès à l'électricité contre 37.4 % en 2017. Les femmes résidant dans le milieu urbain et dans le département de l'Ouest ont plus accès à l'électricité.

En ce qui a trait à l'appartenance religieuse, il a été observé que plus de 90 % des enquêté-e-s se déclaraient adeptes du christianisme. Toutefois notons que le protestantisme concurrence et remplace de plus en plus le catholicisme. En effet, en 1994, 36.6 % des femmes enquêtées étaient protestantes contre 56 % en 2017. Du côté des hommes enquêtés, ces proportions étaient respectivement de 32.2 % et 42 %.

Les femmes sont relativement peu instruites à Haïti. En 2017, plus de 45 % d'entre elles avaient un niveau inférieur au secondaire. Néanmoins, soulignons que le niveau d'instruction des femmes a progressé. Les inégalités hommes-femmes en matière d'accès à l'éducation persistent à Haïti. En

visualisant les données des EDS, il ressort très clairement que les hommes sont mieux instruits que les femmes. Les femmes en milieu urbain et dans le département de l'Ouest sont mieux instruits que celles qui résident en milieu rural et dans les autres départements. Enfin, notons que les jeunes (les adolescentes et les 20-24 ans) sont mieux instruites que les femmes âgées de 40 ans ou plus. Le système éducatif haïtien est marqué par de fortes inégalités. L'origine socioéconomique, le genre, la situation géographique (zone/département de résidence) ainsi que d'autres facteurs ont un impact fort sur les opportunités éducatives.

En matière d'activité économique, les femmes s'adonnent de plus en plus dans le commerce et les hommes évoluent plus dans le secteur agricole ou artisanal. En raison du chômage, la proportion de jeunes femmes sans activités génératrices de revenus est très élevée. En effet, entre 1994 et 2017, plus de ¾ des enquêtées âgées de moins de 25 ans (adolescentes et jeunes adultes) avaient aucune activité génératrice de revenus. Contrairement à ce qui a été décrit dans le chapitre 2, les données montrent également que près de 4 enquêtées sur 10 appartenaient à des ménages riches. Comme il a été mentionné, l'indicateur *niveau de vie* présent dans les EDS ne reflète pas la réalité la situation socio-économique à Haïti, car il ne prend pas en compte le revenu des membres du ménage.

Dans ce chapitre nous avons présenté aussi le profil des femmes adolescentes faisant partie de notre échantillon. En effet, il a été observé que la proportion d'adolescentes vivant en zones urbaines a décru entre 1994 et 2017, passant de 52.1 % à 37.9 %. Les résultats montrent également que la majorité des adolescentes vivent dans des ménages composés de 5 membres ou plus, pauvres et dirigés par des hommes. De plus, les résultats indiquent que le niveau d'instruction des adolescentes a augmenté durant ces deux dernières décennies. En effet, moins de 30% d'entre elles avaient le niveau secondaire ou plus en 1994 comparées à 64.2 % en 2017. Par ailleurs, la grande majorité des adolescentes sont célibataires. Pour finir, la proportion de celles en union a baissé, passant de 14.7 % en 1994 contre 7.6 % en 2017.

Bien qu'ils soient limités, les résultats présentés dans ce chapitre nous permettent de conclure que les femmes haïtiennes, notamment les adolescentes et les jeunes adultes, évoluent dans un environnement socioéconomique très vulnérable. De surcroît, ces résultats nous permettront de mieux comprendre leur comportement sexuel et reproductif.

CHAPITRE 6. COMPORTEMENTS SEXUELS ET CONTRACEPTIFS DES FEMMES HAÏTIENNES : *une vulnérabilité multidimensionnelle*

« Ce qu'il y a de
plus subtil dans l'homme,
c'est la sexualité »

Louis-Ferdinand Céline

Introduction

Depuis les années 1960, les comportements sexuels et procréateurs des femmes, plus particulièrement des adolescent-e-s et des jeunes, sont au centre des préoccupations scientifiques et programmatiques dans les pays en développement (Beninguisse, 2007). L'intérêt accordé à leur santé sexuelle et reproductive tient à la fois à leur contribution importante à la dynamique démographique de ces pays et à leur vulnérabilité aux risques sexuels et reproductifs (Delaunay, 1994 ; Diop, 1994). En effet, la transition entre l'adolescence, période d'exclusive dépendance vis-à-vis des adultes, et l'âge adulte dans ces pays est caractérisée par une faible connaissance du cycle ovulatoire, un faible recours à la contraception, une précocité de l'initiation sexuelle et un recul de l'âge à la première union, ce qui favorise le développement d'une sexualité pré-nuptiale à risque élevé d'infections sexuellement transmissibles, des grossesses/maternités précoces et non désirées, qui exposent, dans bien des cas, les jeunes filles à la stigmatisation sociale (Delaunay et Guillaume, 2007 ; Bozon et Hertrich, 2004). C'est ainsi que la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), qui s'est tenue au Caire en 1994, a exhorté les pays en voie de développement à « *résoudre les problèmes de santé en matière sexualité et de reproduction des adolescent-e-s, notamment les grossesses non voulues, les IVG pratiqués dans de mauvaises conditions sanitaires, et à encourager un comportement procréateur et sexuel responsable et sain, y compris l'abstinence, en fournissant les services adaptés* » (Beninguisse, 2007, p 290).

L'objet de ce chapitre est de faire un état des lieux des comportements sexuels et contraceptifs des femmes haïtiennes. D'abord nous avons analysé leur connaissance sur le cycle ovulatoire et sur les méthodes contraceptives. Ensuite, nous avons abordé l'utilisation des méthodes contraceptives, l'âge à la première relation sexuelle et l'âge à la première union. Pour finir, nous avons traité les intentions de fécondité des femmes haïtiennes à travers la variable nombre idéal d'enfants désirés. Les connaissances sur le cycle ovulatoire et sur les méthodes contraceptives, l'âge au premier

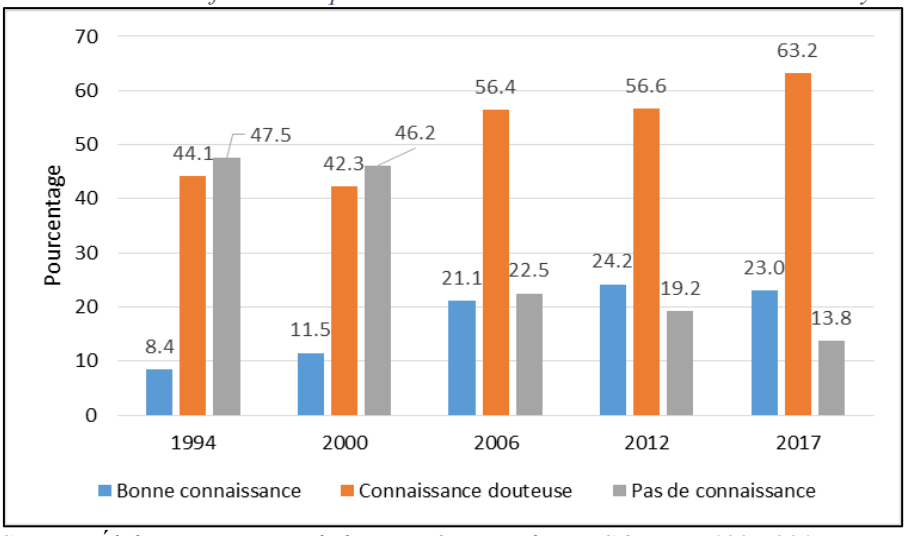
rapport sexuel, l'âge à la première union et le nombre idéal d'enfants désirés sont des fondements de la fécondité adolescente (Diop, 1994). Vimard et Fassassi (2007) attestent même qu'ils impactent les modèles de reproduction des femmes dans les pays en développement.

Ces connaissances et attitudes sont étudiées par rapport aux caractéristiques sociodémographiques des femmes. En procédant ainsi, nous cherchons à saisir l'impact de l'environnement socio-culturel sur le comportement sexuel et contraceptif des femmes à Haïti.

6.1.- Le cycle ovulatoire : très peu maîtrisé par les femmes haïtiennes

Dans les pays en développement, les femmes n'ont pas de réelles connaissances sur le fonctionnement du cycle ovulatoire (Diop, 1995). À Haïti, entre 1994 et 2000, 44 % à 47 % des femmes interrogées avaient des connaissances « douteuses[61] » sur le cycle ovulatoire. Entre 2006 et 2017, ces proportions variaient de 56.4 % à 63.2 % (Graphique 38). La maîtrise du cycle ovulatoire n'est pas un sujet de discussion familiale dans la société haïtienne (Mathieu, 2014 ; Mignot, 1999). Ainsi, de nombreuses jeunes filles grandissent sans savoir réellement de quoi il s'agit et ignorent ses différentes phases (Gilbert et Gilbert, 2017).

Graphique 38.- Distribution des femmes enquêtées selon leur niveau de connaissance sur le cycle ovulatoire



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

La proportion de femmes qui avaient une bonne connaissance du cycle ovulatoire était de 8.4 % en 1994 contre 23 % en 2017. À contrario, en 1994, 47.5 % n'avaient aucune connaissance sur le cycle ovulatoire comparée à 13.8 % en 2017 (Graphique 38). L'implantation des programmes sur la

[61] La connaissance des enquêté.e.s sur le cycle ovulatoire a été testée lors des EDS. Les enquêté.e.s qui ont indiqué « le milieu du cycle » comme la période féconde sont considéré.e.s dans ce cas comme ayant une bonne connaissance de la période féconde. Par ailleurs, ceux qui ont indiqué que la période féconde probable se situe « juste après les règles » ou « juste avant le début des règles » sont considéré.e.s comme ayant une connaissance douteuse de la période féconde. Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes, car les périodes « juste après la fin » et « juste avant le début » peuvent ou non correspondre à la période féconde (https://dhsprogram.com/data/). Enfin, les enquêté.e.s considéré.e.s comme ne connaissant pas du tout la période féconde probable sont ceux ayant fourni des réponses différentes de celles précédemment citées.

planification familiale par les institutions telles que le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) serait à la base de ce changement (Beaugé, 2016 ; Mathieu, 2014 ; UNFPA, 2014 ; André, 2011 ; MSPP, 2001).

a) Les femmes instruites connaissent mieux le cycle ovulatoire que les moins instruites

Les femmes de niveau secondaire et universitaire connaissent mieux le cycle ovulatoire que celles de niveau inférieur ($p < .05$). En 1994, 20.5 % des femmes de niveau secondaire ou plus avaient de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire. Ce pourcentage était de 22.5 % en 2000 ; 29.4 % en 2006 ; 33.6 % en 2012 et 30.0 % en 2017 (Tableau 42 ; Tableaux A18-A20).

À l'autre extrémité du tableau 42, nous constatons qu'en 1994, 52 % des femmes sans instruction n'avaient aucune connaissance sur le cycle ovulatoire. Cette proportion était de 49.8 % en 2000 ; 24.1 % en 2006 ; 21.3 % en 2012 et 17.5 % en 2017 (Tableau 42 ; Tableaux A18-A20).

Tableau 40.- Répartition des enquêtées selon le niveau d'éducation et le niveau de connaissances du CO

Cycle ovulatoire	1994			2017		
	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus
Bonne connaissance	4.7	4.6	20.5	13.9	15.2	30.0
Connaissance douteuse	43.3	45.3	43.0	68.6	68.5	58.6
Pas de connaissance	52.0	50.1	36.5	17.5	16.3	11.4
Effectif	1836	2242	1278	2023	4634	7714
Test statistique (Chi2)	p<.05 ; v de cramer = .177			p<.05 ; v de cramer = .130		

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Par ailleurs, la proportion de femmes sans instruction ayant de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire a significativement augmenté entre 1994 et 2017. Elle est passée de 4.7 % à 13.9 %.

b) Les femmes résidant en milieu urbain ont de meilleures connaissances sur le cycle ovulatoire que celles résidant en milieu rural

En ce qui concerne le lieu de résidence, en 1994, 12.4 % des enquêtées en zones urbaines avaient de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire tandis qu'en zones rurales, cette proportion était de 4.7 %. En 2000, ces proportions étaient respectivement de 15.3 % et 8.9 %. En 2006, 23.6 % des femmes résidant en milieu urbain avaient de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire alors que cette proportion était de 18.8 % en milieu rural. En 2012, elles étaient respectivement de 28.5 % et 20.8 %, et en 2017, elles étaient respectivement de 27.9 % et de 19.7 % (Tableau 43).

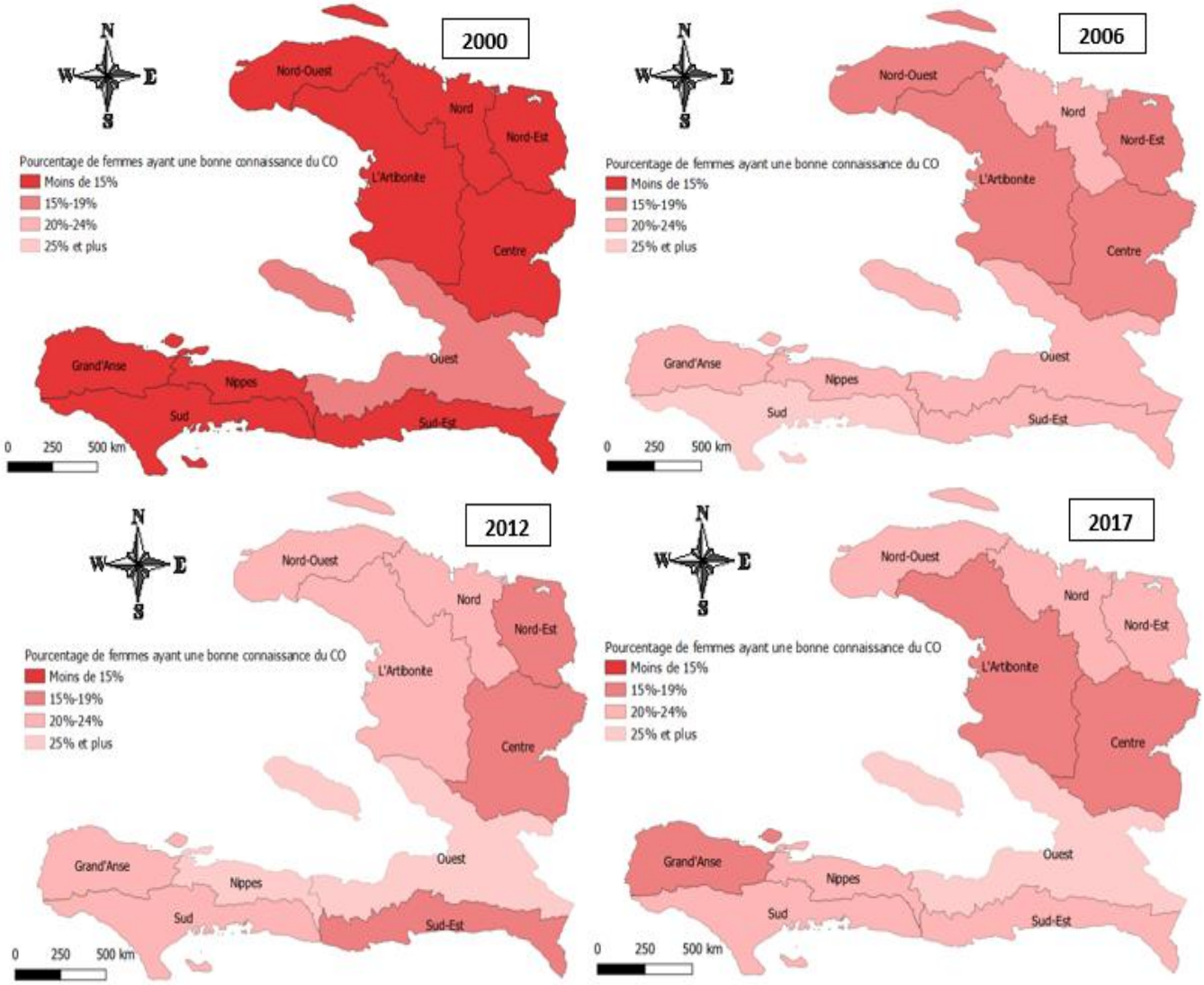
Tableau 41.- Répartition des enquêtées selon leur niveau sur le cycle ovulatoire et le milieu de résidence

Cycle ovulatoire	1994		2000		2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Bonne connaissance	12.4	4.7	15.3	8.9	23.6	18.8	28.5	20.8	27.9	19.7
Connaissance douteuse	46.5	41.8	42.2	42.3	57.2	55.5	55.1	57.8	59.5	65.6
Pas de connaissance	41.1	53.5	42.5	48.8	19.1	25.7	16.3	21.4	12.5	14.7
Effectif	2604	2752	4221	5938	5196	5561	6321	7966	5755	8616
Test statistique (chi2)	p<.05 ; v=.164		p<.05 ; v=.104		p<.05 ; v=.087		p<.05 ; v=.098		p<.05 ; v=.096	

c) *Une nette amélioration (connaissance du cycle ovulatoire) au niveau départemental entre 1994 et 2017*

La proportion de femmes ayant de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire a augmenté dans le temps et ce, dans tous les départements. En 2000, l'Ouest (y compris l'AMPAP) était le seul département où la proportion de femmes ayant de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire dépassait 15 %. En revanche, en 2006, nous observons que plus de 20 % des femmes qui avaient été enquêtées dans les départements Ouest, Nord, Grand-Anse, Nippes, Sud et Sud-est avaient de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire. De plus, notons que le Sud était le seul département où cette proportion était supérieure à 25 % (Carte 12).

Carte 12.- Pourcentage de femmes ayant de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire selon le département de résidence



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000-2017

En 2012, nous avons constaté quelques changements : la proportion de femmes ayant de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire avait diminué dans le département du Sud-Est. De surcroît,

l'Ouest était devenu le seul département où la proportion de femmes ayant de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire était en deçà de 15 %. Comparativement à 2012, la proportion de femmes ayant de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire avait augmenté dans le Nord-Est. Cependant, dans la Grand-Anse et dans l'Artibonite, elles avaient diminué (Carte 12).

d) ***Les femmes à niveau de vie plus élevé maîtrisent mieux le cycle ovulatoire***

Les données montrent également que le statut économique influence le niveau de connaissance des femmes sur le cycle ovulatoire (Tableau 44). En 2006, 16.8 % des enquêtées appartenant à des ménages pauvres avaient de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire contre 25 % chez celles issues de ménages riches. Ces proportions étaient respectivement de 17.4 % et 31.7 % en 2012 ; respectivement de 16.2 % et 29.4 % en 2017.

Tableau 42.- Répartition des enquêtées selon leur niveau sur le cycle ovulatoire et le niveau de vie

Cycle ovulatoire	2006			2012			2017		
	Pauvre	Moyen	Riche	Pauvre	Moyen	Riche	Pauvre	Moyen	Riche
Bonne connaissance	16.8	20.3	25.0	17.4	22.4	31.7	16.2	23.2	29.4
Conn. douteuse	56.8	58.0	55.3	59.5	60.0	52.0	67.3	63.1	59.2
Pas de conn.	26.4	21.7	19.7	23.1	17.7	16.3	16.5	13.7	11.4
Effectif	3810	2177	4770	5457	3079	5751	5677	2853	5841
Test de chi2	p<.05 ; v=.100			p<.05 ; v=.111			p<.05 ; v=.103		

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2006-2017

e) À l'adolescence les femmes maîtrisent mal le cycle ovulatoire

En 1994, près de 70 % des adolescentes n'avaient pas de connaissance sur le cycle ovulatoire comparées à 42.8 % chez les 20-24 ans et à 36.5 % chez les 25-29 ans (Tableau 45). Quoique la proportion de femmes n'ayant pas de connaissance sur le cycle ovulatoire ait diminué de manière significative au fil du temps au niveau de tous les groupes d'âge, elle demeure plus importante chez les 15-19 ans (adolescentes).

Tableau 43.- Proportion de femmes n'ayant aucune connaissance sur le cycle ovulatoire selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	1994	2000	2006	2012	2017
15-19 ans	68.4	65.8	34.4	33.8	24.9
20-24 ans	42.8	42.0	17.8	16.3	11.1
25-29 ans	36.5	37.9	16.2	12.6	9.8
30-34 ans	36.3	36.0	18.3	13.3	10.0
35-39 ans	39.2	37.9	20.0	12.4	9.9
40-44 ans	47.1	41.6	19.3	15.3	9.8
45-49 ans	47.6	45.7	21.2	17.2	13.1

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Facteurs explicatifs de la connaissance du cycle ovulatoire

Comme l'attestent Attanaso et *al.* (2007), la connaissance des femmes sur le cycle ovulatoire ne peut se résumer à un seul niveau d'explication à l'exclusion de tous les autres, mais résulte d'une imbrication de facteurs en résonnance les uns par rapport aux autres. En effet, en vue d'apporter

des précisions supplémentaires sur la contribution de chacune des modalités des variables retenues à l'accroissement ou à la diminution de chance pour une femme d'avoir de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire, des régressions binomiales (logit) ont été estimées et ont conduit aux résultats qui suivent.

Tableau 44.- Facteurs explicatifs de la connaissance des femmes sur le cycle ovulatoire à Haïti

Variables	1994	2000	2006	2012	2017
Groupe d'âge					
15-19 ans	0.366***	0.411***	0.666***	0.560***	0.580***
20-24 ans	0.538**	0.580***	0.987	0.868	0.987
25-29 ans	0.911	0.759*	0.990	1.031	0.994
30-34 ans	0.958	1.024	0.974	1.089	1.092
35-39 ans	0.935	1.067	1.031	1.142	1.141
Réf=40 ans ou plus					
Milieu de résidence					
Urbain	1.812***	1.569***	0.928	0.846	1.008
Réf=Rural					
Département de résidence					
Autres départements	-	0.933	1.042	0.906	0.939
Réf=Ouest (AMPAP)	-				
Niveau d'instruction					
Sans instruction	0.193***	0.200***	0.439***	0.434***	0.410***
Primaire	0.204***	0.289***	0.515***	0.452***	0.471***
Réf=Secondaire et plus					
Statut marital					
Célibataire	1.495	0.760*	0.969	1.075	1.144
En union	1.456***	0.796*	1.045	0.880	1.027
Réf=Veuve/Divorcée/Séparée					
Niveau de vie					
Pauvre	-	-	0.812*	0.634***	0.716***
Moyen	-	-	0.913	0.758***	0.887*
Réf=Riche					

Source : Modèles estimés à partir des enquêtes Démographiques et Santé (EDS) Haïti, 1994-2017, fichier femme
p-value *** = <0.001 **=<0.01 *=<0.05

Les résultats conciliés dans le Tableau 46 confirment certaines tendances observées au niveau de l'analyse bivariée. Il est assez intéressant de remarquer que les adolescentes et les jeunes adultes ont moins de chance ($OR_{15\text{-}19} < 1$) d'avoir de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire que les femmes âgées de 40 ans ou plus. À Haïti, le cycle menstruel est un sujet tabou dans les familles, ce qui devient problématique pour la jeune fille qui grandit dans l'ignorance (Jean Simon, 2020). Notons également que certains adultes/parents se sentent encore mal-informés (Beaugé, 2016). Il est donc difficile pour eux de transmettre des informations qu'ils n'ont pas à leurs enfants (Mathieu, 2014).

Les femmes de niveau secondaire ou plus ont de plus grande chance d'avoir de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire que celles qui sont sans instruction ou de niveau primaire. Il est attendu que les femmes de niveau secondaire ou plus maîtrisent mieux le cycle ovulatoire comparativement à celles qui sont sans instruction. En effet, dans le cours de *biologie* dispensé dans les écoles secondaires à Haïti, le cycle ovulatoire est enseigné (Jean Simon, 2020).

Les femmes résidant en milieu urbain ou appartenant aux ménages riches ont plus de chance d'avoir de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire que celles provenant des ménages résidant en milieu rural ou appartenant à des ménages pauvres. Comme il a été démontré dans le chapitre 5, les femmes issues des ménages riches et résidant en milieu urbain sont mieux instruites que celles appartenant aux ménages pauvres. En effet, quand les femmes présentent de meilleurs niveaux d'instruction, elles sont davantage susceptibles de maîtriser leur corps et leur appareil reproductif (Philibert et *al.* 2021).

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que la maîtrise des phases du cycle menstruel et la connaissance des méthodes contraceptives par les femmes sexuellement activent constituent des moyens efficaces pour réduire le risque de grossesses/maternités non prévues (Morinis et *al.* 2013 ; Vimard et Fassassi, 2010). Or, les précédents résultats nous ont montré que très peu de femmes haïtiennes, notamment les adolescentes et les jeunes adultes, ont de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire. Nous nous demandons est-ce que le constat est-il le même pour les méthodes contraceptives ?

6.2.- La connaissance des méthodes contraceptives : vers plus de modernité

Pour une amélioration de la santé maternelle dans les pays en développement, les gouvernements et des bailleurs de fonds (UNFPA, Unicef…) ont travaillé ensemble pour que les femmes (et les hommes) aient des connaissances sur les méthodes contraceptives (UNFPA, 2014 ; Daguerre et Nativel, 2004).

Tableau 45.- Répartition des enquêtées selon leur connaissance sur les méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives	1994	2000	2006	2012	2017
Aucune méthode	2.0	1.8	0.3	0.2	0.2
Méthodes traditionnelles	0.1	0.1	-	0.1	-
Méthodes modernes	97.9	98.2	99.7	99.7	99.8
Effectif	5356	10159	10757	14287	14371

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

À Haïti, entre 1994 à 2017, plus de 97 % des enquêtées déclaraient connaître les méthodes contraceptives modernes, et ce taux atteignait presque 100 % en 2017. En revanche, les proportions de femmes ayant des connaissances sur les méthodes contraceptives traditionnelles étaient quasi nulles (Tableau 47). Du côté des hommes[62], la même tendance a été observée. Entre 1994 et 2017, plus de 97 % des répondants masculins déclaraient avoir des connaissances sur les méthodes contraceptives modernes (EDS, 1994-2017). La présence des institutions telles que l'USAID, l'Unicef, la Fondation pour la Santé Reproductive et l'Education Familiale (FOSREF) à travers des

[62] Il n'y a pas de variables sur la connaissance du cycle ovulatoire dans le fichier des hommes.

programmes de sensibilisation expliquerait pourquoi la quasi-totalité des enquêté-e-s ont des connaissances sur les méthodes contraceptives modernes (Wang et Mallick, 2019 ; UNFPA, 2014).

a) Pas d'écart significatif entre les milieux de résidence et les groupes d'âge

Que ce soit en milieu urbain ou rural, entre 1994 et 2017, plus de 95 % des interrogées avaient des connaissances sur les méthodes contraceptives modernes (Tableau 48).

Tableau 46.- Répartition des femmes selon leur connaissance sur les méthodes contraceptives et le milieu de résidence

Méthodes contraceptives	1994		2000		2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Aucune méthode	0.5	3.5	0.9	2.3	0.2	0.5	0.2	0.3	0.1	0.3
Méthodes traditionnelles	-	0.1	-	0.1	-	-	-	-	-	-
Méthodes modernes	99.5	96.4	99.1	97.6	99.8	99.5	99.8	99.7	99.9	99.7
Effectif	2604	2752	4221	5938	5196	5561	6321	7966	5755	8616

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

En dehors du fait que les campagnes de sensibilisation sur les méthodes contraceptives aient été dispensées dans presque tout le pays (Bertrand et *al.* 2015), les interactions sociales avec les zones urbaines seraient autant d'opportunités pour les femmes des milieux ruraux d'acquérir des informations sur les méthodes contraceptives modernes. Lorsque les femmes rurales migrent vers les zones urbaines, elles sont exposées aux messages sur les méthodes contraceptives modernes (UNFPA, 2014). Dans le cas où elles décideraient de retourner en zones rurales, elles feraient alors circuler ces informations dans leur entourage (Wang et Mallick, 2019).

b) Les méthodes contraceptives : les adolescentes autant informées ainées

À l'instar de la variable milieu de résidence, les différences de proportions entre les groupes d'âge ne sont pas significatives (Tableau 49 ; Tableaux A21-A24, Annexe). En effet, il est observé que quel que soit le groupe d'âge, la proportion d'enquêtées ayant des connaissances sur les méthodes contraceptives est très élevée. De plus, il convient signaler que depuis l'adolescence, la quasi-totalité des femmes a des connaissances sur les méthodes contraceptives.

Tableau 47.- Répartition des femmes selon leurs connaissances sur les méthodes contraceptives et le groupe d'âge

Méthodes contraceptives	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Aucune méthode	0.6	-	0.1	0.1	-	-	0.2
Méthodes traditionnelles	-	-	-	-	-	0.1	-
Méthodes modernes	99.4	100.0	99.9	99.9	100.0	99.9	99.8
Effectif	3307	2773	2202	1919	1645	1307	1217

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2017

c) Les femmes connaissent mieux les préservatifs masculins et la pilule

Les femmes avaient plus d'informations sur les méthodes contraceptives masculines et sur la pilule (Tableau 50). Les préservatifs masculins et la pilule sont les deux produits contraceptifs les plus répandus dans le pays (MSPP, 2008). À la veille des années 2000, à toutes les stations de radio, des

publicités sur les relations sexuelles à risques stimulaient les gens au port du préservatif masculin *Pantè* ou à la prise de la pilule *Pilplan* (Cormier-Beaugrand, 2017 ; Hunter et *al.* 2011 ; ONUSIDA, 2000). Il faut aussi dire que le contexte de la pandémie du VIH/Sida a largement contribué à la promotion du préservatif auprès des femmes (Wang et Mallick, 2019 ; UNFPA, 2014 ; Hunter et *al.* 2011 ; Delaunay et Guillaume, 2007). Le préservatif n'est pas une invention récente. À l'origine, il était surtout connu pour son action contraceptive. Mais la menace grandissante des IST, et notamment du VIH-Sida a contribué à sa promotion comme un dispositif de prévention aux côtés de l'abstinence et de la fidélité. Aujourd'hui, il est empiriquement établi que le préservatif, utilisé seul de manière correcte et systématique ou en complément d'une autre méthode contraceptive, offre une double protection efficace à la fois contre les IST et contre les grossesses/maternités non désirées (UNFPA, 2014 ; Beninguisse, 2007).

Tableau 48.- Répartition des enquêtées selon leur connaissance sur les types de méthodes contraceptives

EDS	Pilule	DIU	Injectable	Implant	Préservatif (H)	Préservatif (F)
1994	90.3	34.4	84.9	50.3	94.6	-
2000	95.5	35.8	95.5	84.0	94.3	50.4
2006	96.3	33.3	97.5	89.9	98.4	65.4
2012	97.4	35.1	97.5	92.9	99.2	81.5
2017	97.7	28.6	98.8	92.6	99.3	-

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

⁂

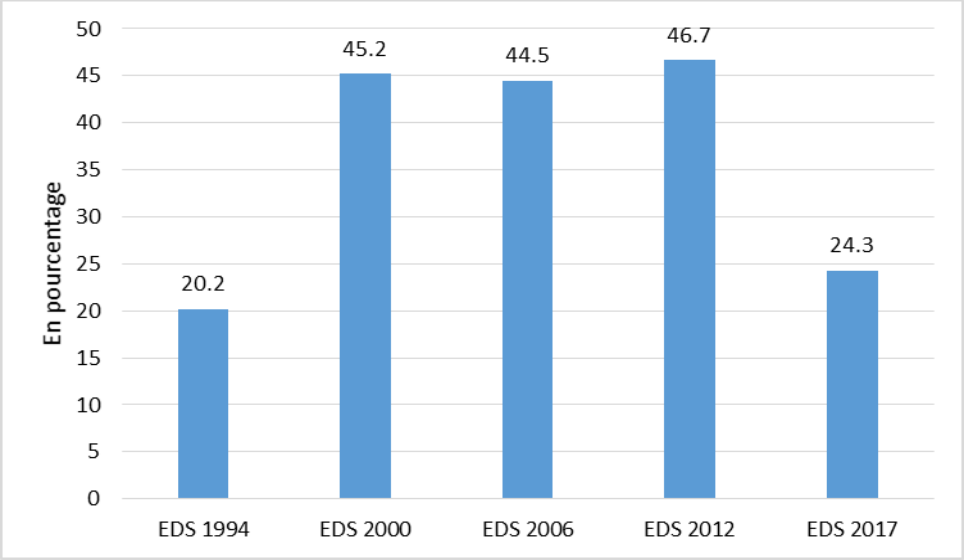
Les résultats de cette section permettent de conclure que la proportion de femmes ayant des connaissances sur au moins l'une des méthodes contraceptives (qu'elle soit moderne ou traditionnelle) est largement plus importante que celle de femmes ayant des connaissances sur le cycle ovulatoire, et ce quel que soit le groupe d'âge (adolescentes, jeunes adultes, etc…). Nos résultats sont similaires à ceux du Burkina Faso où 97 % des femmes déclarent avoir des connaissances sur les méthodes contraceptives (EDSBF, 2010). Pour Fruhauf et *al.* (2018), les médias contribuent de manière significative à cette forte proportion. Dans leur travail de recherche, ils rapportent que près de 6 femmes en âge de procréer sur 10 sont exposées à des messages sur la planification familiale (PF) par le biais des médias au Burkina Faso (Fruhauf et *al.* 2018). Si Bertrand et *al.* (2015) parviennent à la même conclusion, à savoir que l'exposition des femmes à des messages sur la PF par le biais des médias fait accroître la connaissance des femmes haïtiennes en âge de procréer sur les méthodes contraceptives, il s'avère intéressant de se questionner sur le niveau d'exposition de ces femmes aux messages relatifs à la PF par le biais des médias et sur ses variations selon les caractéristiques démographiques.

6.3.- Exposition à des messages sur la planification familiale dans les médias : l'accès à l'électricité, l'un des plus grands obstacles

Les médias d'information les plus utilisés à Haïti sont la radio, la télévision et les journaux. Pour étudier l'exposition des femmes haïtiennes aux messages sur la planification familiale (PF), une variable composite dénommée *Exposition aux messages sur la PF* a été créée. Si une femme déclare avoir été exposée aux messages sur la PF par le biais de l'une de ces médias durant les 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête, la variable composite prend la valeur 1 (Oui) sinon elle prend la valeur 0 (Non).

Entre 1994 et 2000, la proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des médias était passée de 20.2 % à 45.2 % (Graphique 39). D'après Bertrand et *al.* (2015), cette progression entre 1994 et 2000 résulte de nombreuses campagnes de sensibilisation sur la planification familiale financées par la Banque Mondiale, l'OMS, le FNUAP et l'USAID au début des années 2000 dans le pays.

Graphique 39.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des médias



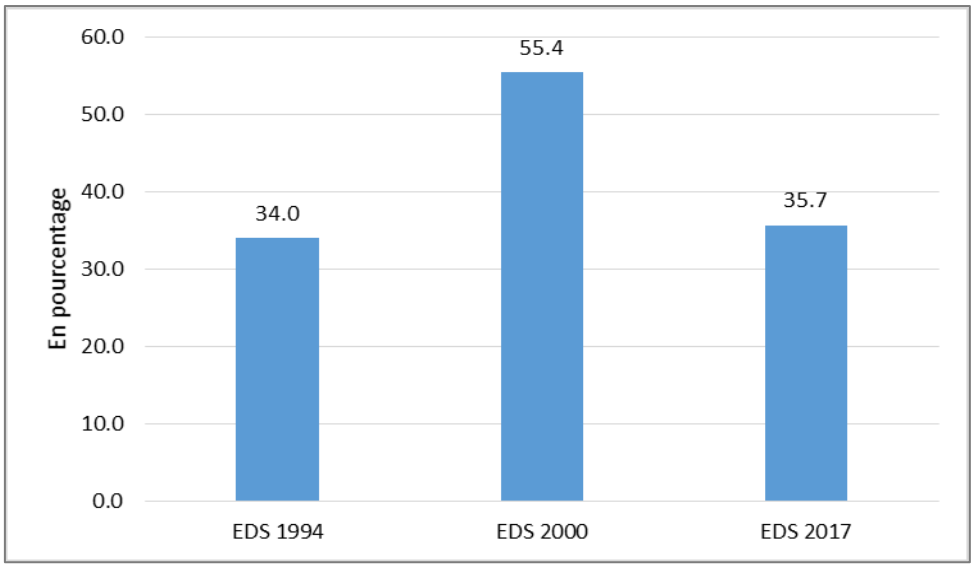
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

En 2006, la proportion de femmes exposées aux messages relatifs à la planification familiale était de 44.5 % (une légère baisse par rapport à 2000) contre 46.7 % en 2012. En 2017, la proportion de répondantes exposées aux messages sur la PF était évaluée 24.3 %, une baisse de 22.4 points par rapport à 2012. Les pertes en matériels électroniques (enregistrées par les ménages) lors des dernières catastrophes naturelles expliqueraient cet obstacle à la massification des messages sur la planification familiale (Baron et Cuzin, 2016). À tout cela s'ajoute, le problème d'électricité. Durant l'année 2016, à certains endroits à Haïti, les ménages avaient passé plusieurs mois sans électricité (RINA, 2019).

a) Les hommes sont plus exposés aux messages relatifs à la planification familiale que les femmes

Les hommes seraient mieux informés que les femmes (Graphique 40). En 1994, 34 % des hommes enquêtés étaient exposés aux messages relatifs à la planification familiale par le biais des médias. Cette proportion était de 55.4 % en 2000 comparée à 35.7 % en 2017[63]. À Haïti, les femmes qui écoutent les messages sur la planification familiale seraient mal vues dépendamment de la région où elles résident. Dans les milieux traditionnels (où les populations ont de faibles niveaux d'instruction), elles pourraient être étiquetées de « chaudasse » (Jean Simon, 2020 ; Bertrand et *al.* 2015). Attanasso et *al.* (2007) ont obtenu des résultats similaires au Bénin.

Graphique 40.- Pourcentage d'hommes exposés aux messages sur la planification familiale par le biais des médias



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

b) L'exposition des femmes aux messages sur la planification familiale augmente avec leur niveau d'instruction

Au vu des données des EDS, il ressort que la proportion d'enquêtées exposées aux messages sur la PF est plus élevée chez celles qui ont le niveau secondaire ou plus que celles de niveau primaire ou sans instruction. De plus, nous remarquons que les écarts entre ces différentes proportions ont diminué avec le temps.

Tableau 49.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la PF selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	1994	2000	2006	2012	2017
Sans instruction	9.4	31.3	29.4	33.2	13.9
Primaire	19.7	43.9	39.6	41.3	18.6
Secondaire ou plus	36.7	63.4	60.3	56.2	30.4
Test de proportion	$p<0.05$	$p<0.05$	$p<0.05$	$p<0.05$	$p<0.05$

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

[63] Dans les fichiers de données de 2006 et de 2012, ces données ne sont pas disponibles.

c) *Les femmes urbaines sont plus susceptibles d'être exposées aux messages sur la PF par le biais des médias que celles rurales*

Les femmes en milieu urbain sont plus exposées aux messages sur la planification familiale que celles en milieu rural (Tableau 52). Les probabilités associées aux Chi-deux révèlent que la relation entre ces deux variables est significative au seuil de 5 % ($p < .05$).

Tableau 50.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des médias selon le milieu de résidence

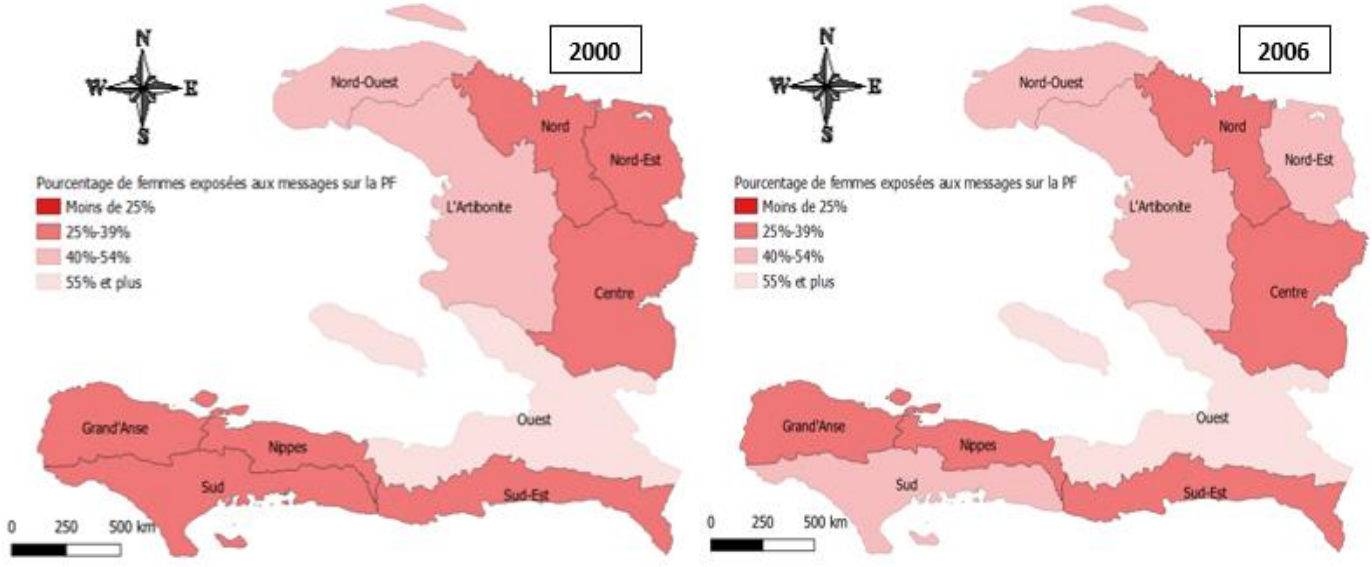
Message sur PF	1994		2000		2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Oui	32.3	8.8	59.9	34.7	54.9	34.8	54.5	40.5	32.6	18.7
Non	67.7	91.2	40.1	65.3	45.1	65.2	45.5	59.5	67.4	81.3
Test Chi2	p<.05 v=0.293		p<.05 v=0.250		p<.05 v=0.202		p<.05 v=0.139		p<.05 v=0.160	

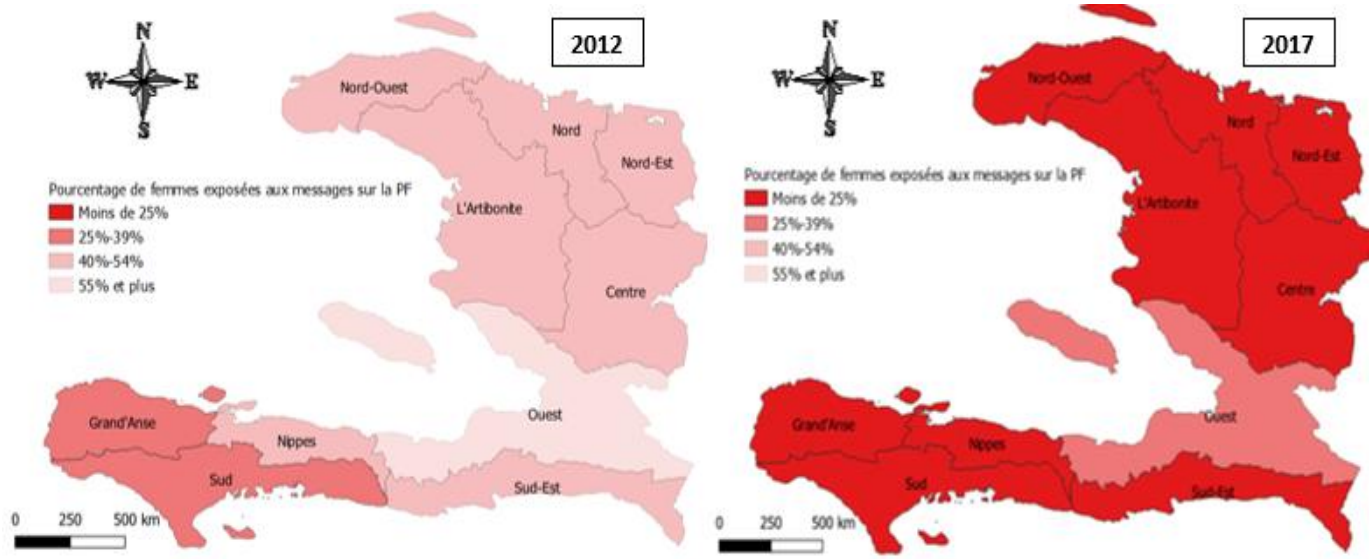
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

d) *L'Ouest : le département avec la plus forte proportion des femmes exposées aux messages relatifs à la PF par le biais des médias*

L'Ouest est le département où les femmes étaient plus exposées aux messages sur la planification familiale (Carte 13). Par ailleurs, les évolutions entre 2000 et 2017 sont différentes selon les départements. En 2000, la proportion de femmes exposées aux messages sur la PF était de moins de 40 % dans 7 départements. En revanche, en 2012, cette proportion était évaluée à moins de 40 % dans seulement 2 départements (Grand'Anse et Sud).

Carte 13.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des médias selon le département de résidence





Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000-2017

Comme il a été évoqué antérieurement, la proportion de femmes exposées aux messages relatifs à la planification familiale avait considérablement diminué en 2017. L'Ouest (y compris l'AMPAP) était le seul département où elle était supérieure à 25 %.

e) La religion et le statut marital semblent ne pas influer sur l'exposition des femmes aux messages relatifs à la PF par le biais des médias

Les chrétiennes sont légèrement plus exposées (proportionnellement) aux messages sur la planification familiale que les non-chrétiennes. Toutefois, les probabilités associées aux Chi-deux calculés montrent que ces différences ne sont pas significatives au seuil de 5 % ($p < .05$).

Tableau 51.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des medias selon le fait qu'elles soient chrétiennes ou pas

Exposition à des messages sur la PF	1994		2000		2006		2012		2017	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Oui	20.5	15.5	45.4	42.6	44.7	40.2	46.8	39.3	24.4	22.3
Non	79.5	84.5	54.6	57.4	55.3	59.8	53.2	60.7	75.6	77.7
Effectif	5034	322	9431	728	10215	542	14152	135	13261	1110
Test d'indépendance (Chi2)	*p*>0.05		*p*>0.05		*p*>0.05		*p*>0.05		*p*>0.05	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

À l'instar de la variable religion, le statut marital n'aurait aucune influence sur l'exposition des femmes aux messages relatifs à la planification familiale (Tableau 54).

Tableau 52.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des medias selon le statut marital

Statut marital	1994	2000	2006	2012	2017
Célibataire	23.5	46.2	45.3	46.0	23.8
En union	18.0	44.1	44.4	47.0	24.6
Veuve/Divorcée/Séparée	22.4	48.2	42.2	48.3	24.3

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

f) Les femmes appartenant à des ménages riches sont plus exposées aux messages sur la PF par le biais des médias que celles appartenant aux ménages pauvres

Les femmes issues de ménages riches sont plus exposées aux messages relatifs au planning familial par le biais des médias que celles issues de ménages pauvres (Tableau 55). La relation entre ces deux variables est significative au seuil de 5% ($p < .05$).

Tableau 53.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale par le biais des medias selon le niveau de vie

Niveau de vie	2006	2012	2017
Pauvre	28.6	35.8	14.2
Moyen	41.2	46.5	22.4
Riche	58.7	57.3	34.9

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2006-2017

g) Les adolescentes font partie des groupes les moins exposés aux messages relatifs à la PF

Les adolescentes et les femmes âgées de 40 ans ou plus sont les groupes les moins exposés à ces messages alors que les femmes âgées entre 20 et 34 ans sont celles qui sont les plus exposées. Les données révèlent aussi que la proportion d'adolescentes exposées aux messages sur la planification familiale a cru entre 1994 (21.1 %) et 2012 (41.6 %).

Tableau 54.- Proportion de femmes exposées aux messages sur la planification familiale selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	1994	2000	2006	2012	2017
15-19 ans	21.1	41.2	40.9	41.6	18.4
20-24 ans	22.1	50.1	50.3	50.2	25.5
25-29 ans	23.1	50.1	48.8	51.2	27.9
30-34 ans	20.1	48.5	47.4	50.2	28.3
35-39 ans	18.5	44.3	43.7	47.3	25.9
40 ans ou plus	15.3	40.0	38.3	43.0	23.2

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Effets nets des variables sociodémographiques

Malgré les résultats intéressants que suggère l'analyse bivariée, elle n'est pas suffisante pour comprendre l'exposition des femmes haïtiennes aux messages relatifs à la PF par le biais des médias. C'est pourquoi nous avons recouru à des méthodes multivariées pour tenir compte de l'effet conjoint de l'ensemble des variables sociodémographiques. Les résultats des modèles logistiques sont présentés dans le tableau qui suit :

Tableau 55.- Facteurs explicatifs de l'exposition à des messages sur la PF à Haïti

Variables	1994	2000	2006	2012	2017
Groupe d'âge					
15-19 ans	0.881	0.746**	0.787**	0.815*	0.572***
20-24 ans	0.861	0.947	1.009	1.005	0.805**
25-29 ans	1.043	1.003	0.964	1.051	0.914
30-34 ans	0.998	1.072	1.054	1.061	0.992
35-39 ans	1.127	1.071	1.082	1.046	0.976
Réf=40 ans ou plus					
Milieu de résidence					

Urbain	3.643***	1.833***	1.067	1.004	1.094
Réf=Rural					
Religion					
Non chrétienne	1.027	0.961	1.049	1.160	0.929
Réf=Chrétienne					
Département de résidence					
Autres départements	-	0.487***	0.724***	0.903*	0.744***
Réf=Ouest (AMPAP)					
Niveau d'instruction					
Sans instruction	0.280***	0.330***	0.391***	0.455***	0.463***
Primaire	0.539***	0.594***	0.577***	0.655***	0.662***
Réf=Secondaire ou plus					
Statut marital					
Célibataire	0.899	0.871	0.987	0.865	1.074
En union	0.940	0.968	1.017	1.012	1.146
Réf=Divorcée/Séparée/Veuve					
Niveau de vie					
Pauvre	-	-	0.477***	0.570***	0.469***
Moyen	-	-	0.696***	0.761***	0.666***
Réf=Riche					

Source : Modèles estimés par l'auteur à partir des enquêtes Démographiques et Santé (EDS) Haïti, 1994-2017, fichier femme
p-value *** = <0.001 **=<0.01 *=<0.05

Les résultats ont montré que la variable *milieu de résidence* n'est significative que dans les modèles 1994 et 2000 : les femmes résidant en milieu urbain avaient entre 1.8 à 3.6 fois plus de chance d'être exposées aux messages sur la planification familiale que celles vivant en milieu rural. Vimard et Fassassi (2007) parviennent à la même conclusion dans leur travail de recherche mené en Afrique subsaharienne. En milieu rural haïtien, les femmes vivent dans des situations très précaires. Cayemittes et *al.* (2018) rapportent que moins de 4 ménages sur 10 en milieu rural ont accès à une radio/télévision et seulement 13.2 % des femmes lisent les journaux. Dans ce contexte, la sensibilisation des femmes à la planification familiales par le biais des médias ne porterait pas ses fruits.

Les femmes qui résident dans le département de l'Ouest ont plus de chance d'être exposées aux messages sur la planification familiale que celles provenant des autres départements. Ce résultat confirme les tendances observées au niveau des cartes ci-dessus. En réalité, les femmes issues du département de l'Ouest ont plus accès aux médias et à l'électricité (Avila et *al.* 2017).

Les femmes de niveau secondaire ou plus ont 2.2 à 3.6 fois plus de chance d'être exposées aux messages sur la planification familiale que celles sans instruction. Cette observation est en conformité avec les travaux de Congo (2007) au Burkina Faso. Selon Kaggwa et *al.* (2009), lorsqu'une femme est instruite, elle est plus réceptive aux valeurs de la modernisation.

Par ailleurs, les femmes provenant des ménages riches ont 1.8 à 2.2 fois plus de chance d'être exposées aux messages sur la planification familiale que celles qui sont issues de ménages pauvres. Nos résultats rejoignent ceux de Mbakop Tchoua (2010) et s'expliquent par le fait que les femmes

appartenant aux ménages riches ont de plus grande chance d'être exposées aux médias et d'avoir accès à l'électricité (Avila et *al.* 2017). En plus de cela, elles sont mieux instruites que celles issues des ménages pauvres (voir chapitre 5). Par conséquent, elles seraient plus susceptibles de vouloir s'informer sur la planification familiale afin d'éviter les IST et les grossesses/maternités non désirées (Bertrand et *al.* 2015).

La variable groupe d'âge est significative dans les modèles 2000, 2006, 2012 et 2017. Ainsi les adolescentes ont moins de chance d'être exposées aux messages sur la planification familiale comparativement à leurs aînées. Ces résultats sont en cohérence avec ceux de Vignikin (2007) au Togo. En effet, la sexualité est un sujet tabou à Haïti (Pierre-Victor et *al.* 2021). Par conséquent, les parents ne laissent pas les adolescentes exposées à des messages sur le planning familial. D'ailleurs à l'heure de leur retransmission (s'il y a électricité), il est rapporté que certains parents pourraient débrancher les appareils (radio/télévision) (Beaugé, 2016).

⁂

Si les médias (télévision, radio, journaux..) sont, de nos jours, un canal incontournable d'informations sur les méthodes contraceptives, le partage d'informations se fait aussi à travers des discussions entre les familles et couples. Selon Coulibaly et *al.* (2020), ces discussions jouent un rôle primordial quant à l'acceptation d'une méthode contraceptive et à sa continuation. Malgré les avantages qu'offrent ces discussions, les femmes dans les pays en développement sont peu nombreuses à discuter de la planification familiale avec leur partenaire. La majorité des études réalisées révèlent que cela résulte des inégalités de genre et du faible niveau d'instruction des femmes (Gastineau et *al.* 2016 ; Chae et Woog, 2015). Étant donné qu'à Haïti les femmes sont peu instruites et que les inégalités économiques et de genre persistent, nous présupposons que la proportion de femmes discutant de la PF avec leurs partenaires n'est pas élevée et qu'elle est encore plus faible aux jeunes âges. L'objectif de la section 6.4 est d'étudier l'évolution de la proportion de femmes haïtiennes discutant de la PF avec leurs partenaires et aussi de mettre en exergue les facteurs sous-jacents à cette forte ou faible discussion.

6.4.- Discussion avec les partenaires sur la planification familiale[64] : les inégalités de genre

Cette section est basée sur des sous-échantillons de femmes en union.

La proportion de femmes discutant de la PF avec leurs partenaires n'est pas élevée à Haïti : en 1994, 47.7 % des femmes en union en 1994 déclaraient avoir eu une discussion sur la planification avec leurs partenaires durant les 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête contre 58.7 % en 2000. De plus, cette proportion avait augmenté de 11 points entre 1994 et 2000. Cette augmentation serait attribuable en partie à l'amélioration du niveau d'instruction des femmes (Mirkovic et *al.* 2017).

a) Pas d'écart significatif entre les milieux de résidence

La proportion de femmes qui discutaient de la PF avec leurs partenaires était de 49.4 % en milieu urbain comparée à 46.5 % en milieu rural en 1994. Ces proportions étaient respectivement de 59.9 % et 58.6 % en 2000.

Tableau 56.- Proportion de femmes ayant des discussions sur la PF avec leur partenaire selon le milieu de résidence

Discussion sur PF	1994		2000	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Oui	49.4	46.5	59.9	58.0
Non	50.6	53.5	40.1	42.0
Test Chi2	p>.05		p>.05	

b) De grandes disparités départementales

En 2000, l'Ouest, le Nord, la Grande-Anse, le Nippes et le Sud étaient les départements où les proportions de femmes ayant discuté de la PF avec leurs partenaires étaient les plus importantes (60 % ou plus). En revanche, le Nord-Ouest et la Grande-Anse étaient les départements où ces proportions étaient les moins élevées (Carte 14).

Carte 14.- Proportion de femmes ayant des discussions sur la PF avec leurs partenaires selon les départements



[64] Nous avons retrouvé des données pour cette variable que dans les fichiers de 1994 et de 2000.

c) *Les chrétiennes discutent le plus avec leurs partenairse que les non-chrétiennes*

Les femmes chrétiennes discutent plus fréquemment de la PF avec leurs partenaires. En 1994, 48.3 % des enquêtées appartenant au christianisme avaient déclaré avoir discuté de la PF avec leurs partenaires contre 38.9 % pour les non chrétiennes. En 2000, les écarts entre ces proportions se resserraient. En effet, elles étaient respectivement de 59 % et 55.6 % (Tableau 59).

Tableau 57.- Proportion de femmes ayant des discussions sur la PF avec leur partenaire selon la religion

Discussion sur PF	1994		2000	
	Chrétienne	Non chrétienne	Chrétienne	Non chrétienne
Oui	48.3	38.9	59.0	55.6
Non	51.7	61.1	41.0	44.4

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2000

d) *Plus les femmes sont instruites plus elles discutent de la PF avec leurs partenaires*

En 1994, 61.1 % des femmes de niveau secondaire ou plus avaient déclaré savoir discuter de la PF avec leurs partenaires comparées à 40.4 % chez les femmes sans instruction. Par ailleurs, en 2000, ces proportions étaient respectivement de 66.1 % et 51.8 % (Tableau 60).

Tableau 58.- Proportion de femmes ayant des discussions sur la PF avec leur partenaire selon le niveau d'instruction

	1994	2000
Sans instruction	40.4	51.8
Primaire	50.8	62.6
Secondaire ou plus	61.1	66.1
Test de proportion	$p<0.05$	$p<0.05$

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2000

e) *Les adolescentes et les femmes âgées de 40 ans ou plus discutent le moins de la PF avec leurs partenaires*

Les femmes de 25-29 ans et de 30-34 ans sont celles qui discutent le plus avec leurs partenaires de la PF alors que les adolescentes et les femmes âgées de 40 ans ou plus sont celles qui discutent le moins de la PF avec leurs partenaires (Tableau 61). De plus, il est observé que la proportion de femmes qui discutent de la PF avec leurs partenaires a augmenté au niveau de tous les groupes d'âge entre 1994 et 2000.

Tableau 59.- Proportion de femmes ayant des discussions sur la PF avec leurs partenaires selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	1994	2000
15-19 ans	42.4	54.3
20-24 ans	49.7	63.4
25-29 ans	56.5	67.3
30-34 ans	55.0	68.6
35-39 ans	46.8	62.4
40 ans ou plus	33.4	41.4

Source : Enquêtes Démographiques et de Santé à Haïti, 1994-2000

f) L'exposition à des messages relatifs à la PF semble influer sur la discussion entre les couples

Les femmes exposées aux messages sur le planning familial discutent plus (en termes de proportion) de la PF avec leurs partenaires que celles qui ne sont pas exposées aux messages sur le planning familial (Tableau 62).

Tableau 60.- Proportion de femmes ayant des discussions sur le planning familial avec leur partenaire selon le fait d'être exposé aux messages sur la PF

Discussion sur PF	1994		2000	
	Oui	Non	Oui	Non
Oui	48.3	38.9	59.0	55.6
Non	51.7	61.1	41.0	44.4
Test chi2	p<.05		p<.05	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2000

Effets nets des variables sociodémographiques

Si l'analyse bivariée a permis de voir les relations qui existeraient avec les variables indépendantes, elle demeure une solution partielle qui n'offre qu'un début d'explication au phénomène étudié. De ce fait, l'emploi des modèles multivariés (logit binaire) s'avère nécessaire pour mieux apprécier les facteurs associés à la discussion de la PF dans les couples.

De manière générale, les résultats des modèles saturés indiquent que, toutes choses étant égales par ailleurs, les facteurs associés à la discussion de la PF entre les couples sont : le groupe d'âge, le niveau d'instruction, la religion, le milieu de résidence, le département de résidence, l'exposition à des messages sur la PF par le biais des médias, mais il existe des variabilités selon la période d'observation.

Tableau 61.- Facteurs explicatifs de la discussion de la PF avec son partenaire

Variables	1994	2000
Groupe d'âge		
15-19 ans	1.255*	1.494**
20-24 ans	1.640***	2.184***
25-29 ans	2.246***	2.643***
30-34 ans	2.242***	2.873***
35-39 ans	1.699***	2.279***
Réf=40 ans ou plus		
Milieu de résidence		
Urbain	0.987	0.975
Réf=Rural		
Religion		
Non chrétienne	1.371**	1.215*
Réf=Chrétienne		
Département de résidence		
Ouest (AMPAP)	-	1.164**
Réf=Autres départements		
Exposition aux messages sur la PF		

Oui	1.359**	1.623***
Réf=Non		
Niveau d'instruction		
Sans instruction	0.483***	0.764**
Primaire	0.715***	0.957
Réf=Secondaire ou plus		

Source : Modèles estimés par l'auteur à partir des enquêtes Démographiques et Santé (EDS), Haïti, 1994-2000, fichier femmes, *p*-value *** = <0.001 **=<0.01 *=<0.05

Les résultats des modèles révèlent que les femmes résidant dans le département de l'Ouest ont 1.2 fois plus de chance de discuter de la planification familiale avec leurs partenaires que celles provenant des autres départements. Ce résultat confirme la tendance observée au niveau l'analyse bivariée. Par ailleurs, les femmes de niveau secondaire ou plus ont 1.3 à 2.1 fois plus de chance de discuter de la PF avec leurs partenaires comparativement à celles qui sont sans instruction. Ces résultats sont en conformité avec ceux de Tagang (2018) sur les femmes en union au Tchad. Shattuck et *al.* (2011) ont démontré que lorsque les femmes sont instruites, elles subissent moins les pressions culturelles et sont plus susceptibles d'impliquer leurs partenaires dans leurs décisions concernant la planification familiale afin d'éviter les grossesses/maternités non désirées et les IST.

Les femmes exposées aux messages sur la planification familiale ont 1.4 à 1.6 fois plus de chance de discuter de la PF avec leurs partenaires. Ces résultats corroborent ceux de Kacou (2018) en Côte d'Ivoire. En effet, dans les émissions sur la planification familiale à Haïti, il est enseigné aux femmes qu'elles doivent entamer des discussions sur ce sujet avec leurs partenaires (UNFPA, 2014).

Les femmes âgées de 20 à 39 ans ont au moins 1.2 fois plus de chance de discuter de la planification familiale avec leurs partenaires que les femmes de 40 ans ou plus. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Memmi et Desgrées du Loû (2015) sur les couples palestiniens. Étant donné que les femmes haïtiennes âgées de 20-39 ans sont mieux instruites et plus exposées aux messages sur la PF que celles de 40 ans ou plus, elles seraient donc plus susceptibles d'avoir des comportements sexuels responsables et se sentiraient moins gênées de discuter de la PF avec leurs partenaires (Beaverson, 2018 ; Beaugé, 2016 ; Mathieu, 2014 ; UNFPA, 2014). Nos résultats indiquent aussi que les adolescentes ont moins de chance de discuter de la PF avec leurs partenaires comparativement aux femmes âgées de 20 ans à 39 ans alors qu'elles ont plus de chance de discuter de la PF que les femmes âgées de 40 ans ou plus.

Enfin, les femmes chrétiennes ont 1.2 à 1.4 fois plus de chance de discuter de la planification familiale avec leurs partenaires que les non chrétienne, ce qui va à l'encontre des résultats de Tagang (2018). Vu que la religion chrétienne n'est pas favorable à la contraception (Greethel, 2016), nous pourrions postuler que ce résultat s'expliquerait par le fait que ce sont les femmes

chrétiennes qui demanderaient plus l'autorisation de leurs partenaires à l'utilisation de la PF que les non chrétiennes.

⁂

Nous avons vu dans cette section que la proportion de femmes haïtiennes qui discutent de la PF avec leurs partenaires certes n'est pas élevée. De plus, il a été observé que les adolescentes et les femmes âgées de 40 ans ou plus sont les groupes qui discutent le moins de la PF avec leurs partenaires. Néanmoins, il est empiriquement admis que les discussions sur la PF dans les couples (Nativel et Daguerre, 2003 ; Akoto et Kamdem, 2003) influeraient sur les décisions d'utilisation des méthodes contraceptives lors des rapports sexuels.

6.5.- Avoir des connaissances sur les méthodes contraceptives à Haïti ne préjuge pas leur utilisation mais les discussions sur la PF dans les couples font augmenter la probabilité d'utilisation des méthodes contraceptives

À Haïti, 83.3 % des femmes sexuellement actives déclaraient ne pas utiliser les méthodes contraceptives lors des rapports sexuels lors de l'EDS de 1994 comparées à 70.9 % en 2017. L'amélioration du niveau d'instruction des femmes et des services de planification familiale dans le pays ont conduit à cette baisse observée entre 1994 et 2017 (Wang et Mallick, 2019).

Tableau 62.- Répartition des femmes enquêtées selon l'utilisation des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives	1994	2000	2006	2012	2017
Non	83.3	75.4	72.1	71.2	70.9
Méthodes traditionnelles	4.5	4.5	6.0	2.3	2.0
Méthodes modernes	12.1	20.1	22.0	26.5	27.0
Effectif	4036	7884	8546	11565	11858

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Au moment de l'EDS de 2017, 27 % des femmes sexuellement actives utilisaient des méthodes contraceptives modernes au cours des rapports sexuels, une hausse de 15 points comparativement à 1994 ; 7 points par rapport à 2000 ; 5 points comparativement à 2006 ; et 0.5 point par rapport à 2012 (Tableau 64).

6.5.1.- Principales causes de la non-utilisation des méthodes contraceptives

Les trois principales causes de la non-utilisation des méthodes contraceptives sont : (i) les effets indésirables, (ii) l'opposition des femmes (iii) et l'opposition des partenaires.

a) Les effets indésirables ou idées préconçues ?

Entre 1994-2017, plus d'une femme sur quatre sexuellement active n'utilisait pas de méthodes contraceptives à cause des effets indésirables sur leur santé. D'après Mignot (1999), les femmes haïtiennes doutent beaucoup plus des avantages des méthodes de contraceptions modernes (surtout hormonales) que traditionnelles. En effet, moins de 5 % des femmes sexuellement actives utilisent la pilule, le DIU ou l'implant (EDS 1994-2017). Selon le raisonnement de certaines femmes haïtiennes, ces dispositifs sont cancérigènes, rendent stériles ou rongent l'utérus (Simplus et Houlio, 2012).

b) L'opposition des femmes à l'utilisation des préservatifs

De plus en plus de femmes s'opposent à la relation sexuelle protégée à Haïti. Entre 1994 et 2017, les proportions d'enquêtées contre l'usage des préservatifs ont fluctué de 5.7 % à 20 % (EDS, 1994-2017). En fait, pour certaines femmes haïtiennes, les relations sexuelles sans protections sont meilleures. Elles utilisent les termes « *po pou po pi dous* : *la chair contre la chair est meilleure* »

ou encore « *le bonbon sans l'emballage n'est pas le même que le bonbon avec l'emballage* » pour justifier leur opposition (Mathieu, 2014). Les préservatifs seraient des casseuses d'ambiance qui les empêchent d'accéder à une vraie jouissance et à une véritable intimité (Wegner et *al.* 2017).

c) L'opposition des partenaires

Les partenaires s'opposent aussi aux relations sexuelles sans protections. Selon l'EDS de 2017, près d'une femme sur 10 sexuellement actives à Haïti déclare que son partenaire est contre le port des préservatifs durant les rapports sexuels. En fait, pour beaucoup d'hommes haïtiens, les relations sexuelles avec préservatifs ne sont pas naturelles et n'apportent pas du plaisir à leurs partenaires (Beaugé, 2016 ; Mathieu, 2014). En outre, soulignons qu'à Haïti, la contraception est une responsabilité masculine (Mathieu, 2014). Au moment des relations sexuelles, c'est à l'homme qu'il appartient de se prononcer sur la pose du préservatif (Alfred et *al.* 2017). C'est un fait : dans certaines zones (urbaines comme rurales) à Haïti, la pratique contraceptive féminine est liée à l'image d'une *femme chaude*, *femme légère*, *dévergondée* (Alfred et *al.* 2017 ; Beaugé, 2016).

6.5.2.- Pratique contraceptive à Haïti : des inégalités selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le niveau de vie et l'âge

La prévalence contraceptive est plus élevée en zones urbaines que rurales (Tableau 65**)**. En 1994, 22 % des répondantes en milieu urbain utilisaient les méthodes contraceptives (modernes ou traditionnelles) comparées à 11.8 % chez celles qui résidaient en milieu rural. La même tendance est observée en 2000, 2006, 2012 et 2017. À noter que les écarts entre milieux urbain et rural se resserrent au fil du temps et que les enquêtées utilisent de plus en plus les méthodes contraceptives.

Tableau 63.- Proportion de femmes qui utilisent une MC selon le milieu de résidence

Méthodes contraceptives	1994		2000		2006		2012		2017	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Non	78.0	88.2	72.9	77.1	68.4	75.5	71.3	71.1	69.5	71.9
Traditionnelles	6.0	3.2	5.1	4.1	6.1	5.9	2.7	2.1	2.8	1.5
Modernes	16.0	8.6	22.0	18.8	25.5	18.6	26.0	26.8	27.7	26.6
Effectif	1915	2121	3166	4718	4106	4440	5233	6332	4779	7079
Test chi2	p<.05 ; v=.137		p<.05 ; v=.049		p<.05 ; v=.084		p>.05 ; v=.021		p<.05 ; v=.049	

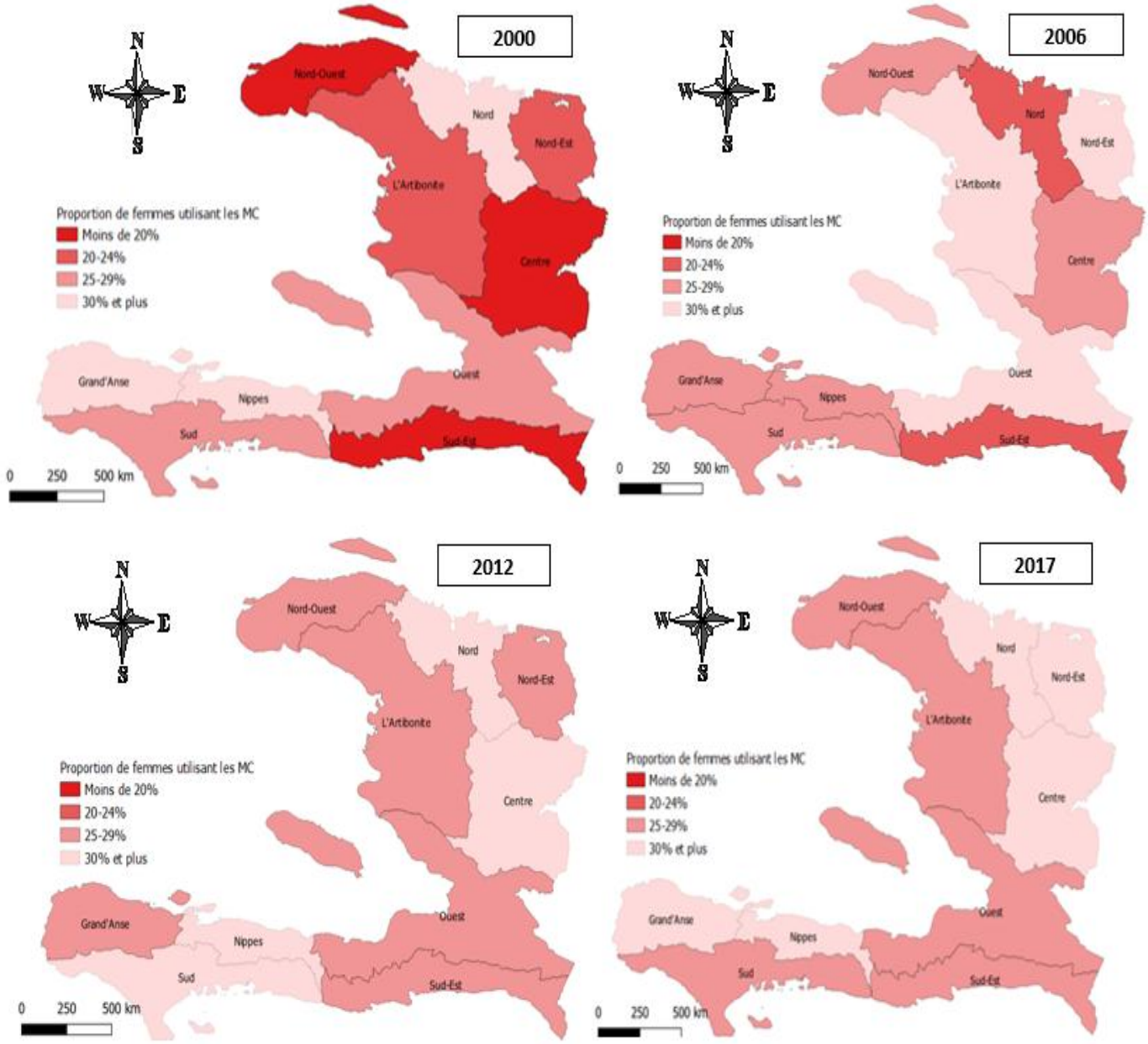
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

a) De grands changements au niveau départemental

En 2000, dans les départements du Nord-Ouest, du Centre et du Sud-Est, moins de 20 % des enquêtées utilisaient les méthodes contraceptives (MC). À l'opposé, le Nord, la Grand-Anse et les Nippes étaient les départements avec les plus fortes prévalences contraceptives : au moins 30 % des enquêtées issues de ces départements utilisaient les MC (Carte 15). Nous remarquons des changements au niveau départemental : en 2017, il y a aucun département où la prévalence

contraceptive était en deçà de 20 %. Par ailleurs, la prévalence contraceptive a nettement augmenté dans le Nord-Est et dans le Centre en 2017 comparativement à 2000.

Carte 15.- Proportion de femmes utilisant les MC selon le département de résidence



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000-2017

b) *Les femmes de niveau scolaire secondaire ou plus utilisent davantage les MC que les femmes de niveau primaire ou sans instruction*

La pratique contraceptive augmente de façon significative avec le niveau d'instruction ($p < .05$). Les femmes ayant un niveau secondaire ou plus ont de plus grande chance de recourir aux méthodes contraceptives comparativement à celles de niveau primaire ou sans instruction (Tableau 66 ; Tableau A25, Annexe).

Tableau 64.- Proportion de femmes utilisant une MC selon le niveau d'instruction

Méthodes contraceptives	1994			2017		
	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus
Non	89.6	83.1	71.0	74.4	69.0	71.1
Traditionnelles	2.3	4.0	9.7	1.1	1.7	2.6
Modernes	8.1	12.9	19.3	24.6	29.3	26.4
Effectif	1667	1561	808	1965	3848	6045
Test de chi2	p<.05 ; v=.137			p<.05 ; v=.039		

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

c) *La religion chrétienne n'influe pas sur la pratique contraceptive*

La prégnance des religions dans la région Amérique Latine et Caraïbes (ALC) étant forte, certaines études ont montré que la pratique religieuse influe de façon significative sur la pratique contraceptive (Greethel, 2016 ; Di Cesare et Rodriguez, 2005). Alors qu'à Haïti, la religion n'influe pas sur la pratique contraceptive des femmes (Tableau 67 ; Tableau A26, Annexe). Comme le montrent les résultats consignés dans le tableau ci-après, les probabilités associées au test de khi-deux sont supérieures à 0.05 (5 %).

Tableau 65.- Proportion de femmes qui utilisent actuellement (au moment de l'enquête) une MC selon la religion

Méthodes contraceptives	1994		2000		2006		2012	
	Chrétienne	Non Chrétienne	Chrétienne	Non Chrétienne	Chrétienne	Non Chrétienne	Chrétienne	Non Chrétienne
Non	83.3	82.8	75.2	77.5	71.8	76.4	71.2	71.8
Traditionnelles	4.6	4.2	4.6	3.5	6.1	3.8	2.4	0.9
Modernes	12.1	13.0	20.2	19.0	22.1	19.7	26.4	27.4
Effectif	3768	268	7232	652	8075	471	11448	117
Test chi2	p>.05		p>.05		p>.05			

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2012

d) *Les femmes appartenant aux ménages riches utilisent plus les méthodes contraceptives que celles provenant de ménages pauvres*

Les femmes appartenant à des ménages riches ont plus de latitude à utiliser les MC comparées à celles issues de ménages pauvres ($p < .05$). Par exemple, en 2006, parmi les femmes vivant dans les ménages pauvres, 21.7 % utilisaient les méthodes contraceptives contre 33.2 % pour les riches (Tableau 68). Atténués en 2012 et 2017, les écarts restent toujours significatifs (Tableau A27,

Annexe). Il convient pour autant de dire que le lien statistique entre la pratique contraceptive et le niveau de vie n'est pas très significatif.

Tableau 66.- Proportion de femmes utilisant une MC selon le niveau de vie

Méthodes contraceptives	2006		
	Pauvre	Moyen	Riche
Non	79.3	70.6	66.8
Traditionnelles	5.0	5.6	6.9
Modernes	15.7	23.8	26.3
Effectif	3071	1721	3754
Test de chi2	p<.05 ; v=.090		

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2006

e) Les adolescentes et les femmes âgées de 45-49 ans : les 2 groupes les plus vulnérables en matière de contraception

Les adolescentes et les femmes âgées de 45 à 49 ans sont les groupes les plus vulnérables en matière de contraception car ce sont les groupes qui présentent les plus faibles prévalences d'utilisation de méthodes contraceptives (Tableau 69). Il est aussi observé que la prévalence contraceptive a augmenté du côté des adolescentes. Elle était à 12.4 % en 1994 contre 21.4 % en 2017.

Tableau 67.- Proportion de femmes qui n'utilisent pas (au moment de l'enquête) de méthodes contraceptives selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	1994	2000	2006	2012	2017
15-19 ans	87.6	82.1	75.3	81.3	78.6
20-24 ans	83.3	75.9	70.8	70.7	70.2
25-29 ans	80.8	73.5	67.4	65.7	65.7
30-34 ans	79.3	71.8	69.9	65.4	66.0
35-39 ans	83.0	71.4	70.2	66.6	66.7
40-44 ans	82.4	74.8	73.9	72.1	73.1
45-49 ans	89.3	83.2	81.4	84.8	83.8

Source : Enquêtes Démographiques et de Santé à Haïti, 1994-2017

f) L'exposition à des messages sur la PF semble influer sur l'utilisation des MC

Comme nous pouvons le constater, en 1994, 22.7 % des femmes qui étaient exposées à des messages sur la PF utilisaient les MC contre 15.1 % chez celles qui n'étaient pas exposées à ces messages. En 2000, 2006, 2012 et 2017, nous avons fait le même constat. Toutefois, signalons que les écarts se resserrent avec le temps.

Tableau 68.- Proportion de femmes utilisant un MC selon le fait qu'elles aient été exposées à des messages sur la PF

Méthodes contraceptives	1994		2000		2006		2012		2017	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Non	77.3	84.9	71.2	79.2	67.8	75.7	70.1	72.2	67.7	72.0
Traditionnelles	7.2	3.8	5.5	3.6	6.6	5.5	2.7	2.0	3.4	1.6
Modernes	15.5	11.3	23.3	17.3	25.7	18.9	27.2	25.7	28.9	26.4
Effectif	820	3216	3695	4189	3898	4648	5598	5967	3024	8834
Test chi2	*p*<.05 v=.087		*p*<.05 v=.094		*p*<.05 v=.089		*p*<.05 v=.030		*p*<.05 v=.062	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

g) La discussion sur la PF avec son partenaire : création d'une atmosphère de confiance et de complicité

La discussion au sein du couple crée une atmosphère de confiance et de complicité entre les conjoints qui favorise une fécondité responsable (Vignikin, 2007). En 1994, 23 % des femmes interrogées qui discutaient de la PF avec leur partenaire utilisaient les MC contre 7 % chez celles qui ne discutaient pas de la PF avec leur partenaire. En 2000, ces proportions étaient respectivement de 30.4 % et 11.4 %.

Tableau 69.- Proportion de femmes utilisant un MC selon le fait de discuter sur la PF avec leur partenaire

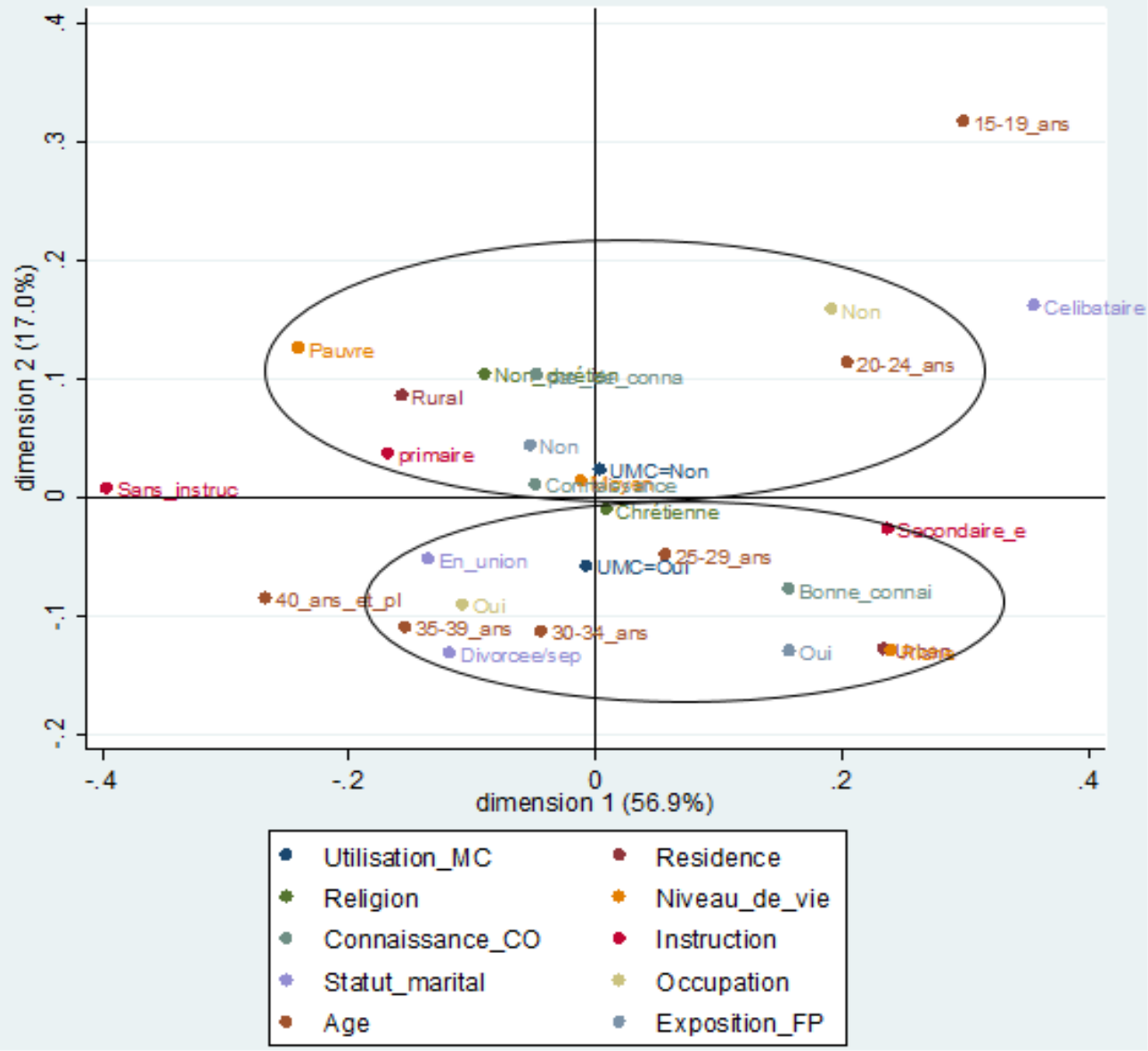
Méthodes contraceptives	1994		2000	
	Oui	Non	Oui	Non
Non	77.2	93.8	69.6	88.6
Traditionnelles	5.5	2.9	5.6	2.0
Modernes	17.3	3.3	24.8	9.5
Effectif	2544	1492	5462	2422
Test chi2	$p<.05$ v=.222		$p<.05$ v=.203	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2000

Vue d'ensemble du réseau d'influence de ces facteurs

L'analyse de contingence nous a permis de tester l'association de la plupart des variables explicatives avec la pratique contraceptive des répondantes. Cependant, elle ne permet de prendre que deux variables à la fois, ce qui rend difficile une vision synoptique et morphologique de l'ensemble des liens. De ce point de vue, elle est insuffisante. L'analyse des Correspondances Multiples (ACM) comble cette lacune en permettant de mieux comprendre, synthétiser et interpréter les données pour définir des profils types des femmes en âge de procréer par rapport à l'utilisation des méthodes contraceptives selon des groupes de facteurs.

Graphique 41.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités (UMC)



Source : Enquêtes Démographiques et de Santé à Haïti, 2017

À la lecture du Graphique 41 et des graphiques A5-A8 en Annexe, nous remarquons que les femmes qui utilisent les méthodes contraceptives lors des rapports sexuels sont généralement des femmes

qui résident en milieu urbain, qui ont le niveau scolaire secondaire ou plus, qui ont 25 ans ou plus, qui ont de bonne connaissance sur le cycle ovulatoire, qui discutent de la PF avec leurs partenaires, qui ont une activité génératrice de revenus, qui sont issues des ménages riches et qui sont exposées à des messages sur la PF. À l'opposé, les femmes qui n'utilisent pas les méthodes contraceptives sont généralement des femmes qui résident en milieu rural, pauvres, peu éduquées, qui sont adolescentes ou jeunes adultes (20-24 ans), qui ont de mauvaises connaissances sur le cycle ovulatoire, qui ne sont pas exposées aux messages sur la PF et qui ne discutent pas de la PF avec leur partenaire. Les résultats présentés dans ces graphiques confirment en effet certaines tendances observées au niveau des analyses bivariées qui ont été effectuées précédemment.

6.5.3.- Déterminants de la pratique contraceptive à Haïti

L'ACM nous a permis d'explorer de façon visuelle et globale les principales variables ayant une influence statistique sur la pratique contraceptive. Néanmoins cette étape ne nous a pas permis de mesurer les effets nets de ces variables explicatives sur la pratique contraceptive. C'est l'objet que vise cette dernière partie grâce à la réalisation des régressions logistiques binaires.

Tableau 70.- Facteurs associés à la pratique contraceptive à Haïti

Variables sociodémographiques	Année des EDS				
	1994	2000	2006	2012	2017
Groupe d'âge					
15-19 ans	0.504**	0.577***	0.919	0.690***	0.911
20-24 ans	0.616**	0.696***	0.937	1.001	1.129
25-29 ans	0.756	0.704***	0.998	1.094	1.151
30-34 ans	0.950	0.806*	0.940	1.048	1.048
40 ans ou plus	0.958	0.934	0.802**	0.595***	0.572***
35-39 ans (Réf)	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Milieu de résidence					
Urbain	1.906***	1.190**	0.985	0.953	1.207***
Rural	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Département de résidence					
AMPAP	ND	0.839**	0.868**	0.779***	0.850**
Autres départements	ND	1.000	1.000	1.000	1.000
Religion					
Chrétienne	0.684*	0.927	1.154	0.953	0.943
Non-chrétienne	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Niveau d'instruction					
Sans instruction	0.348***	0.517***	0.617***	0.854**	1.005
Primaire	0.558***	0.711***	0.778***	0.965	1.123
Secondaire ou plus	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Occupation					
Travaille	1.274**	1.192**	1.163**	1.175***	1.170***
Ne travaille pas	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Discuter PF avec partenaire					
Oui	6.375***	4.870***	ND	ND	ND
Non	1.000	1.000	ND	ND	ND
Exposition à des messages PF					
Non	0.969	0.820***	0.822***	0.929	0.849***
Oui	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Connaissance cycle ovulatoire					
Bonne connaissance	1.223	1.606***	1.400***	1.382***	1.310***

Connaissance douteuse	0.951	1.520***	1.293***	1.444***	1.138
Mauvaise connaissance	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Statut marital					
Célibataire	0.394***	0.333***	0.503***	0.464***	0.502***
Veuve/Divorcée/Séparée	0.120***	0.168***	0.228***	0.284***	0.342***
En union	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Niveau de vie					
Pauvre	ND	ND	0.584***	0.800**	0.902
Moyen	ND	ND	0.884	0.956	1.183**
Riche	ND	ND	1.000	1.0000	1.000

Source : Modèles estimés par l'auteur à partir des enquêtes Démographiques et Santé (EDS), Haïti, 1994-2017, fichier femmes, *p*-value *** = <0.001 **=<0.01 *=<0.05

Dans les modèles estimés à partir des données de 1994, 2000 et 2012, il ressort que les adolescentes et les femmes âgées de 20-24 ans ont moins de chance d'utiliser les MC que les femmes de 35-39 ans. Nos résultats vont dans le même sens que ceux trouvés par Vignikin (2007) dans son travail sur le Togo. À Haïti, l'accès aux services relatifs à la santé sexuelle et reproductive demeure très limité pour les adolescentes et les jeunes femmes (Albuja et *al.* 2017). Dans certains espaces sociaux/familles/ménages, vu qu'elles ne sont pas considérées comme des adultes, elles n'auraient aucune légitimité (socialement) pour s'offrir des méthodes contraceptives. Si les parents/proches apprennent qu'elles ont l'habitude de se rendre à des services sanitaires en vue de récupérer des méthodes contraceptives, elles pourront être brutalisées et victimes de violences verbales (Jean Simon, 2020 ; UNFPA, 2014). Les obstacles sont aussi d'ordre institutionnel et organisationnel. Dans les centres de planification familiale, il y a des prestataires de service qui affichent des attitudes répressives à l'égard des adolescentes et jeunes femmes, ce qui les décourage à ne plus fréquenter ces établissements (Philibert et *al.* 2021 ; Aujoulat et *al.* 2007). En cas de grossesses non prévues, elles recourraient à des officines pharmaceutiques ou à l'avortement non médicalisé, -pratiqué généralement dans des conditions insalubres -, ce qui affecterait leur qualité de vie et leur bien-être (Philibert et *al.* 2021 ; OMS et *al.* 2019).

La variable milieu de résidence est significative dans les modèles de 1994, 2000 et 2017. Ainsi les femmes en milieu urbain ont 1.2 à 1.9 fois plus de chance d'utiliser les MC que celles en milieu rural. Ces résultats corroborent ceux de Chae et Woog (2015) au Bénin. Les femmes qui résident en milieu urbain à Haïti sont globalement plus instruites et mieux informées sur les messages relatifs à la planification familiale. En milieu rural où les populations sont plus indigentes, elles sont moins desservies en contraception (Aujoulat et *al.* 2007 ; Lee Poy et Paxman, 1997).

Les résultats obtenus font également état d'une influence du niveau d'instruction sur la pratique contraceptive. Les femmes sans instruction ou de niveau primaire ont moins de chance d'utiliser les MC que les femmes de niveau secondaire ou plus. Ces résultats sont en cohérence avec ceux d'Attanaso et *al.* (2007) qui s'accordent à dire que les femmes instruites seraient plus en mesure d'examiner les retombées négatives des rapports sexuels sans protections sur leurs aspirations. Plus

enclines à l'innovation, elles détiennent généralement de meilleures informations sur les méthodes contraceptives et savent comment y avoir accès, parce qu'elles sont davantage familiarisées avec les codes des sociétés modernes. De plus, quand les femmes sont instruites, elles seraient plus en mesure d'entamer des discussions sur la planification familiale avec leur partenaire et par ricochet de rejeter les fausses rumeurs et les avalanches de clichés au sujet de la contraception (Barbieri et Ouellette, 2012 ; Balarajan et *al.* 2011 ; Bado, 2007).

En ce qui concerne la variable relative à l'occupation, notons que les femmes qui ont une activité génératrice de revenus ont 1.2 à 1.3 fois plus de chance d'utiliser une MC que celles qui n'ont aucune activité génératrice de revenus. Affo et *al.* (2019) parviennent aux mêmes résultats au Bénin. L'une des explications plausibles est que les femmes qui travaillent à Haïti seraient plus susceptibles de prendre en charge les coûts des services de planification familiale (Simplus et Houlio, 2012 ; Aujoulat et *al.* 2007).

L'exposition à des messages relatifs à la PF par le biais des médias est un autre facteur important à l'explication de la faible prévalence contraceptive. Dans les modèles 2000, 2006 et 2016, nous remarquons que les femmes qui ne sont pas exposées à la PF par le biais des médias ont moins de chance d'utiliser une MC que celles qui sont exposées à ces messages. Ces résultats rejoignent ceux d'Akoto et *al.* (2005). Ces auteurs soutiennent que les programmes radiotélévisés et centrés sur la PF peuvent sensibiliser les femmes, promouvoir les idées nouvelles et encourager à adopter des comportements favorables à la PF (Akoto et *al.* 2005).

Les femmes qui discutent de la planification familiale avec leurs partenaires ont au moins 4.9 fois plus de chance de pratiquer la contraception que celles qui ne discutent avec leur partenaire. Ce résultat montrerait que, comme le témoigne Mbakop (2010, p 49), « *la réalisation effective des choix ou des aspirations en matière de fécondité doit résulter d'une entente mutuelle des partenaires* ».

La connaissance sur le cycle ovulatoire influence le comportement contraceptif des enquêtées. Les femmes qui maîtrisent le cycle ovulatoire ont plus de chance d'utiliser les MC que celles qui ont de mauvaise connaissance sur le cycle ovulatoire. Ceci résulterait du niveau d'instruction des femmes qui maîtrisent le cycle ovulatoire. En fait, elles sont plus instruites que celles qui ont une mauvaise connaissance du cycle ovulatoire (voir p 143).

Les femmes provenant des ménages pauvres ont moins de chance d'utiliser les MC que celles issues des ménages riches. Ce résultat rejoint ceux de Nzokirishaka et Itua (2018) au Burundi et s'expliquerait en partie par leurs difficultés à accéder aux centres de PF en raison de leur situation économique. De plus, les femmes (composant notre échantillon) provenant des ménages pauvres

résident majoritairement en milieu rural. En effet, les structures sanitaires en zones rurales sont « sous-dotées » en services de planning familial (Cayemittes et *al.* 2018). Pour finir, il importe de mentionner également que les données révèlent que les femmes issues des ménages pauvres sont très peu instruites. D'après les auteurs Mbacké Leye et *al.* (2015), les femmes peu instruites seraient moins réceptives aux messages de sensibilisation sur la contraception moderne.

Le statut marital influence aussi la pratique contraceptive. Les femmes célibataires ont moins de chance d'utiliser les MC que celles en union, ce qui va à l'encontre des résultats de Vignikin (2007) au Togo. Cela s'explique par le fait que la grande majorité des femmes célibataires à Haïti sont des adolescentes et des jeunes adultes (20-24 ans). Comme il a été évoqué précédemment, les adolescentes et les jeunes adultes éprouvent beaucoup de difficultés à avoir accès aux méthodes contraceptives (Philibert et *al.* 2021 ; Jean Simon, 2020 ; Aujoulat et *al.* 2007). Les femmes veuves/divorcées/séparées ont aussi moins de chance de faire usage des produits contraceptifs que celles en union. Cela résulte du fait que ces dernières seraient plus sexuellement actives que les femmes veuves/divorcées/séparées.

Au vu de l'ensemble des résultats de la section, nous pouvons dire que l'amélioration de la prévalence contraceptive moderne à Haïti passe par la scolarisation des filles (meilleurs niveaux de vie) et la vulgarisation des campagnes de sensibilisation à l'utilisation de la contraception et les discussions entre les couples.

⁂

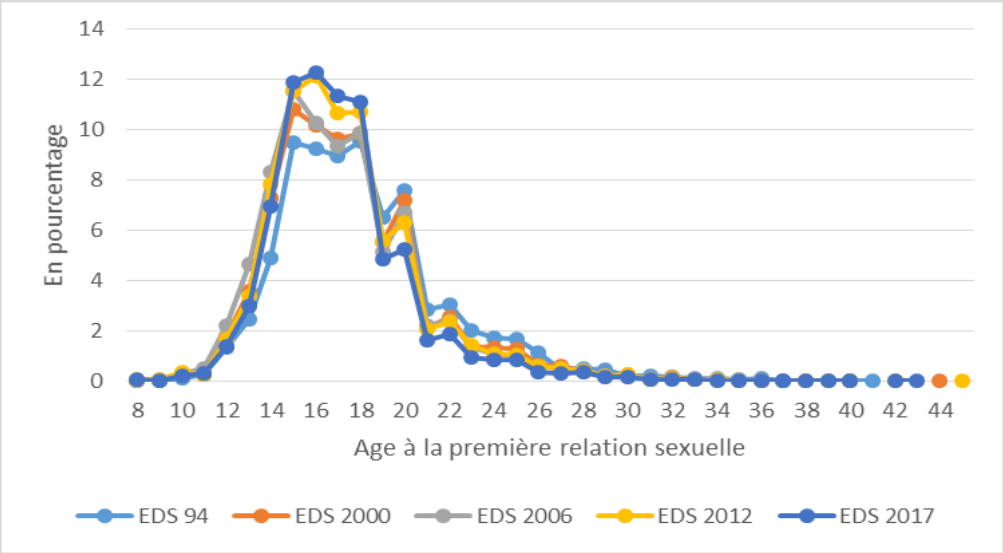
Dans un contexte de faible connaissance du cycle ovulatoire, de faible exposition aux messages relatifs à la PF et de faible pratique contraceptive moderne (notamment chez les plus jeunes femmes), l'abstinence ou le report de l'âge au premier rapport sexuel peut constituer un moyen efficace pour réduire le risque d'IST et de grossesses/maternités adolescentes. Cependant, il a été prouvé que les mœurs sexuelles se sont modifiées de façon sensible dans la plupart des pays du monde (Maillochon et *al.* 2016 ; Zani, 1991) : l'une de ces modifications est le rajeunissement du calendrier sexuel. Durant ces vingt-cinq dernières années, est-ce que la faible pratique contraceptive observée à Haïti s'est accompagnée d'une initiation sexuelle de plus en plus précoce ?

6.6.- Âge à la première relation sexuelle à Haïti : un rajeunissement du calendrier

Il n'y a pas un âge universel à la primo sexualité. D'un pays à un autre, d'une société à une autre, le calendrier de l'initiation sexuelle se modifie. Dans des régions de l'Afrique de l'Ouest, à 15 ans la fille est déjà mise sur le marché nuptial (Adjamagbo et *al.* 2004). Entre temps, au Japon, plus de 40 % des jeunes célibataires de 18-34 ans n'ont jamais eu de rapports sexuels (Institut National de Recherches sur la Population et la Sécurité Sociale Japonais, 2015). À Haïti, les données montrent que la primo sexualité est précoce et le calendrier de l'initiation sexuelle ne cesse de rajeunir.

Entre 1994 et 2017, 18.5 % à 24 % des femmes en âge de procréer avaient déjà eu leur première relation sexuelle avant 16 ans. En 1994, 53 % des enquêtées avaient connu leur première relation sexuelle à 19 ans contre 63 % en 2017 (Graphique 42). De plus, l'âge médian au premier rapport a été estimé à 18 ans en 1994 comparé à 17 ans en 2017.

Graphique 42.- Évolution de l'âge à la première relation sexuelle[65]



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Le rajeunissement du calendrier de l'initiation sexuelle à Haïti tient à la baisse du pouvoir économique des parents, à la multiplication des occasions de sortie de la sphère familiale, à l'émergence des médias et des pairs dans l'éducation sexuelle des jeunes ainsi que les modifications des rapports sociaux de sexe (Carver et *al.* 2014 ; Jaspard, 2005).

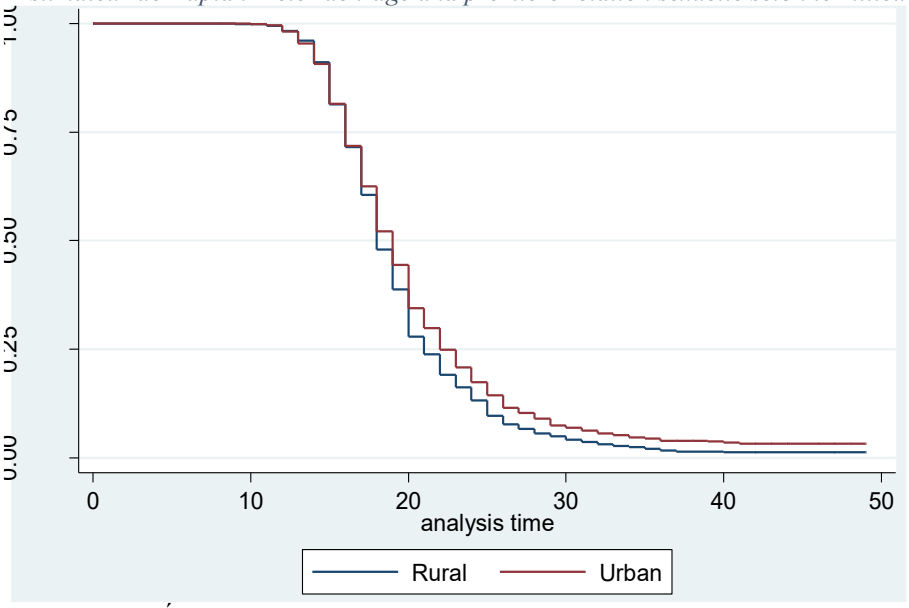
Pour mieux étudier la primo-sexualité à Haïti, nous avons modélisé le facteur temps. Pour ce faire, nous avons utilisé les procédures de Kaplan Meier et de Cox (*Survival analysis*) (Annexe) où l'événement d'intérêt est l'*âge à la première relation sexuelle*.

[65] Dans le graphique, l'on observe aussi un pic à l'âge de 20 ans. Ce peut être des jeunes qui une fois atteint 20 ans décident de rentrer dans la vie sexuelle.

a) Les femmes rurales ont une plus grande probabilité d'avoir leur première relation sexuelle plus précoce que les femmes urbaines

Dans l'EDS de 1994, nous remarquons que 50 % des femmes en zones rurales avaient déjà eu une relation sexuelle avant d'avoir 18 ans alors qu'en zones urbaines 50 % des femmes ont eu leur première relation sexuelle avant 19 ans. Par ailleurs, il a été constaté que 75 % des femmes en zones rurales ont eu leur première relation sexuelle avant 21 ans tandis qu'en milieu urbain 75 % des femmes ont eu leur première relation sexuelle avant 22 ans (Graphique 43). Avec les données de 2000, 2006, 2012 et de 2017, les mêmes tendances ont été observées à savoir que les femmes en milieu rural ont leur premier rapport sexuel plus tôt que celles en milieu urbain (Graphiques A9-A12, en Annexe). Le test de Log Rank corrobore l'existence d'une différence significative entre les calendriers sexuels des groupes urbain/rural dans ces fonctions de survie ($p < .05$).

Graphique 43.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le milieu de résidence



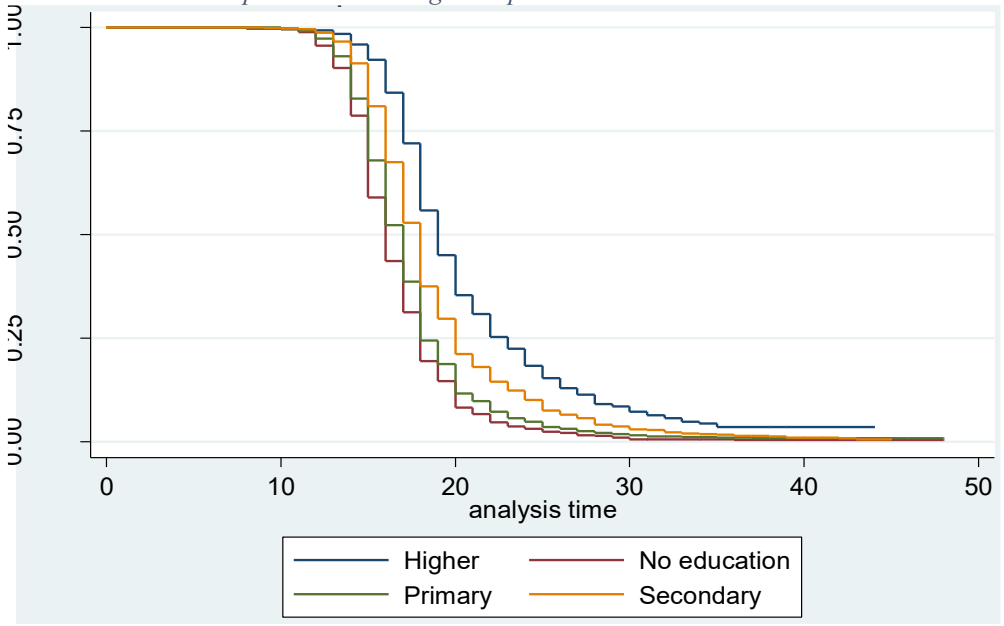
Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994

b) Une précocité moins importante chez les femmes les plus instruites

En 2017, 25 % des femmes sans instruction ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans alors que 25 % des femmes qui avaient le niveau supérieur ont eu leur premier rapport sexuel avant 17 ans. En outre, 75 % des femmes qui sont sans instruction ont eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans tandis que 75 % des femmes qui ont le niveau supérieur ont eu leur premier rapport sexuel avant 23 ans (Graphique 44).

Les courbes de survie présentent la même tendance lorsque l'on observe les données de 1994, 2000, 2006 et 2012 (Graphiques A13-A16, en Annexe). En effet, plus instruites sont les femmes, plus leur entrée en sexualité est tardive ($p<.05$).

Graphique 44.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le niveau d'instruction

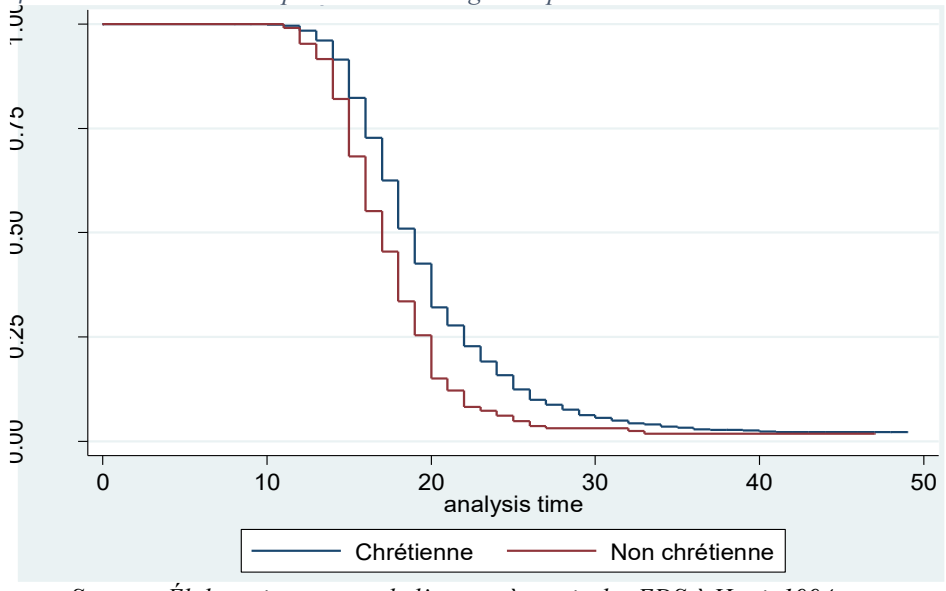


Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2017

c) *La religion influence l'âge à la première relation sexuelle*

Les femmes qui ne sont pas adeptes du christianisme débutent leur vie sexuelle plus précocement que celles qui le sont ($p < .05$). En 1994, 25 % des femmes chrétiennes ont eu leur premier rapport sexuel avant 16 ans. En revanche, 25 % des femmes qui ne sont pas chrétiennes ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans. Avant d'atteindre 22 ans, 75 % des femmes chrétiennes ont déjà eu un premier rapport sexuel alors que 75 % des femmes qui ne sont pas chrétiennes ont eu leur premier rapport sexuel avant 20 ans (Graphique 45). Entre 2000 et 2017, ces courbes de fonction gardent la même allure (Graphiques A17-A20, en Annexe). Ces résultats relativisent le caractère « libérateur » que l'on accorde souvent à la scolarisation à Haïti.

Graphique 45.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon la religion

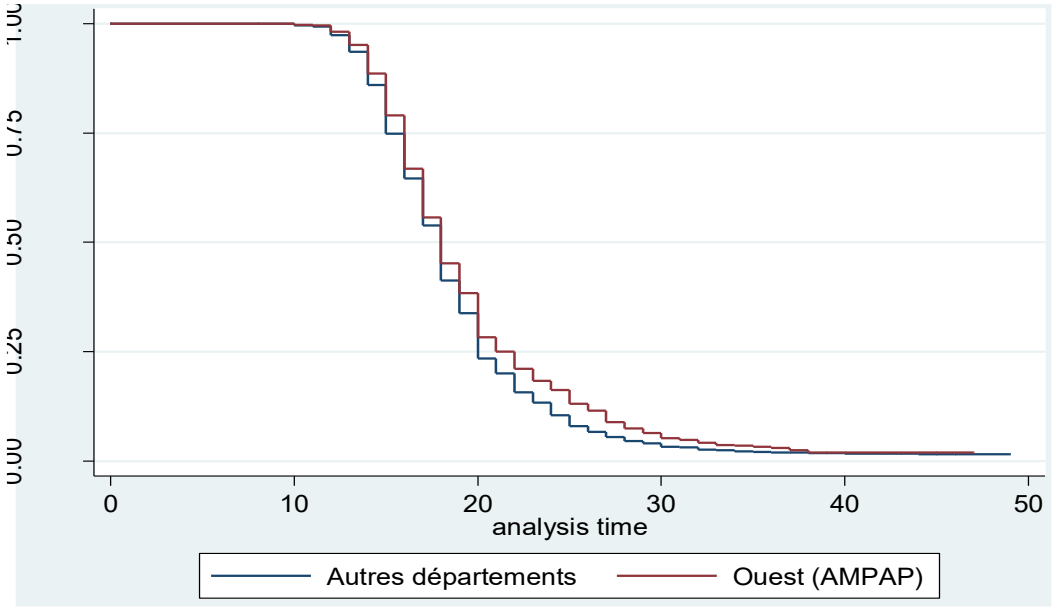


Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994

d) Les femmes du département de l'Ouest (y compris l'AMPAP) connaissent leur premier rapport sexuel plus tôt que celles des autres départements

En 2000, 25 % des femmes qui résidaient dans le département de l'Ouest (y compris l'AMPAP) ont connu leur première relation sexuelle avant 16 ans. Parallèlement, 25 % des femmes issues des autres départements ont eu leur première relation sexuelle avant 15 ans (Graphique 46). De plus, à moins de 21 ans, 75 % des femmes du département de l'Ouest (y compris l'AMPAP) ont déjà connu leur première relation sexuelle tandis que dans les autres départements, 75 % des femmes ont eu leur premier rapport sexuel avant d'atteindre 20 ans. Les courbes de survie présentent les mêmes tendances en 2006, 2012 et 2017 (Graphiques A21-A23, en Annexe).

Graphique 46.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le département de résidence



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2000

e) Les femmes appartenant aux ménages pauvres plus précoces sexuellement que celles des ménages riches

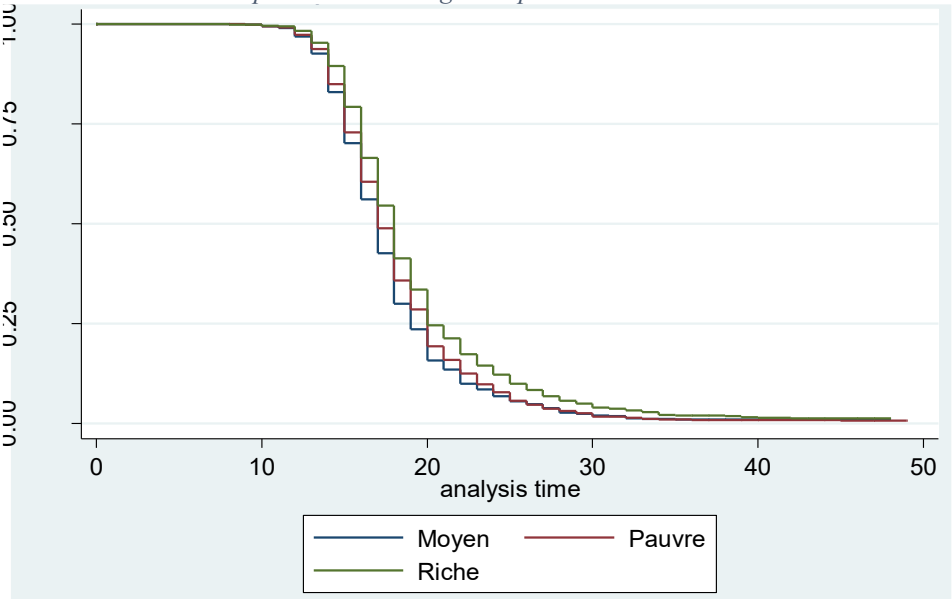
Les femmes appartenant aux ménages pauvres connaissent le monde de la sexualité plus tôt que leurs homologues appartenant à des ménages riches. Le test de Log Rank corrobore l'existence d'une différence significative entre les calendriers sexuels des groupes riche/pauvre dans ces fonctions de survie ($p < .05$).

En 2012, 25 % des femmes pauvres ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans. En ce qui concerne les femmes riches, 25 % d'entre elles ont eu leur premier rapport sexuel avant 16 ans.

De surcroît, 50 % des femmes pauvres ont eu leur première relation sexuelle avant 17 ans alors que 50 % des femmes riches ont connu leur première relation sexuelle avant 18 ans (Graphique 47).

Les courbes de fonction gardent la même allure lorsque l'on analyse les données de 2006 et de 2017 (Graphiques A24-A25, en Annexe).

Graphique 47.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le niveau de vie

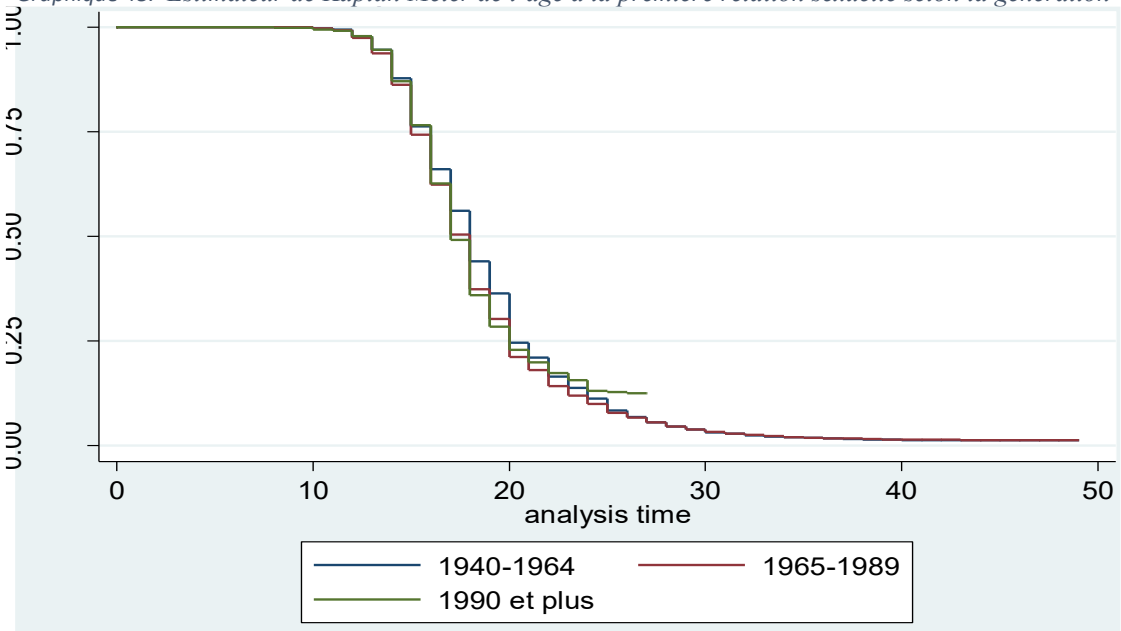


Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2012

f) Les femmes des nouvelles générations sont plus précoces sexuellement que leurs aînées

La nouvelle génération connait leur première relation sexuelle plus tôt que leurs aînées ($p < .05$). En effet, parmi les femmes qui sont nées avant 1965, 50 % ont eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans alors que parmi les femmes qui sont nées entre 1990 et 2002, 50 % ont expérimenté leur premier rapport sexuel avant 17 ans (Graphique 48).

Graphique 48.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon la génération

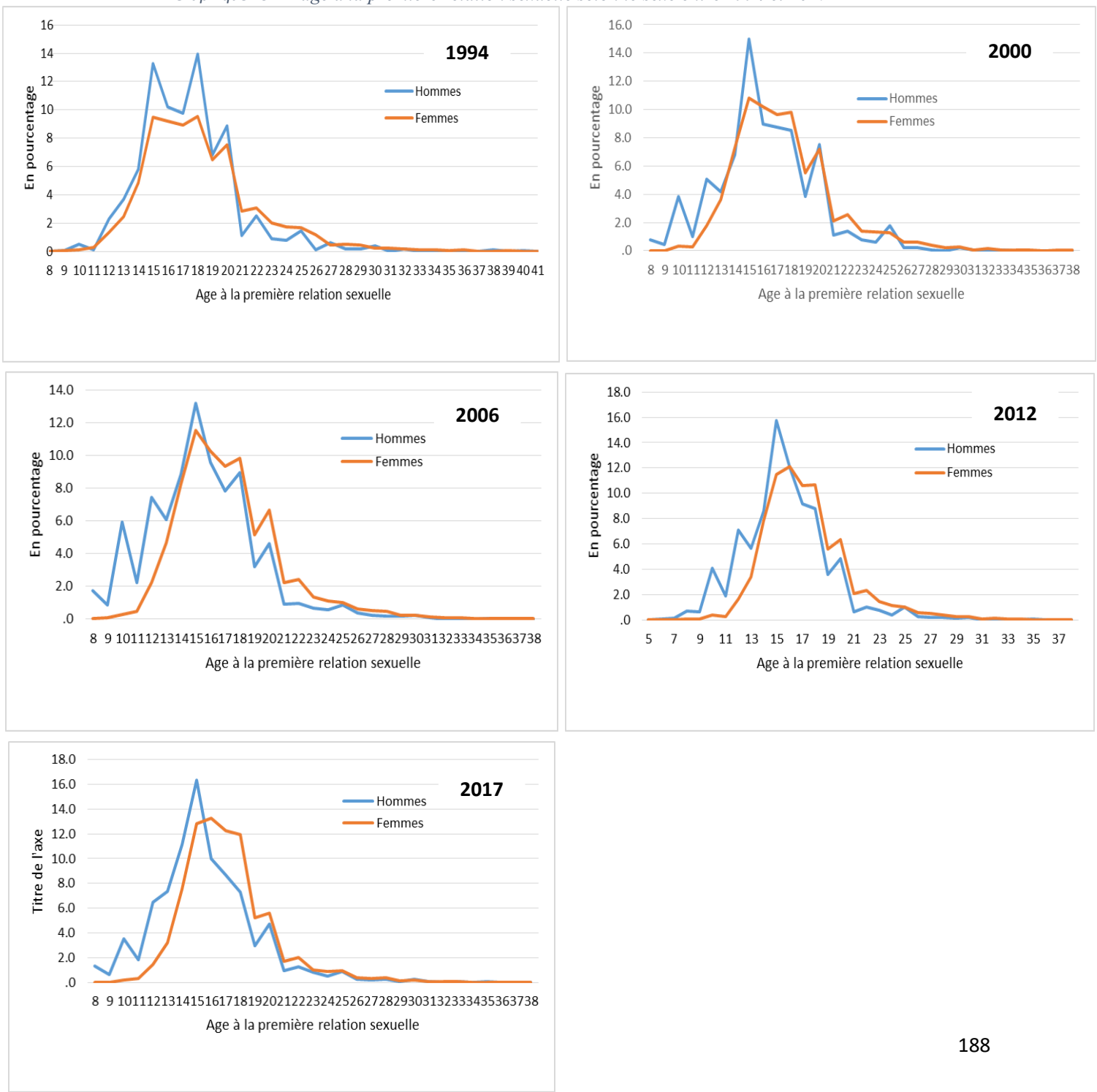


Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

g) Entrée en vie sexuelle plus précoce chez les hommes que chez les femmes

Des différences de calendrier entre hommes et femmes sont observées. Le graphique 49 montre que les hommes (généralement) vivent cette expérience de manière plus précoce que les femmes. Aux âges jeunes, les hommes sont en plus grandes proportions à avoir leur premier rapport sexuel comparativement aux femmes. En revanche, aux âges avancés les proportions des femmes dépassent (légèrement) celles des hommes. Par ailleurs, l'âge médian au premier rapport sexuel chez les hommes a été évalué à 17 ans en 1994 contre 18 ans pour les femmes. En 2017, ils étaient respectivement de 15 ans et de 17 ans.

Graphique 49.- L'âge à la première relation sexuelle selon le sexe entre 1994 et 2017



Delaunay (2005) a obtenu des résultats similaires en étudiant la primosexualité dans les pays africains. D'après Sauvain-Dugerdil et *al.* (2008), cet engagement précoce des hommes en sexualité serait dû en partie de leur désir d'être socialement reconnu étant physiquement mûr. Il convient de souligner que nos résultats pourraient être biaisés du fait que les femmes enquêtées peuvent déclarer des âges plus tardifs pour se conformer à la norme sociale alors que les hommes pourraient rajeunir cet âge pour valoriser leur virilité.

Facteurs déterminants de la primosexualité

L'estimateur de Kaplan Meier nous a été très utile dans l'analyse de l'événement *première relation sexuelle*. Toutefois, il est avantageux de pouvoir prendre en compte simultanément l'effet de plusieurs variables. De ce fait, nous avons estimé des régressions de Cox (Tableau 73).

Tableau 71.- Estimateur de Cox de l'âge à la première relation sexuelle selon quelques variables sociodémographiques

Variables	1994	2000	2006	2012	2017
Milieu de résidence					
Urbain	1.053	1.056	1.094	1.071	1.054
Rural =réf	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Département de résidence					
Ouest (AMPAP)	-	0.939*	1.049	0.931**	0.938***
Autres départements=réf	-	1.000	1.000	1.000	1.000
Religion					
Chrétienne	0.720***	0.706***	0.750***	0.831*	0.633***
Non chrétienne=réf	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Niveau d'instruction					
Sans instruction	1.964***	2.157***	2.057***	2.120***	1.782***
Primaire	1.545***	1.589***	1.512***	1.566***	1.480***
Secondaire et plus=réf	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Groupe d'âge					
15-19 ans	0.975	0.853**	1.040	1.128**	0.955
20-24 ans	1.283***	1.275***	1.379***	1.404***	1.263***
25-29 ans	1.314***	1.316***	1.399***	1.396***	1.241***
30-34 ans	1.162**	1.275***	1.272***	1.240***	1.149***
35-39 ans	1.163**	1.180***	1.209***	1.171***	1.134***
40 ans et plus=réf	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Exposition à des messages PF					
Non	0.919**	0.841***	0.880***	0.910***	0.979***
Oui=réf	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Niveau de vie					
Pauvre	-	-	1.042	0.943	0.961
Moyen	-	-	1.070*	1.154***	1.052***
Riche=réf	-	-	1.000	1.000	1.000

Source : Calcul de l'auteur à partir des EDS de 1994 à 2017

Les résultats des régressions de Cox montrent que le département de résidence, la religion, le niveau d'instruction, le groupe d'âge, l'exposition à des messages sur la PF et le niveau de vie sont les facteurs associés à la primosexualité à Haïti. Ainsi les femmes du département de l'Ouest (y compris l'AMPAP) attendent plus longtemps avant d'avoir des relations sexuelles (HR<1) que celles provenant des autres départements. Pour Carver et *al.* (2014), l'engagement ou non d'un

individu dans l'activité sexuelle dépend largement du milieu dans lequel il vit, des perceptions que son environnement a des relations sexuelles, du rôle qui lui est assigné, des normes qui la régissent, et une modification de ces normes et valeurs aurait certainement une incidence sur le comportement sexuel des individus qui composent le corps social (Moloua et *al.* 2004). Par ailleurs, il y a lieu de mentionner que les départements autres que l'Ouest sont très traditionnels et ruralisés (Cayemittes et *al.* 2018). Nombreuses sont les familles - vivant dans ces aires géographiques – qui ne désapprouvent pas les relations sexuelles précoces (Jean Simon, 2021). Au contraire, dans certaines localités de ces départements, les filles qui ont déjà eu leurs premières règles devraient démontrer qu'elles sont fertiles, ce qui augmenterait leur probabilité d'avoir le statut de femme, de se mettre en couple, de perpétuer le lignage et d'avoir une descendance nombreuse (Philibert et *al.* 2021). Dans ces localités, ne pas avoir de relations sexuelles avant la majorité serait embarrassant, stigmatisant et inquiétant (Mathieu, 2014)[66].

Les femmes non-chrétiennes mettent moins de temps (HR<0.850) que les chrétiennes à s'engager dans les relations sexuelles (HR<0.850) et cela serait fonction de leur éducation religieuse. Dans le christianisme, la sexualité prémaritale est immorale et la pratique de l'abstinence doit être, en théorie, respectée par tous les adeptes (Adjamagbo et *al.* 2004).

Les femmes de niveau secondaire ou plus attendent plus longtemps avant d'avoir des relations sexuelles que celles qui sont de niveau primaire (1.4<HR<1.6) ou qui sont sans instruction (1.7<HR<2.2). C'est dans le même sens qu'abonde Beninguisse (2007) en étudiant la sexualité prémaritale des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne. Il souligne que plus les femmes sont éduquées, plus elles auraient une grande aptitude à converser avec leurs partenaires et à remettre en question les relations sexuelles dangereuses qui compromettraient leurs aspirations socio-professionnelles.

Les résultats des régressions de Cox indiquent par ailleurs que les femmes issues des ménages riches attendent plus longtemps avant d'avoir des relations sexuelles que leurs homologues appartenant à des ménages de niveau de vie intermédiaire (1.05<HR<1.20). Ces résultats corroborent ceux de Kabali et *al.* (2009). Les femmes provenant des ménages pauvres à Haïti sont en effet généralement peu instruites et vivent dans une insécurité alimentaire aiguë et dans des quartiers défavorisés (Banque Mondiale et ONPES, 2014). Donc l'engagement précoce en vie sexuelle de certaines d'entre elles menacées par la pauvreté serait une stratégie pour se marier (un projet matrimonial) en vue de changer leurs situations financières (Petit et Tchetgnia, 2009 ; Evina,

[66] En milieu rural, il y a tout un discours sur l'âge de la première relation sexuelle. À Saint-Marc, aux Gonaïves, pour certains jeunes hommes, une fille de 12, 13 ans est une fille qui est prête pour les relations sexuelles. En milieu urbain, ce serait vu comme détournement mineur.

2005 ; Talnan et *al.* 2002). À noter que ce ne sont pas toutes les femmes issues de ménages pauvres qui s'engagent dans des relations sexuelles transactionnelles. Les premières relations sexuelles de certaines femmes issues de ménages pauvres peuvent être aussi des relations sexuelles sans contrepartie.

Les femmes âgées de 40 ans ou plus ont attendu plus longtemps avant d'avoir des relations sexuelles que les adolescentes, les jeunes adultes 20-24 ans, ainsi que les 25-39 ans. Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés par Delaunay et *al.* (2001). Selon ces auteurs, plusieurs facteurs seraient à l'origine de ce constat notamment la puberté de plus en plus précoce chez les jeunes filles. Avec la promotion des méthodes contraceptives et de l'émancipation de la femme, la diffusion des valeurs occidentales, l'évolution des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) en réseau et la montée de l'individualisme, certaines normes sociales/morales ne sont plus respectées par les nouvelles générations à Haïti (Beaugé, 2016 ; Mathieu, 2014). Un nombre croissant d'adolescents et de jeunes se mettent à considérer l'acte sexuel comme une façon naturelle de montrer leur affection à leurs partenaires (Beaugé 2016 ; Mathieu, 2014). Certaines d'entre eux l'associent même à un moyen pour évaluer leur performance et éprouver leur masculinité/féminité (Gilbert et Gilbert, 2017). À l'inverse, les femmes des générations antérieures avaient été élevées dans un régime autoritaire où toute insoumission était passible de punitions sévères. En matière de sexualité, perdre la virginité avant la nuit de noce serait *scandaleux* pour elles comme pour leur famille (Gilbert et Gilbert, 2017).

⁂

Dans cette section, nous avons remarqué que calendrier du premier rapport sexuel ne cesse de rajeunir à Haïti dans un contexte de faible pratique contraceptive et faible connaissance du cycle ovulatoire. Si l'initiation sexuelle est de plus en plus précoce à Haïti, les unions précoces, quant à elles, tendent à diminuer au fil du temps : une relation inverse. Une analyse approfondie de l'âge à la première union, présentée dans la prochaine section, nous a permis de voir son évolution, d'étudier ses variations selon certaines caractéristiques démographiques et sa relation avec l'âge à la première relation sexuelle.

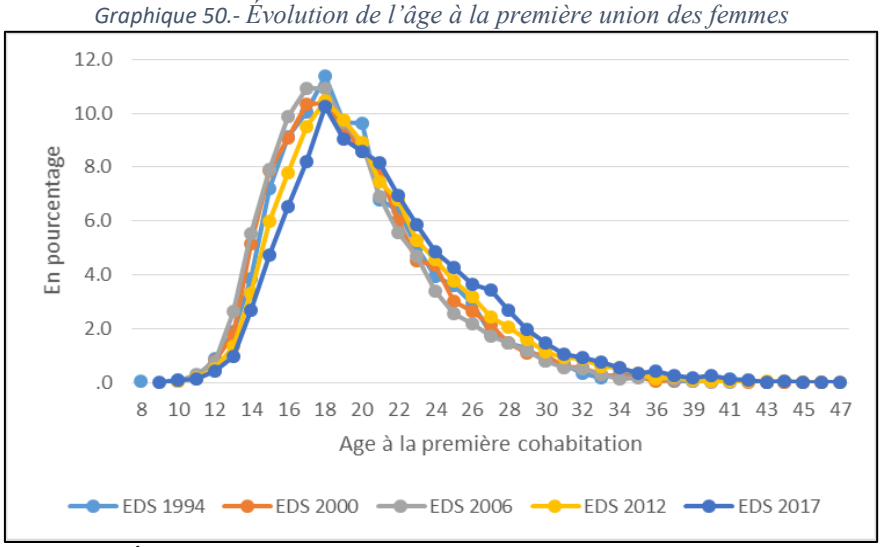
6.7.- Âge à la première union à Haïti : un net recul

Avant d'analyser les données sur l'âge à la première union, il convient de définir ce que nous entendons par *première union*. Notre définition découle du questionnaire de l'EDS, dans lequel la question précise que l'on s'intéresse à l'*âge au premier mariage* ou à *la première cohabitation*. Le mariage se diffère de la cohabitation. Par cohabitation, nous entendons « vivre en couple » mais de manière informelle. En somme, l'âge à la première union se réfère à l'âge auquel l'enquêtée a commencé à vivre avec son premier époux/partenaire.

Dans l'Amérique Latine et les Caraïbes (ALC), la grande urgence des questions de fécondité a partiellement occulté les questions sur l'âge à la première union. Même si cette dernière est évoquée comme l'un des déterminants du phénomène de la maternité adolescente, peu de chercheurs en font un domaine de spécialisation. Néanmoins, il est reconnu de plus en plus que les changements matrimoniaux sont au centre de plusieurs mutations sociales en Afrique et en ALC, que ce soit la fécondité, le statut des femmes ou alors les inégalités socioéconomiques (Di Cesare et Rodriguez, 2005 ; Vimard et Fassassi, 2007).

Dans tous les pays de l'ALC, l'âge à la première union est en net recul (UNFPA, 2014). À Haïti, il était estimé à 19.7 ans en 1994 contre 21.2 ans en 2017, soit une différence de 1.5 ans. Par ailleurs, 1/3 des femmes avaient connu leur première union avant d'atteindre la majorité (18 ans) en 1994 contre 23.8 % en 2017 (Graphique 50).

Graphique 50.- Évolution de l'âge à la première union des femmes



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

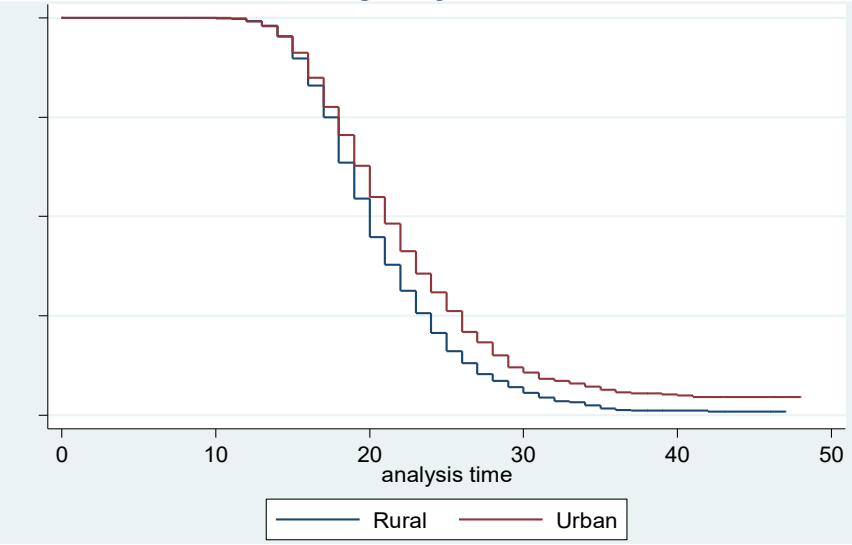
Les hommes entrent en union plus tardivement que les femmes

L'âge à la première union est aussi en net recul du côté des hommes à Haïti. Il était évalué à 25.3 ans en 1994 contre 26.1 ans en 2017. En sus, nos résultats révèlent que les hommes entrent en union beaucoup plus tard que les femmes.

a) Le milieu de résidence influence significativement l'âge à la première union

Les données confirment des différences significatives entre les milieux urbain et rural ($p < .05$). En 1994, 50 % des femmes en milieu rural ont connu leur première union avant 20 ans alors qu'en milieu urbain 50 % des femmes ont eu leur première union avant 21 ans. Par ailleurs, 75 % des femmes en milieu rural ont connu leur première union avant 24 ans contre 26 ans pour les femmes en milieu urbain (Graphique 51).

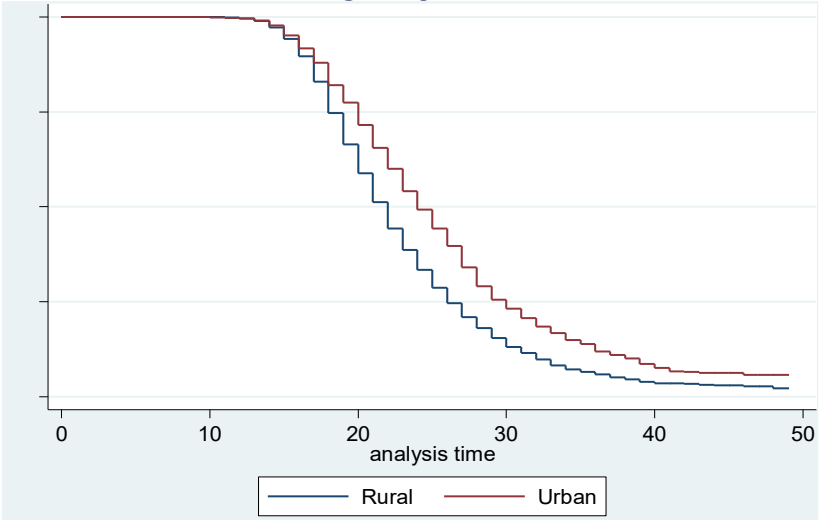
Graphique 51.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon le milieu de résidence



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994

Les courbes de fonction présentent la même allure quand on considère les données des autres enquêtes (Graphiques A26-A28, en Annexe). Par exemple en 2017, 50 % des femmes en milieu rural ont connu leur première union avant 22 ans alors qu'en milieu urbain 50 % des femmes ont eu leur première union avant 24 ans (Graphique 52). L'écart entre les courbes est devenu plus important au fil du temps.

Graphique 52.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon le milieu de résidence

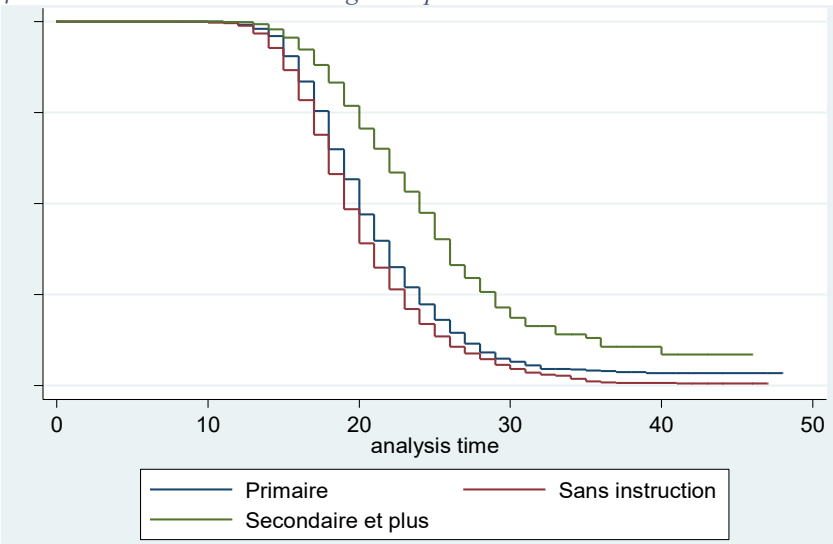


Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2017

b) L'âge à la première union varie selon le niveau d'instruction et la religion

Le niveau d'instruction influence significativement l'âge à la première union ($p < .05$). En 1994, 50 % des femmes sans instruction ont connu leur première union avant 19 ans tandis que chez les femmes de niveau secondaire ou plus, 50 % ont connu leur première union avant 24 ans. De plus, il a été constaté que 75 % des femmes sans instruction ont eu leur première union avant 23 ans alors que 75 % des femmes de niveau secondaire ou plus ont connu leur première union avant 29 ans (Graphique 53). Cette même tendance apparaît en observant les données de 2000, 2006, 2012 et 2017 (en Annexe).

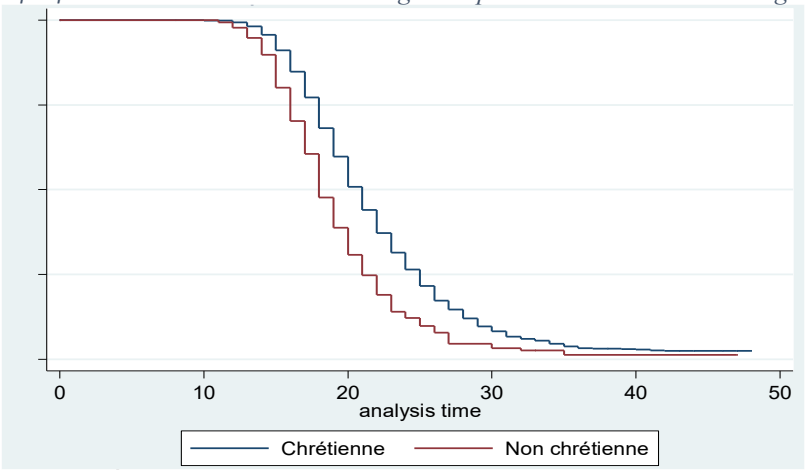
Graphique 53.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon le niveau d'instruction



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994

Les chrétiennes entrent en union plus tard que les non-chrétiennes ($p < .05$). En 1994, les âges médians à la première union pour ces deux groupes étaient respectivement de 21 ans et 18 ans (Graphique 54). Les courbes de fonction gardent la même allure si l'on se réfère aux données de 2000, 2006, 2012 et 2017 (Graphiques A29-A32, en Annexe).

Graphique 54.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon la religion

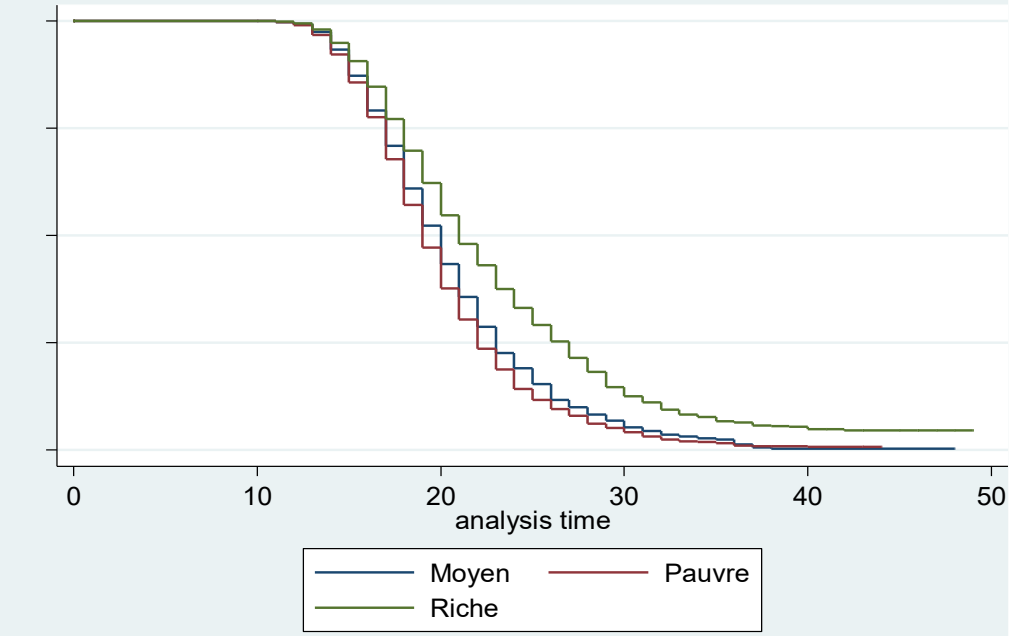


Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994

c) *Le niveau de vie et l'âge des enquêtées influencent l'entrée en union*

Les femmes provenant des ménages riches entrent en union plus tardivement que les femmes pauvres. En 2006, la médiane de survie du côté des femmes issues de ménages pauvres était évaluée à 19 ans contre 21 ans pour celles issues de ménages riches. (Graphique 55). Les écarts demeurent toujours significatifs au seuil de 5 % ($p < .05$) en 2012 et 2017 (Graphiques A33-A34, en Annexe).

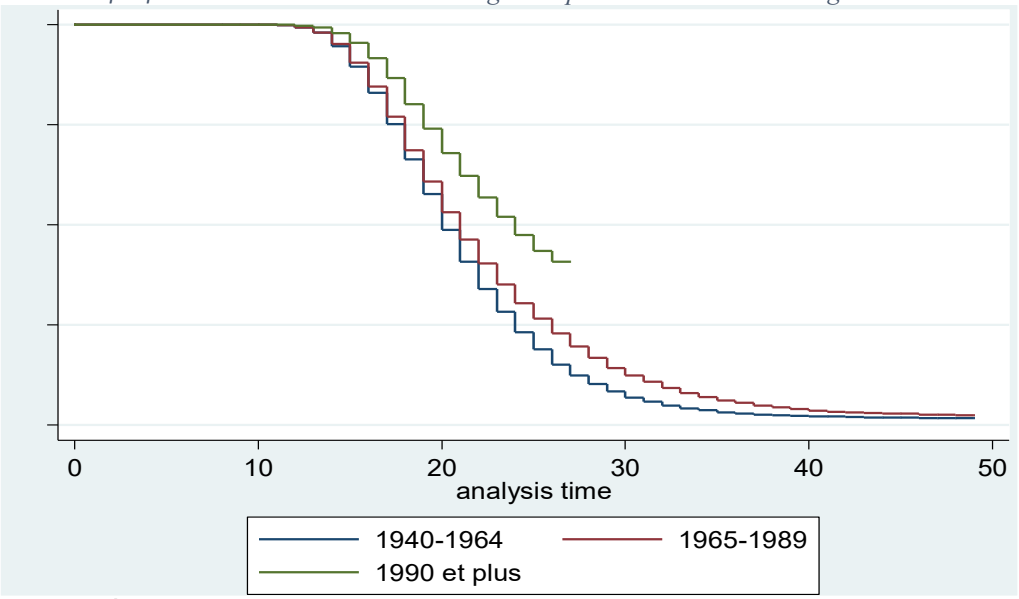
Graphique 55.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon le niveau de vie



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 2006

L'entrée en union varie significativement selon la génération ($p < .05$). En effet, 50 % des femmes qui sont nées avant 1965 ont connu leur première union avant 20 ans. En revanche, 50 % des femmes qui sont nées après 1989 ont connu leur première union avant 24 ans (Graphique 56).

Graphique 56.- Estimateur de KM de l'âge à la première union selon la génération



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Facteurs déterminants de la première union

Comme pour l'âge à la première relation sexuelle, nous avions estimé des modèles de Cox qui ont permis de prendre en compte l'effet simultané des variables explicatives sur la variable à expliquer et de tester l'intensité et le sens des effets escomptés (Tableau 74).

Tableau 72.- Estimateur de Cox de l'âge à la première union selon quelques variables sociodémographiques

Variables	1994	2000	2006	2012	2017
Milieu de résidence					
Urbain	0.986	0.997	1.012	1.060	1.007
Rural =réf	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Département de résidence					
Ouest (AMPAP)	-	0.832***	1.042	1.083	0.988
Autres départements=réf	-	1.000	1.000	1.000	1.000
Religion					
Chrétienne	0.701***	0.706***	0.790***	0.945	0.825***
Non chrétienne=réf	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Niveau d'instruction					
Sans instruction	2.357***	2.723***	2.436***	2.571***	2.347***
Primaire	1.955***	2.100***	1.927***	2.090***	2.077***
Secondaire ou plus=réf	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Groupe d'âge					
15-19 ans	0.912	0.874**	0.882**	0.791***	0.587***
20-24 ans	1.334***	1.364***	1.359***	1.185***	1.053
25-29 ans	1.390***	1.391***	1.456***	1.230***	1.165***
30-34 ans	1.261***	1.297***	1.247***	1.194***	1.129***
35-39 ans	1.208***	1.257***	1.206***	1.135***	1.089**
40 ans ou plus=réf	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Niveau de vie					
Pauvre	-	-	1.113**	1.175***	1.198***
Moyen	-	-	1.136**	1.315***	1.177***
Riche=réf	-	-	1.000	1.000	1.000

Source : Calcul de l'auteur à partir des EDS de 1994 à 2017

La variable de résidence n'est significative que dans le modèle de 2000. En effet, il ressort que les femmes provenant du département de l'Ouest (y compris l'AMPAP) mettent plus de temps pour entrer en union que celles issues des autres départements (très ruralisés). Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés par Antoine et *al.* (1995) qui soulignent que les femmes provenant des régions fortement ruralisées restent très attachées aux valeurs traditionnelles alors que celles qui sont en zones urbaines semblent pouvoir adopter plus facilement certains comportements dits modernes qui font reculer la mise en union.

Par ailleurs, les femmes de niveau secondaire ou plus entrent en union beaucoup plus tard que les femmes de niveau primaire (1.9<HR<2.2) et sans instruction (2.3<HR<2.8). Ces résultats étayent ceux de Kuate-Defo (2000) au Cameroun qui a proposé deux explications. D'abord une explication en termes de simple effet d'âge : plus une femme poursuit ses études, plus elle est âgée et plus elle a de chances d'entrer en union tardivement. La seconde explication relève de la théorie économique du capital humain : plus les parents sont convaincus de l'utilité de l'éducation de leurs filles pour

leurs qualités intrinsèques et leurs aspirations professionnelles, plus ils privilégient l'investissement scolaire pour leurs filles au détriment d'autres projets comme un mariage rapide.

La variable religion est significative dans les modèles 1994, 2000, 2006 et 2017. Nous observons que les femmes chrétiennes à Haïti mettent plus de temps (HR<0.830) à entrer en union que les non chrétiennes. Ces résultats vont à l'encontre de ceux d'Olemba et *al.* (2017) en Afrique qui attestaient que les femmes chrétiennes ont des attitudes plus pronatalistes par rapport à celles non-chrétiennes.

Les femmes provenant des ménages pauvres mettent moins de temps à entrer en union que celles des ménages riches. Ces résultats sont en accord avec ceux d'Ahokpossi (2017) sur les femmes africaines. D'après l'auteur, le contexte de pauvreté favoriserait le recours des femmes (surtout les adolescentes et les jeunes) à la mise en couple précocement comme stratégie de survie (Philibert et *al.* 2021). Pour certaines familles (haïtiennes) confrontées à la pauvreté, la mise en union précoce de leurs filles avec des hommes mieux nantis serait un moyen de faire accéder celles-ci à un niveau de vie économique plus intéressant que les leurs (Beaugé, 2016 ; Mathieu, 2014). Les familles peuvent même encourager les filles à accélérer la venue d'un nouveau-né pour obtenir le mariage le plus vite que possible ou bien encore pour garder les partenaires et les empêcher de partir (Philibert et *al.* 2021). Cette stratégie est surnommée « *machismo*[67] » par Charbit et Petit (2011).

Enfin, les résultats indiquent que les adolescentes mettent plus de temps que les femmes âgées de 40 ans ou plus à entrer en union. Avec la crise économique qui frappe principalement les jeunes, la nouvelle génération, plus instruite que les plus anciennes générations, adopterait de nouveaux comportements économiques, sexuels et reproductifs, ce qui retarderait de plus en plus leur première union (Wang et Mallick, 2019 ; Bertrand et *al.* 2015 ; UNFPA, 2014).

⁂

Le calendrier de la première union a connu un vieillissement à Haïti entre 1994 et 2017, comme c'est le cas pour l'ensemble des pays de l'Amérique Latine et Caraïbes. Le retard de l'âge auquel les hommes et les femmes franchissent ce seuil serait donc susceptible de se répercuter sur la naissance du premier enfant et sur leurs intentions de fécondité. Comme l'ont montré Fassassi, Vignikin et Vimard (2010) en exploitant les données des pays de l'Afrique subsaharienne, l'évolution de l'âge à la première union présente la même tendance (à la baisse) que les intentions de fécondité des hommes/femmes. Qu'en est-il d'Haïti ?

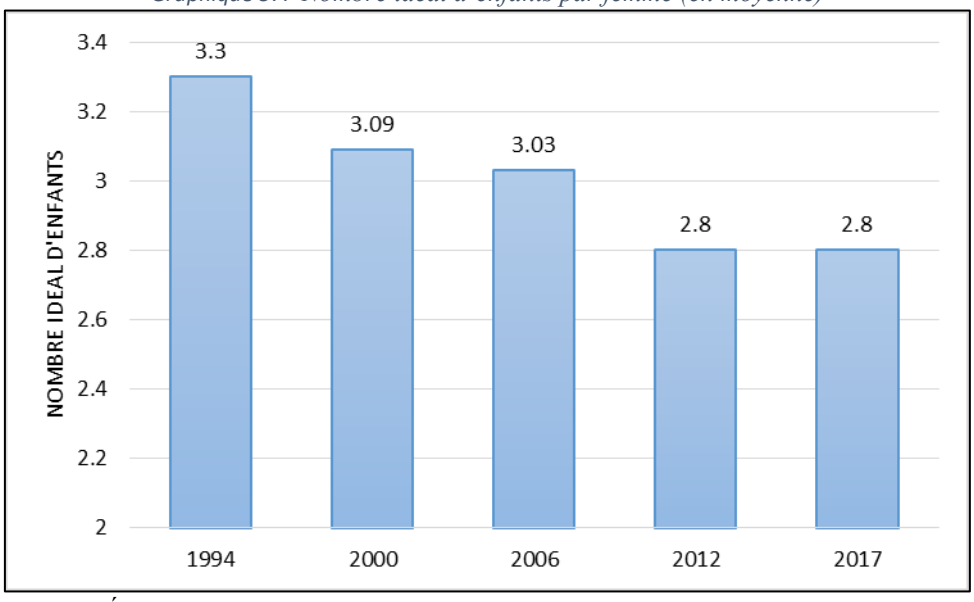
[67] « Le machismo consiste pour la jeune fille à obliger son partenaire de l'épouser en favorisant la naissance d'un […] enfant » (Charbit et Petit, 2011).

6.8.- Nombre idéal d'enfants[68] : très proche du seuil de renouvellement des générations

La question qui nous guide ici est « *Quel est le nombre total d'enfants désirés* ? » Simple en apparence, cette interrogation pourrait être gênante pour les femmes infécondes ou qui n'ont aucun pouvoir sur leur fécondité (Moussa, 2007).

Le nombre moyen d'enfants désiré est en très forte diminution dans presque tous les pays du monde (Nations Unies, 2019). Évalué à 3.30 en 1994 à Haïti, il était de 2.80 en 2017, proche du seuil de renouvellement des générations (Graphique 57). Pour que cette diminution du nombre idéal d'enfants se concrétise en baisse effective de la fécondité, une progression du contrôle de la fécondité, quel qu'en soit le moyen, est nécessaire, afin de permettre aux femmes et aux couples de réguler le nombre de leurs enfants comme ils le souhaitent.

Graphique 57.- Nombre idéal d'enfants par femme (en moyenne)



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

Le nombre idéal d'enfants diminue aussi quel que soit les caractéristiques socioéconomiques des femmes (Tableau 75).

a) Les femmes en milieu rural désirent plus d'enfants que les femmes urbaines

Les femmes dans les zones rurales souhaitent avoir plus d'enfants que les femmes dans les zones urbaines à Haïti. Les variations – significatives au seuil de 5 % - entre les milieux urbain/rural étaient estimées à 0.60 (en moyenne) en 1994 ; 0.30 en 2012 et de 0.29 en 2017 (Tableau 75). Le

[68] C'est le nombre idéal d'enfant avant la première naissance. Cette question est représentée par la variable V613 dans le questionnaire de l'EDS (Women who declare, that if they could go back to the time when they did not have any children and could choose exactly the number of children to have in their whole life, a specific number of children).

désir pour des familles plus nombreuses dans les milieux ruraux tient à la combinaison de plusieurs facteurs. Dans ces régions du pays, hormis le fait que le taux de mortalité infantile est très élevé (processus de remplacement), avoir plus de 3 enfants – un choix ancré dans les mœurs – est un indicateur de prestige, de bénédiction et de reconnaissance sociale. Une femme qui n'a pas une *descendance nombreuse* serait considérée comme une femme qui n'est pas bénie (Philibert et *al.* 2021 ; Lamaute-Brisson et *al.* 2005).

Il est important de souligner que depuis 2012, le nombre idéal d'enfants des femmes en milieu rural est inférieur à 3 enfants, ce qui serait principalement lié à l'amélioration de leur niveau d'instruction et aux contraintes économiques en milieu rural (Cayemittes et *al.* 2018 ; ECVMAS, 2012).

Tableau 73.- Nombre idéal d'enfants selon quelques caractéristiques socio-démographiques

Variables	1994		2000		2006		2012		2017	
Milieu de résidence	Moy.	T-Student	Moy.	T-Student	Moy.	T-Student	Moy.	T-Student	Moy.	T-Student
Urbain	2.96	0.000	2.74	0.000	2.76	0.000	2.63	0.000	2.65	0.000
Rural	3.56		3.40		3.28		2.93		2.94	
Niveau d'instruction										
Sans instruction	3.63	ANOVA	3.54	ANOVA	3.56	ANOVA	3.32	ANOVA	3.41	ANOVA
Primaire	3.21	0.000	3.08	0.000	3.09	0.000	2.86	0.000	2.94	0.000
Secondaire	2.95		2.67		2.66		2.58		2.61	
Supérieur	2.87		2.57		2.47		2.51		2.46	
Statut matrimonial										
Célibataire	3.07	ANOVA	2.73	ANOVA	2.69	ANOVA	2.51	ANOVA	2.49	ANOVA
Mariée	3.71	0.000	3.29	0.000	3.36	0.000	3.04	0.000	3.10	0.000
Placée	3.33		3.06		2.76		2.66		2.76	
Veuve	3.32		3.26		3.35		2.96		3.20	
Divorcée	3.08		3.45		5.19		2.91		2.68	
Religion										
Catholique	3.23	ANOVA	3.19	ANOVA	3.01	ANOVA	2.80	ANOVA	2.86	ANOVA
Protestant	3.34	0.129	3.20	0.028	3.09	0.000	2.84	0.010	2.86	0.058
Vodouisant	3.03		3.43		3.85		2.94		3.00	
Sans religion	3.32		3.08		2.99		2.68		2.80	
Groupe d'âge										
15-19 ans	3.06	ANOVA	2.85	ANOVA	2.78	ANOVA	2.54	ANOVA	2.58	ANOVA
20-24 ans	3.00	0.000	2.93	0.000	2.75	0.000	2.61	0.000	2.56	0.000
25-29 ans	3.15		3.09		2.92		2.73		2.71	
30-34 ans	3.38		3.28		3.06		2.84		2.90	
35-39 ans	3.58		3.48		3.41		3.07		3.16	
40-44 ans	3.63		3.67		3.46		3.30		3.37	
45-49 ans	3.91		3.78		3.79		3.43		3.54	
Niveau de vie										
Pauvre	-		-		3.49	ANOVA	3.09	ANOVA	3.10	ANOVA
Moyen	-		-		3.15	0.000	2.71	0.000	2.74	0.000
Riche	-		-		2.70		2.62		2.64	
Total	**3.28**		**3.19**		**3.05**		**2.81**		**2.86**	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

b) Les souhaits de fécondité sont moins importants chez les femmes instruites, appartenant à des ménages riches et jeunes

Le nombre idéal d'enfants des femmes avec un très bon niveau d'instruction ou appartenant à des ménages riches est inférieur à celui des femmes sans instruction ou provenant des ménages pauvres ($p < .05$). Entre 1994-2017, les femmes sans instruction et celles issues de ménages pauvres désiraient en moyenne plus de 3 enfants. À l'inverse, celles qui avaient le niveau supérieur ou

appartenaient à des ménages riches déclaraient avoir (en moyenne) moins de 3 enfants[69]. Ces résultats sont en cohérence avec l'étude de Vimard et Fassassi (2007) en Afrique Subsaharienne. Comme le soutiennent Emma Davie et Magali Mazuy (2010), l'éducation, la modernisation et les standards de vie auraient modifié la vision qu'ont les femmes par rapport à certains types de familles (en termes de taille).

Le nombre idéal d'enfants est beaucoup plus important chez les anciennes générations que chez les nouvelles. En effet, les adolescentes et les jeunes adultes déclaraient avoir (en moyenne) 3 enfants ou moins alors que chez les femmes âgées de 40 ans ou plus, le nombre idéal d'enfants est supérieur à 3.3. L'amélioration du niveau d'instruction accompagnée d'un fort taux de chômage, des mariages tardifs, de la faiblesse des salaires, et de l'augmentation du coût des logements influenceraient (à la baisse) le nombre idéal d'enfants des nouvelles générations (Cayemittes et *al.* 2018 ; Zanuso et *al.* 2014). Notons aussi que le nombre idéal d'enfants a diminué significativement au niveau de tous les groupes d'âge entre 1994 et 2017.

⁂

Nous avons obtenu des résultats similaires à ceux de Fassassi, Vignikin et Vimard (2010). En effet, les intentions de fécondité des femmes ont baissé. Le nombre idéal d'enfants désirés et l'âge à la première union ont évolué dans le même sens entre 1994 et 2017.

Conclusion partielle

Ce chapitre a procédé à un examen des comportements sexuels et contraceptifs des femmes haïtiennes, tant d'un point de vue descriptif que d'un point de vue explicatif. Les données des EDS ont montré que moins d'un quart des femmes en âge de procréer à Haïti maîtrisent le cycle ovulatoire. À noter tout de même que la proportion des femmes ayant de bonne connaissance sur le cycle ovulatoire est passée de 8.4 % en 1994 à 23 % en 2017. Il a été aussi constaté que les femmes résidant en milieu urbain, appartenant à des ménages riches et de niveau secondaire ou plus ont de plus grande chance d'avoir de bonne connaissance sur le cycle ovulatoire. Par ailleurs, les femmes n'ont pas de grande chance d'avoir de bonne connaissance sur le cycle ovulatoire à l'adolescence.

[69] Le test de Sidak affirme que la différence de moyenne entre ces groupes est statistiquement significative au seuil de 5 %.

Nos résultats révèlent également que moins de 50 % des femmes sont exposées à des messages sur la planification familiale (PF) à Haïti. L'exposition à des messages sur la PF est fortement tributaire du milieu de résidence des femmes, de leur âge, de leur niveau d'instruction et de leur niveau de vie. Ainsi, les femmes adolescentes, les femmes avec de faibles niveaux d'instruction, les femmes appartenant à des ménages pauvres ont moins de chance d'être exposées à ces messages.

La quasi-totalité des femmes en âge de procréer ont des connaissances sur les méthodes contraceptives (MC). Néanmoins, avoir des connaissances sur les MC ne préjuge pas leur utilisation. En 2017, 70.9 % des femmes sexuellement actives n'utilisent pas de MC lors des rapports sexuels contre 83.3 % en 1994. Outre cela, des analyses explicatives ont été produites pour cerner les déterminants de la pratique contraceptive. Basées sur les régressions logistiques, elles ont montré que les caractéristiques sociodémographiques qui influencent principalement l'utilisation des méthodes contraceptives sont : le milieu de résidence, le niveau d'instruction, l'occupation, l'exposition à des messages sur la planification familiale (PF), le fait de discuter de la PF avec son partenaire, le statut marital et le niveau de vie. Les femmes résidant en milieu urbain, de niveau secondaire ou plus, exerçant une activité génératrice de revenus ont plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive que leurs homologues résidant en milieu rural, sans instruction et n'ayant aucune activité génératrice de revenus. Les adolescentes ont moins de chance d'utiliser une méthode contraceptive par rapport aux femmes plus âgées. D'autre part, les femmes qui sont exposées à des messages sur la PF et qui ont l'habitude de discuter de la PF avec leur partenaire ont plus de chance de recourir à une méthode contraceptive que celles qui ne sont pas exposées aux messages sur la PF et qui ne discutent pas de la PF avec leur partenaire. Appartenir à des ménages riches influe aussi positivement sur l'utilisation de la contraception. Il faut dire que ces trois facteurs sont fortement liés à la résidence en milieu urbain et à un niveau d'instruction élevé, vecteurs de modernité et changement de comportement.

Si le calendrier de l'initiation sexuelle ne cesse de rajeunir à Haïti, l'âge à la première union quant à lui est en net recul. Ainsi, en 1994, 18.6 % des femmes en âge de procréer à Haïti avaient eu leur première relation sexuelle avant 16 ans contre 25.1 % en 2017. Pour ce qui est de l'âge à la première union, il était estimé à environ 19 ans en 1994 contre 21 ans en 2017. L'âge à la première relation sexuelle et l'âge à la première union varient significativement selon quelques caractéristiques sociodémographiques. En utilisant les modèles de Kaplan et de Cox, il ressort que les femmes âgées de 40 ans ou plus, chrétiennes, issues du département de l'Ouest, de niveau secondaire ou plus, appartenant à des ménages riches attendent plus longtemps avant d'avoir des relations sexuelles que les adolescentes/jeunes adultes, les non-chrétiennes, les femmes provenant des départements autres que l'Ouest, sans instruction et celles appartenant à des ménages pauvres. Parallèlement, il

a été remarqué que les adolescentes/jeunes adultes, les femmes résidant en milieu urbain, les femmes de niveau secondaire ou plus, les chrétiennes et celles appartenant à des ménages riches mettent plus de temps pour entrer en union que les femmes de 40 ans ou plus, résidant en milieu rural, sans instruction, non-chrétiennes et appartenant à des ménages pauvres.

Le dernier point qui a été traité dans ce chapitre est le nombre idéal d'enfants désirés par les femmes âgées de 15 à 49 ans à Haïti. Cet indicateur est passé de 3.3 enfants (en moyenne) en 1994 à 2.8 enfants en 2017. Les données indiquent aussi les souhaits de fécondité sont plus importants chez les anciennes générations, les femmes en milieu rural, sans instruction et celles provenant des ménages pauvres.

Il est clairement vu dans ce chapitre que les femmes haïtiennes – plus particulièrement les adolescentes - sont très vulnérables aux risques sexuels et reproductifs. Cette vulnérabilité en matière de droits sexuels et reproductif explique-t-elle totalement le maintien des forts taux de fécondité adolescente dans le pays ou est-ce que la fécondité adolescente est liée à d'autres facteurs socioculturels ?

CHAPITRE 7. LA MATERNITÉ ADOLESCENTE À HAÏTI : *un phénomène multifactoriel*

« La fécondité [précoce] n'est pas
Seulement une contrainte,
Mais aussi un privilège,
Qui peut devenir un pouvoir»

Evelyne Sullerot

Introduction

Ce chapitre analyse le comportement reproductif des femmes haïtiennes en âge de procréer à l'adolescence. Concrètement, il s'agit en fait pour nous d'identifier et de hiérarchiser les facteurs qui conduisent à la maternité adolescente à Haïti.

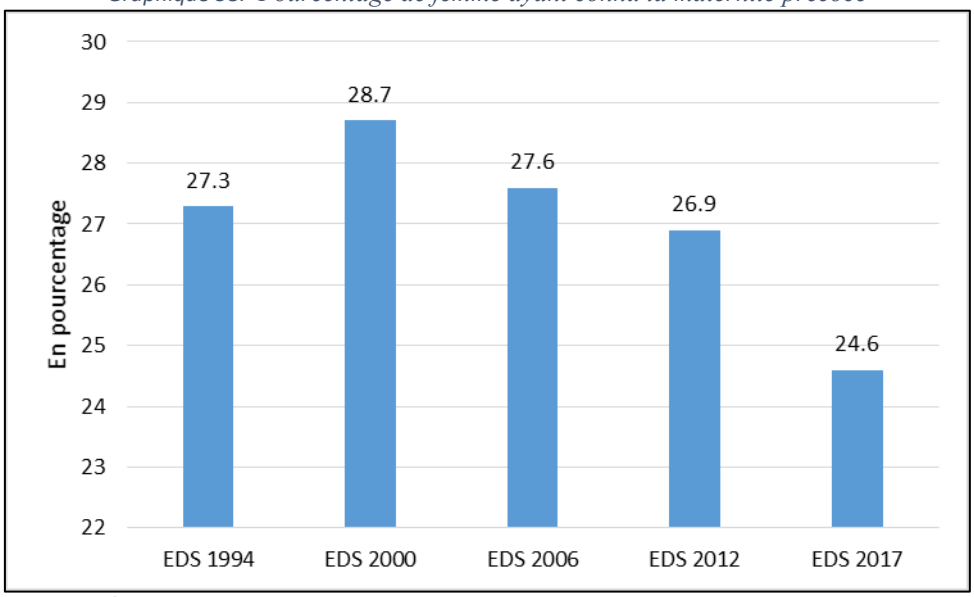
Comme nous l'avions vu dans les écrits répertoriés sur le sujet, la maternité adolescente relève tant de facteurs environnementaux que de facteurs socioculturels (Philibert et *al.* 2021 ; Tantchou Yakam, 2009 ; Moloua et *al.* 2004). Ainsi pour mieux appréhender le comportement procréateur des femmes à l'adolescence à Haïti, plusieurs types d'analyse et de variables ont été mobilisés. Tout d'abord, nous avons dressé le profil des femmes mères à l'adolescence en utilisant une analyse de contingence et une analyse factorielle des correspondances multiples (ACM). Ces analyses ont été utilisées pour (i) visualiser l'évolution du phénomène dans le temps selon les caractéristiques sociodémographiques (ii) étudier la typologie des mères à l'adolescence, (iii) et évaluer l'intensité et le sens de l'association entre la variable à expliquer et chacune des variables explicatives retenues. Pour conforter les résultats de l'analyse de contingence, une analyse explicative a été produite par le biais des modèles multivariés afin de discerner les véritables déterminants qui rendent compte de la maternité adolescente à Haïti. En somme, toutes ces analyses nous ont permis de parvenir au premier objectif de la thèse, apporter des réponses à nos quatre premières hypothèses de recherche et formuler des recommandations.

Ce chapitre est subdivisé 5 sections. La première section présente l'évolution de la proportion de mères adolescentes à Haïti entre 1994 et 2017. La deuxième section pour sa part dresse le profil des femmes mères adolescentes. Quant à la troisième section, elle présente le choix des modèles adoptés et les variables retenues pour étudier les facteurs explicatifs de la maternité adolescente. Enfin, les quatrième et cinquième sections sont consacrées à la recherche des déterminants de la maternité adolescente et à la discussion des résultats.

7.1.- La proportion de mères adolescentes est restée (relativement) stable entre 1994 et 2016

La proportion de femmes donnant naissance à l'adolescence à Haïti était estimée à 27.3 %[70] en 1994 ; 28.7 % en 2000 ; 27.6 % en 2006 ; 26.9 % en 2012 et 24.6% en 2017 (Graphique 58). À cette fréquence, elle pourrait être très proche ou en dessous de 20 % en 2022.

Graphique 58.- Pourcentage de femme ayant connu la maternité précoce



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

7.2.- Être mère adolescente à Haïti : une variété de profils

Les données montrent qu'entre 1994 et 2017, plus de trois quart (¾) des jeunes femmes (moins de 25 ans) qui ont été interrogées lors des EDS ont déclaré n'avoir pas fait l'expérience de la maternité adolescente alors que chez les femmes âgées de 40 ans ou plus, plus de 30 % des enquêtées ont donné naissance à l'adolescence (Tableau 76). Le test de chi-deux indique un lien significatif entre le groupe d'âge et la variable d'intérêt.

Les femmes mères à l'adolescence sont en plus forte proportion en milieu rural. En visualisant le tableau ci-après, nous constatons que parmi les femmes qui ont toujours résidé en milieu urbain, moins d'un quart déclarent avoir donné naissance à l'adolescence. En revanche, parmi celles qui ont toujours résidé en milieu rural, plus de 35 % ont donné naissance durant leur adolescence. Par ailleurs, parmi les femmes qui ont déclaré avoir passé 10 ans ou plus en milieu urbain, moins de 30 % ont donné naissance à l'adolescence tandis que, parmi celles qui ont déclaré avoir passé 10 ans et plus en milieu rural, plus de 35 % ont été mères adolescentes.

[70] Nous ne nous sommes pas focalisés uniquement sur la fécondité des 15-19 ans mais sur toutes les femmes âgées de 15-49 ans qui ont eu enfant durant l'adolescence (ou avant 20 ans).

Tableau 74.-Fécondité adolescente selon quelques caractéristiques socio-démographiques

Variables sociodémographiques	Être mère à l'adolescence					Sig.
	1994	2000	2006	2012	2017	
Groupe d'âge						
Moins de 25 ans	19.9	21.1	19.1	19.6	17.4	
25-29 ans	35.3	36.1	35.4	31.9	30.9	
30-34 ans	33.1	35.2	34.7	33.1	31.9	$p<.05$
35-39 ans	34.8	36.5	38.2	34.3	35.0	
40 ans ou plus	30.1	30.9	30.7	32.6	35.3	
Temps passé dans le milieu de résidence						
Toujours résidée en milieu urbain	24.3	23.6	24.8	-	21.7	
Toujours résidée en milieu rural	30.5	30.4	29.5	-	28.0	
Moins de 10 ans en milieu urbain	19.4	22.0	22.0	-	19.8	$p<.05$
Moins de 10 ans en milieu rural	39.6	35.0	35.0	-	32.2	
10 ans ou plus en milieu urbain	26.2	27.4	23.4	-	24.1	
10 ans ou plus en milieu rural	40.0	38.9	39.3	-	36.7	
Niveau d'instruction						
Sans instruction	37.9	43.5	44.7	47.2	50.5	
Primaire	27.6	28.9	29.7	33.4	38.1	$p<.05$
Secondaire	12.2	11.8	14.2	15.4	14.7	
Supérieur	1.7	2.6	4.0	3.7	2.3	
Religion						
Sans religion	43.4	44.4	39.1	44.0	43.6	
Christianisme	26.3	27.4	26.9	25.9	25.1	$p<.05$
Autres	52.8	51.0	41.5	35.7	47.4	
Âge à la première relation sexuelle[71]						
16 ans ou moins	68.5	63.4	58.3	55.2	52.5	$p<.05$
Plus de 16 ans	17.2	16.2	13.2	14.6	14.0	
Âge à la première union[72]						
Avant 18 ans	84.9	86.5	79.8	84.2	88.1	$p<.05$
18 ans ou plus	17.8	16.7	14.9	22.5	26.8	
Nombre idéal d'enfants						
2 enfants ou moins	25.3	24.2	23.8	23.4	21.6	$p<.05$
Plus de 2 enfants	28.4	31.4	30.4	30.4	31.2	
Effectif de femmes mères à l'adolescence	**1463**	**2918**	**2962**	**3843**	**3807**	

Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des EDS à Haïti, 1994-2017

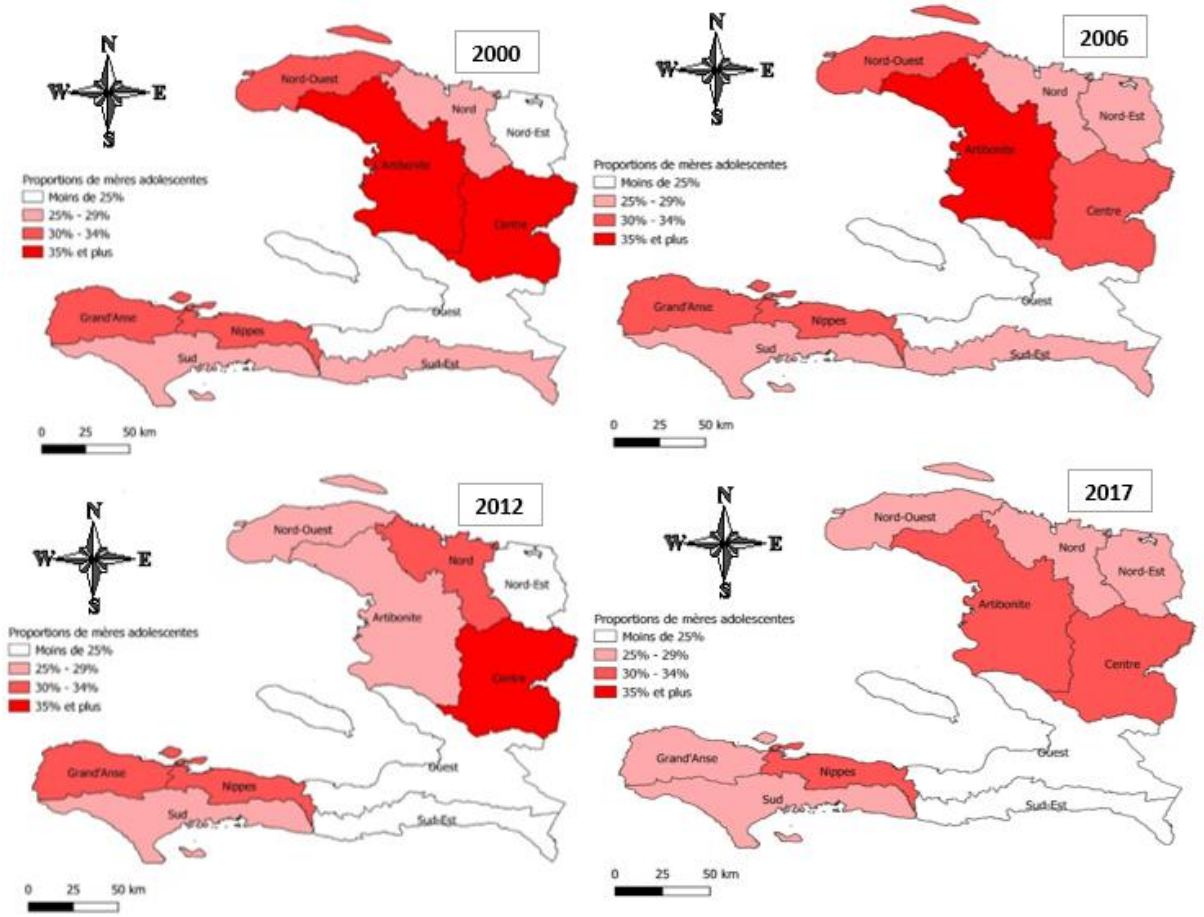
Les données révèlent que les femmes de niveau primaire ou moins sont plus susceptibles d'être mères adolescentes. De 1994 à 2017, entre 37 % et 51 % des femmes sans instruction ont déclaré être mères à l'adolescence. Cependant, chez les femmes de niveau universitaire, ces proportions étaient de moins de 5 %. Le test de Khi-deux confirme la relation de dépendance entre ces deux variables au seuil de 5 %. À noter également que ces proportions ont varié de manière irrégulière entre 1994 et 2017, ce qui serait dû à un effet d'échantillonnage.

L'Ouest est le département avec les plus faibles proportions de mères adolescentes (moins de 25 %) (Carte 16, ci-après). Alors que l'Artibonite et le Centre sont des départements qui sont

[71] Les femmes qui n'avaient pas encore eu de relation sexuelle ont été enlevées.
[72] Les femmes qui n'avaient pas encore connu d'union ont été enlevées.

caractérisés par de fortes proportions de mères. La proportion de mères adolescentes est restée stable dans le département de Nippes entre 1994 et 2017. Elle est comprise entre 25 % et 30%.

Carte 16.- Proportion de mères adolescentes selon le département de résidence



Source : Élaboration propre de l'auteur à partir des Enquêtes Démographiques et de Santé à Haïti, 2000-2017

La religion semble aussi affecter la fécondité à l'adolescence à Haïti. En effet, entre 1994 et 2017, moins de 30 % des femmes chrétiennes déclarent avoir connu une maternité adolescente. En revanche, chez les vodouisantes et les sans religion, les proportions de mères adolescentes varient de 35 % à 53 % entre 1994 et 2017.

La maternité adolescente à Haïti semble être caractérisée par une initiation sexuelle précoce. Plus de la moitié des femmes qui avait eu leur première relation sexuelle à 16 ans ou moins avait déjà donné naissance à l'adolescence contre moins de 20 % chez celles qui avaient eu leur première relation sexuelle à plus de 16 ans.

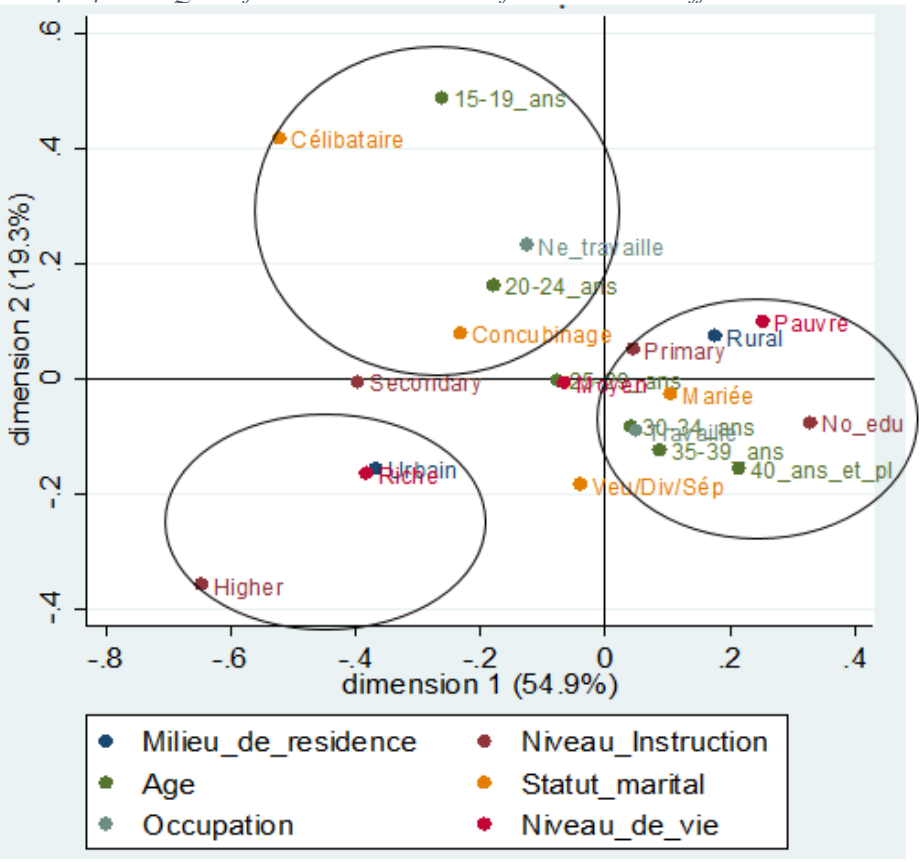
Dans le même ordre d'idée, la maternité à l'adolescence semble être caractérisée par une union précoce. Près de 80 % des femmes qui ont connu leur première union avant d'atteindre la majorité (18 ans) ont déclaré avoir fait l'expérience de la maternité adolescente alors que plus de 70 % des femmes qui ont connu leur première union à 18 ans ou plus ont déclaré ne pas avoir donné naissance à l'adolescence.

Le nombre idéal d'enfants désirés semblent être un déterminant de la fécondité adolescente à Haïti. Entre 28 % et 32 % des femmes qui désiraient avoir 3 enfants ou plus avaient déjà expérimenté une maternité adolescente alors que 74 % à 80 % des femmes qui souhaitaient avoir moins de 3 enfants n'avaient pas expérimenté de maternité adolescente.

Les femmes qui sont mères à l'adolescence à Haïti ne forment pas un groupe homogène

L'analyse des correspondances multiples permet de déduire que les femmes qui ont connu la maternité à l'adolescence ne forment pas un groupe homogène. En visualisant le graphique 59, qui a été construit à partir des données de l'EDS-2017, trois profils se distinguent. Le premier groupe est formé par des mères qui ont déjà expérimenté une maternité adolescente, âgées de 15 à 19 ans et de 20 à 24. Ces femmes sont généralement célibataires ou vivent en concubinage et sans activités génératrices de revenus. En effet, dépendamment de la famille à Haïti, lorsque les adolescentes sont enceintes, elles sont contraintes par leurs parents à rompre la relation avec leur partenaire ou de quitter le domicile parental (Beaugé, 2016 ; Mathieu, 2014). Disposant de peu d'alternatives, certaines d'entre elles sont obligés d'aller vivre avec leur partenaire dans des conditions précaires (Philibert et *al.* 2021).

Graphique 59.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités



Source : Élaboration propre des auteurs à partir de l'Enquête Démographique et Santé (EDS) Haïti-2017, fichier femmes

Le second groupe est formé par des femmes âgées de 30 ans ou plus, des femmes mariées, des femmes issues de ménages pauvres avec de faibles niveaux d'instruction et résidant en zones rurales. Quant au troisième groupe, il est formé par des femmes qui vivent en milieu urbain et qui appartiennent à des ménages riches.

⁂

Les analyses bivariées et l'analyse des correspondances multiples mettent en avant les tendances relationnelles qui existent entre la maternité adolescente à Haïti et quelques caractéristiques sociodémographiques des enquêtées, et aussi font ressortir la typologie des femmes qui ont expérimenté une maternité adolescente. Toutefois, pour identifier et hiérarchiser les déterminants de la maternité adolescente à Haïti, des analyses multivariées s'avèrent cruciales.

7.3.- Choix du logit binaire pour identifier les facteurs associés à la maternité adolescente à Haïti

Les modèles logit sont des approximations de modèles probit (Hurlin, 2003). Entre ces derniers, il existe peu de différences (les résultats sont relativement similaires) en raison de la proximité des familles de lois logistiques et normales (David et Legg, 1975). Si selon Amemiya (1981), la question du choix ne présente pas beaucoup d'importance, pour Yves Evrard et ses collègues, le modèle logit est plus avantageux: « *une comparaison des modèles Logit et Probit fait apparaître que l'analyse Probit a deux faiblesses par rapport à Logit : les sous-bassements théoriques sont complexes ; l'hypothèse de normalité est très forte dans la plupart des applications économétriques, et, si elle ne peut être satisfaite, on passera plutôt par un modèle Logit* » (Cité dans Jean Marc Lehu, 2012, p 650). À ce propos, pour identifier les facteurs explicatifs de la maternité adolescente à Haïti, nous avons fait le choix du modèle logit, spécifié comme suit : $\ln(\frac{P_i}{1-P_i}) = y_i^* = a_0 + a_1 x_i + \varepsilon_i$ avec $(\frac{P_i}{1-P_i})$ la probabilité relative du choix $y_i = 1$ (la valeur prise par l'indicatrice de l'événement expliqué pour l'individu i), x_i les variables explicatives, a_1 le vecteur de coefficients estimés par le modèle, a_0 la constante et ε_i le terme d'erreur.

a.- Les aides à l'interprétation

Après l'estimation d'un modèle logit, un ensemble de tests doit juger sa précision (Keita, 2015). Ils sont au nombre de six (6) :

1. Le **pseudo R²**, un indice qui détermine à quel pourcentage les variables indépendantes expliquent la variable dépendante, se calcule par le rapport de la log-vraisemblance du modèle non contraint et de la log-vraisemblance du modèle contraint.

$$R^2 = 1 - \frac{LogL_{non\ contraint}}{LogL_{contraint}}$$

2. Le **pouvoir prédictif** du modèle est sa capacité de prédiction.

$$\begin{cases} Pouvoir\ prédictif \rightarrow 1, le\ modèle\ a\ une\ très\ grande\ capacité\ de\ prédiction \\ Pouvoir\ prédictif \rightarrow 0, le\ modèle\ a\ une\ faible\ capacité\ de\ prédiction \end{cases}$$

3. Le test de **significativité individuelle des paramètres** ou **test de Wald (**Annexe**)**. Proche du test de score, il sert à déceler les variables significatives dans le modèle logit (Hurlin, 2003). Si le *p-value* associée à la variable est inférieure à 0.05, 0.10, la variable est significative au seuil de 5 %, 10 %. S'il est plus grand que 0.05 et 0.1, la variable n'est pas statistiquement significative respectivement au seuil de 5 % et de 10 %.
4. Le test de **signification globale du modèle** : quantifié à travers le test du rapport des maxima de vraisemblance **(**Annexe**)**, il nous indique si le modèle est globalement bien spécifié.
5. Les **effets marginaux** *mesurent la sensibilité de la probabilité de l'événement* $y_i = 1$ *par rapport à des variations dans les variables explicatives* X_i (Hurlin, 2003, p 17). Ils ont pour expression :

$$\varepsilon_{p_{i/X_i{}^m}} = \frac{\partial p_i X_i{}^m}{\partial X_i{}^m p_i} \quad \forall i \in [1, N]$$

Une simplification de cette formule mathématique (dans le cas d'un logit) est : $\frac{X_i{}^m \beta_i}{1+e^{X_i \beta}}$

6. **L'Odds Ratio** ou rapport de cote ($C_i = \frac{p_i}{1-p_i}$) est le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives. Quand un OR est supérieur à 1 (OR>1), cela veut dire que les individus qui présentent cette caractéristique ont plus de chance (ou courent plus de risque) de vivre l'événement par rapport aux individus appartenant à la modalité de référence. Quand il est inférieur à 1, l'interprétation se fait dans le sens inverse. Dans le modèle logit, le rapport de cote (OR) correspond tout simplement à la quantité $e^{x_j \beta}$ (Hurlin, 2003).

b.- Variable dépendante et variables explicatives

La variable dépendante est la maternité adolescente : elle prend la valeur 1, si l'enquête a déjà connu une maternité adolescente et 0 sinon.

Le choix des variables explicatives (Tableau 77) s'est fait en s'appuyant sur l'abondante littérature sur les facteurs explicatifs de la fécondité adolescente. Il a été démontré que, dans les pays en développement, la maternité adolescente est principalement liée à la précocité de la mise en couple (Pison, 2012) et des relations sexuelles (Bouillaut et *al.* 2019 ; Wendland et Levandowski, 2014) ; associée à un faible recours aux méthodes de planification familiale (Mayack, 2014 ; Coulibaly et *al.* 2020) et à une mauvaise connaissance du cycle ovulatoire (Tawiah, 2002). S'ajoutent à cela des facteurs socioéconomiques tels que la pauvreté (Nyarko, 2012) et le faible niveau d'instruction et

des facteurs environnementaux et culturels (milieu rural, non exposition à des messages sur la planification familiale, …) (Sidibé et *al.* 2020 ; Poumbou, 2008).

c.- Des variables à écarter dans l'analyse explicative : un problème de décalage temporel

Les variables *statut marital*, *connaissance du cycle ovulatoire*, *connaissance des méthodes contraceptives*, *utilisation des méthodes contraceptives durant les 12 derniers mois ayant précédé l'enquête*, *exposition à des messages sur la planification familiale durant les 12 derniers mois ayant précédé l'enquête*, *niveau de vie* n'ont pas été incluses dans les modèles de régression logistique que nous avons estimés bien qu'elles se révèlent prépondérantes à l'explication de la maternité adolescente dans les pays en développement (Bouillaut et *al.* 2019 ; Wendland et Levandowski, 2014 ; Poumbou, 2008 ; Delaunay, 1994). La raison pour un tel choix est que nous travaillons à partir des enquêtes rétrospectives et, de plus, sur des échantillons de femmes de différentes générations. Donc, considérer les variables suscitées comme variables explicatives biaiserait grandement nos résultats. En effet, les EDS nous renseignent sur le statut marital au moment de l'enquête et non sur le statut marital de l'enquêtée au moment de sa grossesse qui a mené à la maternité. Cette même réflexion est valable pour les autres variables. En clair, il y a un décalage temporel entre l'événement étudié et les informations présentées par ces variables. Massugueu Siaka (2011) et Diop (1994) ont fait le même constat.

Les variables niveau d'instruction et religion pourraient être soumises à ces mêmes types de réflexion, néanmoins en scrutant nos données, nous avions décidé de les garder. Dans toutes les EDS, nous avons observé que plus de 90 % des enquêtées se déclarent chrétiennes. En ce qui concerne l'instruction, elle se stabilise à un âge adolescent ou jeune adulte. Donc, les informations captées par ces variables varient très peu dans le temps. Les variables relatives aux partenaires des enquêtées ont été aussi écartées pour les même raisons mentionnées antérieurement. Outre cela, elles présentent trop de données manquantes.

Seules 6 variables ont été sélectionnées pour l'estimation des modèles : *âge*, *niveau d'instruction*, *religion*, *âge à la première relation sexuelle*, *âge à la première union* et *nombre idéal d'enfants désirés*. Les modalités de ces variables ont été dichotomisées avant d'être incluses dans les modèles. Nous avons choisi les modalités rassemblant le plus d'effectifs comme catégories de référence.

7.4.- Identification et hiérarchisation des facteurs de la maternité adolescente à Haïti

Les modèles de régressions logistiques estimés sur la base des échantillons des EDS ont généré les résultats suivants :

Tableau 75.- Déterminants de la maternité adolescente à Haïti (Odds Ratios/Marginal Effects)

Variables sociodémographiques	1994	2000	2006	2012	2017
Religion					
Non Chrétienne	1.379*	1.437***	1.030	1.443***	1.437***
Chrétienne=Réf					
Niveau d'instruction					
Sans instruction	2.569***	2.828***	2.659***	2.297***	2.372***
Primaire	2.327***	2.381***	2.088***	2.013***	2.355***
Supérieur	0.253	0.408	0.359***	0.286***	0.209***
Secondaire=Réf					
Âge à la première relation sexuelle					
16 ans ou moins	3.564***	3.679***	3.890***	5.305***	5.589***
Plus de 16 ans=Réf					
Âge à la première union					
Moins de 18 ans	21.571***	25.966***	19.807***	17.173***	17.174***
18 ans ou plus=Réf					
Nombre idéal d'enfants désirés					
Moins de 3 enfants	0.856*	0.881*	0.860**	0.878**	0.879**
3 enfants ou plus					
Âge[1] (continue)	0.006***	0.004***	0.005***	0.005***	0.006***
Prob > Chi2	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***	0.000***

Source : Modèles estimés par l'auteur à partir des enquêtes Démographiques et Santé (EDS) Haïti, 1994-2017
p-value *** = <0.01 **=<0.05 *=<0.10
[1]Effets marginaux (Marginal Effects)

En se basant sur les statistiques de Wald Chi2 (Annexe), ces modèles sont globalement significatifs ($Prob > chi2 = 0.000$). D'autant plus qu'ils ont une très grande capacité de prédiction. Dans les échantillons de 1994-2017, ils ont prédit correctement le choix de plus de 80 % des femmes enquêtées[73].

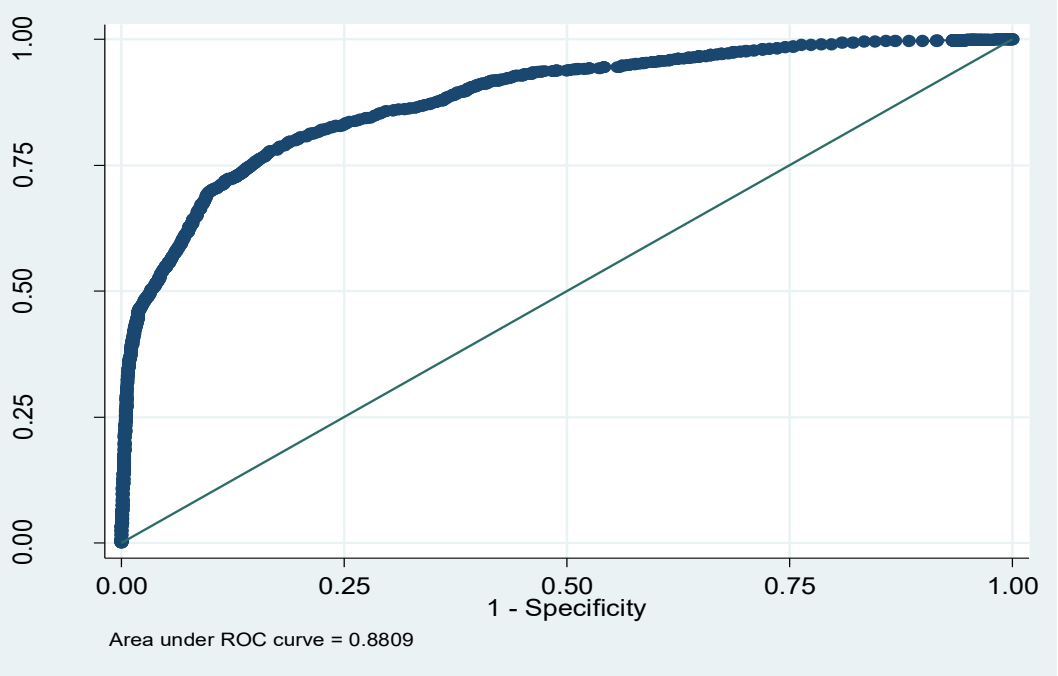
Tableau 76.- Pouvoir prédictif des modèles

Année	Correctly classified
1994	88.42%
2000	88.73%
2006	88.08%
2012	85.08%
2017	84.32%

L'ajustement des modèles est excellent[74] : de 1994 à 2017, les aires sous la courbe valent plus que 0.8 (Graphique 60 ; Graphiques A35-A38, en Annexe). Ceci sous-entend que les valeurs prédites sont très proches des valeurs observées.

[73] De façon plus simplifiée, cela signifie que les variables explicatives dans ces modèles aideront à prédire la variable dépendante avec succès dans plus de 80 % des cas.
[74] Si l'aire sous la courbe est comprise entre]0.5;0.7[, l'ajustement est faible
Si l'aire sous la courbe est comprise entre [0.7;0.8[, l'ajustement est acceptable

Graphique 60.- Aire sous la courbe (Modèle 5)



Source : Nos calculs à partir des données des EDS, fichier femme, 2017

Facteurs explicatifs de la maternité adolescente et classification de ces facteurs

Les analyses explicatives confirment certains résultats émanant des analyses de contingence et de l'ACM. La religion, le niveau d''instruction, l'âge à la première relation sexuelle, l'âge à la première union, le nombre idéals d'enfants désirés et l'âge des femmes sont des facteurs qui concourent à la maternité adolescente à Haïti.

Tableau 77.- Hiérarchisation des déterminants de la maternité adolescente

Variables	1994	2000	2006	2012	2017
Religion	0.1	0.2	0.1	0.2	0.3
Niveau d'instruction	2.2	2.2	2.6	4.0	6.0
Âge à la première relation sexuelle	4.7	5.6	6.3	15.7	18.3
Âge à la première union	31.0	38.0	36.1	32.7	30.9
Nombre idéal d'enfants désirés	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1
Âge de l'enquêtée	1.8	0.7	1.6	1.6	2.2

Source : Nos calculs à partir des données des EDS 1994-2017, fichiers femmes

De plus, les variables âge à la première union, âge à la première relation sexuelle et niveau d'instruction sont les plus contributives en termes de poids dans les modèles estimés[75]. À elles

Si l'aire sous la courbe est comprise entre [0.8;0.9[, l'ajustement est excellent
Si l'aire sous la courbe est comprise entre [0.9; 1], l'ajustement est parfait

[75] Pour hiérarchiser les déterminants de la maternité adolescente à Haïti, la formule qui suit a été adoptée :

$$(2)\ Ctr_i = \frac{\chi_s^2 - \chi_v^2}{\chi_s^2}$$

i. χ_s^2, le chi-deux du modèle saturé

ii. χ_v^2 le chi-deux du modèle sans la variable.

seules, elles contribuent à plus de 50 % à l'explication du phénomène de la fécondité adolescente entre 2012 et 2017.

7.5.- Discussion des résultats

La maternité adolescente à Haïti relève tant des caractéristiques individuelles des enquêtées que de leur environnement socioculturel. Ainsi pour mieux discuter les résultats issus des modèles estimés, nous avons tenu compte du contexte socioculturel d'Haïti et des approches théoriques de la fécondité.

7.5.1- Les incidences des institutions religieuses sur les comportements procréateurs à l'adolescence

La religion discrimine les femmes en matière de fécondité à l'adolescence à Haïti. Les résultats issus des modèles estimés indiquent que les femmes qui se déclarent non-chrétiennes courent 1.4 fois plus de risques de donner naissance à un enfant avant de fêter leur 20e anniversaire que celles adeptes du christianisme. Ces résultats sont en cohérence avec ceux de Simplus et Houlio (2012) et confirment par ailleurs notre deuxième hypothèse de travail (**H2**) qui présupposait que les femmes chrétiennes étaient moins susceptibles d'être mères durant leur adolescence que celles n'appartenant pas au christianisme.

Bien que moins représentée dans la littérature, l'approche institutionnelle de la fécondité (Piché et Poirier, 1995 ; Greenhalgh, 1990) demeure très importante pour la compréhension des comportements procréateurs des femmes chrétiennes à l'adolescence. Le christianisme véhicule un certain nombre de valeurs et de normes qui régissent la vie des adeptes. Considérant les relations extra-conjugales comme immorales, elle prône un comportement sexuel responsable. On enseigne aux chrétiens qu'avant de débuter leur vie sexuelle, ils doivent être conscients de leurs ressources financières, de leur maturité corporelle et de l'immensité des devoirs qui se cachent derrière l'acte sexuel (Greethel, 2016).

> « *Ils doivent devenir toujours plus conscients de la profondeur de leur vocation dans son ensemble, et de l'étendue de leurs responsabilités. Que dans un tel esprit et avec une telle prise de conscience, ils fassent en sorte d'être, du mieux qu'ils peuvent dans la charge de la procréation et de l'éducation, les "coopérateurs" de l'amour de Dieu Créateur et en quelque sorte ses interprètes* (Robert McClory, 1995 : p 198) ».

Cette formule est très utilisée par les démographes et les chercheurs en santé publique pour étudier la contribution des variables dans l'explication d'un phénomène (Affo et *al.* 2019).

Cette position de l'église chrétienne pourrait expliquer en partie pourquoi les femmes haïtiennes chrétiennes sont moins susceptibles de donner naissance à l'adolescence que celles qui sont non-chrétiennes.

Par ailleurs, dans le christianisme, la sexualité et la maternité ne sont possibles qu'à l'intérieur du mariage sacramentel (Lacroix, 1999). En effet, il est ordonné aux adeptes non mariés de s'abstenir de la fornication et des conduites sexuelles qui déplaisent à Dieu (Greethel, 2016). Dans certaines églises protestantes à Haïti, les adolescentes qui tombent enceintes peuvent être sanctionnées par les responsables (Mathieu, 2014). Dans un tel contexte, nombre d'entre elles préfèrent utiliser des préservatifs — même si l'église chrétienne n'est pas favorable à ce moyen de contraception — ou recourent à l'avortement clandestin pour échapper aux critiques et au regard moral de l'assemblée (Cormier-Beaugrand, 2017 ; Beaugé, 2016 ; Mathieu, 2014). Notons qu'à Haïti, la loi interdit et sanctionne la pratique de l'interruption volontaire de grossesse (Htun et Piscopo, 2010). De ce fait, les avortements sont très souvent réalisés dans un cadre non médical, entraînant inévitablement des complications. Ces complications peuvent avoir des conséquences à long terme sur la santé des jeunes filles ou sur leur fertilité, mais peuvent aussi provoquer leur décès (United Nations Population Fund, 2013).

La religion chrétienne se place en tant que garante de bonnes mœurs (Adjamagbo et *al.* 2004). À Haïti, elle influence le choix et les actions des adolescent.e.s en matière de sexualité et de procréation (Philibert et *al.* 2021). Ces derniers apprennent à vivre en accord avec les attentes de leur environnement religieux. Ainsi, leurs attitudes à l'égard de la procréation seraient significativement liées à l'importance que les autorités religieuses accordent aux questions relatives à la sexualité et à la maternité (Greethel, 2016).

Si la religion est un mobile de valeurs et de croyances, qui d'une manière ou d'une autre, imposent à ses adeptes des manières de penser et d'agir susceptibles d'impacter leurs comportements sexuels et procréateurs, il convient de souligner que les valeurs traditionnelles chrétiennes s'affaiblissent de plus en plus à Haïti sous la pression de la modernisation (Mathieu, 2014). Ce même constat a été fait par les chercheurs Enel et Querre (2006), Talnan et *al.* (2004) et Baya et Meda (2001) en Afrique Subsaharienne.

7.5.2.- L'influence de la scolarisation et de la modernisation sur les comportements procréateurs à l'adolescence

Le niveau d'instruction est un facteur explicatif de la maternité adolescente à Haïti. Cette variable est significative dans nos 5 modèles. Les femmes sans instruction et celles de niveau primaire courent plus de 2 fois plus de risques d'être mères à l'adolescence que celles de niveau secondaire.

En sus, les femmes qui sont de niveau supérieur courent moins de risques (ORs < 1) d'être mères adolescentes que celles de niveau secondaire. En clair, plus les femmes sont instruites moins elles courent le risque d'être mères adolescentes. Les résultats de ce travail de recherche corroborent ceux de Kouton (1992) sur les adolescentes béninoises et confirment également notre troisième hypothèse (**H3**) de travail qui présupposait une relation négative entre la maternité adolescente et le niveau d'instruction.

Avoir un niveau d'instruction élevé épargne les femmes des maternités à l'adolescence (Akoto et Kamdem, 2003 ; Kamden et Rwenge, 2001 ; Njogu et *al.* 1990). Selon Diop (1994) et Beninguisse (2007), la culture occidentale véhiculée par l'école dite *moderne* dans les pays en développement prédispose les femmes instruites à plus de connaissances : elles détiennent généralement de meilleures informations sur l'accès aux méthodes contraceptives et sur le cycle ovulatoire que leurs homologues qui sont sans instruction ou qui sont peu instruites, parce qu'elles sont davantage familiarisées avec les codes des sociétés modernes (Adjamagbo et *al.* 2004). Lorsqu'on considère les données des EDS à Haïti, nous avions vu que les enquêtées de niveau secondaire ou supérieur ont plus de chance de maîtriser le cycle ovulatoire que celles de niveau primaire ou sans instruction. D'après Goulet et *al.* (2001), les femmes qui ont une connaissance profonde et intime de leur propre cycle ovulatoire auraient une plus grande probabilité de renoncer aux relations sexuelles sans protection dans les périodes où elles sont fertiles. Si l'observation du cycle ovulatoire constituerait le moyen le plus naturel pour une femme de se prévenir des grossesses non désirées, il y a lieu de noter que l'efficacité de cette méthode dépend largement de la connaissance des adolescentes sur la période de fertilité au cours du cycle menstruel (Jean Simon et *al.* 2021).

Les auteurs Attanaso et *al.* (2007) avancent pour leur part que les femmes instruites semblent être plus engagées dans le processus de gestion de la fécondité. En d'autres termes, elles seraient plus en mesure de négocier le port du préservatif avec leur partenaire, d'entamer des discussions sur la planification familiale avec leur partenaire et par ricochet de rejeter les fausses rumeurs et les avalanches de clichés au sujet de la contraception (Akoto et Kamdem, 2003 ; Delaunay 1994). Il importe de souligner qu'avec les difficultés économiques auxquelles fait face Haïti et les transformations sociales qui ont eu lieu au cours de ces dernières décennies, l'image de la femme qui était celle d'une femme au foyer, dépendante de son partenaire, dévouée à ses devoirs de mère ou d'épouse, a beaucoup changé (Mauconduit et *al.* 2013). Voulant accéder à des emplois décents et renforcer leur autonomie sociale et financière, les femmes instruites – plus particulièrement les universitaires – se défont de plus en plus de ce modèle traditionnel et s'orientent vers des métiers nécessitant de longues années d'études (Lamaute-Brisson, 2005). S'inscrivant dans la même veine, Mathieu (2014) et Gilbert et Gilbert (2017) soutiennent que les femmes instruites à Haïti auraient

une vision différente de la famille et de la parentalité. En vue de se consacrer entièrement à leur carrière, de s'épanouir personnellement et d'assurer à leurs progénitures un statut social et économique supérieur au leur, elles passent plus de temps dans le célibat, entrent dans la maternité plus tardivement, adhèrent à la pratique de la planification familiale et optent pour des familles réduites. Arséne Dumont (1890) dénomme ce phénomène la « capillarité sociale ».

Les femmes instruites à Haïti s'initient plus tardivement dans les rapports sexuels et dans les engagements matrimoniaux. Mis à part cela, elles résident plus en milieu urbain où se concentre la grande majorité des établissements sanitaires (Cayemittes et *al.* 2018). Comme il a été démontré dans le chapitre 2 de la thèse, les contraintes sociales sont bien moindres en milieu urbain qu'en milieu rural. Les femmes qui résident en milieu urbain seraient plus libres dans leurs actions. En fait, elles auraient de plus grandes chances de fréquenter les centres de planification familiale (Gilbert et Gilbert, 2017).

Les femmes instruites (surtout celles qui résident en milieu urbain) fréquentent généralement des partenaires de même niveau d'instruction qu'elles (Cayemittes et *al.* 2018). D'après la littérature, plus le partenaire est éduqué, plus il serait en mesure d'examiner les risques qu'encourt une adolescente et aussi les retombées négatives de cette maternité sur ses aspirations et sur celles de la jeune fille (Baranon, 2015 ; Tantchou Yakam, 2009 ; Bado, 2007 ; Fall, 2004).

Nous avions aussi constaté antérieurement que les femmes haïtiennes instruites ont de plus grande chance d'être exposées aux messages sur la planification familiale. D'après Bado (2007), l'accès aux messages sur la planification familiale concourt à la fécondité adolescente. Dans les théories de diffusion et du changement culturel de la fécondité, Coale (1973), Van de Walle (1999), Clealand et Wilson (1987) évoquent que les médias ont le pouvoir de fixer et de conditionner les modes d'action des populations. À Haïti, les émissions sur la planification familiale, les infections sexuellement transmissibles, sur la grossesse adolescente se sont multipliées durant ces trois dernières décennies et sont diffusées à la télévision, à la radio et sur les réseaux sociaux (UNFPA, 2013 ; MSPP, 2009). Elles ciblent principalement les populations les plus vulnérables en matière de contraception moderne (femmes, adolescentes, jeunes…) en les informant sur les avantages des produits contraceptifs lors des rapports sexuels ; en façonnant leurs attitudes et en les aidant à mieux structurer l'image d'une sexualité saine (MSPP, 2009). Néanmoins, convenons que les auditeurs n'ont pas beaucoup d'opportunité d'avoir des échanges avec les animateurs de ces émissions et aussi que ces programmes d'information ne sont pas accessibles à toutes les adolescentes en raison du manque d'électricité dans les ménages et de certaines contraintes économiques et sociales (Zanuso et *al.* 2014).

Scolarisation et rationalité

La scolarisation contribue à des changements de comportements en matière sexualité et de fécondité à Haïti et ces changements de comportements seraient liés non seulement à l'évolution du niveau d'instruction des femmes mais aussi à des choix professionnels et économiques (Simplus et Houlio, 2012). Lorsque les jeunes filles sont scolarisées, on leur inculque de nouveaux modes de pensées, ce qui les conduit à remettre en question certaines valeurs et normes sociales dites traditionnelles et à adopter d'autres comportements (Poumbou, 2008). Pour de nombreuses femmes (instruites) en zones urbaines, élever des enfants nécessite beaucoup de temps et des ressources financières (Lamaute-Brisson, 2005). Il s'agirait d'un manque à gagner, pour elles, lié à un retrait du marché du travail, au passage à temps partiel, ou au fait de renoncer à une carrière plus brillante (Philibert et *al.* 2021). Une maternité à l'adolescence serait considérée comme de l'échec pour elles et pour leur famille (Alfred et *al.* 2017). De ce fait, elles cherchent à contrôler leur fécondité en utilisant les méthodes contraceptives, en faisant leur entrée dans la maternité lorsqu'elles se sentent prêtes psychologiquement et financièrement (Cormier-Beaugrand, 2017).

7.5.3.- Les relations sexuelles précoces : exposition à des IST et des maternités adolescentes dans le contexte haïtien

L'âge à la première relation influence l'occurrence d'une maternité à l'adolescence à Haïti. C'est le deuxième facteur le plus contributif à l'explication des maternités adolescentes. Dans les modèles estimés, les ORs associés à la modalité *16 ans ou moins* sont supérieurs à 3.5 (Tableau 77), ce qui traduit que les femmes qui ont eu leur premier rapport sexuel à 16 ans ou moins courent au moins 3.5 fois plus de risques d'être mères à l'adolescence que celles qui ont eu leur premier rapport sexuel à *plus de 16 ans*. Ces résultats qui rappellent ceux de Delaunay (2004) et de Diop (1994) obéiraient à la logique selon laquelle les femmes qui commencent leur vie sexuelle tardivement sont moins enclines à expérimenter une maternité à l'adolescence par rapport à celles qui la débutent très tôt.

Rappelons qu'à Haïti, les adolescentes ont un accès très limité aux services relatifs à la planification familiale en dépit de nombreux programmes mis en place par les institutions internationales (Albuja et *al.* 2017 ; Aujoulat et *al.* 2007). Dans cette atmosphère où l'utilisation de la contraception est faible, les adolescentes sexuellement actives sont exposées davantage au risque de procréation et de contamination aux maladies sexuellement transmissibles (UNFPA, 2013).

a) Est-ce vraiment un relâchement du contrôle parental ?

Pour expliquer la relation entre l'âge au premier rapport sexuel et la maternité adolescente, plusieurs chercheurs (UNFPA, 2013 ; Beninguisse, 2007 ; Diop, 1994 ; Attanaso et *al.* 2007

utilisent la théorie de la désorganisation sociale (Cherlin et Riley, 1986) qui stipule que les relations sexuelles précoces (prémaritales et sans protections) seraient liées à l'affaiblissement des structures traditionnelles et au relâchement du contrôle des aînés sur les cadets (Gueye et *al.* 2001). La théorie de la désorganisation sociale ne semble pas valide pour expliquer nos résultats car les relations sexuelles précoces à l'adolescence (surtout celles conduisant à une maternité) ne doivent cependant pas amener à conclure trop rapidement à une disparition du contrôle parental. Si certains parents à Haïti n'affichent plus une posture clairement prohibitive à l'égard de la sexualité précoce, ils ne sont pas nécessairement permissifs et transmettent souvent un ensemble de valeurs et de représentations de ce qui, à leurs yeux, constitue une *bonne sexualité* (Aujoulat et *al.* 2007).

b) Les relations précoces et les maternités adolescentes peuvent être associées à des motivations d'ordre économique

Les comportements sexuels de certaines adolescentes seraient déterminés par des motivations d'ordre économiques et social (Moloua et *al.* 2004). Comme l'affirment les auteurs Mathieu (2014) et Philibert et *al.* (2021), la sexualité précoce à l'adolescence serait d'une part une stratégie de survie pour certaines adolescentes vivant dans des conditions précaires et un moyen de se mettre à l'abri des besoins matériel et financier et d'autre part une stratégie utilisée pour améliorer leur statut via le mariage ou la fécondité. Calvès (1997) a formulé cette même hypothèse pour étudier les comportements sexuels des jeunes femmes camerounaises.

Selon la théorie de *l'adaptation rationnelle*, certaines adolescentes s'engageraient dans des relations sexuelles précoces afin d'obtenir de l'argent, des cadeaux ou diverses autres gratifications en vue de subvenir à leurs besoins (Calvès, 1997 ; Meekers, 1994).

> «… unmarried teenagers use sexual relations and pregnancy to achieve certain goals. For example, sexual relations may produce economic benefits, or may be a step toward marriage. From this perspective, premarital pregnancies are a result of conscious, rational decisions » (Meekers, 1994, p 48).

> « The rational adaptation argument, on the sexual relationships or childbearing as strategies to achieve specific goals. (…) some African adolescents exchange sexual favors clothes, gifts, or for money to pay their school fees » (Calvès, 1997, p 399).

Il arrive parfois que ces jeunes filles (menacées par la précarité) aient des relations avec un ou plusieurs partenaires qu'ils appellent « sponsors ». Selon Beaugé (2016), ce contexte de précarité socio-économique semble être l'un des éléments qui contribue à l'émergence de la prostitution ou de la semi-prostitution et au maintien du fort taux de fécondité adolescente à Haïti.

La monétarisation des rapports sexuels se fait généralement avec des partenaires plus âgés et nantis que les jeunes filles qualifient de « Papa » ou de « Boss » (Mathieu, 2014). Fragilisées par leur

situation précaire et ne voulant pas perdre ces faveurs, elles éprouveraient des sentiments de gêne à négocier une contraception lors des rapports sexuels bien qu'elles aient des connaissances sur ses avantages (Philibert et *al.* 2021). Cette sexualité (précoce) et transactionnelle empièterait sur les impératifs de prévention. À Haïti, ce sont les hommes qui, le plus souvent, initient et contrôlent toutes les décisions sexuelles, ce qui a des implications sur la vulnérabilité de ces adolescentes face aux IST/VIH/Sida et aux maternités adolescentes (Jean Simon, 2020).

La théorie de l'adaptation rationnelle de richesse (Calvès, 1996) trouverait ses limites dans le contexte haïtien. Les échanges d'avantages contre des rapports sexuels ne sont pas toujours des transactions, elles font aussi partie du mode de relations habituel entre les sexes à Haïti (Philibert et *al.* 2021). Les hommes (qui ne cohabitent pas avec leur partenaire) leur offrent très souvent des cadeaux et de l'argent après les rapports sexuels.

c) *Les mythes de « la première fois » et de la « pensée positive » accroissent les maternités adolescentes à Haïti*

Nos données ont montré que le premier rapport sexuel est de plus en précoce à Haïti et que plus de 78 % des adolescentes n'utilisent pas de méthodes contraceptives lors des relations sexuelles. Il y a lieu de noter que certaines de ces adolescentes croient au mythe « de la première fois ». Dans leur imagination, le premier rapport sexuel par sa spécificité et son caractère initiatique, n'est pas fécondant (Mathieu, 2014). D'autres adolescentes adhèrent, elles-mêmes, en la puissance de la pensée positive comme quoi – quand elles n'utilisent pas de moyen de contraception – si elles ne pensent pas à une grossesse elles ne tomberont pas enceintes (Beaugé, 2016 ; Mathieu, 2014).

d) Ne pas mettre les préservatifs : un contrat de confiance

Certaines adolescentes, sexuellement actives, pour prouver leur sincérité, leur fidélité et leur loyauté, elles sont prêtes à jouer le jeu du sacrifice amoureux en proposant à leur partenaire du sexe sans préservatif qui est par sous-entendu *« le contrat de confiance »* et « *une preuve d'amour inconditionnel* » (Alfred et *al.* 2017). Ces comportements sexuels dits non responsables exposent ces jeunes filles à des grossesses et à des IST (Philibert et *al.* 2021).

7.5.4.- Les unions précoces : le facteur le plus contributif à l'explication des maternités adolescentes à Haïti

Significativement associée à la fécondité adolescente au seuil de 1 % ($p < 0.01$), la variable *âge à la première union* est accompagnée de coefficients positifs dans les 5 modèles estimés. Ainsi les femmes qui ont connu leur première union avant 18 ans courent 17 à 25 fois plus de risques d'être mères à l'adolescence que celles qui ont connu leur première union à 18 ans ou plus. Ces résultats confirment notre première hypothèse (**H1**) qui présupposait que les femmes qui ont connu leur

première union avant d'atteindre la majorité (18 ans) étaient plus enclines à être mères précocement que celles qui ont connu leur première union à 18 ans et plus. En sus, c'est le facteur le plus contributif à l'explication à l'explication des maternités adolescentes à Haïti. À lui seul, il contribue à plus de 30 % à l'explication du phénomène de la maternité à l'adolescence à Haïti.

Nos résultats cadrent avec les observations faites par Bado (2007) et Poumbou (2008) en Afrique Subsaharienne. Pour ces auteurs, cela résulterait en partie de la proximité entre l'adolescente et son partenaire qui survient après la cohabitation. Vivant sous le même toit, les relations sexuelles sans protections sont plus faciles (Alfred et *al.* 2017 ; Cormier-Beaugrand, 2017 ; Beaugé, 2016 ; Mathieu, 2014).

a) L'union précoce est synonyme de maternité précoce pour la société haïtienne

L'acquisition précoce du statut d'épouse a une liaison très significative avec la précocité de la première naissance et discrimine largement le comportement procréateur des femmes à Haïti[76]. Dans la société haïtienne, les représentations sociales entraînent une obligation pour les femmes, après leur mariage, de démontrer leur capacité procréative. Au cas où elles n'arriveraient pas à enfanter, elles seraient dévalorisées et pourraient être stigmatisées et se faire appeler « milèt : mulet », « femme maudite » ou encore « femme stérile » (Forsythe, 2009). Très souvent, les membres de la famille du conjoint l'incitent à se séparer de son épouse, ce qui conduit à un changement de statut matrimonial (Khetarpal et Singh, 2012). Si l'on suit bien la logique, c'est l'enfant qui fait famille. Tant que l'enfant n'est pas né, il n'y a pas de projet familial. La procréation contribue non seulement à faire perpétuer le lignage mais aussi à consolider la stabilité du couple : donner naissance après le mariage est une protection contre le divorce et un moyen de légitimation de la place de la femme au sein de la famille (Forsythe, 2009). Dans certaines zones rurales, une femme mariée sans enfant ne peut avoir une reconnaissance sociale et ne peut acquérir de pouvoir car elle n'est pas considérée comme une femme « normale » ou encore comme une femme accomplie (Khetarpal et Singh, 2012). Ce qui interpelle c'est que, l'infertilité du couple est rarement attribuée à l'homme (féminisation de la stérilité). Sans un réel suivi médical, le partenaire ou son entourage peut décider que la stérilité du couple vient de la femme (Forsythe, 2009). Pour Barou (2016), cette féminisation de la stérilité relève des rapports de genre au sein de sociétés soumises à la domination masculine.

[76] Le but de l'union dans le milieu haïtien est avant tout la procréation. La jeune fille mariée serait donc influencée par cette injonction sociale à la maternité.

b) Les unions précoces : des raisons socioéconomiques ?

Des études ont aussi montré qu'il existe une association entre la précarité durant l'enfance et la stratégie de reproduction et de santé des individus (Tantchou Yakam, 2009 ; Diop, 1994). Pour des jeunes femmes haïtiennes ayant grandi dans des milieux précaires, une mise en couple à l'adolescence résulterait d'une décision rationnelle visant à rechercher un soutien d'ordre économique. Dans la quête de l'argent ou d'une sécurité financière pour elles et pour leurs parents, elles s'engageraient dans des unions précoces (très souvent arrangées) et chercheraient à satisfaire par tous les moyens (grossesse, maternité) les désirs de leurs compagnons (Raphaël, 2006). Les résultats concernant l'âge à la première union, conforteraient les théories matérialiste et d'adaptation rationnelle de richesse (Grégory et Piché, 1985).

c) Les unions précoces : accession à un statut social dans certaines zones rurales

Nos résultats ont indiqué que les unions précoces sont plus fréquentes en milieu rural à Haïti. Or dans certaines zones rurales (du département du Nord) à Haïti, le mariage suivi de la sexualité et de la maternité constitue la trajectoire de référence pour l'accession au statut de *femme* socialement reconnu (Philibert et *al.* 2021). La virginité, dans ces zones, est précieuse. Très souvent, les jeunes filles subissent des attouchements sexuels de la part de leurs parents en vue de tester leur virginité (Jean Simon, 2020). Ce test de virginité, couramment appelé *tate tifi*, permet aux parents de voir si leur fille a déjà eu des rapports sexuels (Mathieu, 2014). Par ailleurs, l'union précoce est l'une des stratégies très utilisée par les parents pour éviter une éventuelle perte de virginité prénuptiale. Ce contexte prohibitif de la sexualité et de la maternité hors union serait légitimé et entretenu par les institutions sociales et les chefs de village (Philibert et *al.* 2021).

Ces unions précoces et maternités adolescentes (dans ces zones rurales) sont culturelles (Alfred et *al.* 2017 ; Cormier-Beaugrand, 2017). Elles correspondent à une démarche de vérification de l'intégrité du corps et des organes sexuels. En outre, elles rassurent sur la capacité de procréer et permet une accession à la fonction maternelle et au statut de *femme* (Beaugé, 2016)

En résumé, ces éléments d'explication concernant le lien significatif entre unions précoces et maternités adolescentes dans certaines zones rurales du pays confortent l'approche culturalisme de la fécondité qui stipule qu'elle est régie par des codes culturels qui diffèrent selon les populations et l'espace (Clealand et Wilson, 1987).

7.5.5.- La maternité adolescente à Haïti est liée à un facteur d'ordre générationnel

Pour mieux apprécier l'effet de la variable *âge des enquêtées* sur la variable dépendante (maternité adolescente), nous avions utilisé la méthode *adjusted predictions and marginal effects* développée par Williams (2012). Cette méthode permet de voir comment la probabilité d'être mère à l'adolescence varie selon l'âge (moyen) des femmes.

Tableau 78.- Présentation des effets marginaux

Année	1994	2000	2006	2012	2017
FP	(mfx)	(mfx)	(mfx)	(mfx)	(mfx)
1.at : AGE=15	(0.24)	(0.26)	(0.24)	(0.22)	(0.21)
2.at : AGE=25	(0.26)	(0.28)	(0.26)	(0.26)	(0.25)
3.at : AGE=35	(0.29)	(0.29)	(0.29)	(0.29)	(0.28)
4.at : AGE=45	(0.32)	(0.31)	(0.32)	(0.33)	(0.33)

Source : Nos calculs à partir des données des EDS, fichier femme, 1994-2017

Selon les résultats conciliés dans le Tableau 80, l'âge est une variable explicative de la maternité adolescente à Haïti. Elle est significative au seuil de 1 % dans les modèles 1994, 2000, 2006, 2012 et 2017 ($p < 0.01$).

De l'observation du tableau 81, il ressort que plus la femme est âgée, plus la probabilité pour elle d'avoir expérimenté une maternité adolescente est élevée. En effet, la probabilité pour une femme âgée de 25 ans (en moyenne) d'expérimenter une maternité à l'adolescence varie entre 25 % et 28 % alors que chez les femmes âgées de 45 ans ou plus (en moyenne), cette probabilité est d'au moins 31 %. Ces résultats confirment notre quatrième hypothèse **(H4)** à savoir la maternité adolescente est significativement liée à un facteur d'ordre générationnel.

a) La valeur économique de l'enfant pour les anciennes générations

Le comportement sexuel et reproductif de la nouvelle génération diffère de celui des générations antérieures. Mis à part que la nouvelle génération est plus instruite que les générations antérieures, les enfants avaient une valeur économique pour ces dernières (Dorvilier, 2010). Puisque bon nombre de familles vivaient principalement de l'agriculture, les enfants étaient considérés non seulement comme une main d'œuvre additionnelle pour les travaux agricoles mais aussi comme un facteur (parmi d'autres) de la minimisation des risques financiers et économiques dans une stratégie de survie familiale. À cette époque, les familles nombreuses (sources de richesse) étaient valorisées et les femmes enfantaient très tôt (Dorvilier, 2010). Alors qu'aujourd'hui avec la modernisation, la démocratisation de l'éducation, et les conditions économiques précaires à Haïti, les femmes souhaitent davantage des familles nucléaires et repousser leur première maternité (Philibert et *al.* 2021 ; Dorvilier, 2010).

b) L'enfant comme garantie de sécurité et assurance-vieillesse pour les générations antérieures

Pour les générations antérieures, les enfants étaient considérés comme une assurance-vieillesse (thésaurisation) (Beaugé, 2016). Plus une femme avait des enfants, plus sa vieillesse était assurée. En l'absence de prêts, d'allocations sociales et de pension à la retraite, les enfants restaient les seules ressources pouvant aider les parents à échapper à l'extrême pauvreté dans leur vieillesse. Pour prétendre à cette richesse, les femmes enfantaient très tôt. À Belle-Anse (l'une des communes les plus pauvres à Haïti), dans les années 80-90, il était très fréquent de retrouver des femmes qui avaient déjà 2 enfants avant d'atteindre ses 20 ans (Philibert et *al.* 2021). Considérer l'enfant comme garantie de sécurité existe toujours aujourd'hui mais elle l'est moins.

7.5.6.- Le nombre idéal d'enfants désirés : l'un des facteurs les moins contributifs à l'explication de la maternité adolescente à Haïti

Les résultats de nos modèles indiquent que les femmes qui désirent avoir 3 enfants ou plus sont plus enclines à être mères adolescentes que celles qui souhaitent moins de 3 enfants. Nos résultats étayent en effet ceux de Vimard et Fassassi (2007). En se référant aux données EDS exploitées dans le cadre de ce travail, il a été constaté que les femmes qui déclaraient désirer avoir 3 enfants ou plus sont généralement aux anciennes générations, peu instruites et rurales. En effet, comme sus-évoqué, les femmes présentant ces profils sont très susceptibles d'expérimenter une maternité adolescente.

Conclusion partielle

Ce chapitre s'est donné pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'état des connaissances sur les facteurs explicatifs de la maternité adolescente à Haïti. Plus spécifiquement, ce chapitre a eu pour objectif de décrire le profil des femmes mères à l'adolescence et d'identifier les déterminants de la maternité à l'adolescence à Haïti.

Pour ce faire, nous avons utilisé les données des 5 EDS menées à Haïti. Par ailleurs, l'analyse statistique des données s'est effectuée en deux temps. En premier lieu, nous avons procédé à des analyses bivariées couplées à des analyses de correspondances multiples (ACM) pour esquisser le

profil des mères adolescentes. En second lieu, pour mettre en évidence les facteurs associés à la fécondité adolescente, nous avons estimé des modèles de régression logistique binaire (un modèle par enquête), tout en prenant le soin de conserver les mêmes variables explicatives pour chacun de ces modèles. Le maintien des mêmes variables explicatives dans chaque modèle a l'inconvénient de ne pas aboutir à des modèles forcément parcimonieux. Néanmoins, il a l'avantage d'analyser la dynamique des facteurs associés à la maternité adolescente (Bourbonnais, 2015).

Les résultats indiquent en effet que la proportion des femmes mères à l'adolescence est restée relativement stable durant ce dernier quart de siècle : en 1994, elle était estimée à 27.3 % contre 24.6% en 2017. Par ailleurs, les résultats de l'analyse bivariée et l'ACM ont révélé que les femmes âgées de 40 ans ou plus, sans instruction, n'appartenant à aucune religion, qui souhaitaient avoir une famille nombreuse, ayant expérimenté leur premier rapport sexuel à 16 ans ou moins et ayant connu leur première union avant d'atteindre la majorité, sont plus susceptibles d'être mères à l'adolescence. Les résultats de l'analyse multivariée ont confirmé ceux obtenus avec l'analyse bivariée et l'ACM. Ainsi, ils ont montré qu'à Haïti, les femmes chrétiennes sont moins exposées aux risques de la maternité adolescente que celles qui ne sont pas chrétiennes. De plus, les sans instruction et celles de niveau primaire ont un risque plus élevé de connaître une maternité adolescente que celles qui ont le niveau secondaire. Quant à celles qui ont le niveau supérieur, elles ont un risque moins élevé que celles de niveau secondaire. S'agissant de l'âge aux premiers rapports sexuels, les femmes ayant connu leur premier rapport sexuel à 16 ans ou moins sont plus exposées à la maternité adolescente que celles qui ont connu leur premier rapport sexuel à plus de 16 ans. De même que les femmes qui ont connu leur première union à 18 ans ou plus, courent moins de risque d'être mères adolescentes que celles dont leur première union était précoce (avant 18 ans). Les femmes qui souhaitaient une famille nombreuse ont un risque plus élevé d'être mères adolescentes. Enfin, les résultats ont révélé que la maternité adolescente à Haïti est significativement liée à un facteur d'ordre générationnel : plus la femme est âgée plus ses chances d'expérimenter une maternité à l'adolescence sont grandes.

Les résultats présentés dans ce chapitre nous ont permis de confirmer les hypothèses **H1**, **H2**, **H3** et **H4**. De surcroît, ils ont permis de voir que les variables âge à la première union, âge à la première relation sexuelle et niveau d'instruction sont les plus contributives en termes de poids dans les modèles estimés. À elles seules, elles contribuent à plus de 50 % à l'explication du phénomène de la maternité à l'adolescence à Haïti.

Si cette étude a permis de présenter la fécondité adolescente à Haïti sur toutes ses facettes, elle présente cependant quelques limites qui sont principalement liées aux données disponibles. En plus des limites évoquées dans la méthodologie, les EDS comportent des biais de mémoire qui ont pour

corolaire des déclarations d'âge et de dates d'événements démographiques (année de naissance, âge au premier mariage, âge au premier rapport sexuel, …) renfermant des erreurs. Une variation dans le temps (d'une enquête à l'autre) de l'ampleur de ces erreurs influencerait les tendances de fécondité adolescente observées. Nos résultats méritent donc d'être approfondis en réalisant des enquêtes mieux adaptées et en collectant des données qualitatives.

Si les résultats de ce chapitre permettent de répondre au premier objectif de la thèse à savoir identifier les facteurs associés à la maternité adolescente à Haïti, il convient de dire que cette fécondité soulève d'autres préoccupations. En effet, les jeunes filles sont nombreuses à être victimes de violences physiques de la part de leur partenaire et de leurs parents/proches durant leur période de grossesse. Étant donné que la violence à l'encontre des adolescentes enceintes n'est pas documentée à Haïti, le chapitre qui suit essayera de comprendre à quoi sont dues ces violences et l'impact de ces violences sur la santé physique et psychique des jeunes filles.

CHAPITRE 8. LE VÉCU DE LA GROSSESSE ADOLESCENTE À HAÏTI : *entre violences et marginalisation*

« C'est dans la mesure où il est subjectivité,
dans la mesure où il est vécu,
qu'un événement acquiert,
une dimension réelle »

Jean-Pierre Martel

Introduction

L'apparition d'une grossesse dans la vie d'une adolescente est un moteur de changement important, qui initie le déploiement de processus qui modifieront le parcours de vie des jeunes mères (Lévesque, 2015). Par conséquent, dépendamment des cultures et de l'environnement familial, la période de grossesse chez les adolescentes est vécue différemment (Le Van, 2006). Chez les Beti-Fang de la province du centre Cameroun et dans certaines zones rurales au Niger, vu qu'être enceinte à l'adolescence est considéré comme normal ou encore comme une étape permettant d'accéder au statut de femme, les adolescentes ne subissent pas de pressions sociales et de marginalisation. Au contraire, elles sont protégées par leur environnement familial (Diaouga, 2020 ; Kacou, 2018 ; Rwenge, 2013). Dans les sociétés occidentales, la grossesse adolescente est appréhendée comme un problème médical et/ou social (Le Van, 2006). De ce fait, les jeunes filles sont sanctionnées socialement et seraient victimes de violences (physiques, psychologiques et verbales) et de stigmatisation durant toute la période de leur grossesse et même après l'accouchement (Sellenet et Portier-Le Cocq, 2013). En France, par exemple, Le Van (2006) rapporte que la grossesse adolescente est désignée comme un handicap social supplémentaire, voire renvoyée au registre du « pathologique ».

Dans la société haïtienne en mutation constante, la période de grossesse peut être mal vécue par les adolescentes qui tombent enceintes. D'ailleurs, au vu des données de l'EDS-2017, il ressort que plus d'une adolescente mère sur 10 (11.8%) a été frappée durant sa période de grossesse par ses parents/partenaires. Étant donné que les raisons de cette violence n'ont pas été documentées, ce chapitre se donne pour objectif d'étudier le vécu de la période de grossesse par les femmes haïtiennes qui ont expérimenté une grossesse/maternité adolescente.

Ce chapitre est organisé en deux sections. La section 8.1 présente la méthodologie adoptée en vue de parvenir à l'objectif fixé. La section 8.2, quant à elle, présente les résultats issus de notre terrain de recherche et la discussion de ces résultats tout en mobilisant les théories de la représentation sociale (Moscovici, 1961), de la déviance, de l'étiquetage (Becker, 1963 ; Goffman, 1963) et de l'expérience vécue (Jodelet, 2006).

8.1.- Entretiens semi-directifs privilégiés

Pour le recueil de données, la méthode d'entretiens individuels semi-directifs a été privilégiée pour plusieurs raisons. Premièrement, les questions autour du vécu de la grossesse seraient très sensibles et peuvent rappeler des moments douloureux, de ce fait, il paraît très inconfortable pour nos interviewées de s'exprimer en présence des proches ou d'inconnus. Deuxièmement, elle garantit la spontanéité et offre aux interlocuteurs une certaine liberté sans être contraints par des questions fermées (Imbert, 2010).

8.1.1.- Groupes sociaux interrogés et processus de sélection des individus

Pour étudier le vécu de la grossesse adolescente à Haïti, cinq groupes sociaux ont été mobilisés : les femmes qui avaient connu une grossesse adolescente; les parents/proches de jeunes filles qui sont enceintes à l'adolescence ; les partenaires d'adolescentes enceintes souvent négligés dans les travaux scientifiques sur la grossesse précoce ; les autorités religieuses (prêtres, pasteurs, *Oungan* ou prêtre vodou) du fait qu'elles prônent l'abstinence avant le mariage ; et les personnels de santé travaillant dans les institutions œuvrant dans les programmes de lutte contre les grossesses adolescentes. Hormis cela, en vue d'avoir un public assez varié, un ensemble de critères tels que : l'âge, le département de résidence, la commune de résidence, la zone de résidence (urbain/rural), le niveau d'instruction, la religion, le statut marital, le statut socioéconomique, a été préalablement défini pour la sélection des interviewés. À noter qu'aucun critère de sélection n'a été utilisé pour le groupe des *personnels de santé*. Étant donné que leur emploi du temps est très chargé et le contexte de pandémie actuelle (Covid-19), il a été décidé de mener des entretiens avec ceux/celles qui étaient disponibles et disposé-e-s à nous répondre.

8.1.2.- Élaboration des guides d'entretiens

Dans l'optique de donner la parole à tous les groupes sociaux, de croiser leurs discours pour détecter des points de ressemblances et de divergences et aussi comparer l'évolution de certaines réalités à travers le temps, 5 guides d'entretiens ont été élaborés.

a. Guide d'entretiens des femmes qui ont déjà donné naissance à l'adolescence ou qui sont tombées enceintes étant adolescentes

Le guide d'entretiens pour le groupe des femmes renfermait 8 grands modules (Annexe) :

1. Dans le module *Identification* figurent des questions sur les caractéristiques socio-économiques des interviewées. À partir de ces informations, nous avions pu dresser le profil des interlocutrices.
2. Le deuxième module intitulé *Questions spécifiques aux parents au moment de la grossesse* saisit des informations sur le niveau d'instruction des parents ou des personnes en charge des femmes qui ont connu une grossesse adolescente ; sur la relation qui existait entre elles et leurs parents/personnes en charge avant leur grossesse et sur leur éducation sexuelle au sein de la famille.
3. Le module 3, organisé sous la thématique de *Connaissance du cycle ovulatoire et des méthodes contraceptives et le nombre de partenaires* collecte des informations sur le niveau de connaissance des femmes enceintes/mères adolescentes sur le cycle ovulatoire et les différentes méthodes contraceptives (avant/après la grossesse) ; sur la fréquence des relations sexuelles ; sur le nombre de partenaires avant la grossesse, entre autres.
4. Le quatrième module *Apparition de la grossesse* fournit des informations sur l'utilisation des méthodes contraceptives par nos interlocutrices avant leur grossesse et sur le statut de leur grossesse (voulue ou accidentelle).
5. Le module 5 *Comportements des parents et proches* regroupe des questions sur la réaction des parents/personnes en charge face à la grossesse des adolescentes.
6. Le sixième module concerne le *Comportement des partenaires après* avoir appris la grossesse de leur partenaire.
7. L'avant dernier module *Comportement des autorités religieuses* nous éclaire sur le comportement des autorités religieuses envers les interviewées à l'apparition de leur grossesse.
8. Enfin, le module *Comportement des personnels de santé travaillant dans les institutions prenant en charge les adolescentes enceintes* nous permet de recueillir des informations sur la réaction des personnels de santé vis-à-vis de nos interlocutrices quand elles viennent dans les centres de santé.

b. Guide d'entretiens pour les parents

Ce guide d'entretiens comprend environ une dizaine de questions portant sur la relation entre les parents et les adolescentes ; sur leurs réactions quand ils ont appris la grossesse de leur fille et sur la représentation d'une grossesse adolescente à l'époque où ils étaient eux-mêmes adolescents/jeunes.

c. Guide d'entretiens pour les hommes (partenaires)

Les questions qui ont été posées au groupe de partenaires étaient plus en rapport avec leur comportement sexuel avant la survenue de la grossesse de leur partenaire ; leurs réactions en apprenant la grossesse et aussi sur leur relation avec les parents des adolescentes avant et après la grossesse.

d. Guide d'entretiens pour les religieux

Dans ce guide d'entretiens, ont été listées des questions sur la représentation de la grossesse adolescente par les autorités religieuses à Haïti.

e. Guide d'entretiens pour les personnels de santé

Le guide d'entretiens dédié aux personnels de santé était destiné à collecter des informations sur l'accueil réservé aux adolescentes enceintes et les dispositifs mis en place pour la prise en charge de ces dernières.

8.1.3.- L'instabilité politique à Haïti et la pandémie du Covid-19 : recours aux entretiens téléphoniques

L'instabilité politique à Haïti et la crise sanitaire (Covid-19) à laquelle le monde est confronté actuellement ont complètement changé mes plans. Il a été programmé de concert avec mon directeur de recherche de commencer mon terrain au début de l'année 2020, cependant avec les tensions politiques qui subsistaient dans le pays, j'ai été contraint de repousser la date de mon départ sur le terrain. Une bourse de mobilité provenant de l'Institut du Genre dans le cadre de sa campagne de financement de missions de recherche à l'étranger « *Mobilité des jeunes chercheurs* » m'a même été octroyée. Comme Haïti faisait partie de la liste des pays déconseillés par le ministère des Affaires étrangères français, ma demande de mission a été refusée par le Fonctionnaire Défense et Sécurité du CNRS (Lettre en Annexe). Avec la pandémie Covid-19 qui a forcé la France a fermé ses frontières, ma demande de mission a été rejetée une seconde fois. L'instabilité politique à Haïti, couplée à la fermeture des frontières, m'ont contraint à reconfigurer ce terrain d'enquête, d'où le retournement vers les entretiens semi-directifs par téléphone (via les applications whatsapp, viber, skype et zoom).

8.1.4.- Réalisation des entretiens

Le recueil des informations s'était étalé sur 17 semaines allant du 9 mars au 5 Juillet 2020. Pour nouer les contacts avec mes enquêtés, j'ai utilisé mes réseaux professionnels et amicaux au pays[77].

[77] De décembre 2013 à Juin 2015, je travaillais à l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) à titre de statisticien d'enquêtes. Cela étant dit, j'ai participé à la supervision de beaucoup d'enquêtes de terrain dans les différentes communes du pays. Mes expériences de terrain avec l'IHSI ont grandement contribué à élargir mon réseau professionnel et amical.

Force est de reconnaître que mes réseaux professionnels et amicaux ne suffisaient pas. Pour arriver à obtenir un nombre d'entretiens assez conséquent, j'ai adopté la méthode de boule de neige. En demandant à Koronda, une de nos interlocutrices, si elle connaissait des femmes qui étaient enceintes à l'adolescence, elle a pu nous mettre en contact avec sa cousine Bulariz. Comme le précise Godfroid (2012), « *le chercheur doit utiliser tout ce qui est en son pouvoir pour atteindre ses objectifs* ».

Au cours des premiers échanges avec chacun de nos interviewés, nous avions bien pris le soin de leur présenter l'objectif de l'enquête et les différentes thématiques qui seront abordées lors des entretiens. Nous leur avons dit qu'ils étaient libres de ne pas répondre à certaines questions posées, de faire des pauses, des reports et des interruptions si nécessaire. Cela étant dit, les entretiens ont été effectués sur la base du volontariat sans exercer aucune contrainte ni pression.

Même si la question éthique a été introduite lors des négociations d'entretiens avec les nombreux groupes, elle fut systématiquement reprise avant les entretiens. L'idée était de faire en sorte que tous nos interlocuteurs soient à l'aise afin de tirer le maximum d'informations. D'ailleurs, ils savaient que leurs noms seraient remplacés par des noms fictifs et que leurs entretiens allaient être retranscrits et faire l'objet de publication.

Tout au long des entretiens, il fallait essayer de gagner davantage la confiance de nos interlocuteurs afin qu'ils se laissent guider. Certaines fois, il fallait essayer de recadrer, avec politesse, la discussion quand ils prenaient le dessus et sortaient du cadre de la discussion. Tandis que parfois, il n'était pas nécessaire de faire trop de relances, car ils pouvaient trouver cela impoli de ma part. En sus, il fallait essayer de déjouer l'image de la « bonne réponse » (Godfroid, 2012) ; une question pouvait être posée à plusieurs reprises (en les reformulant en utilisant d'autres mots) lorsque les propos de l'interlocuteur laissaient des doutes.

8.1.5.- Bilan de la collecte

De mars à Juillet 2020, nous avions réalisé au total 26 entretiens[78] dont 14 avec le groupe des femmes qui ont été enceintes à l'adolescence ; 3 avec les parents ; 4 avec les partenaires ; 3 avec les personnels de santé et 2 avec les autorités religieuses. Nous proposons ci-dessous un tableau avec quelques caractéristiques sociodémographiques des interlocutrices.

Tableau 79.- Caractéristiques sociodémographiques de quelques interlocutrices

No	Noms (fictifs)	Âge (en année)	Lieu de résidence (au moment de la grossesse)
1	Mamoune	25	Carrefour
2	Esther	26	Tabarre
3	Tite	25	Cité Soleil
4	Magalie	26	Croix-des-Bouquets
5	Ti Marie	25	Delmas
6	Carline	28	Pétion-Ville
7	Nathalie	26	Port-au-Prince
8	Betina	18	Cabaret
9	Bulariz	21	Saint-Marc
10	Koronda	21	Saint-Marc
11	Chanounoune	34	Gonaïves
12	Christina	20	Cabaret
13	Benita	52	Carrefour
14	Lisbeth	28	Gressier

8.1.6.- Retranscription et analyse des données

Les entretiens enregistrés à l'aide de mon appareil téléphonique ou de mon ordinateur ont été retranscrits intégralement d'abord en créole (langue locale) puis, par la suite en langue française. Ces entretiens ont été relus afin de s'assurer qu'ils ont été restitués le plus fidèlement possible. Pour ce qui est de l'analyse des résultats, nous avons privilégié une analyse thématique du contenu (Bertaux, 2005).

8.1.7.- Difficultés rencontrées

Le fait de résider en France a été un handicap pour mon travail de recherche. Durant la période de négociation des entretiens, 6 personnes contactées m'exigeaient de l'argent, car pour elles, vivre dans un pays développé signifie avoir beaucoup d'argent. Payer pour obtenir des entretiens est contraire aux principes éthiques de la recherche. Mais depuis le tremblement de terre du 12 Janvier 2010, il y a des ONG qui, pour obtenir des informations dans certaines zones, avaient payé les

[78] Des entretiens ont été écartés en raison d'abandons et de refus.

participants. Cette pratique, qui commence à s'implanter de plus en plus dans le pays, constituerait un handicap pour la recherche.

Mon statut d'*homme* posait aussi des problèmes à certaines interlocutrices surtout celles qui avaient plus de 35 ans. En abordant les questions sur la sexualité, elles étaient réticentes au départ. J'essayais constamment de les rassurer en affirmant que ces informations seraient confidentielles et que leurs noms seront remplacés par des noms d'emprunts. En effet, à Haïti, culturellement les femmes n'aiment pas discuter de la sexualité avec les hommes. De plus, une femme qui déclare qu'elle est sexuellement active serait assimilée à une *femme chaude*.

Les problèmes de connexion internet (à Haïti) dus à un faible débit étaient assez fréquents. Au cours des entretiens, il y avait des coupures. Parfois, certains entretiens ont été reportés.

8.1.8.- Regards réflexifs

Ce travail de terrain (via le téléphone) m'a fait découvrir que la méthode qualitative requiert de la patience et des capacités pour négocier les entretiens. De plus, en menant ce travail, j'ai pu expérimenter que le fait d'appartenir à une société dans laquelle on étudie, a certains avantages comme la langue et les codes de savoir-vivre. Néanmoins, cela ne signifie pas que le chercheur maîtrise tout à fait l'espace culturel. J'ai été surpris d'apprendre des composantes de la culture haïtienne que j'ignorais. Enfin, ce travail a augmenté ma capacité à créer des liens avec les gens de ma communauté. C'est la première fois que j'ai mené un travail où je me sentais aussi proche de mes interlocuteurs. Cela a même modifié une partie de moi-même. Pour reprendre les mots de Schinz (2002) quand le chercheur pense qu'il va faire le terrain, c'est le terrain qui va le défaire.

⁂

La grossesse adolescente suscite des réactions contrastées. À travers les témoignages recueillis, nous verrons comment la grossesse à l'adolescence pourrait être lourde de jugement.

8.2.- Le vécu de la grossesse adolescente : entre violences et marginalisation

Selon Rose Esther Sincimat Fleurant, Directrice du Ministère de la Condition Féminine et des Droits des Femmes à Haïti de 2012 à 2015, la grossesse adolescente ne peut être résumée à « *un signe de dépravation des jeunes ni à la manifestation d'un désir naturel. Elle est plutôt un problème beaucoup plus complexe qui ne marche jamais seul* ». Se fondant sur cette déclaration, - bien avant d'entamer la survenue, le statut de la grossesse (projet ou accident) et son vécu -, nous allons étudier la relation existante entre les femmes expérimentant une grossesse adolescente et leurs parents, sur leurs connaissances des méthodes contraceptives et leur utilisation, entre autres.

8.2.1.- Ambiance familiale avant la grossesse : marge de liberté d'action limitée

Le climat régnant dans les familles joue un rôle extrêmement important sur l'état physique et psychique d'un adolescent et sur son comportement dans la société (De Becker et *al.* 2005 ; Houzel, 2003). Quand les jeunes/adolescents établissent de bonnes relations avec leurs parents, ils sont moins vulnérables et prennent de meilleures décisions dans leur quotidien (Le Breton, 2007).

Quoiqu'assez bonne pour l'ensemble des jeunes femmes interviewées lors de notre travail de terrain, la relation qui existe entre les parents et adolescentes est très tumultueuse et très conflictuelle au sein de certaines familles/ménages.

> *« Entre moi et mes parents, c'était toujours la guerre. On ne s'entendait sur rien. Ils voulaient tout m'imposer [...] Quand je désobéissais, ils me frappaient (Esther, 26 ans, 7e secondaire) »*

Pour les psychologues de l'enfance (Drieu et Hurvy, 2015), la naissance de ces conflits résulte en partie du comportement des jeunes/adolescents qui commencent à questionner leur entourage et à imposer leurs idées. À ce stade, ils attendent de leurs parents un soutien. Un non-accompagnement et une non-compréhension de leurs projets seraient sources d'antagonismes (Le Breton, 2007).

Le récit de Jean Mary étaye celui d'Esther. Pour ce père de famille âgé de 48 ans, issu de la commune des Cayes, les parents ne sont pas les amis de leurs enfants et une bonne éducation ne peut être faite dans un cadre doux et/ou agréable.

> *« [..] Les parents ne sont pas les amis des enfants. Ils sont là pour être élevés et « corrigés » avec des coups de ceinture [...] l'enfant doit être éduqué dans le dur, si les parents ne sont pas sévères avec les enfants ce sont eux qui dirigeront les parents [...] Moi mes enfants ne m'aiment pas parce que je suis sévère (Jean Mary, Cayes, 48 ans) »*

L'éducation par le fouet est répandue dans la société haïtienne. Chicoter un enfant suite à une désobéissance ou une transgression est synonyme de « correction » ou de « bonne éducation ».

Les enfants victimes de ces châtiments corporels s'expriment très peu et restent très souvent distants de leurs parents (Le Heuzey, 2008).

L'on ne peut faire abstraction de la représentation qu'ont certains parents de prendre soin d'un enfant. À l'instar de Jean Robert, parent de 3 enfants, nombreux sont ceux qui le réduisent au simple fait de « donner à manger et à boire à l'enfant », ce qui limite la place et la marge d'action des adolescent(e)s (Clément, 1979).

> *« Un enfant doit écouter…Un parent est là pour donner à manger, à boire à un enfant et l'envoyer à l'école et puis c'est fini… […] Les parents qui arrivent à faire tout ça sont de bons parents (Jean Robert, père de 3 enfants, 53 ans, Jacmel) »*

La cause des conflits peut être également attribuée au statut qu'occupe un enfant ou un adolescent. Ti Marie, l'une de nos interlocutrices est un *rèstavèk*.

> *« Ma mère m'a envoyé à Port-au-Prince pour les aider [...] C'est moi le chef de la maison, je fais tout. Les enfants de cette maison sont des princes. Parfois, quand je suis trop fatiguée et je faisais la sourde, ma tante[79] me frappe [...] Je n'ai pas le droit d'être fatiguée (Ti Marie, 25 ans) »*

D'après l'Institut Psychosocial de la Famille (IPSOFA), cette appellation se réfère généralement à « *un enfant de sexe féminin issue d'une famille pauvre en milieu rural ou orpheline qui vient habiter avec une famille dans les régions urbaines. Il est soumis généralement à de longues journées de travail sans rémunération et vit dans des conditions inférieures à celles de la famille naturelle. L'enfant rèstavèk accomplit tout service requis sous la menace constante de mauvais traitements physiques et d'injures, souvent infligés par les membres de la famille d'accueil* ». Dans de pareilles circonstances, l'enfant (*rèstavèk*) ne se sentant pas aimer pourrait se rebeller et fuguer (Drouilleau et *al.* 2009).

8.2.2.- Ne pas parler de la sexualité : une forme d'éducation sexuelle pour certains parents à Haïti

Pour contenir la propagation des IST, éduquer ses enfants sur des sujets relatifs à la sexualité a été l'une des propositions faites par l'OMS. Elle (OMS) l'avait même incluse dans les responsabilités parentales (OMS, 2016). Spécialiste de la petite enfance, la psychologue Anne Bacus avait même clarifié que cette éducation doit se faire de très tôt, parce que quand l'enfant commence à se rapprocher de l'adolescence, c'est plus difficile pour lui de s'exprimer librement en raison de certains complexes liés à la puberté.

[79] Les mots « oncle », « tante » sont utilisés par les *rèstavèks* pour désigner les personnes à charge.

En milieu haïtien, parler de la puberté et de la sexualité avec son enfant (surtout une fille) n'est pas évident, et ce, même dans des familles où les parents ont de très bons niveaux d'instruction.

> *« Mes parents travaillent dans l'administration publique […] Chez moi, on ne parle pas sexualité […] Quand je regarde un film où les acteurs s'embrassent, si mes parents sont là je me sens mal à l'aise. Ils peuvent changer éteindre la télévision […] Mes parents sont des anciens [...] Les anciens ne parlent pas de sexualité (Bulariz, 21 ans, Saint Marc) »*

Pour les parents de Mamoune, ne pas discuter des sujets à caractères sexuels avec les enfants est synonyme de bonne éducation et une forme d'éducation sexuelle. Parfois, lorsqu'elle les interroge sur ces sujets, ils mettent en évidence les inconvénients (de la sexualité). Une façon de rendre saillante leur interdiction.

> *« Mes parents me disaient que les enfants dont les parents parlent de la sexualité avec eux ne reçoivent pas une bonne éducation. La sexualité est mauvaise […] Il disait que ne pas parler de ça c'est éduquer aussi (Mamoune, 25 ans, 8e) »*

Il convient de souligner que, selon la famille, l'adolescent qui pose des questions sur la sexualité pourrait être sujet à de sévères punitions et pourrait être même violenté. Le questionnement sur un sujet interdit serait un signe d'irrespect.

> *« Les discussions sur la sexualité, on n'en faisait pas […] Mon père m'avait traitée de fille de joie et m'avait giflée parce qu'une fois j'avais dit à quoi sert le pénis ? (Esther, 26 ans, 7e secondaire)*

Dans certains couples, la découverte d'un dialogue sur la sexualité entre l'un ou l'autre des partenaires avec l'enfant aboutirait à des disputes. Pour le père de Koronda, sa maman ne doit pas lui parler de sexualité pour ne pas l'inciter à avoir des relations sexuelles.

> *« […] Mon père avait entendu que ma mère me parlait de relations sentimentales avec les garçons. Ce jour-là il était énervé. Il avait dit à mère de ne plus avoir ce genre de conversations avec moi […] que cela va m'inciter à aller voir les garçons (Koronda, 21 ans, Saint-Marc) »*

La fuite des questions ou l'obstination des parents à garder le silence sur un sujet aussi important préoccupe les psychologues Carel (1992) et MacDougall (1978). D'ailleurs, ils le (silence) qualifient d'insupportable. Au lieu de préserver les adolescentes/jeunes de certains dangers, ils se tourneraient vers d'autres sources (internet, amis, ...) pour s'informer comme ce fut le cas d'Esther.

> *« […] Mes parents ne me parlaient pas de sexualité. À l'école, j'avais une amie qui avait un portable. Nous avions l'habitude d'aller sur internet pour chercher des informations sur le sexe (Esther, 26 ans, 7e secondaire »*

Cette curiosité de la part des adolescents/des jeunes est tout à fait légitime d'après Hélène Bour (2019) et elle ne s'oppose pas au respect et à la décence. Elle exhorte les parents à répondre avec

des mots adéquats à l'âge de leurs enfants que de les laisser s'exposer à de multitudes informations (internet, pairs, partenaires, etc..). Ils pourraient se retrouver avec une vision déformée de la sexualité basée sur la performance.

Des inégalités de genre sont aussi présentes dans les discours de nos interviewées. Dans la famille de Chanounoune, ses frères avaient l'habitude d'avoir des conversations sur la sexualité avec son père mais pas avec elle. Ses frères étaient des « *coqs* » et elle une « *poule* ».

> *« Mon père parlait de la sexualité avec mes frères. Il leur donnait des préservatifs et leur enseignait comment draguer les filles. Mais quand il s'agit de moi, il me dit que je suis une poule (il doit me protéger) et que mes frères sont des coqs (Chanounoune, 34 ans, Gonaïves)»*

L'expression « coq » se réfère à une certaine liberté pour les hommes dans l'espace haïtien et l'expression « poule » à une contrainte. Le regard social tolère à l'homme (coq) le droit de s'approprier des femmes (poules) du quartier contrairement à la poule (la femme) à qui un déni social construit lui interdit cette forme de réciprocité. En effet, cette inégalité de genre dans l'éducation sexuelle constituerait une menace directe pour le droit des femmes.

8.2.3.- Les interviewées étaient très peu exposées aux messages relatifs à la planification familiale à leur adolescence : un enjeu socio-politique

Les messages relatifs à la planification familiale n'atteignaient pas toutes les femmes interviewées avant leur grossesse. Sur les 14 interlocutrices, 3 (Christina, Chanounoune, Ti Marie) ont répondu négativement à la question « *Est- ce que vous aviez l'habitude d'écouter les messages relatifs à la planification avant votre grossesse* ? ». Comme obstructions, Christina l'une des 3 concernées accuse son grand frère et aussi met en avant son niveau d'instruction.

> *« Avec mon grand frère j'étais comme une prisonnière […] Ces messages, jamais il n'allait me laisser écouter […] Ce n'est pas quelqu'un qui était très instruit […] Il ne connaissait pas l'importance de ces messages […] Il pouvait dire c'est parce que j'ai envie de faire le sexe que j'entends ces messages (Christina, 20 ans, Cabaret) »*

Pour sa part, Chanounoune ne se souvient pas avoir écouté ce type de messages (par le biais de la radio, de la télévision et des agents communautaires). En ce qui concerne Ti Marie, elle a évoqué l'accaparation de la radio/la télévision par son oncle.

> *« […] Je n'avais pas le droit de changer la station de la radio à la maison. Elle (la radio) appartenait à mon oncle et il m'était interdit […] donc, il était difficile pour moi d'écouter les messages sur le planning familial (Ti Marie, 25 ans, 8e) »*

8.2.4.- Le cycle ovulatoire : un élément important peu maîtrisé par les interviewés qu'ils soient jeunes ou âgés, hommes ou femmes

Qu'ils soient jeunes ou âgés, hommes ou femmes, le cycle de fertilité est peu maîtrisé. Sur l'ensemble de nos informateurs clés, seulement 2 ont une connaissance profonde du cycle ovulatoire. Ces résultats rappellent ceux des Enquêtes Démographiques et de Santé.

> *« Avant ma grossesse, j'avais quelques connaissances sur le cycle ovulatoire. Parfois, je le contrôlais avant d'avoir un rapport sexuel […] Mais je reconnais que je ne le maitrisais pas à 100 % (Benita, 52 ans, Carrefour) »*
>
> *« J'avais fait une erreur en calculant ma période d'ovulation. J'étais tombée enceinte. J'avais enlevé l'enfant (avorté) (Tite, 25 ans, 6e) »*
>
> *« Je m'amusais à avoir les relations sexuelles sans protection avec ma petite amie. J'étais plus âgé qu'elle […] Elle me faisait confiance mais elle avait peur aussi […] Un ami m'avait expliqué comment calculer les périodes d'ovulation […] Ca n'avait pas marché avec elle. Elle était tombée enceinte 2 fois (Julio, 38 ans, Saint-Marc) »*

En revanche, l'ensemble de nos répondants avaient des connaissances sur les méthodes contraceptives bien avant leur première relation sexuelle et/ou leur grossesse.

8.2.5.- Vie sexuelle des femmes interviewées avant leur grossesse (survenue à l'adolescence) : inversion de certaines réalités

À l'exception de Ti Marie qui a subi des attouchements par son oncle pendant son sommeil en vue de tester sa virginité – ce qu'elle considérait comme une atteinte à l'intimité –, les autres femmes avaient déjà eu des relations sexuelles avant d'atteindre 16 ans. Par ailleurs, la plupart de nos interviewées étaient très actives sexuellement avant leur grossesse. De plus, certaines d'entre elles avaient plusieurs partenaires. Pour expliquer leur choix, elles mettent en évidence le manque d'affection de la part de leurs parents, le manque de repères en matière de relation amoureuse et l'infidélité des hommes haïtiens.

> *« Mon père n'était pas affectueux et moi j'aime ça. Mon partenaire est tellement affectueux…enfin !!! J'avais l'habitude de le faire 3 à 4 fois dans un mois (Tite, 29 ans, 6e AF) »*
>
> *« Les garçons n'ont jamais une seule femme…moi aussi je ne pouvais pas avoir un seul homme dans ma vie [...] Presque toutes mes amies avaient 2 partenaires (Mamoune, 25 ans, 8e) »*

Utilisation des méthodes contraceptives avant la grossesse : violence structurelle modelée par des institutions et des idéologies

Les méthodes contraceptives n'étaient pas toujours utilisées par nos interviewées. Pour se justifier, Mamoune et Carine ont exprimé leur manque de maturité sexuelle et ont mis en avant les contraintes sociales.

> *« J'étais très jeune […] J'avais peur d'aller demander des pilules au centre de dépistage chez moi […] Les gens pouvaient dire qu'est-ce que j'allais faire avec […] (Mamoune, 25 ans, 8e) »*

> *« Wooyy […] Moi j'entendais toujours que les méthodes contraceptives que ce n'était pas pour nous (les adolescentes). On ne pouvait pas aller récupérer ça dans les centres de distributios C'était impossible (Tite, 29 ans, 6e AF) »*

Pour d'autres, soit les expressions « relation stable », « gâtée », « ne profite pas assez du moment » et « habitude » étaient utilisées lors de nos échanges pour justifier la non-utilisation de la contraception soit elles se heurtent à la vive résistance des croyances religieuses.

> *« Notre relation était stable et je lui faisais confiance… Nos relations sexuelles n'étaient pas protégées. Pendant les relations sexuelles, nous n'avions pas l'habitude d'utiliser des préservatifs (Bulariz, 21 ans, Saint Marc) »*

> *« La première fois que j'ai eu mes rapports sexuels, j'avais pas utilisé de préservatifs. Je suis gâtée. À chaque fois que mon copain l'utilise je ne profite pas assez du moment (Mamoune, 25 ans, 8e) »*

> *« Le pasteur disait toujours que si les fidèles de l'église utilisent des préservatifs, leur vagin sera infecté [….] J'utilisais la méthode du retrait (Esther, 23 ans, Pentecôtiste) »*

Acculée par les normes sociales, Chanounoune, elle, savait utiliser des méthodes dites bricolées par Amsellem-Mainguy (2011). Lors de nos entretiens avec elle, elle nous a confié avoir l'habitude de boire de la bière glacée ou de l'eau chaude salée pour ne pas être enceinte après les rapports sexuels (sans contraception).

> *« Je ne pouvais pas acheter des préservatifs…Mon copain aussi. On était tous deux jeunes […] Les gens dans la zone ils parlent beaucoup… ils pouvaient dire ça dans toute la zone qu'ils nous ont vu avec des capotes […] J'avais suivi les conseils d'une amie […] Elle me disait de boire de la bière glacée après les rapports ou encore si je n'avais pas d'argent pour acheter la bière de bouillir de l'eau chaude et d'ajouter dans l'eau chaude beaucoup de sel pour qu'elle soit salée... Ca détruira le germe et je ne tomberai pas enceinte […] Elle m'avait dit que je cours aucun risque (Chanounoune, 34 ans, Gonaïves)»*

Les fantasmes des hommes sont d'autres formes de résistance à la contraception. Pour Daniel, un homme qui utilise un préservatif n'entre pas en relation sexuelle avec sa partenaire mais c'est le préservatif qui le fait.

> *« Quand je mets un préservatif ce n'est pas moi qui fais l'amour avec ma petite amie c'est le préservatif […] Tu sais il y a des filles qui peuvent te dire tu n'as jamais fait l'amour avec elles (Daniel, 25 ans) »*

Les récits ci-dessus laissent voir d'une part la vulnérabilité des interviewées en matière de droits sexuels et reproductifs durant leur adolescence et d'autre part l'impact des inégalités de genre sur la pratique contraceptive à Haïti.

8.2.6.- La grossesse survenue à l'adolescence : accident ou projet ?

En abordant l'apparition de leur grossesse, les aspects « accidentel » et « inattendu », « non conscient des dangers » sont très prisés par certaines de nos interviewées. Pourtant, en analysant de très près le fil de leurs discours, nous pouvons lier leur grossesse à des prises de risque.

> *« C'était un accident. C'était dû à une éjaculation précoce (Esther, 23 ans, 7e)»*
>
> *« Ma grossesse ??? [….] Le préservatif a craqué (Tite, 25 ans, 6e) »*
>
> *« On l'avait fait sans préservatif mais je ne cherchais pas à avoir un enfant […] Je suis tombée enceinte (Carline, 25 ans, rhéto)»*
>
> *« Je ne sais pas comment je suis tombée enceinte […] Mon partenaire et moi ne mesurions pas les risques d'avoir des relations sexuelles sans préservatifs (Koronda, 21 ans, Saint-Marc) »*
>
> *« Je suis tombée enceinte bêtement. J'avais fini de faire le sexe avec mon partenaire et je rentrais chez moi […] Ce jour-là, on avait tellement de chose à faire à la maison…J'étais très occupée et j'avais oublié de boire de la bière glacée ou de l'eau chaude salée (Chanounoune, 34 ans, Gonaïves) »*

Précédemment, nous avons évoqué qu'Esther, Tite, Koronda, Carline et Chanounoune détenaient des informations sur les moyens conduisant à éviter une grossesse non prévue pour autant elles ne les utilisaient pas. Comme articule Le Van (1998 : 397) : « *Bien souvent le défaut de contraception est invoqué pour rationaliser une conduite qui procède d'un désir plus ou moins conscient de grossesse et/ou d'enfant. Dans ce cas, il apparaît comme moyen à destination d'une fin, et non comme la cause première de la grossesse. Dès lors, les difficultés à l'égard de la contraception font figure de prétexte pour se déresponsabiliser* ».

Tite, pour sa part, pour expliquer la survenue de sa grossesse évoque une « *forte libido due à un stress* », notamment après la mort de son père :

> *« J'avais perdu mon père durant le tremblement de terre […] j'étais trop stressée. Et quand je suis stressée, je ne sais pas comment te le dire. J'ai une forte envie (sexe). Comme on me contrôlait moins après le tremblement de terre, je rencontrais souvent mes partenaires (Tite, 25 ans, 6e) »*

Pour comprendre la question « de la forte libido », nous allons nous référer aux travaux de la psychiatre et psychologue américaine Elisabeth Kübler Ross (1926-2004) et de la psycho sexologue clinicienne, psychothérapeute et thérapeute de couple, Claudine Decaux. La perte d'un être cher et accepter son départ est un exercice assez difficile. Elle peut transformer la relation qu'on établit avec soi-même et son entourage. C'est la raison pour laquelle que, suite à la perte d'un être cher, les psychologues recommandent à leurs patients de faire un travail de deuil qui nécessite du temps et de la patience (Bacqué et Hanus, 2014).

Elisabeth Kübler Ross identifie 5 grandes étapes dans ce travail de deuil : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. La dépression est l'étape la plus complexe. Elle est marquée par la tristesse, le découragement et le stress chez certains individus. Se basant sur l'article *L'impact du stress sur la sphère sexuelle* qui a été publié dans la revue *Sexologie* en 2011 par Claudine Decaux, le stress peut avoir des impacts sur la sexualité des individus. Il peut les rendre hypoactifs c'est-à-dire les placer dans des conditions de faible désir (on l'appelle aussi trouble du désir) tout comme il peut augmenter leur libido.

La vulnérabilité socioéconomique favorise des grossesses adolescentes

La vulnérabilité dans laquelle vivent certaines adolescentes et les soutiens d'ordre économique de leurs partenaires favorisent des grossesses. En elles, germent parfois des sentiments de « dette » les installant dans un état où leur volonté n'est autre que celle des partenaires et où la manifestation de leur volonté compromettrait les privilèges dont elles jouissent.

> *« Mon partenaire travaillait dans une ONG qui participait dans la distribution des dons dans le quartier où j'habite. Il me donnait plusieurs cartes pour prendre des dons. Il m'avait dit qu'il m'aimait ….]. Il m'avait invitée à sortir. Il m'avait emmenée chez lui et puis on avait fait l'amour sans préservatif. Ça avait passé dans ma tête de le dire de mettre des condoms ….] mais… (Nathalie, 23 ans, revenu 1000-3000 $ HT).*

Selon Rossier (2013) et Ilinigumugabo et *al.* (1996), ces conditions les empêchent de s'affirmer pleinement et/ou de s'exprimer ouvertement dans la relation.

La survenue d'une grossesse peut être renvoyée à un abus de confiance ou un viol. Lors de notre entretien avec Betina, elle affirme que son partenaire avait ôté le préservatif sans son accord.

> *« Il (mon partenaire) me demandait de le faire sans préservatif je ne voulais pas. Lui il était toujours fâché parfois… […] Il me menaçait tout le temps qu'il allait me mettre enceinte. Un jour, pendant qu'on était en pleine relation, il avait enlevé le préservatif et je ne savais pas… Quand j'avais su ça je m'étais sentie trahie […] Moi je n'étais pas prête pour un bébé…Je pense que c'était une vengeance de sa part …Il n'aime pas quand on le dit non…C'est lui qui m'avait dit qu'il avait retiré le préservatif.* (*Betina, 18 ans, Cabaret) »*

Cette pratique à ôter le préservatif durant l'acte sexuel sans l'accord du partenaire est connue sous le nom de *Stealthing* (Brodsky, 2017). Elle consiste à retirer discrètement en plein acte sexuel le préservatif sans prévenir son partenaire. Le *stealthing* expose les partenaires à des maladies sexuellement transmissibles et à des grossesses non désirées (Bonar et *al.* 2019), comme ce fut le cas pour Betina.

Grossesses projets

La grossesse survenue à l'adolescence peut être un projet.

> *« […] J'étais mariée à l'âge de 17 ans…Quand t'es mariée c'est normal de tomber enceinte après le mariage…Mon mari et moi, nous voulions un enfant (Lisbeth, 28 ans, Gressier)»*

> *« Je suis née en 1968 et j'ai eu mon premier enfant en 1987 après le départ de Duvalier (dictateur). C'était (sa grossesse) pas quelque chose de grave… […] C'est à 15 ans, 16 ans que les femmes donnaient naissance à leur premier enfant dans le quartier que j'habitais à Saint-Louis du Sud (Benita, 52 ans, Carrefour) »*

Comme nous pouvons le constater, les réponses à l'apparition de la grossesse à l'adolescence sont multiples. D'autant plus que certaines grossesses survenues à l'adolescence sont voulues.

8.2.7.- Prise de conscience de la grossesse par la jeune fille, par les partenaires et par la famille : joie, désolation, mécontentement

La grande majorité des interviewées déclare avoir découvert leur grossesse après avoir fait des tests de grossesse ou à travers des signes révélateurs qui sont le plus souvent absence de règles (Tite, Carline, Mamoune), vomissements à répétition/fatigues (Nathalie, Magalie, Ti Marie). Ces signes sont appelées *signes sympathiques de la grossesse*.

> *« Je sentais beaucoup de malaises […] J'avais souvent des vertiges. Je ne pouvais pas faire beaucoup d'efforts (Chanounoune, 34 ans) »*
>
> *« Je voulais tout le temps d'aller aux toilettes pour uriner. Je trouvais cela bizarre. J'avais des doutes. Après un test de grossesse, j'avais appris la nouvelle (Lisbeth, 28 ans, Gressier)»*
>
> *« J'avais plus des maux de ventre et je vomissais. Je n'avais plus mes règles (Betina, 18 ans, Cabaret) »*

Autre que les signes sympathiques, une grossesse peut être soupçonnée par une simple lecture du corps de la femme.

> *« Je ne savais pas si j'étais enceinte. Je passais devant la maison de ma voisine, elle m'a vue, elle m'a regardée et m'a dit que j'étais enceinte. Je lui ai dit qu'elle se trompait car je savais que mon partenaire s'était retiré à temps (Esther, 23 ans, 7e).*

À Haïti, les *femmes-sages* ont pour réputation d'avoir ces types de connaissances. Ce sont des personnes qui ont généralement de faibles niveaux d'instruction (Damus, 2020). C'est pour cela que les femmes qui ont obtenu un cursus de femme-sage à l'université réclament toujours le titre « d'infirmière femme-sage » afin de se distinguer des femmes-sages traditionnelles.

Au cours de nos échanges avec (Renande), une *femme-sage* (traditionnelle) demeurant à Port-au-Prince, nous avions confirmé les propos d'Esther à savoir une grossesse peut être lue sur le corps d'une femme. Selon Renande, l'un des premiers signes qui n'est pas trompeur, consiste au relèvement de la pointe des seins des femmes. Un deuxième signe serait les veines de la main. D'une femme à une autre, elles sont plus visibles. Le troisième signe est que la veine au bas du cou de la femme enceinte bat à un rythme beaucoup plus rapide que la normale. Enfin, ce qui n'est pas toujours vrai aux dires de Renande, le visage de la femme peut devenir pâle. Pour Renande, ce sont peut-être ces signes que la voisine d'Esther avait aperçus pour affirmer qu'elle était enceinte.

a. Prise de conscience de la grossesse par les adolescentes : joie et/ou déceptions

La prise de conscience de la grossesse provoque un moment de contentement pour les femmes qui l'attendaient.

> *« Quand j'ai appris ma grossesse je me sentais contente […] J'étais mariée et aussi je voulais donner un enfant à mon mari (Lisbeth, 28 ans, Gressier)»*
>
> *« J'étais contente [….] Je voulais tomber enceinte (Benita, 52 ans, Carrefour)»*

Alors que pour celles dont la grossesse n'était pas un projet, le mécontentement, la tristesse et la désolation les assaillent. Elle peut même les conduire à fumer et à boire de l'alcool, comme ce fut le cas pour Betina et Magalie, ce qui se traduirait par la quête d'un calme intérieur.

> *« […] C'était comme si j'avais pris un coup de couteau. Je ne pouvais pas croire cela […] Je commençais à pleurer (Betina, 18 ans, Cabaret)»*
>
> *« Ma période de menstruation n'est pas régulière certes. Lorsque j'avais commencé à passer un mois sans voir mes règles j'ai su que j'étais enceinte. J'avais plus d'appétit et c'est à partir de ce moment que j'ai commencé à boire de l'alcool. J'ai même fumé des cigarettes (Magalie, 23 ans, 8e) »*

b. Les partenaires face à la prise de conscience de la grossesse : assumer ou avorter ?

Les partenaires sont (très souvent) les premiers à être au courant de la grossesse des jeunes filles car ils sont les premiers concernés par cet événement. Cependant après une telle annonce, beaucoup de couples ne sont plus les mêmes. Il y a des partenaires qui assument leur acte. Tandis que, il y en a d'autres qui ne l'assument pas. Par conséquent, ils pourraient contraindre les jeunes filles enceintes à avorter.

> *« Quand mon mari avait appris que j'étais enceinte, il était aussi content… [..] La grossesse a fortifié notre couple (Lisbeth, 28 ans, Gressier) »*
>
> *« Mon partenaire venait du travail quand je lui avais annoncé que j'étais enceinte… […] Il était tout joyeux (Benita, 52 ans, carrefour) »*
>
> *« […..] Il m'avait dit que je dois avorter parce qu'avoir un enfant n'est pas dans sa tête pour l'instant…C'est son étude [….] (Tite, 25 ans, 6e)»*
>
> *« J'avais une petite…Un jour elle m'avait appelé pour me dire qu'elle était enceinte pour moi. Je ne voulais pas accepter sur le coup… […] J'avais perdu la tête […] Elle n'arrêtait pas de m'appeler […] Je lui avais même dit que je n'étais pas son seul copain d'aller chercher le vrai père de l'enfant... J'avais fini par accepter l'enfant, il me ressemble beaucoup : même bouche, même nez […] (Jean, 26 ans, Saint-Marc) »*
>
> *« [….] Ohhh ses parents ne seront pas d'accord que je dois enlever l'enfant et si je ne le fais pas, il ne va pas le reconnaître (Mamoune) »*

Le refus d'avorter aurait des conséquences sur le futur des jeunes filles. Il peut impacter négativement l'histoire commune qu'il y avait entre elles et leur partenaire. À titre d'exemple, dans les couples de Mamoune et de Tite, c'était plus le « *nous* », mais le « *toi* ». Leur grossesse était devenue « une affaire personnelle » et non le produit d'un acte commun.

> *« Je n'avais pas revu (Harry). On l'avait fait déménager [….] Il m'avait laissée toute seule (Mamoune, 25 ans, 8e »*

> *« Je ne voulais pas avorter, lui il voulait […] Il m'avait dit comme je ne veux pas donc je dois prendre les responsabilités toute seule…J'étais déprimée (Tite, 25 ans, 6e) »*

c. L'annonce de la grossesse à la famille : des sentiments de gènes

L'annonce d'une grossesse adolescente aux membres de la famille s'avère être délicate. Quelquefois cachée par les adolescentes, leur grossesse se dévoile via des comportements inhabituels.

> *« Je ne pouvais pas regarder mes parents en face. Ils savaient que j'avais quelque chose. Ma mère me posait tout le temps la question est ce que je me sens bien. Je répondais oui…Un bon matin à 2h je vomissais ma mère s'était réveillée pour me suivre. Elle m'avait demandé est ce que j'étais enceinte. Là, il ne restait plus rien à cacher. Je lui avais dit oui […] (Betina, 18 ans, Cabaret)* »

> *« Ma sœur savait qu'on sortait ensemble […] quand j'avais su que j'étais enceinte, je lui avais dit ça […] Elle m'avait dit est ce que (mon partenaire) sait (Nathalie, 23 ans, 9e)* »

> *« J'étais mariée, donc pour mes parents c'était tout à fait normal que je tombe enceinte.* (*Lisbeth, 28 ans, Gressier) »*

> *« Je portais toujours une ceinture abdominale pour cacher ma grossesse [..]. Une fois, mon père m'a ordonné de l'enlever [...] J'ai enlevé la ceinture et il a vu que j'étais enceinte (Carline, 25 ans, rhéto) »*

Les parents apprennent aussi la grossesse de leur fille via d'autres indices. La belle-sœur de Magalie a découvert dans le frigo un remède fait à base de sang de tortue que son partenaire lui avait donné. D'après Renande, la sage-femme de Port-au-Prince qu'on avait interviewé, ce remède est très amer. On y insère des racines de verveine, de campêche, etc. Le tout est mélangé avec une plante, le « cresson dent noir ». La composition doit être gardée au frais. Très puissante et très dangereuse, si les indications sont respectées par l'adolescente, la potion rongera l'utérus et détruira l'embryon en peu de temps. Ces différentes stratégies dénotent un regret et un profond désir d'interrompre la grossesse par tous les moyens. Elles indiquent par ailleurs, que nos interviewées étaient bien conscientes que leur grossesse à cette période de leur vie était une transgression de norme.

8.2.8.- Le regard moral de la société : violences, stigmatisations, déviance, marginalisation

Comportant une dimension cognitive (Jodelet, 2006), le vécu de la grossesse adolescente à Haïti a été analysé en questionnant le comportement des différents groupes de la société (famille, entourage, institutions) vis-à-vis des jeunes filles enceintes.

a. Attitudes des parents : violences verbales et physiques/bouleversements familiaux

Dans certaines familles à Haïti, pour qu'une jeune fille décide d'avoir un enfant, elle doit avoir le statut de *femme*. Et pour accéder à ce statut, certaines conditions sont requises comme terminer les études, avoir un métier et être économiquement indépendante. Dans le cas contraire, c'est une dérogation à la norme.

> *« Ma mère me disait que je ne suis pas une femme, que je n'ai pas terminé mes études, et que je n'ai pas d'argent […] (Esther, 23 ans, 7e)»*
>
> *« Mes parents m'ont fait comprendre que j'étais une fillette que je n'étais pas encore une femme […] (Betina, 18 ans, Cabaret)* »
>
> *« Mes parents me reprochaient. Ils m'avaient dit qu'une adolescente c'est un enfant…Ces os ne sont même pas assez durs. La grossesse ce n'est pas pour les enfants. C'est l'âge d'aller à l'école pour se former, pour devenir quelqu'un de bien dans la vie (Koronda, 21 ans, Saint-Marc) »*

La grossesse à l'adolescence peut être une « augmentation de misère » pour les familles présentant de faibles revenus et dont les adolescentes dépendent encore. L'enfant, un nouvel élément de prise en charge, est à incorporer dans leur budget.

> *« [….] Ma belle-mère me disait que je viens d'augmenter ses misères…Qu'est-ce qu'elle va faire avec les voisins (Tite, 25 ans, 6e) »*
>
> *« Ma sœur m'avait dit que cet enfant va appauvrir la famille…On deviendra plus pauvre…Elle m'avait dit de me préparer à souffrir avec l'enfant (Chanounoune, 34 ans, Gonaïves) »*

Loin d'être seulement financière, cette misère peut être aussi sociale.

> *« [….] Ma belle-mère me disait aussi que je venais d'augmenter ses misères…Qu'est-ce qu'elle va faire avec les voisins ? Comment elle va les regarder … […] Ma mère m'avait demandé de rester à la maison de ne pas sortir (Tite, 25 ans, 6e) »*

Se référant à nos conversations avec Carline et Betina, leur grossesse était un point de rupture. Elles marquaient le début d'un ensemble de péripéties et la fin des projections que leurs parents avaient pour elles.

> *« Mon père m'a dit que j'étais une honte pour la famille. Il m'a traité de cochonne, de vomissures [...] Il m'avait dit qu'entre moi et lui c'était fini […] qu'il ne fera plus rien pour moi (Carline, 25 ans, première) ».*
>
> *« Mon père m'avait dit qu'il voulait plus avoir de mes nouvelles... […] Il m'avait dit de ne pas mettre les pieds à ses funérailles quand il sera mort (Betina, 18 ans, Cabaret) »*

Pour la mère d'Esther et Jean Robert, une grossesse à cette période de la vie est un crime. Par voie de conséquence, l'adolescente est sujette à de sévères punitions (coups de bâton, gifles, etc.). Ce qui rejoint la thèse de Becker (1963) à savoir que *« l'individu qui transgresse la norme, sera l'objet d'une réprobation sociale et recevra une sanction proportionnelle à la gravité de son acte* ».

> *« Elle (ma mère) m'a giflé, elle m'a donné des coups de bâton. Elle m'a mordu et a marché sur moi. Elle m'a appelée pute, criminelle. […] (Esther, 23 ans, 7e) »*
>
> *« Quand ma fille était tombée enceinte (à l'âge adolescent). Je l'ai battue… Je l'avais donné des coups de chaises… Tout ce que je trouvais je la frappais avec. Moi je pensais qu'elle allait perdre l'enfant…Elle est une voleuse […] C'est comme ça on traite les voleuses (Jean Robert, père de 3 enfants, 53 ans, Jacmel) »*

De surcroît, les objets rappelant la grossesse peuvent être détruits par les parents/proches car ils génèrent des sources d'angoisse. Comme la psychologue Carmoin (2015) le souligne : « Parfois, la seule vue ou le simple fait de penser aux objets qui rappellent l'événement (douloureux) est insupportable. Dans un geste de "survie", on peut céder au besoin de s'en défaire au plus tôt dans le but d'atténuer la douleur ». La destruction de ces objets est une sorte de « calme douleur ».

> *« Mon frère a déchiré mes vêtements. Il me donnait des coups dans mon vagin. Il m'avait dit qu'il va le mettre en pièces parce que c'est mon vagin qui me rend aussi chaude (Magalie, 23 ans, 8e) »*

Les interviewées Carline et Tite ont rapporté avoir subi des violences verbales de la part de leurs parents: « Ti fini : rejet », « dejwe : déviante » ou de « mangue pourrie ».

Au-delà des rêves brisés et des déceptions, la grossesse adolescente peut troubler l'équilibre familial. Ayant du mal à accepter la nouvelle, les parents peuvent avoir tendance à jeter la faute les uns sur les autres.

> *« Mon père était en colère contre ma mère. Il lui a dit que c'est parce qu'elle n'a pas fait son boulot que je suis tombée enceinte (Carline, 25 ans, première) »*

Pour le psychiatre et psychanalyste Robert Neuburger, le fait de rejeter entièrement la faute sur quelqu'un, est une manière de ne pas endosser sa responsabilité et de ne pas se rendre fragile à ses yeux. L'endosser bouleverse le sentiment d'identité. Donc, il est préférable que ce soit l'autre : un comportement appelé *économie de pensées douloureuses* par Gavard (2008) et Gandy (2013).

b. Relations entre parents et partenaires : enjeux du mariage

Les jeunes filles ne sont pas toujours les seules à être blâmées. Les partenaires le seraient aussi. Leur manque de responsabilité en se vouant à l'acte sexuel sans se protéger prouve à certains parents que leurs sentiments envers leurs filles n'étaient pas sincères.

> *« [...] Mon père avait dit à mon partenaire qu'il est un menteur. S'il m'aimait vraiment, il allait me protéger (Carline, 25 ans, première) »*

> *« Ils (mes parents) me disaient que mon partenaire ne voulait pas du bien pour moi […] Il devait réfléchir que j'étais un enfant (Bulariz, 21 ans, Saint Marc)*

Le profil social du partenaire et son apparence physique peuvent aggraver l'état des choses. Pour la mère d'Esther, un homme qui porte des tresses est un « vagabond » et n'est pas le bienvenu dans sa maison. Sa réaction n'est pas sans fondement. Sous la présidence d'Aristide (2003-2004), les bandits qui terrorisaient la population dans l'Aire Métropolitaine portaient des tresses. La population les surnommait de « Rat pa kaka : Gangster » et de « chimères : bandits » (Schuller, 2007).

> *« J'étais venue avec mon partenaire chez moi. Il avait les cheveux tressés […] Ma mère avait dit d'où je sortais avec ce « sang sale, vagabond, gangster » […] (Esther, 23 ans, 7e) »*

Ainsi, face à cette tension entre certains parents et partenaires, seul le mariage peut calmer le climat. Il vient légitimer le couple et réparer les dégâts causés. Bettoli (2003) surnomme ce type de mariage « mariage réparateur ».

> *« C'est quand mon partenaire avait décidé de se marier avec moi que ma mère et lui étaient devenus proches (Esther, 23 ans, 7e) »*

> *« Quand ses parents sont venus et ont parlé de mariage c'est là que mes parents ont adressé la parole à mon partenaire […] Avant ils ne le recevaient même pas (Chanounoune, 34 ans, Gonaïves) »*

c. L'entourage de l'adolescente : stigmatisations et étiquetage

Par la visibilité de la grossesse, les regards inquisiteurs de la société mettent certaines adolescentes dans de mauvaises postures tout en limitant leurs droits. Dans certains milieux, elles sont perçues comme des « adultes-précoces ». Une façon de les stigmatiser et leur faire comprendre qu'elles n'ont pas respecté certaines étapes. Outre cela, la société peut les défendre de se considérer comme une *femme* ou une *bonne éducatrice*. Ce qui insinue inéluctablement leur possible immaturité.

> *« Des voisines dans le quartier quand elles me voient, Elles disent est ce que* ***ça*** *c'est une femme. D'où je peux élever un enfant […]… Une m'avait dit* ***Granmoun-Timoun (adulte- précoce)****. (Magalie, 23 ans, 8e) »*

Un conflit entre ce qui est biologique et ce qui est social peut être aussi généré à l'apparition de la grossesse : le statut de mère peut être refusé à l'adolescente même après son accouchement.

> *« Je me disputais avec une voisine […] Elle m'avait dit ce n'est pas parce que j'ai un enfant que je suis mère pour autant… […] (Magalie, 23 ans, 8e) »*

Aussi, sa grossesse peut être un contre-exemple pour servir à maintenir une norme.

> *« Un voisin avait dit à sa fille est ce qu'elle veut être comme moi… […] Il avait appris qu'elle avait un copain (Tite, 25 ans, 6e) »*

> *« Ma petite sœur quand elle fait des choses que mon père n'aime pas, mon père avait l'habitude de lui dire si elle ne l'écoute pas elle sera comme moi sans avenir (Koronda, 21 ans, Saint-Marc) »*

Les adolescentes Magalie et Esther étaient parfois insultées de « gros trou », « morgues », de « cimetière », de « mangeuse d'enfants » par les jeunes garçons de leurs quartiers. Ce qui leur donne un statut de « chaudasse », de femmes qui ont « beaucoup avorté ». Elles étaient aussi victimes de stigmatisations corporelles accompagnées de gestes rappelant leur grossesse.

> *« Riresss !!!! Ils (les hommes de son quartier) me disent que je suis une morgue, un cimetière […]…Une mangeuse d'enfant [….] (Esther, 23 ans, 7e) ».*

> *« Parfois quand je passe et que les jeunes jouent au foot, ils font des gestes comme se pencher en arrière ou mettre le ballon sous leus maillot (Magalie, 23 ans, 8e) »*

Il est aussi courant que la grossesse de l'adolescente et son enfant quoique pas encore né soient dénigrés. Pour parler de sa grossesse, son entourage peut utiliser les mots *gwòs* ou *plenn* et pour ce qui est du bébé dans son ventre, on peut l'appeler *kaka san savon*.

> *« […] Quand j'ai appelé une cousine pour lui dire que j'étais enceinte. Elle m'a répondu pour qui je suis « Gwòs »….Pour qui je suis « Plenn » ? (Ti Marie, 22 ans) »*

« Mon père m'avait dit après avoir poussé mon « kaka san savon » de laisser la maison (Koronda, 21 ans, Saint-Marc) »

À Haïti, le terme *enceinte* est réservé pour qualifier la grossesse des femmes qui sont mariées légalement et/ou qui sont matures. Les mots *gwòs* et *plenn*, pour leur part, sont utilisés le plus souvent pour désigner la grossesse des animaux ou une grossesse non reconnue par le père. Par ailleurs, les enfants nés de cette *gwòs* ou de ce *plenn* sont appelés parfois *kokorat* ou *kaka san savon*, ce qui signifie des bâtards.

Les jeunes filles courent aussi le risque d'être étiquetées de *voiture déboitée*, *téléphone sans puce*, *téléphone sans batterie*, *vieille*, *bonbon expiré*, *maman poule*. La grossesse de Tite a été aussi qualifiée de *gonflement*, de *ballonnement*, par les jeunes garçons de son quartier.

« Des jeunes garçons m'appelaient « voiture déboitée », une « enfant vieille », de « maman poule » et autres choses que je ne me souviens même pas. [.....] Quand ils voyaient mon ventre, ils disaient « ballonnement » ou ils me demandaient est-ce que je suis gonflée ? (Tite, 25 ans, 6e) »

« ils me disaient que mon moteur était fini… [....] que j'étais une motorola sans batterie ou encore un téléphone sans puce (Chanounoune, 34 ans, Gonaïves) »

« Ils savent me dire « bonbon expiré » (Nathalie, 23 ans, 9e) »

Une voiture déboitée est une voiture qui n'est pas solide. Un *bonbon expiré* n'est plus comestible. Une *motorola sans batterie* ou encore *un téléphone sans puce* est un téléphone qui n'a plus de valeur. Aux yeux de ces garçons, Tite et Chanounoune n'avaient aucune valeur. Quand on dit une adolescente est *vieille*, cela signifie que ses actions ne reflètent pas son âge.

Pour échapper à ces insultes et pour se démarquer du contrôle de leur entourage, Nathalie et Betina avaient l'habitude de sortir tôt et de rentrer tard. Elles étaient en quête d'émancipation et/ou de « calme intérieur ».

« C'est parce qu'ils me voient qu'ils parlent sur moi…. J'ai l'habitude sortir tôt, d'aller sur la montagne aller prier avec mon enfant (Nathalie, 23 ans, 9e) »

« Moi j'allais chez des cousins passer la journée et je revenais le soir quand il faisait noir (Betina, 18 ans, Cabaret) »

d. La précocité : une notion relative et temporelle

Tomber enceinte à l'adolescence faisait partie des schémas normaux de reproduction. Selon les discours des parents interviewés, il semble que ce n'est que dans un passé récent que la grossesse adolescente a été perçue comme précoce et anormale. Pour justifier leurs comportements virulents envers les adolescentes enceintes, les parents actuels mettent en avant la dégradation des systèmes sanitaires et la situation économique du pays.

> *« Être enceinte jeune à l'époque que j'étais adolescent, ce n'est pas la même chose qu'aujourd'hui. Longtemps, il y avait plus de nourriture. Les jeunes filles pouvaient s'occuper de leur bébé. La vie devient trop dure. Vous ne voyez pas les états des centres de santé… [….] Les enfants ne sont plus les richesses des familles[80] (Paul, 61 ans) »*

> *« Avoir un enfant à 15, 16, 17 ans, ce n'était pas un problème vraiment pour une fille. Seulement, certains parents étaient contre. C'était les affaires de ces parents…. Maintenant, les parents ne peuvent pas accepter ça. J'avais défoncé ma fille quand elle m'avait apporté la grossesse (Aselwa, 58 ans) »*

Comme nous pouvons le voir dans le discours de Paul et Aselwa, la notion de *précocité* a évolué dans le temps. Un comportement jugé *normal* aujourd'hui pourrait ne plus l'être demain. Comme le précise Mucchielli (1999), les notions de précoce, de déviance et de norme sont des appellations sociales à une période donnée qui peuvent avoir une autre représentation en fonction des évolutions sociétales.

e. Les jeunes filles face aux autorités religieuses : la grossesse, objet de prêche/parents irresponsables

Lieu de prière, de convivialité et de partage pour les chrétiens, l'église peut être transformée en un endroit répulsif pour une adolescente enceinte. Esther nous a confié que sa grossesse a été utilisée comme un sujet de prêche.

> *« Le pasteur me connaissait bien parce que je faisais partie du groupe des jeunes. J'avais déjà fait l'objet d'un prêche. Il avait dit quand une jeune fille est désobéissante c'est la grossesse, la mort qui l'attend […] Le malheur qui l'attend (Esther, 23 ans, Pentecôtiste)»*

D'après le pasteur (Victory) qui a été interviewé au sujet des grossesses adolescentes, cela serait nécessaire car il amène les adolescentes enceintes à prendre conscience de leurs actes considérés comme déviant par les autorités religieuses. De plus, il avance que *humilier les jeunes filles enceintes en public* servirait d'avertissements pour toutes les autres jeunes filles de l'église.

[80] Longtemps, les familles faisaient beaucoup d'enfants. Ces enfants aidaient dans l'agriculture et autres. Donc, quand une famille avait plus d'enfant cela représentait plus de revenu. C'est pour cela que les grands parents disaient qu'un enfant est une richesse pour une famille.

La célébration du mariage d'Esther n'a pas été organisée à l'intérieur de l'église, ce qui renvoie sa grossesse à un signe d'impureté.

> *« Mon mariage a été célébré sur la cour. Le pasteur ne voulait pas le faire à l'intérieur de l'église…Il avait dit que je ne suis pas enceinte dans de bonnes conditions (Esther, 23 ans, Pentecôtiste) »*

Puisque les religions prônent des parents responsables, ces derniers peuvent être aussi victimes de violences verbales et stigmatisés comme les adolescentes.

> *« Ma mère faisait partie du comité de quête à son église [….] Le pasteur l'avait suspendu (Esther, 23 ans, Pentecôtiste) »*

f. Le comportement des professionnels de la santé vis-à-vis des adolescentes enceintes : quand les lois sociales l'emportent sur les lois institutionnelles

Si les institutions s'adonnant à la prise en charge des adolescentes enceintes ont pour rôle de les accompagner, les propos rapportés par Esther et Betina montrent très clairement à quel niveau les représentations sociales de la grossesse adolescente peuvent contrecarrer un projet institutionnel. Au lieu de se mettre à la disposition de ces jeunes filles enceintes, certains professionnels de santé affichent des comportements inadéquats à travers leurs comportements, ce qui va totalement à l'encontre de ce qui est exigé par leur métier.

> *« À chaque fois que je venais à l'hôpital, il y avait une infirmière qui me regardait toujours mal. Elle regardait mon ventre […] Elle me regardait de la tête au pied. Elle me parlait toujours sur un ton dur. Elle me méprisait parfois pour parler à ses collègues pendant que j'étais devant elle […] Je pense qu'elle avait plus de 50 ans (Esther, 23 ans, 7e) »*

> *« Ils ne me traitaient pas bien […] J'avais l'impression que j'étais une personne différente… […] Je passais plusieurs heures à attendre. Parfois, ils (les personnels) passaient sans me regarder (Betina, 18 ans) »*

Les récits d'Esther et de Betina sur les comportements des professionnels de santé nous amènent à s'interroger sur la problématique de « l'éthique du Care[81] ». Traduite parfois par éthique de la sollicitude, l'éthique du Care prône une qualité morale, des compétences et des stratégies. L'individu qui reçoit le soin, appelé « Care receiving » par Tronto (2008), ne doit pas se sentir être classé dans un cadre bien spécifique par le « Care giving : donneur de soin ». Il doit percevoir le soin comme un droit et non comme une faveur. En résumé, les personnels de santé doivent être capables d'avoir une attention sensible aux besoins et aux valeurs profondes de ces adolescentes sans porter de jugements moraux (Mazabrard, 2014).

[81] Cette notion a vu le jour en 1982 aux USA par l'américaine Carol Gilligan, philosophe et psychologue. Elle la définit comme la « capacité à prendre soin d'autrui », « souci prioritaire avec autrui », « être attentif à » (Zielensky, 2010).

8.2.9.- Soutiens reçus par les adolescentes enceintes (partenaires, famille)

Le soutien social est un « ensemble d'informations qui permettent à une personne de croire qu'elle est aimée, estimée et qu'on prend soin d'elle, qu'elle a de la valeur et qu'elle appartient à un réseau de communication et d'obligations réciproques (Ménard, 2010). Il est aussi un construit multidimensionnel (Cohen, 2000). Donc, dans cette section de la thèse, nous avons privilégié les dimensions partenaires, familles et institutions qui travaillent dans la prise en charge de la grossesse adolescente pour comprendre et analyser les soutiens reçus par les femmes qui ont déjà expérimenté une grossesse adolescente.

a. Un meilleur vécu de la grossesse lorsque les partenaires assument l'acte

Lorsque les partenaires nient la grossesse de leurs partenaires, elles vivent plus difficilement la période de grossesse.

> *« C'est moi qui suis le père, c'est moi qui suis la mère. Harry ne sait rien de l'enfant […] Imagine toi, tu as le fardeau des gens dehors (entourage) et puis ton partenaire te laisse seule (Mamoune, 25 ans, 8e) »*

> *« Il (son partenaire) ne voulait pas assumer ses responsabilités. J'avais envie de jeter (avorter) l'enfant (Chanounoune, 34 ans, Gonaïves) »*

Alors que quand les partenaires assument leurs responsabilités, cela aide les adolescentes à surmonter les difficultés et à vivre des expériences positives.

> *« Mon partenaire était toujours là pour moi. Malgré ses problèmes avec ma mère, il était toujours présent. Il m'avait vraiment aidé à surmonter les problèmes […] J'étais moins stressée avec lui (Esther, 23 ans, 7e) »*

> *« Mon mari était content […] Il était toujours là pour moi. Il m'appelait tout le temps pour prendre de mes nouvelles. Il me donnait de l'argent. Je ne manquais de rien (Lisbeth, 28 ans, Gressier)»*

> *« C'est lui qui avait acheté tous les vêtements du bébé. La grossesse est une période stressante surtout quand il s'agit de ta première grossesse. Avec lui je vivais bien ma grossesse jusqu'à mon accouchement (Benita, 52 ans, Carrefour)»*

Comme Devault et Frechette (2006 : 7) l'ont évoqué dans leurs travaux, le soutien de son entourage a des répercussions positives sur la santé mentale et physique d'un individu : *« L'impact du soutien social sur la santé se ferait davantage sentir en période de stress. Ainsi, l'aide reçue atténuerait les conséquences négatives associées au stress. En d'autres mots, dans un moment difficile, le fait de disposer de soutien de l'entourage aura pour effet de diminuer les impacts néfastes du stress sur la santé et le bien-être ».*

b. Support des membres de la famille

Lorsque la grossesse des adolescentes n'est pas encore acceptée par leur famille, elles peuvent se retrouver isolées sans aucun soutien.

> *« Mon frère ne voulait pas me donner de l'argent pour les consultations à l'hôpital. C'était ma belle-sœur qui les payait. Je restais toujours dans ma chambre… « Magalie, 23 ans, 8e) »*

> *« Mes parents m'avaient abandonné. Je n'ai reçu aucun support d'eux durant ma grossesse (Koronda, 21 ans, Saint-Marc)»*

Cependant, quand les parents/proches finissent par accepter la grossesse, les adolescentes enceintes peuvent espérer des soutiens de leur part. Toutefois, soulignons qu'en guise d'apaisement des souffrances de certaines jeunes filles, le soutien familial peut affecter leur estime de soi en les mettant dans une posture d'auto-jugement.

> *« Ma maman m'aidait beaucoup […} Je me sentais honte de mettre la charge de ma grossesse sur ma mère (Mamoune, 25 ans, 8e)»*

> *« Des cousins et cousines s'arrangeaient pour me donner de l'argent. Si je sais quelles nourritures qu'il faut manger pour une grossesse, c'est grâce à mes cousines… […] Je me voyais comme un parasite (Nathalie, 23 ans, 9e) »*

Nos résultats confortent les écrits de Tousignant (1992 : cité dans Ménard, 2010, p 7) sur les effets des aides sociales sur le mental de l'individu. D'après cet auteur, le soutien social pourrait donc avoir des effets paradoxaux *: « Il peut, en effet, affecter l'estime de soi de la personne qui reçoit de l'aide en soulignant son incompétence. L'aide peut aussi entraîner un rapport d'inégalité entre le receveur et le donneur et constituer une atteinte à la liberté du receveur* ».

8.2.10.- Impact de la grossesse sur le devenir des adolescentes : abandon scolaire, isolement social, perspectives limitées

La grossesse a de nombreux impacts sur le devenir des adolescentes (Guillaume et Desgrées du Loû, 2002). Parmi les adolescentes interviewées, 4 avaient repris les études après leur grossesse. Nathalie a eu un diplôme en cuisine et Carline a réussi à obtenir un diplôme en comptabilité. Koronda, quant à elle, a été admise dans une école professionnelle où elle a étudié la cosmétologie.

La prise en charge de l'enfant peut être aussi un obstacle pour certaines jeunes filles à l'insertion professionnelle. En effet, quand les proches des adolescentes refusent de garder leur enfant, elles éprouvent de grandes difficultés à concilier vie familiale et vie professionnelle.

> *« Je faisais du ménage avant. J'avais démissionné. Le travail ne m'avait donné de temps pour mon enfant…Et puis ma belle-sœur ne voulait pas garder l'enfant (Magalie, 23 ans, 8e) »*

« Depuis après mon accouchement, je sentais une force. Je me suis dit plus de bêtises dans ma vie… (Nathalie, 23 ans, 9e) »

« J'étais très motivée après la naissance de mon enfant […] C'est comme un booster pour moi […] Pour moi c'est fini, je pense qu'à lui je ferai tout pour lui […] Il doit faire de bonnes études […] Il ne doit pas être comme moi (Betina, 18 ans, Cabaret) »

La maternité adolescente n'est pas toujours un frein. À la lecture des propos de Nathalie et Betina, nous constatons que le fait d'être mère à l'adolescence peut être l'occasion pour certaines jeunes filles de se revaloriser, de reprendre un certain contrôle sur leur vie afin de mieux accompagner leur enfant qui deviennent leur principale priorité.

Conclusion partielle

Ce travail de recherche a permis de mieux documenter l'expérience de la grossesse adolescente à Haïti. Au regard des crises politiques permanentes à Haïti et du contexte sanitaire (Covid-19), nous avions réalisé des entretiens individuels semi-directifs par téléphone (via les applications whatsapp, skype et zoom) auprès de cinq groupe sociaux : les femmes qui ont déjà expérimenté une grossesse adolescente, les parents/proches de jeunes filles qui ont connu une grossesse à l'adolescence, les partenaires d'adolescentes enceintes souvent négligés dans les études sur la grossesse adolescente et les autorités religieuses. Par ailleurs,

À travers les témoignages des femmes interviewées, nous avons observé que bon nombre d'interviewées renvoient leurs grossesses survenues à l'adolescence à un accident. Il convient de mentionner que les grossesses adolescentes ne sont pas toujours non désirées. Les résultats nous montrent qu'elles peuvent s'inscrire dans un projet de couple.

Les données recueillies sur le terrain indiquent que lorsque les grossesses ne sont pas planifiées, il est plus difficile pour les jeunes filles d'annoncer un tel événement à leur partenaire, et leurs parents/proches. Par ailleurs, la majorité de nos interlocutrices rapportent qu'elles ont subi des violences physiques, verbales et psychologiques tout au long de leur période de grossesse et même après, de la part de leurs partenaires, parents/proches, leur communauté et des personnels de santé. Ces violences s'expliquent par le caractère déviant de la grossesse adolescente qui est intimement liée à la situation sanitaire et économique précaire à Haïti.

Les grossesses adolescentes peuvent avoir aussi des conséquences négatives sur l'environnement familial des jeunes filles. Certaines interviewées ont souligné que leurs parents ont beaucoup souffert car ils subissaient le regard moral de leur entourage. Une interlocutrice (Esther) nous a révélé que sa mère (chrétienne) a été sanctionnée par les responsables de son église. Toutefois, il

convient de dire que toutes les femmes enceintes à l'adolescence ne subissent pas le même traitement à Haïti. Les adolescentes, pour qui la grossesse était planifiée, ont été soutenues par leurs partenaires/proches. Cependant, cela ne leur a pas épargné du jugement moral de la société.

Un autre résultat important : la représentation de la grossesse adolescente a évolué dans le temps. En analysant les témoignages du groupe « parents », il ressort qu'une grossesse adolescente n'était pas considérée comme un acte socialement déviant à l'époque où ils étaient adolescents alors qu'aujourd'hui elle l'est à Haïti. Pour expliquer cela, ils ont mis en avant les conditions sanitaires et les conditions économiques actuelles du pays.

Les grossesses adolescentes impactent le devenir des jeunes filles. La majorité de nos interviewées n'ont pas repris les études après l'accouchement. Il y a lieu de noter que la grossesse adolescente n'est pas toujours un frein. En effet, le fait d'être mère à l'adolescence peut être l'occasion pour certaines jeunes filles de se revaloriser et de reprendre un certain contrôle sur leur vie.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Si le taux de fécondité des adolescentes a nettement baissé au niveau mondial, notons que cette baisse masque de profondes disparités régionales. Sur plus de 16 millions adolescentes mères dénombrées dans le monde en 2019, 95 % étaient issues des pays en développement, plus particulièrement en Afrique sub-saharienne où le taux de fécondité des adolescentes est au-dessus de 100 ‰ (World Population Prospects, 2020). À l'instar des pays en développement, Haïti est caractérisée par une forte proportion d'adolescentes mères. D'ailleurs, dans la région Caribéenne, c'est l'un des pays affichant les plus hauts taux de fécondité adolescente (55‰) (Cayemittes et *al.* 2018). De surcroît, ce fort taux de fécondité soulève d'autres préoccupations. Selon l'EDS (2017) réalisée à Haïti, plus d'une adolescente sur 10 déclare avoir été frappée durant leur période de grossesse par leurs parents/partenaires. Au regard de son niveau élevé et de ses retombées sanitaires, psychologiques, économiques et sociales à la fois sur la mère et sur l'enfant, la maternité adolescente constitue un problème de santé publique majeur à Haïti et revêt un caractère particulièrement préoccupant. Bien que les Nations Unies aient exhorté le gouvernement haïtien à mener des travaux de recherche de manière régulière sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, une population très vulnérable aux IST et aux grossesses non prévues, cette fécondité qualifiée de précoce par les pouvoirs publics demeurait très peu documentée. Afin de combler en partie ces lacunes, cette thèse doctorale se donnait pour objectif : (i) d'identifier et de hiérarchiser les déterminants de la maternité adolescente à Haïti, et (iii) d'analyser le vécu de la grossesse adolescente dans l'espace social haïtien.

Le concept adolescence : quelle définition a été adoptée dans le cadre de ce travail ?

L'adolescence est un statut social non universel et substantiel. Cependant, pour des raisons opérationnelles et de comparabilité, elle est généralement réduite à une classe d'âge dans les travaux abordant la fécondité adolescente. Comme il n'existe aucun consensus sur les bornes à appliquer, les femmes qui ont connu une maternité avant 20 ans étaient considérées comme ayant expérimenté une maternité adolescente dans ce présent travail de recherche.

Matériels et méthodes

L'étude de la santé sexuelle et reproductive des femmes dans les pays en développement se heurte à un problème d'absence de données adéquates. Pour identifier les déterminants de la maternité à Haïti, ce travail de recherche s'inspirait des données des Enquêtes Démographiques de Santé (EDS) qui constituent la principale source de données disponibles abordant cette thématique. Depuis 1994, Haïti a réalisé 5 EDS : 1994, 2000, 2005-06, 2012 et 2016-17. De nature rétrospective, ces enquêtes

sont conduites sur la base d'un plan d'échantillonnage stratifié à deux degrés et représentatif tant au niveau urbain et rural qu'à l'échelle départementale. (IHE et ICF, 2018).

Afin de faciliter l'usage et l'accessibilité des données de chaque enquête, la base données des EDS a été découpée en plusieurs fichiers : *Household Recode*, *Births Recode*, *Couples'Recode*, *Individual Recode*, *Children's Recode* et *Men's Recode*. Le fichier *Individual Recode* est celui que nous avons exploité dans le cadre de notre travail. Il comporte des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes en âge de procréer (15-49 ans), leur historique de naissance, l'utilisation des méthodes contraceptives, les préférences en matière de fécondité, les connaissances des IST/Sida, les caractéristiques des conjoints et leur activité socio-professionnelle (IHE et ICF, 2018).

L'analyse statistique des données s'était effectuée en trois temps. En premier lieu, pour décrire et examiner l'évolution de la proportion de mères adolescentes, entre 1994 et 2017, nous avions eu recours à l'analyse descriptive. Dans un second temps, nous avions procédé à des analyses bivariées couplées à des analyses de correspondances multiples (ACM) pour esquisser le profil des mères adolescentes. Enfin, dans un troisième temps, pour mettre en évidence les facteurs associés à la fécondité adolescente, nous avions estimé des modèles de régression logistique binaire (un modèle par enquête). Notons qu'avant de faire ressortir les facteurs explicatifs de la maternité adolescente, nous avions étudié l'environnement socioculturel des femmes haïtiennes en âge de procréer ainsi que leur comportement sexuel et contraceptif. Pour ce faire, nous avions utilisé des graphiques, des tableaux de fréquences, des régressions logistiques, de Kaplan Meier et de Cox. Les résultats issus de l'analyse de l'environnement des femmes haïtiennes et de leur comportement sexuel et contraceptif nous ont permis de mieux appréhender l'évolution de la maternité adolescente à Haïti ainsi que les facteurs explicatifs de ce phénomène persistant.

Pour ce qui est de l'analyse du vécu de la grossesse adolescente à Haïti, nous avions mené des entretiens semi-directifs auprès de cinq groupes sociaux : les femmes qui ont eu une grossesse à l'adolescence; les parents/proches de jeunes filles qui ont connu une grossesse adolescente ; les partenaires d'adolescentes enceintes, une population négligée dans les travaux scientifiques sur la grossesse adolescente ; les autorités religieuses et les personnels de santé.

Mais quel est l'intérêt d'associer toutes ces sources de données ? La maternité adolescente est un phénomène complexe et multidimensionnel qu'il faut appréhender dans une perspective pluridisciplinaire. Si le quantitatif a permis d'étudier les déterminants de la maternité adolescente à Haïti, le qualitatif a permis d'étudier le vécu de la grossesse adolescente et de confirmer et mieux appréhender certains résultats observés au niveau de l'analyse quantitative. C'est donc cette

triangulation des approches quantitative et qualitative que notre travail de recherche doctorale a essayé modestement de mettre en avant.

Principaux résultats

L'environnement socio-culturel des femmes en âge de procréer : une pauvreté généralisée

Les données EDS exploitées dans le cadre de cette recherche indiquent que les femmes en âge de procréer proviennent majoritairement en zones rurales où les conditions de vie demeurent très difficiles. En outre, il a été relevé que les populations enquêtées lors des EDS sont jeunes. En effet, plus de 40 % des femmes en âge de procréer avaient moins de 25 ans dont environ ¼ étaient des adolescentes. Nous avons également observé que, entre 1994 et 2017, les ménages composés de plus de 5 personnes ont diminué en milieu urbain comme en milieu rural alors que les ménages composés de 3 à 5 membres ont cru de 10 points de pourcentage (35,1 % contre 45.1 %) sur cette même période. La proportion de ménages dirigés par des femmes a augmenté entre 1994 (43.5 %) et 2017 (49.1 %).

La majorité des femmes enquêtées vivent dans des logements insalubres. Il existe des disparités régionales : le département de l'Ouest et l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince sont les régions avec les plus faibles proportions de logements précaires tandis que dans les zones rurales et dans les départements du Nord-Est et du Centre, l'on retrouve les plus fortes proportions de logements précaires. En matière d'accès à l'électricité, les ménages à Haïti sont vulnérables. En 1994, moins de 45 % des enquêtées avaient accès à l'électricité contre 38% en 2017. La situation reste très contrastée entre régions urbaines et régions rurales. Le département de l'Ouest et l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince (complètement urbanisée) sont les zones les mieux desservies.

Plus de 90 % des enquêtées (adolescentes ou non) sont chrétiennes. En outre, nous avons constaté que les femmes en âge de procréer sont peu instruites à Haïti. Toutefois, notons que les adolescentes et les jeunes adultes (20-24 ans) sont les groupes présentant les meilleurs niveaux d'instruction à Haïti. Notons que le niveau d'instruction des femmes a nettement progressé durant ces vingt-cinq dernières années, et ce au niveau de tous les groupes d'âge. À Haïti, les hommes ont nettement de meilleurs niveaux d'instruction que les femmes. Par ailleurs, les femmes en milieu urbain et dans le département de l'Ouest sont mieux instruits que celles issues des zones rurales et des autres départements du pays.

Les femmes en âge de procréer s'adonnent de plus en plus dans les activités commerciales. Quant aux hommes, ils s'orientent de plus en plus vers l'agriculture et les activités artisanales. La proportion de femmes sans activités génératrices de revenus est beaucoup plus importante (75% ou plus entre 1994 et 2017) chez les adolescentes et les jeunes adultes. Les données révèlent par

ailleurs qu'entre 1994 et 2017, près de 4 enquêtées sur 10 appartiennent à des ménages riches. Comme l'ensemble des femmes, les adolescentes vivent majoritairement dans des ménages pauvres. Il convient de signaler que les résultats concernant le niveau de vie des ménages ne reflètent pas fidèlement la réalité socioéconomique du pays. En effet, l'indicateur niveau de vie utilisé par les EDS a des limites. Il tient uniquement compte des biens possédés par les ménages. En somme, malgré les limites de certains indicateurs, les résultats nous montrent que la maternité adolescente est observée dans un contexte de pauvreté multidimensionnelle.

Comportements sexuels et contraceptifs des femmes haïtiennes : une vulnérabilité en matière de droits sexuels et reproductifs

Les données montrent que moins d'un quart des femmes en âge de procréer maîtrisent le cycle ovulatoire. Cependant, il convient de dire que la proportion de femmes ayant des connaissances sur le cycle ovulatoire a cru. Elle était estimée à 8.4 % en 1994 contre 23 % en 2017. Les données indiquent aussi que les femmes issues des zones urbaines, instruites, appartenant à des ménages riches ont de plus grande chance d'avoir de bonnes connaissances sur le cycle ovulatoire. La majorité des femmes haïtiennes déclare ne pas être exposée aux messages relatifs à la planification familiale. De plus, les adolescentes, les femmes issues des zones rurales, sans instruction, provenant de ménages pauvres ont les plus faibles probabilités d'être exposées aux messages sur le planning familial.

La quasi-totalité des femmes ont des connaissances sur les méthodes contraceptives modernes. Néanmoins, leur utilisation reste faible. En 1994, 84 % des femmes sexuellement actives à Haïti n'utilisaient aucune méthode contraceptive contre 71 % en 2017, une hausse de plus de 10 points sur cette période. Par ailleurs, il ressort que la prévalence contraceptive est plus faible chez les adolescentes, les jeunes adultes, les femmes résidant en zones rurales, les femmes sans instruction, les femmes exposées aux messages sur la PF et les femmes qui discutent de la PF avec leurs partenaires. Les régressions logistiques que nous avions estimées ont confirmé ces tendances.

Il a été aussi observé que le calendrier de l'initiation sexuelle des femmes haïtiennes en âge de procréer ne cesse de rajeunir. En 1994, 19 % des femmes ont eu leur premier rapport sexuel avant 16 ans contre 25 % en 2017. Le calendrier des débuts est beaucoup plus précoce chez les hommes que chez les femmes. Nos résultats confirment le recul de l'âge à la première union conjugué au maintien de la précocité du premier rapport sexuel. En 1994, l'âge médian à la première union du côté des femmes était estimé à 19 ans comparé à 21 ans en 2017. Les hommes entrent en union beaucoup plus tard que les femmes. En effet, l'âge médian de la première union du côté des hommes était évalué à 25.3 ans en 1994 contre 26.1 ans en 2017. En utilisant les régressions de Kaplan Meier et de Cox, il ressort que les femmes âgées de 40 ans ou plus, chrétiennes, de niveau

secondaire ou plus, appartenant à des ménages riches attendent plus longtemps avant d'avoir des relations sexuelles que les adolescentes/jeunes adultes, les non-chrétiennes, les sans instruction et les pauvres. Par ailleurs, nos résultats ont révélé que les adolescentes ou jeunes adultes, les femmes résidant en zones urbaines, les femmes de niveau secondaire, les chrétiennes et celles provenant des ménages riches entrent en union plus tardivement à Haïti.

Les données ont aussi montré que le nombre idéal d'enfants désiré a connu une diminution dans le temps. Les femmes souhaitaient avoir (en moyenne) 3.3 enfants en 1994 contre 2.8 en 2017. En outre, les résultats ont indiqué que les souhaits de fécondité sont plus élevés chez les anciennes générations, les femmes rurales, les femmes sans instruction et celles provenant des ménages pauvres.

En somme, les données montrent que les femmes, notamment les adolescentes et les jeunes adultes sont très vulnérables, et ce, à tous les niveaux (économique, social, sanitaire, etc..).

La maternité adolescente à Haïti : un phénomène multifactoriel

Les analyses ont mis en lumière le fait qu'à Haïti, la proportion de mères adolescentes n'a pas changé entre 1994 et 2017. En effet, elle était estimée à 27.3 % en 1994 ; 28.7 % en 2000 ; 27.6 % en 2006 ; 26.9 % en 2012 et 24.6% en 2017. Par ailleurs, l'analyse bivariée et l'analyse des correspondances multiples (ACM) nous ont permis de voir que la maternité adolescente varie significativement selon la religion, le groupe d'âge, le niveau d'instruction, l'âge à la première relation sexuelle, l'âge à la première union et le nombre idéals d'enfants. Autrement dit, les femmes plus âgées, les femmes non-chrétiennes, les femmes qui souhaitent avoir plus de 3 enfants, les femmes sans instruction et celles de niveau primaire, les femmes qui ont eu leur première relation sexuelle à 16 ans ou moins et celles qui ont leur première union avant 18 ans courent plus de risques d'expérimenter une maternité adolescente. L'analyse multivariée, pour sa part, a confirmé que la maternité adolescente à Haïti est liée à la fois à des caractéristiques sociodémographiques et à des caractéristiques socio-culturelles. Elle a révélé que les femmes non-chrétiennes courent 1.4 fois plus de risques d'expérimenter une maternité adolescente que celles qui sont chrétiennes. Les femmes sans instruction courent plus de 2 fois plus de risques d'être mères à l'adolescence par rapport à celles de niveau secondaire. Les femmes de niveau supérieur quant à elles courent moins de risques d'être mères adolescentes que celles de niveau secondaire. Quant aux femmes qui ont eu leur premier rapport sexuel à 16 ans ou moins, elles courent au moins 3.5 fois plus de risques d'expérimenter une maternité adolescente comparativement à celles qui ont eu leur premier rapport sexuel plus tard. Dans la même veine, il ressort que les femmes qui ont eu leur première union précocement (avant 18 ans) courent plus de 15 fois plus de risque d'être mères à l'adolescence que celles qui ont connu leur première union après la majorité. Les femmes qui désirent avoir 3 enfants

ou plus ont de plus grande probabilité d'être mères avant 20 ans que celles qui souhaitent 2 enfants ou moins. La maternité adolescente est aussi liée à un facteur d'ordre générationnel. Ainsi, plus les femmes sont âgées, plus elles courent de risques d'expérimenter une maternité adolescente.

L'analyse multivariée a également fait ressortir que les variables *âge à la première union*, *âge à la première relation sexuelle* et *niveau d'instruction* sont les variables les plus contributives à l'explication du phénomène de la maternité adolescente à Haïti. Ces résultats sont en concordance avec ceux de plusieurs chercheurs qui ont conduit des travaux sur des pays en développement (Delaunay, 1994 ; Diop, 1994 ; Di Cesare et Rodriguez, 2005).

Le vécu de la grossesse adolescente à Haïti : des violences physiques, verbales et psychologiques

En analysant tous les récits recueillis lors des échanges avec nos différents groupes sociaux et interviewé.e.s, nous constatons que la façon de représenter une grossesse à l'adolescence a changé au fil du temps. Si auparavant elle était perçue comme normale, aujourd'hui elle est considérée comme un problème social en raison de la situation socioéconomique précaire Haïti. Cela dit que les adolescentes enceintes/mères – faisant partie de la nouvelle génération – sont considérées comme des déviantes. En conséquence, elles peuvent être stigmatisées (tout au long de leurs grossesses et même après) et subir des violences de toutes formes de la part de leurs parents/proches, partenaires, des autorités religieuses, et ce, même de la part des personnels de santé dont la mission consiste à les aider et les accompagner. Comme certaines interviewées (mères durant leur adolescence) nous ont confié, ces moments de violences, de marginalisation et de stigmatisations impactent (de façon néfaste) leur santé physique et psychique.

Limites de l'étude

Malgré les efforts consentis au niveau de la méthodologie, nous gardons à l'esprit que ce travail de recherche n'est pas exempt de manquements. La première limite est inhérente à la nature transversale des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) utilisées pour produire nos analyses. Ces types d'enquêtes rendent difficile l'analyse sur les changements de comportement. Bien que les données de ces enquêtes permettent d'étudier les facteurs de la maternité adolescente à Haïti, elles sont limitées du fait de leur caractère transversal. À titre d'exemple, les EDS fournissent des informations sur le milieu de résidence et le niveau d'instruction des femmes au moment de l'enquête et non sur le milieu de résidence et le niveau d'instruction des interviewées au durant leur grossesse. De même pour la variable utilisation des méthodes contraceptives. Nous n'avons pas d'informations sur la pratique contraceptive des femmes (qui ont été mères à l'adolescence) avant leur première grossesse. Toutes ces données peuvent changer à travers le temps. Comme le précise Kacou (2018), il est donc préférable d'être prudent dans leurs interprétations ou comparaisons avec

d'autres études réalisées dans d'autres contextes ou utilisant d'autres méthodologies. Les données d'enquêtes recueillies dans une approche biographique comme celles issues des observations d'Adjamagbo et *al.* (2004) sont beaucoup plus intéressantes car elles permettent de faire des analyses beaucoup plus approfondies.

La question sur la déclaration de l'âge des individus remet en question la fiabilité des EDS. Sur l'ensemble des enfants de moins de 5 ans à Haïti, près de 3 sur 10 n'ont pas de livret de famille (Cayemittes et *al.* 2013). En outre, selon les statistiques du Bureau des Archives Nationales, près de 3 millions d'haïtiens, en 2018, n'avaient pas de livret de famille. Les problèmes au niveau des enregistrements des naissances pourraient biaiser l'âge des répondantes. Une femme peut avoir 20 ans, mais elle en déclare 18. Ce problème de certificat de naissance pourrait bien avoir des impacts sur les variables *âge à la première relation sexuelle*, *âge à la première union* et *âge à la première naissance*. Il y aurait un déplacement des évènements à une date antérieure ou ultérieure à leur date effective.

La troisième limite réside dans la fiabilité des données sur la première relation sexuelle. À Haïti, le poids de la religion a longtemps lié le moment du premier rapport sexuel féminin à celui du mariage. Dans certaines zones/familles, les discussions sur l'âge au premier rapport sexuel sont taboues. De ce fait, lorsque cette question est posée aux enquêtées, elles auraient tendance à répondre en fonction des attentes sociales en dissimulant (augmenter) leur âge à la première relation sexuelle. Si tel est le cas, quelles stratégies adoptées pour contourner ces problèmes de déclarations normatives ? De plus, du fait des problèmes de mémoire il est probable que la précision de cet âge baisse avec les générations les plus anciennes, ce qui limite l'étude des changements dans le temps.

La quatrième limite est liée à l'absence de certains indicateurs - dans les EDS -, jugés importants dans l'analyse de la fécondité adolescente. Par exemple, des informations sur l'utilisation d'une méthode contraceptive lors du premier rapport sexuel ainsi que le type de relation entre les enquêtées et leurs parents/proches durant leur adolescence ne sont pas présentes dans les fichiers de données que nous avions utilisés. Or, selon plusieurs chercheurs (Beninguisse, 2007 ; Vimard et Fassassi, 2007 ; Wendland et Levandowski, 2014 ; Bouillaut et al. 2019), ces informations se révèlent pertinentes pour étudier le comportement sexuel et reproductif des femmes. Soulignons que pour étudier le vécu de la grossesse adolescente, nous avions introduit ces questions dans le guide d'entretiens destiné aux femmes qui ont été mères à l'adolescence.

La cinquième limite est au niveau de notre variable dépendante. En fait, les femmes qui n'avaient pas encore 20 ans au moment de l'enquête n'ont pas toutes eu le même temps pour connaître l'événement (maternité adolescente).

Enfin, les entretiens – servant à analyser le vécu de la grossesse précoce à Haïti, ont été menés dans un contexte difficile celui du Covid-19. À cause de cette pandémie, nous n'avions pas pu nous rendre physiquement sur le terrain. De ce fait, nous avions privilégié des entretiens par téléphone. Rappelons qu'il y avait des coupures lors des échanges avec les interlocuteurs. De plus, il nous était impossible de visualiser leurs gestes ou encore leurs expressions corporelles. Ces détails sont d'une importance capitale : en plus de lire les émotions de l'interviewé tout au long de l'entretien, ils permettent à l'enquêteur de soulever d'autres questionnements (Schinz, 2002).

Points forts de cette thèse

Au regard du contexte environnemental dans lequel s'inscrit ce travail de recherche, nous avions fait choix d'une approche méthodologique mixte. En d'autres termes, des données quantitatives ont été jumelées à des données qualitatives. La complémentarité de ces méthodes nous a permis d'enrichir la méthodologie et les résultats de recherche et aussi d'effectuer une recherche plus instructive.

L'approche (théorique) multi paradigme que nous avions utilisée dans ce travail de recherche nous a été aussi très utile. Expliquer nos résultats en mobilisant des théories à la fois économique, démographique, anthropo-sociologique et psychologique, permet de mieux appréhender la maternité adolescente à Haïti.

Recommandations

Au terme de cette recherche doctorale et au vu des résultats obtenus, il nous paraît pertinent d'émettre quelques suggestions :

1. Les adolescent-e-s à Haïti doivent avoir un statut juridique particulier. Ils ne doivent pas continuer de bénéficier de la protection apportée aux enfants.
2. Il faudrait sensibiliser les adolescentes sexuellement actives (ou non) à négocier l'emploi des méthodes contraceptives (surtout les préservatifs) lors des rapports sexuels afin d'éviter les IST et les grossesses précoces.
3. Les pouvoirs publics et les institutions œuvrant dans la lutte contre les IST et les mariages précoces à Haïti doivent sensibiliser les familles favorables aux unions précoces à proscrire ces pratiques.
4. Il faudrait encourager les hommes à faire usage du préservatif durant les rapports sexuels et à respecter le consentement de leurs partenaires.
5. Briser les tabous liés à la sexualité tout en favorisant un meilleur accès aux méthodes contraceptives pour les adolescentes sexuellement actives.

6. La poursuite de la scolarité est un des facteurs qui permet à terme de surmonter le handicap créé par une maternité trop précoce : elle est possible jusqu'au terme quand la surveillance médicale est correcte. Les équipes pédagogiques et de santé scolaire doivent être conscientes de cet objectif et attentives à leurs besoins. Des mesures spécifiques doivent être prises pour favoriser la re-scolarisation et la réinsertion sociale des jeunes filles.

La maternité adolescente à Haïti est le résultat de causes sous-jacentes diverses, sociétales, économiques et autres, donc la prévention exige l'application de stratégies multidimensionnelles.

Le soutien des communautés et des leaders

L'engagement de la communauté se révèle extrêmement important si l'on veut influencer certaines normes sociales et cibler efficacement les besoins des adolescent.e.s en matière de santé sexuelle et reproductive. Plusieurs études ont montré que le soutien des leaders communautaires représentent de forts potentiels pour faciliter l'accès des adolescents et des jeunes aux informations sur les sujets relatifs à la sexualité et aux services de planning familial (Tantchou Yakam, 2009 ; Josse et Dubois, 2009).

La mobilisation des familles

Les résultats de notre recherche nous ont montré que les membres de la famille ne sont pas la source privilégiée pour obtenir des informations relatives à la sexualité, car ni les adolescent.e.s/jeunes ni les parents/proches ne se sentent à l'aise pour discuter de ces sujets. Cependant, l'implication des parents dans l'éducation sexuelle de leurs enfants pourrait influencer le changement de certaines normes sociales et morales. Les adolescents et les jeunes seraient plus enclins à réagir positivement à des interventions soutenues par leur famille.

Cours d'éducation sexuelle obligatoires dans les écoles

Il serait intéressant de mettre des cours d'éducation sexuelle dans les écoles à Haïti. Comme le préconisent Pelège et Picod (2006), ces cours doivent permettre aux adolescents/jeunes de comprendre les différentes dimensions de la sexualité. Ceci souligne la nécessité d'une éducation à la sexualité basée sur une approche globale pour mieux prévenir les comportements sexuels à risques (Berger et *al.* 2015).

Perspectives de recherche

En termes de perspectives, notons que les résultats obtenus dans la présente thèse ouvrent d'autres questionnements scientifiques qui constituent des idées de recherche en lien avec la socio-anthropologie, la démographie et la santé sexuelle et reproductive à Haïti. La première concerne la délimitation de l'adolescence dans le contexte culturel haïtien. La deuxième perspective de

recherche concerne l'analyse de l'impact des antécédents de violences sexuelles sur la maternité adolescente. La troisième perspective concerne la répétition de la maternité adolescente à Haïti.

En termes de perspectives personnelles, la publication des articles dans le cadre de la présente recherche doctorale constitue notre première priorité. Par ailleurs, nous sommes en train de préparer un projet de recherche postdoctorale dont le but est d'approfondir nos analyses sur la maternité à adolescente à Haïti, en lien avec les questions évoquées en perspectives dans le paragraphe précédent. Cette recherche postdoctorale constituera pour nous une opportunité de renforcement de nos compétences et de pérennisation de nos acquis en matière d'analyse démographique des phénomènes sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

Abdourahmane C. (2014). « « Ah bon ! C'est ça donc ton secret ! » », Cahiers d'études africaines [En ligne], 215 | 2014, mis en ligne le 02 octobre 2016.

Abric J.C. (1994). Pratiques sociales et représentations, Paris, PUF. 4e éd.

Adetoro O., Agah A. (1988). The implications of childbearing in postpubertal girls in Sokoto, Nigeria, International Journal of Gynecology & Obstetrics, Volume 27, Issue 1, Pages 73-77. ISSN 0020-7292. https://doi.org/10.1016/0020-7292(88)90091-4.

Adjamagbo A., Antoine P., Delaunay V. (2004). Naissances prémaritales au Sénégal : confrontation de modèles urbain et rural. Cahier québécois de démographie, vol 33, No 2, p 239-272.

Adjamagbo A. et al. 2004. Naissances prémaritales au Sénégal : confrontation de modèles urbain et rural, in Cahier Québécois de démographie, Vol 33, N°, p. 239-272. 15.

Affo AM, Djogbenou RY, Avakoudjo JDG, Degbey C, Saizonou J, Acotcheou P, et al. (2019). Influence de l'homme sur les Besoins non satisfaits en matière de planification familiale (BNS/PF) chez les femmes en union au Bénin. International Journal of Innovation and Applied Studies. 27(2):654-72.

AFP (2010). Un "pacte avec le Diable" en Haïti fait polémique aux États-Unis.

Agraimbah A., Carda, P. & Couppey, É. (2011). Adolescence : Crise !. Spécificités, 4, 55-64. https://doi.org/10.3917/spec.004.0055.

Ahokpossi Y. (2017). Tendances récentes dans l'âge au premier mariage en Afrique : Application des méthodes de décomposition.

Ajuwon A.J., Akin-Jimoh I., OlleyIladapo B., Akintola O. (2001). Perceptions of sexual coercion: Learning from young people in Ibadan, Nigeria, Reproductive Health Matters, 9, 17, 128-136.

Akoto E.M. & Kamdem H. (2003). « Etude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique », in Gendreau, F., (dir.), Les transitions démographiques des pays du Sud, Paris, AUPELF-UREF, éditions ESTEM, pp. 269-286.

Akoto E., Amouzou A., Djangoné R., Kassegne S., Ngondo A., Ntsame O., Tambashe O. et Tameko D. (2005). « Sexualité, fécondité et pratique contraceptive chez les jeunes en Côte d'Ivoire au Cameroun, au Togo et au Burkina Faso », XXVe congrès de la population à Tours, 18-23 juillet 2005.

Albuja LD., Cianelli R., Anglade D., Owusu B., Joseph L., Sailsman S., Ferrer L. (2017). Women's and Healthcare Workers' Beliefs and Experiences Surrounding Abortion: The Case of Haiti. J Nurs Scholarsh. 49(2):170-176. doi: 10.1111/jnu.12278. Epub 2017 Feb 1. PMID: 28146335; PMCID: PMC5621786.

Alfred J., Kohler H-P., Warren F. (2017). Coûts et avantages de l'expansion des services de santé reproductive sexuelle en Haïti.

Allman J. (1982). Fertility and Family Planning in Haiti. Studies in Family Planning, 13(8/9), 237–245. https://doi.org/10.2307/1965563.

Alphonse R. (2016). Seuls 5 % des dépenses publiques allouées à la santé en Haïti, déplore la Banque mondiale.

Alscher S. (2010). « Île d'Hispaniola. Des voisins inégaux confrontés à des défis semblables : dégradation environnementale et migration », Hommes & migrations, 1284 | 84-96.

Amemiya T. (1981).”Qualitative Response Models : A Survey”, Journal of Economic Litterature, 19(4), 481-536.

Ameselle J-L., Sibeud E. (1998). La revue des livres. Politique africaine, 75, 184-194. https://doi.org/10.3917/polaf.075.0184.

Amicy A-S (2016). L’éducation relative à l’environnement dans le programme des deux premiers cycles du niveau fondamental en Haïti. Analyse comparative des programmes de sciences expérimentales de France, Haïti et Ontario (Canada). Education. Université Paris-Est. Français. ffNNT : 2016PESC0006ff. fftel-01691744f.

Amsellem-Mainguy Y. (2011). Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes. Informations sociales, 165-166(3), 156-163. https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-3-page-156.htm.

Amuyunzu-Nyamongo M., Biddlecom A.E., Ouedraogo C., Woog V. (2005). Qualitative Evidence on Adolescents Views of Sexual and Reproductive Health in sub-Saharan Africa. Occasional Report, The Alan Guttmacher Institute, New York and Washington.

André B. (2011). La transition démographique en Haïti (Demographic transition in Haïti). In: Bulletin de l'Association de géographes français, 88e année, 2011-1. Montagnes tropicales, sous la direction de Etienne Cossart et Monique Fort. pp. 83-104.

Antoine P., Laplante B., Djire M. (1995). Les déterminants socio-économiques de la sortie du célibat à Dakar. In: Population, 50e année, n°1, 1995. pp. 95-117.

Arai L. (2003). Low expectations, sexual attitudes and knowledge : explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research., The Editorial Board of The Sociological Review, pp. 119-216.

Ariès P. (1982). « Deux motivations successives pour le déclin de la fécondité en Occident » (version française révisée de la communication au séminaire UIESP The Determinants of Fertility Trends: Theories Re-examined, ed. by C. Höhn and R. Mackensen, Liège, IUSSP-Ordina).

Armagnague-Roucher M. (2018). Le rôle des « jeunesses des rues » au Cap-Haïtien. Revue internationale des études du développement, 2(2), 77-98. https://doi.org/10.3917/ried.234.0077.

Arthus W. (2016). La politique étrangère des Pères fondateurs de la nation haïtienne. Monde et Société, Rencontre n° 32 – 33 / Septembre 2016.

Aspilaire R. (2014). L'économie informelle en Haïti : un impact contracyclique sur le PIB ?. Mondes en développement, 166(2), 101-112. doi:10.3917/med.166.0101.

Attanasso M. (2004). « Analyse des déterminants de la pauvreté monétaire des femmes chefs de ménage au Bénin », Mondes en développement, No 128, p. 41-63. doi:10.3917/med.128.0041.https://www-cairn-info.ezpaarse.univ-paris1.fr/revue-mondes-en-developpement-2004-4-page-41.htm.

Attanasso O, Groupe internationale de partenaires population — santé (2007). Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle : analyse des données de l’enquête démographique et de santé de 2001. https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010041154.

Attané I., Barbieri M. (2009). La démographie de l'Asie de l'Est et du Sud-Est des années 1950 aux années 2000: Synthèse des changements et bilan statistique. Population, vol. 64(1), 7-154. https://doi.org/10.3917/popu.901.0007.

Audebert C., 2017. La diaspora haïtienne : Territoires migratoires et réseaux. Presses Universitaires de Rennes, France.

Audebert C. (2012). Chapitre 1. Le contexte historique de la migration Haïtienne. In La diaspora haïtienne : Territoires migratoires et réseaux. Presses universitaires de Rennes. doi :10.4000/books.pur.26973.

Aujoulat I., Libion F., Rose B. (2007). Les grossesses chez les adolescentes : Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue.

Avila A.F., Kenyon R.W., Mickelson A.R. (2017). Green energy distribution in Haiti. 2017 IEEE Global Humanitarian Technology Conference (GHTC), 1-9.

Ayad M., Barrere B. (1991). Présentation des enquêtes démographiques et de santé. Population, Vol.46, N°4, pp.964-974.

Azur MJ., Stuart EA., Frangakis C., Leaf PJ. (2011). Multiple imputation by chained equations: what is it and how does it work? Int J Methods Psychiatr Res. 2011 Mar;20(1):40-9. doi: 10.1002/mpr.329. PMID: 21499542; PMCID: PMC3074241.

Bacqué M., Hanus M. (2014). Le deuil. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Badaoui, K., Lebrun, A. & Bouchet, P. (2015). L'intérêt des théories psychosociales pour comprendre les styles vestimentaires des adolescents. Management & Avenir, 76, 57-76. https://doi.org/10.3917/mav.076.0057.

Bado A. (2007). Déterminants de la fécondité des adolescentes au Burkina Faso : approche par les variables intermédiaires, 118p.

Bajos N., Ferrand M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. Sociétés contemporaines, no 61(1), 91-117. doi:10.3917/soco.061.0091.

Balarajan Y., Ramakrishnan U., Ozaltin E., Shankar A. H., Subramanian S. V. (2011). Anaemia in low-income and middle-income countries. Lancet (London, England), 378(9809), 2123–2135. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62304-5.

Banque Mondiale (2017). https://donnees.banquemondiale.org/.

Banque Mondiale (2020). https://donnees.banquemondiale.org/.

Baranon D. (2015). Non-utilisation des méthodes modernes de contraception chez les femmes sexuellement actives dans la commune de Tchaourou. Mémoire de licence non publié, École Nationale de Statistique, de Planification et de Démographie de l'Université de Parakou, Bénin.

Barbieri M. (2012). Les maternités précoces aux États-Unis. Travail, genre et sociétés, 28(2), 107-132. doi:10.3917/tgs.028.0107.

Barbieri M. (1993). « Afrique enquêtes démographiques et de santé », Population, Vol.48, N°3, pp. 795-796.

Barbieri M., Ouellette N. (2012). La démographie du Canada et des États-Unis des années 1980 aux années 2000: Synthèse des changements et bilan statistique. Population, 67, 221-328. https://doi.org/10.3917/popu.1202.0221.

Baron A., Cuzin E. (2016). Le féroce ouragan Matthew frappe Haïti.

Barou J. (2016). La malédiction de la femme stérile. Ecole Parents ;618(1):48, http://dx.doi.org/10.3917/epar.618.0048.

Bataille J. (2010). L'Eglise haïtienne : une histoire enracinée en France.

Baya B. et Meda N. (2001). « Comportements des jeunes de Bobo-Dioulasso et MST/VIH/SIDA : espoir ou inquiétude ? » Communication au XXIV Congrès général de l'Union pour l'étude scientifique de la population (UIESP), tenu à Salvador de Bahia, au Brésil, du 18 au 24 août 2001.

Beaugé M. (2016). « Vécu de la maternité chez des jeunes mères d'origine haïtienne » Mémoire. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Maîtrise en travail social.

Beaulière A., Flori Y. (2008). Pauvreté des conditions de vie et mortalité infanto-juvénile en Haïti. Sciences sociales et santé, vol. 26(2), 39-69. https://doi.org/10.3917/sss.262.0039.

Beaverson S. (2018). Investigation of Factors Impacting Underutilization of Family Planning in Léogâne, Haiti. Duke Global Health Institute. Duke University. Durham, NC.

Béchacq D. (2014). Le secteur vodou en Haïti: Esthétique politique d'un militantisme religieux (1986-2010). Histoire, monde et cultures religieuses, 29, 101-118. https://doi.org/10.3917/hmc.029.0101.

Becker G. (1960). "An economic analysis of fertility", in Demographic and Cultural Change in Developed Countries, Princeton, Princeton University Press (Universities-National Bureau Conference n° 11), p. 209-231.Becker G., 1965, "A theory of the allocation of time", The Economic Journal, 75(299), p. 493-517.

Becker G.S., Lewis H.G. (1973). « On the Interaction between the Quantity and Quality of Children », Journal of Political Economy, 81, p. 279-288.

Becker G.S. (1976) The economic approach to human behavior. Chicago : The University of Chicago Press.

Becquet V. (2015). « Des inégalités de genre à la sélection sexuelle prénatale : la masculinité des naissances au Viêt Nam », Université Paris Descartes, thèse de doctorat de démographie.

Beghin D., Cueppens C., Lucet C., Ndamè S., Masuy-Stroobant G., Sasse A., Piette D. (2006). Adolescentes : sexualité et santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles. Bruxelles. Avec le soutien de la Communauté française de Belgique.

Béjin A., Béjin A. (1989). – « Arsène Dumont et la capillarité sociale », Population, 44eannée, n°6, pp. 1009-1028.

Beltzer N., Bajos N. (2008). « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles » in BAJOS N. et BOZON M. (dir.). Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé. Paris, La Découverte.

Benoit-Cattin M. (2016). L'agriculture dans l'économie globale haïtienne : une vue d'ensemble.

Beninguisse G. (2007). Sexualité prémaritale et sante de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne In l'Afrique face à ses défis démographiques. p 289-321.

Berk R., Berk S. (1983). «Supply-Side Sociology of the Family: The Challenge of the New-Home Economics». Annual Review of Sociology, 9, 375-395.

Bertaux D. (2005), L'enquête et ses méthodes : le récit de vie, 2e édition : Armand Colin.

Bertin A., Drogue C. (2012). Haïti : le casse-tête de l'état civil. Plein droit, 94(3), 27-30. doi:10.3917/pld.094.0027.

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

Bertrand T., Jane T., Sullivan E., Muhammad F., James D. (2015). Déséquilibre des méthodes contraceptives et évolution de l'éventail de méthodes dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2015, pp. 9–19, doi: 10.1363/FR00915.

Bettoli L. (2003). Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? quels risques comporte-t-elle ? quel accompagnement à genève ?. Thérapie Familiale, 24, 179-191. https://doi.org/10.3917/tf.032.0179.

Billy A. (2014). La maternité adolescente au Togo: une interpellation pour l'Église et la société (Doctoral dissertation).

Billy R., Klein O. (2019). « Parentalité et abandon volontaire d'enfants en Haïti : une compatibilité impensée », Enfances Familles Générations [En ligne], 32 | 2019. http://journals.openedition.org/efg/8116.

Binet C., Gastineau B. (2008). Mariage, fécondité et autonomie conjugale à Madagascar. Autrepart, 47(3), 43-56. doi:10.3917/autr.047.0043.

Binet C., Gastineau B., Rakotoson L. (2009). Teenage pregnancy in Madagascar: Impact on the health of mother and child. Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. 19(3):159-166. doi:10.1684/san.2009.0167.

Blake J. (1968) « Are babies consumer durables? A critique of the economic theory of reproductive motivation », Population Studies, 22(1), p. 5-25.

Bledsoe C., Cohen B. (1993). Social Dynamics of Adolescent Fertlity in Sub-Saharan Africa, Washington D. C., National Academy Press.

Bloom D., David C., Jaypee S. (2003). Le « bonus démographique » Comment les dynamiques de population peuvent influencer la croissance économique: [Banking the "Demographic Dividend:" How Population Dyanamics Can Effect Economic Growth]. Santa Monica, CA: RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB5065z2.html.

Bongaarts J. (1978). "A framework for analyzing the proximate determinants of fertility", Population and development Review, 4(1), p. 105-132.

Bonnet D., Guillaume A. (1999). La santé de la reproduction : concept et acteurs. Paris : IRD, (8), 20 p. (Documents de Recherche - ETS/IRD ; 8). ISSN 1274-9494.

Bossuat G. (1986). L'aide américaine à la France après la seconde guerre mondiale. In: Vingtième Siècle, revue d'histoire, n°9. pp. 17-36.

Bouillaut A., Grandazzi G., Brielle N. (2019). Le devenir socioéconomique des mères adolescentes, 10 ans plus tard. Doi : 10.1016/j.sagf.2018.10.002.

Bourbonnais R. (2015). Économétrie. Paris: Dunod.

Bousquet V. (2012). Traitement des données manquantes en épidémiologie : application de l'imputation multiple à des données de surveillance et d'enquêtes. Santé publique et épidémiologie. Université Paris Sud - Paris XI, 2012. Français. ⟨NNT : 2012PA11T017⟩. ⟨tel-00713926⟩.

Bozon M. (2002). Sociologie de la sexualité, Nathan, Paris.

Bozon M., Hertrich V. (2004). « Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique latine », in, Guillaume Agnès et Khlat Myriam (éds.), Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique, Paris, CEPED, Les collections du Ceped, pp. 35-53.

Bozon M. (2009). « Les constructions socio-politiques de la sexualité comme risque », in Gourbin C. (dir), Santé de la reproduction au nord et au sud. De la connaissance à l'action. Actes de la chaire Quételet 2004, Presses Universitaires de Louvain, pp.15-28.\

Brasseur M., Lacroux A., Magnien L. (2015). Les non-réponses sont-elles des réponses : Étude des valeurs manquantes dans un 360° feed-back. @GRH, 17, 43-57. https://doi.org/10.3917/grh.154.0043.

Breton D., Barbieri M., Belliot N., d'Albis H., Mazuy M. (2019). L'évolution démographique récente de la France : une singularité en Europe ?. Population, 74, 409-497. https://doi.org/10.3917/popu.1904.0409.

Brilhault G., Caron N. (2016). Le passage à une collecte par sondage : quel impact sur la précision du recensement ?. In: Economie et statistique, n°483-485. Le Recensement rénové : avancées méthodologiques et apports à la connaissance. pp. 23-40. DOI: https://doi.org/10.3406/estat.2016.10671.

Brodsky A. (2017). 'Rape-Adjacent': Imagining Legal Responses to Nonconsensual Condom Removal (2017). Columbia Journal of Gender and Law, Vol. 32, No. 2, Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=2954726.

Brugeilles C., Lestage F. (2018). "Introduction". Cahiers des Amériques latines 88-89 : 23-36. https://doi.org/10.4000/cal.8821.

Butterlin J. (1960). Géologie générale et régionale de la République d'Haïti. https://books.google.fr/books/about/G%C3%A9ologie_g%C3%A9n%C3%A9rale_et_r%C3%A9gionale_de_la.html?id=u6jgtQEACAAJ&redir_esc=y.

Caldwell J.C. (1978). "A theory of fertility: From High Plateau to Destabilization". Population and Development review, 4 (4), p 553-577.

Calixte J. (2007). Milieu familial et réussite scolaire. Université d'Etat D'Haïti/Faculté des Sciences Humaines – Psychologie.

Calvès A.E. (1996). Youth and fertility in Cameroon: changing patterns of family formation. Thèse de doctorat, Pennsylvania University, 254 p.

Calvès A.E. 1998. « La sexualité pré maritale des adolescents à Yaoundé », in KUATEDEFO B. (dir.), Sexualité et santé reproductive durant l'adolescence en Afrique., Boucherville, Ediconseil Inc., p. 15-26.

Cantrelle P. (1995). Quarante ans d'enquêtes démographiques en Afrique. In : Vallin J. (ed.). Clin d'oeil de démographes à l'Afrique et à Michel François. Paris : CEPED, p. 101-115. (Documents et Manuels du CEPED ; 2). ISBN 2-87762-074-3.

Carel A. (1992). « L'intime, le privé et le public », Gruppo 8 : 23-38.

Carmoin I. (2015). Que faire des affaires de l'être cher ? Les principales erreurs à éviter, Les mots du deuil, 3 p.

Carruth L., Freeman S. (2021). "Aid or exploitation?: Food-for-work, cash-for-work, and the production of "beneficiary-workers" in Ethiopia and Haiti," World Development, Elsevier, vol. 140(C).

Carver J.W., Dévieux J.G., Gaston S.C. et al. (2014). Sexual Risk Behaviors Among Adolescents in Port-au-Prince, Haiti. AIDS Behav 18, 1595–1603. https://doi.org/10.1007/s10461-013-0689-4.

Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (2001). Démographie : analyse et synthèse – I. La dynamique des populations, INED – PUF, 574 p.

Cayemittes M et al. (2018). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-II), Haïti 2016/2017. Calverton, Maryland Usa : Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc.

Céïbe C. (2016). Le 7 février 1986. Les haïtiens se libèrent de la dictature, pas encore de la dépendance.

Cénat J., Derivois D. (2012). L'impact de la culture vaudou dans la prise en charge psychosociale des enfants mis en vulnérabilité par le VIH/SIDA en Haïti : étude exploratoire. Enfance, 4(4), 423-434. https://doi.org/10.4074/S0013754512004053.

Chaaban J., Cunningham W. (2012). “Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend.” Policy Research Working Paper No. 5753. Washington, DC: The World Bank Poverty Reduction and Economic Management Network.

Chae S., Woog V. (2015). Obstacles à la pratique contraceptive des femmes au Bénin. http://www.guttmacher.org/pubs/IB-Benin-Contraception-FR.html.

Chahnazarian A. (1992). Hausse récente de la fécondité en Haïti : un nouvel engouement pour la vie en union? In: Population, 47e année, n°3. pp. 583-616.

Charbit Y., Régnard C. (1999). Dynamiques démographiques et dimensions géographiques des populations africaines. Espace, Populations, Sociétés, 37 : 13-27.

Charles E. (2006). «Natalité-Fécondité, Besoins en Planification Familiale.», Août 2006, 64 pages.

Chauvet G. (2015). Données manquantes dans les enquêtes, Cours disponible en ligne.

Cherlin A., Riley N. E. (1986). Adolescent Fertility: An Emerging Issue in sub-Saharan Africa. Washington, DC: World Bank, Population, Health and Nutrition Depart.

Chesnais J. C. (1985). Progrès économique et transition démographique dans les pays pauvres : trente ans d'expérience (1950-1980). In: Population, 40e année, n°1, 1985. pp. 11-28; doi : 10.2307/1532954.

Chilman C. S. (1986). Some psychosexual aspects of adolescent sexual and contraceptive behaviors in a changing American society. In J. B. Landcaster & B. A. Hamburg (Eds.), School age pregnancy and parenthood : Biosocial dimensions (pp. 191-212). New York : Aldine de Gruyter.

Chossudovsky M. (2004). US sponsored Coup d’Etat. The destabilization of Haiti. Centre for Research on Globalization.

Cissé R., Salam Fall A., Jacquemin M. (2017). Les adolescents en Afrique de l’Ouest et du Centre. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers18-01/010071747.pdf.

Claes M. (1986). L’expérience adolescente, Bruxelles, Pierre Mardaga.

Clealand J., Wilson C. (1987). «Demand theories of the fertility transition. An iconoclastic view», Population Studies, vol. 41, no 1, p. 5-25.

Clément J. (1979). « History of Education in Haiti: 1804-1915 », Revista de Historia de América 88 : 33-74.

Clorméus A. (2014). La situation religieuse en Haïti après le séisme du 12 janvier 2010: Entretien avec Elizabeth McAlister. Histoire, monde et cultures religieuses, 29(1), 133-136. doi:10.3917/hmc.029.0133.

Coale A.J. (1973). The demographic transition reconsidered. In IUSSP—Proceedings of the International Population Conference. Liège, Belgium: Eds. Ordina.

Cohen S., Gottlieb B. H., Underwood L. G. (2000). Social relationships and health, in Cohen, S., Underwwod, L. G., Gottlieb, B. H., éds., Social Support Measurement and Intervention, New York, Oxford University Press, 3-25.

Coleman S. (1983). Family Planning in Japanese Society: Traditional Birth Control in a ModernUrban Culture, Princeton, Princeton University Press.

Comité Interministériel d’Aménagement du Territoire (2016). Atlas des menaces naturelles en Haïti.http://ciat.gouv.ht/sites/default/files/articles/files/ATLAS%20HAITI%20FRENCH%2005 32017_LR.pdf.

CONALD (2014). Enquête Scolaire sur L'Utilisation et la Prévalence de la Consommation des Drogues chez les Éleves du Secondaire en Haïti 2014. https://ghdx.healthdata.org/organizations/national-commission-fight-against-drugs-haiti.

Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_fre.pdf.

Congo Z. (2007). Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers20-12/010041155.pdf.

Coradin J. (2000). Histoire diplomatique d'Haïti.1908-1915, tome 4, Port-au-Prince, éditions des Antilles.

Corbet A. (2014). Quand l'humanitaire choisit ses victimes. https://www.revue-projet.com/articles/2014-04-corbet-quand-l-humanitaire-choisit-ses-victimes/7916.

Corbet A. (2020). « Les différentes dimensions de la mémoire du séisme de 2010 en Haïti », L'Espace Politique. DOI : https://doi.org/10.4000/espacepolitique.8275.

Corcoran J., Franklin C. & Bennett P. (2000). Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. Social Work Research, vol. 24, n° 1, pp. 29-39.

Cormier-Beaugrand A. (2017). Analyse critique de la présence des contraceptifs longue durée réversibles en Haïti.

Corten A. (2001). Diabolisation et mal politique. Haïti : misère, religion et politique Montréal-Paris, Éditions du CIDIHCA-Karthala, 2001, 245 p.

Corten A. (2014). « Pentecôtisme, baptisme et système politique en Haïti », Histoire, monde et cultures religieuses, 2014/1 (n° 29), pp.119-132.

Cosio-Zavala M. (2001). « Les deux modèles de transition démographique en Amérique latine : le malthusianisme de pauvreté », in Gendreau F. (dir.), Les transitions démographiques dans les pays du Sud, Paris, Estem Aupelf-Uref, p. 41-52.

Cosio-Zavala M., De Loenzien M., Luu Bich N. (2016). MUTATIONS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIALES DU VIET NAM CONTEMPORAIN. Presses Universitaires de Paris Ouest. Presses Universitaires de Paris Ouest, 1, 2016, MUTATIONS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIALES DU VIET NAM CONTEMPORAIN. ffhalshs-01352821f.

Cottrell G., Cot M., Mary J., (2009). L'imputation multiple des données manquantes aléatoirement : concepts généraux et présentation d'une méthode Monte-Carlo = Multiple imputation of missing at random data : general points and presentation of a Monte-Carlo method. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 57 (5), p. 361-372. ISSN 0398-7620.

Coulibaly M., Doukouré D., Kouamé J., Ayékoé IA., Mélèdje-Koumi MD., Malik S., Sackou-Kouakou J., Aké O., Tiembré I., Kouadio L. (2020). Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire. Sante Publique. 32(4):389-397. French. doi: 10.3917/spub.204.0389. PMID: 33512106.

Courtois R. (2011). Les conduites à risque à l'adolescence : Repérer, prévenir et prendre en charge, Paris, DUNOD, 352p.

Croisy S. (2012). Haïti : école- borlette et reforme, une union possible (Paris : Université de Paris 8 Vincent Saint-Denis).

Dadoorian D. (2007). Grossesses adolescentes. Le Journal des psychologues, 252(9), 72-75. doi:10.3917/jdp.252.0072.

Daguerre A., Nativel C. (2004). « Les maternités précoces », Cnaf, Dossiers d'études, n° 53.

Damus O. (2020). Le rôle des matrones dans la gestion et l'utilisation durable de la biodiversité en Haïti. Matrimonialisation et sauvegarde de leur métier. Etudes Caribéennes, Université des Antilles. ⟨hal-02921219⟩.

David J.M., Legg W.E. (1975). An application of Multivariate Probit Analysis to the Demand for Housing", Journal of Business and Economic Statistics, August 1975, 295-300.

Davie E., Mazuy M. (2010). Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement. Population, vol. 65(3), 475-511. doi:10.3917/popu.1003.0475.

Davis K., Blake J. (1956). "Social structure and fertility. An analytic framework", Economic Development and Cultural Change 4(3), p. 211-235.

Davis S.L., DiClemente R.J, Wingood G.M., Harrington K.F., Crosby R.A., Sionean C. (2003). Pregnancy desire among disadvantaged African American adolescent females, American Journal of Health Behavior, 27 [1], pp. 55-62.

De Becker E., Lescalier-Grosjean I., Tilmans-Ostyn E. (2005). La « famille – enfant-roi » et la thérapie familiale. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, no<(sup> 34), 13-34. https://doi.org/10.3917/ctf.034.0013.

Delaunay V., Becker C.M. (2001). « Vers une demande réelle de contrôle de la fécondité en milieu rural sénégalais », éd. Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud. Paris, IRD : 127-146.

Delaunay V., Locoh T. (1994). L'entrée en vie féconde : expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais. Paris : CEPED, (7), 348 p. (Les Etudes du CEPED ; 7). ISBN 2-87762-068-9Dubet F. (1992). « A propos de la violence et des jeunes », Cultures & Conflits n°6 (1992) pp. 7-24.

Delaunay D., Guengant J-P. (2019). Le dividende démographique en Afrique subsaharienne [en ligne]. Paris, IEDES - Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 120p. (Collection Monographies Sud-Nord, n°9).

Delaunay V. (2005). « Sexualité et prévention avant le mariage en Afrique subsaharienne : Une revue de la littérature », conférence virtuelle sur La régulation de la fécondité en Afrique. Transformations et différenciations au tournant du XXIe siècle, organisée par le LPED, 10-14 octobre 2005.

Delaunay V., Guillaume A. (2007). « Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne », in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (dir.), Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements, Academia Bruyant, pp.211-263.

Deschamps J-P. (1976). Grossesse et maternité chez l'adolescente. Paris : Éd. Centurion.

Desroches C. (2014). Leslie François Manigat : Du génie intellectuel à la mystification politique. https://www.alterpresse.org/spip.php?article16724.

Devault A., Frechette L. (2006). Le soutien social : ses composantes, ses effets et son insertion dans les pratiques sociosanitaires, dans Carroll, Gisele (dir.), Pratiques en santé communautaire, Édition Chenelière, p 141-152.

Diaouga H. S., Yacouba M. C., Abdou M., Rahamatou M. G., Idi N., Nayama M. (2020). Pronostic de la grossesse chez les mineures mariées en cours de scolarisation à Niamey, République du Niger [Prognosis of pregnancy among married child students in Niamey, Republic of Niger]. The Pan African medical journal, 37, 274. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.274.25834.

Di Cesare M., Rodriguez Vignoli J. (2005). Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia.

Dinka M.O., Cho S.J. (2010). Analysis for the Design of a Sustainable Housing Complex in Haiti.

Diop J. N. (1995). La fécondité des adolescentes au Sénégal, UEPA, N°11, Dakar, 20 pages.

Discour V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. Les Cahiers Dynamiques, 50, 40-46. https://doi.org/10.3917/lcd.050.0040.

Doignon Y., Oliveau S. (2012). Simuler la baisse de fécondité en Inde. Groupe Dupont - ESPACE. Actes du 18ème colloque Géopoint : les échelles pour les géographes et les autres, pp.93-99. 978-2-9029-0918-7.

Doliger C. (2008). La fécondité et ses déterminants économiques: Becker vs Easterlin. Revue économique, vol. 59(5), 955-971. doi:10.3917/reco.595.0955.

Dorvilier F. (2010). Les causes de la crise de la transition démographique en Haïti : une analyse néo-institutionnelle. Université Catholique de Louvain.

Doumkel N. (2012). Fécondité des adolescentes au Tchad : Recherche des facteurs explicatifs. https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/doumkel_ngaba_2012.pdf.

Drieu D., Hurvy C. (2015). Enjeux intersubjectifs entre l'adolescent et sa famille: Intérêt de la prise en charge familiale en institution. Le Divan familial, 35, 145-158. https://doi.org/10.3917/difa.035.0145.

Drouilleau F., Fine A., Jacquemin M., Puech I. (2009). Domestiques d'ici et d'ailleurs. Travail, genre et sociétés, 22, 25-30. https://doi.org/10.3917/tgs.022.0025.

Dubois L. (2012). Haiti : The Aftershocks of History. New York : Metropolitan Books.

Duesenberry J.S. (1949). Income, Saving, and a Theory of Consumer Behavior, Cambridge, Harvard University Press.

Dugast S. (2005) Les bois sacrés en Afrique de l'Ouest. Quelques pistes d'analyses, Cahier VI—2004/2005, Table ronde—Bois sacrés: dans le cadre du thème 1 et du thème, vol 6. pp 174–179.

Dumont A. (1890). Dépopulation et civilisation. Etude démographique. Paris, Lecrosnier et Babé, XII + 520 p.

Dumont G. (2010). Haïti, les marqueurs de la pauvreté. Population & Avenir, 697(2), 3-3. doi:10.3917/popav.697.0003.

Dumont G-F. (2017). LES THÉORIES DES CYCLES ET LES PERSPECTIVES DE LA FÉCONDITE EN FRANCE. Jacqueline HECHT, Christophe BERGOUIGNAN, France PRIOUX, Chantal BLAYO et Alain PARANT Fécondité : représentation, causalité et prospective , CUDEP, pp.68-83.

Dumont G-F. (2019). Les retraites en Europe : quelles perspectives ?. Les Analyses de Population & Avenir, 2019, pp.1-12. ff10.3917/lap.025.0001ff. ffhalshs-02388691v2f.

Durban-Albrecht E. (2017). "Performing Postcolonial Homophobia: A Decolonial Analysis of the 2013 Public Demonstrations Against Same-Sex Marriage in Haiti." Women & Performance: A Journal of Feminist Theory 27 (2).

Durkheim E. (1912/2001) The Elementary Forms of Religious Life(Trsl. by C.Cosman).Oxford: Oxford University Press.

Duthé G. (2005). Mortalité, santé : moteurs du progrès, facteurs des inégalités. Population, vol. 60(3), 367-390. doi:10.3917/popu.503.0367.

Eastwood R., Lipton M. (2012). The demographic dividend: retrospect and prospect. Econ Aff 32 (1): 26-30. 10.1111/j.1468-0270.2011.02124.x.

Easterlin R. (1975). “An economic framework for fertility analysis”, Studies in Family Planning 6(3), p.54-63.

Easterlin R. (1987). "Easterlin Hypothesis", in: Eatwell J., Murray M. & Newman P. (ed): The New Palgrave, A Dictionary of Economics 2, Stockton Press, New York, pp. 1-4.

Emina J. (2005). Situation résidentielle, scolarisation et mortalité des enfants selon la légitimité de leur naissance : Une analyse du Cameroun, de la Centrafrique et de la République Démocratique du Congo. Thèse de Doctorat en Démographie, Université Catholique de Louvain, département de démographie. 388p.

Enel C., Querre M. (2006). « La vulnérabilité des femmes face au VIH en république du Congo : les composantes des environnements à risque » in Desgrées du Loû A. et Ferry B.(eds.), Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud, Les collections du CEPED, pp.59-78.

Euvé F. (2010). « Crainte et tremblement ».

Evina A., Kishimba N. (2001). L’utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l’espacement à la limitation des naissances ; In Transitions démographiques des payes du Sud, actes des 3e journées du Réseau Démographie, Rabat, 9-12 décembre 1998. - PARIS : ESTEM, pp. 253-268.

Evina A. (2005). Les facteurs de la contraception au Cameroun, GRIPPS, Documents d’analyse N°6, 46p.

Fall S. (2004). « Les facteurs de la contraception au Sénégal au tournant du siècle : Analyse des données de l’enquête démographique et de santé de 1997 (EDS-III) ». La Planification familiale en Afrique, Documents d’analyse, n° 2. GRIPPS.

Faucher P., Dappe S., Madelenat P. (2002), Maternité à l’adolescence: analyse obstétricale et revue de l’influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d’une étude rétrospective de 62 dossiers., Gynécologie, Obstétrique & Fertilité, 30, pp. 944-952.

Favara M., Lavado P., Sanchez A. (2016). Understanding Teenage Fertility, Cohabitation, and Marriage: The Case of Peru. IZA Discussion Paper No. 10270, Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=2849755 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2849755.

Feldman D., Thomas J. (1986). The Social Dimensions of AIDS: Method and Theory. New York: Praeger.

Finn V., Umpierrez de Reguero S. (2020). forthcoming. “Inclusive Language for Exclusive Policies: A Case of Restrictive Migration Governance.” Latin American Policy.

Flórez C., Núñez J. (2003). “Teenage chilbearing in Latin American countries”, en Duryea, S., A. Cox y M. Ureta, Critical decision at a critical age, Adolescents young adults in Latin America, BID, Washington.

Folbre N. (1984). «Household production in the Philippines: A neoclassical approach». Economic Development and Cultural Change, 32, 2, 303-330.

Fonds Monétaire International (2021). https://www.imf.org/fr/News/Articles/2020/05/11/blog051120-how-pandemics-leave-the-poor-even-farther-behind.

Fonds des Nations Unies pour l’enfance (2011). LA SITUATION DES ENFANTS DANS LE MONDE. L’adolescence L’âge de tous les possibles. ISBN : 978-92-806-4556-9.

Fonds des Nations Unies pour l’enfance (2015). L'égalité des chances pour chaque enfant.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2018). Education : un accès équitable à l'éducation pour tous les enfants. https://www.unicef.org/haiti/education.

Fonds des Nations unies pour la population (2013). La mère-enfant : Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente.

Fonds des Nations unies pour la population (2014a). La mère-enfant : Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente.

Fonds des Nations unies pour la population (2014). État de la population mondiale. ISBN 978-0-89714-973-0. Numéro de vente F.14.III.H.1 F/1 800/2014.

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2016). La jeunesse en chiffre. 12 pages.

Fonds des Nations Unies pour la Population (2017). Faits et chiffres clés sur la situation des femmes en Haïti, Novembre 2017. https://haiti.unfpa.org/fr/news/faits-et-chiffres-cl%C3%A9s-sur-la-situation-des-femmes-en-ha%C3%AFti-novembre-2017.

Fonds des Nations unies pour la Population (2018). Pour un meilleur accès à la planification familiale en Haïti. https://haiti.unfpa.org/fr/news/pour-un-meilleur-acc%C3%A8s-%C3%A0-la-planification-familiale-en-ha%C3%AFti.

Fournier A. (2011). Consequences of wooded shrine rituals on vegetation conservation in West Africa: a case study from the Bwaba cultural area (West Burkina Faso). Biodivers Conserv 20, 1895–1910. https://doi.org/10.1007/s10531-011-0065-5.

Forest M., Levasseur M. (1991). La puberté, in La reproduction chez les mammifères et l'homme, C. Thibault et M.-C. Levasseur, Éds, Paris, Ellispes/Inra, p. 551-571.

François P. E. (2010). Politiques éducatives et inégalités des chances scolaires en Haïti (Port-au-Prince : Université D'Etat d' Haïti).

Frippiat D., Marquis N. (2010). Les enquêtes par Internet en sciences sociales : un état des lieux. Population, 65, 309-338. https://doi.org/10.3917/popu.1002.0309.

Fruhauf T., Zimmerman L., Kibira SP., Makumbi F., Gichangi P., Shiferaw S., et al. (2018). Measuring family planning quality and its link with contraceptive use in public facilities in Burkina Faso, Ethiopia, Kenya and Uganda. Health policy and planning. 33(7):828–39. pmid:30010860.

Gandy G. (2013). La Culpabilité, l'émotion qui tue, Éd Le courrier du Livre.

Garcia-Fons T., Vallet S. (2009). Écouter dans la crise. La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 76, 59-64. https://doi.org/10.3917/lett.076.0059.

Gastineau B., Rakotoson L., Andriamaro F. (2016). L'indicateur des Objectifs du Millénaire pour le développement : "besoins non satisfaits en matière de planification familiale". Quelle pertinence au Bénin et à Madagascar ?. Mondes en développement, 174, 79-93. https://doi.org/10.3917/med.174.0079.

Gavard M. (2008). 60 réponses pour être heureux, Éd Odile Jacob.

Geffrard R., Stavius M. (2014). Ce que vous ne savez pas sur le professeur Leslie F. Manigat.

Gendreau F. et al. (1985), Manuel de Yaounde, Estimations indirectes en démographie africaine, Ordina Éditions, Liège.

Gendreau F. (1993). « La qualité de l'observation : erreurs, contrôles, évaluation », Les études du CEPED, N°1, pp.51-57.

Genné M. (1981). La théorie de la transition démographique comme référentiel aux modèles démo-économiques. In: Tiers-Monde, tome 22, n°87. pp. 557-572.

Gilbert G., Gilbert S. (2017). « Exploration de l'expérience de la maternité chez des jeunes femmes haïtiennes issues du milieu rural : enjeux économiques, culturels et affectifs », Alterstice 7(2) : 91-104.

Gilbert R. (2018). Haïti: migration et transferts de fonds des travailleurs émigrés. https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2018/0305/PPT_Cours_PS_PaP_2018_seance_Haiti_5_RGilbert.pdf.

Giraldo A., Dalla Zuanna G. (2006). Une procédure de redressement du biais de non-réponse : le cas de l'enquête italienne sur la fécondité urbaine, 2001-2002. Population, 61, 331-344. https://doi.org/10.3917/popu.603.0331.

Giraud F. (2009). « Fabienne Portier-Le Cocq, Sexualité et maternité des adolescents. Voix anglaises et écossaises ».

Godfroid T. (2012). Préparer et conduire un entretien semi-directif (séminaire du 10 mai 2012). Unpublished document, Université de Lorraine, Nancy. Retrieved from http://crulh.univ-lorraine.fr/sites/crulh.univlorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godefroid.pdf.

Goffman E (1963). Stigmate. Les usages sociaux des handicaps. Paris, France: éditions de Minuit.

Goldberger C. (2014). « Pourquoi sont-elles mères à 15 ans ? ». Site Marie Claire. [en ligne] Récupéré de : http://www.marieclaire.fr/%2cmaman-a-16-ans%2c20161%2c458271.asp# (19.08.2014).

Goldbeter-Merinfeld É. (2008). Adolescence : de la crise individuelle à la crise des générations. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 40, 13-26. https://doi.org/10.3917/ctf.040.0013.

Goulet C., Marcil I., Kandom C. (2001). « Le point sur les mères adolescentes au Québec », Ruptures : revue transdisciplinaire en santé, 2001 ; 8 (2) : 21-34.

Goulois D. (2014). Les enjeux de la transmission mère-enfant dans les maternités précoces à La Réunion. Dialogue, 3(3), 91-102. https://doi.org/10.3917/dia.205.0091.

Greenhalgh S. (1990). "Toward a political economy of fertility: anthropological contributions", Population and Development Review, 16(1), p. 85-106.

Greethel G (2016). La religion et l'usage des méthodes contraceptives au Mexique. Sociologie. Université Sorbonne Paris Cité. p. 374 [https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01539369].

Grégory J. W., Piché V. (1985). « Démographie, impérialisme et sous-développement: Le cas africain». In D. Gauvreau et al. (eds). Démographie et sous-développement dans le tiers-monde, p 11-46.

Gueye M., Castle S., Konaté M. (2001). Timing of first intercourse among Malian adolescents : implications for contraceptive use, International Family Planning Perspectives, Vol.27, N°2, pp.56-62 &70.

Guillaume A., Desgrées du Loû A. (2002). « Fertility regulation among women in Abidjan, Côte d'Ivoire: Contraception, abortion, or both? », International Family Planning Perspectives, 28(3), p. 159-166.

Guillaume A., Molmy W. (2004). L'avortement en Afrique. Une revue de littérature des années 1990 à nos jours, Paris, CEPED.

Guilmoto C.Z. (2015). « La masculinisation des naissances. État des lieux et des connaissances », Population, 70(2), p. 199-264.

Gusti-Klara G. (2019). « Haïti-France. Permanences, évolutions et incidences d'une pratique de relations inégales au xixe siècle », La Révolution française.

Guzmán J., Rodríguez J., Martínez J., Contreras J., González D. (2006). La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950. Population, vol. 61(5), 623-733. doi:10.3917/popu.605.0623.

Gwatkin D. R., Rustein S., Johnson K., et al. (2000). Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Cameroon.

Gyepi-Grabrah B. (1988). "Fertility and Marriage in Adolescents in Africa", in : Congrès Africain de Population, vol. 2, p. 5.3.1-5.3.15. - Dakar, UIESP, Liège, 5.3.15 p.

Hajnal J. (1953). “Age at marriage and population marrying”, Population Studies, 7(2), p. 111-136.

Haldre K., Karro H., Rahu M., Tellmann A. (2005). Impact of rapid socio-economic changes on teenage pregnancies in Estonia during 1992-2001. Acta Obstetrica Gynecolo Scand, 84, 425-431.

Hamilton E., Ventura S. (2006). Fertility and abortion rates in the United States, 1960–2002.

Harris-Bourne V. (1997). Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World, 81 pages.

Hébrard J. (2010). Les deux vies de Michel Vincent, colon à Saint-Domingue (c. 1730-1804). Revue d’histoire moderne & contemporaine, 57-2(2), 50-78. doi:10.3917/rhmc.572.0050.

Hector C. (1991). Une quête du politique: Essais sur Haïti. Montréal, Éd. Du CIDIHCA, 259 p.

Herbigniaux F., Thai Y. (2005). Les méthodes contraceptives chez les jeunes. Enquête menée auprès des 13-21 ans par la fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes. Bruxelles, 44p.

Herrera J., MBa M., Milbin D., Rouchaud F., Torelli C., Zanuso C. (2012). Évaluation d’impact du séisme sur la population haïtienne : panel avec tracking des ménages dans les logements et les camps de réfugiés, document de projet ANR EISHA.

Hobcraft J. (1992). Fertility patterns and child survival: a comparative analysis. Popul Bull UN. (33):1-31. PMID: 12317479.

Hobcraft J. (1987). "Does family planning save children's lives?" Technical background paper for the International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning (Nairobi). New York: The Population Council.

Hofferth S.L., Kahn J.R., Baldwin W. (1987). Premarital sexual activity among U.S. teenage women over the past three decades", Family Planning Perspectives, vol. 19, no 2, p. 47-53.

Hostetler J. (1974). Hutterite society, Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Houzel D. (2003). Les enjeux de la parentalité. Érès, Toulouse

Htun M., Piscopo J. (2010). December. “Presence without Empowerment: Women and Politics in Latin American and the Caribbean”. Paper prepared for the Conflict Prevention and Peace Forum.

Huerre P. (2001). L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. Journal français de psychiatrie, no14(3), 6-8. doi:10.3917/jfp.014.06.

Hunter L.M., Reid-Hresko J., Dickinson T.W (2011). Environmental Change, Risky Sexual Behavior, and the HIV/AIDS Pandemic: Linkages Through Livelihoods in Rural Haiti. Popul Res Policy Rev 30, 729–750. https://doi.org/10.1007/s11113-011-9208-3.

Hurbon L. (1987) Comprendre Haïti, Karthala.

Hurlin C. (2003). Polycopié de cours: Econométrie des variables qualitatives, 57 pages.

IIMA (2011). Le droit à l'éducation en Haïti. Douzième Examen Périodique Universel Mécanisme de surveillance de l'influence des droits de l'homme du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies. https://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/session12/HT/IIMA-IstitutoInternazionaleMariaAusiliatrice-eng.pdf.

Ilinigumugabo A. et al. (1996). "Causes and consequences of adolescent pregnancy in Cameroon", Center for African Families Studies, 98 p.

Imbert G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers, 102, 23-34. https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023.

Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), ORC MACRO, Measure DHS+, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). « Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS III, Haïti 2000. »

Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), ORC MACRO, Measure DHS+, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). « Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS IV, Haïti 2006 »

Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), ORC MACRO, Measure DHS+, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). « Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS V, Haïti 2012. »

Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (2001). Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti. Fafo. PMUD.

Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, éd. 2003. « Résultats Recensement Général de la Population et de l'Habitat ». www.ihsi.ht/rgph_resultat_ensemble_population.htm.

Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (2012). Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages Après le Séisme (ECVMAS). Port-au-Prince.

Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (2015). Projections de populations.

Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (2017). Projections de populations.

Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (2022). https://ihsi.ayiti.digital/indicator-inflation.

Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos (IPPDH) du Marché commun du Sud (MERCOSUR) et Organisation internationale pour les migrations (OIM). Août 2017. Diagnóstico regional sobre migración haitiana. [Date de consultation : 13 sept. 2017]

IHSI et CELADE. (2007). Projections de la population haïtienne, 85 pages.

Jabouin E. (2012). « Haïti, en situation post-séisme : quelques effets de la catastrophe du 12 janvier 2010 sur la population locale », Études caribéennes.

Jadotte E. (2009). "International Migration, Remittances and Labour Supply: The Case of the Republic of Haiti," WIDER Working Paper Series RP2009-28, World Institute for Development Economic Research (UNU-WIDER).

Jaspard M. (2005). Sociologie des comportements sexuels, La Découverte, Paris.

Jean Simon D. (2020). Multipartenariat sexuel chez les jeunes femmes à Haïti. Dialogue, 228, 79-99. https://doi.org/10.3917/dia.228.0079.

Jean Simon D., Kiragu A., Toudeka S., et al. (2021). Être mère à l'adolescence à Haïti : un phénomène Persistant et multifactoriel, Sexologies, https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.04.007.

Jérôme L. (2010). La grossesse chez les adolescentes. Éc SagesFemmes René-Rouchy Univ Angers; 52 p [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00555775v1].

Jézéquel J. (2006). Les enfants soldats d'Afrique, un phénomène singulier : Sur la nécessité du regard historique. Vingtième Siècle. Revue d'histoire, no 89(1), 99-108. doi:10.3917/ving.089.0099.

Jodelet D. (1984). Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale, in B. Schiele et C. Belisle (eds), « Les représentations… », numéro spécial, Communication, Information, 1984, 6, 15-41.

Jodelet D. (2003). Les représentations sociales. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Jodelet D. (2006). Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales. In V. Haas (Ed.), Les savoirs du quotidien. Rennes, PUR.

Joint A. (2008). Système éducatif et inégalités sociales en Haïti. RREF - N°2 - 2008 - pp.18-24.

Jorès Mérat P. (2019). Être pauvre en Haïti. Les Cahiers d'Outre-Mer, 279(1), 27-49. https://doi.org/10.4000/com.9806.

Joseph Duval C. (2013). Croissance des villes en taille et en nombre : Causes et conséquences. https://www.researchgate.net/publication/261216276.

Kabali E., Mabika C., Mangalu J. (2009). Niveaux et déterminants des grossesses des adolescentes de 15-17 ans en RDC.

Kacou E. (2018). Comportements sexuels à risque au temps du VIH/Sida : le cas des jeunes en Côte d'Ivoire. Thèse de doctorat soutenue à l'Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.

Kaggwa E.B., Diop N., Storey D.J. (2009). « The role of individual and community normative factors : A mutli-level analysis of contraceptive use among women in union in Mali. » International Family Planning Perspectives 34 (2) : 79-88.

Kola E. (2013). Sexuation des activités rurales et identités spatiales en pays kabiyé au Togo. In Raibaud, Y., & Marius, K. (Eds.), Genre et Construction de la Géographie. Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine. doi :10.4000/books.msha.4795.

Kouadjo JM., Kouakou JA., et Kanga KD (2013). « Méthodologie d'obtention d'une base de données imputées » ; The African Statistical Journal, Volume 16, pp.61-81.

Kouton E. (1992) : Evaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin, les cahiers de l'IFORD, N°3, Yaoundé, 122p.

Kuate-Defo B. (2000). L'évolution de la nuptialité des adolescentes au Cameroun et ses déterminants. In: Population, 55e année, n°6. pp. 941-973.

Kuyu Mwissa C. (2004). Parenté et famille en Haïti : les héritages africains. Africultures, 1(1), 161-168. https://doi.org/10.3917/afcul.058.0161.

Lacassin R., Klinger Y., Feuillet N. (2013). Sismotectonique du tremblement de terre du 12 janvier 2010 en Haïti. Outre-Terre, 35-36(1), 163-183. doi:10.3917/oute.035.0163.

Lacroix X. (1999). Contraception et religions. Dans : Étienne-Émile Baulieu éd., Contraception : contrainte ou liberté (pp. 163-182). Odile Jacob. https://doi.org/10.3917/oj.bauli.1999.01.0163"

Lagrange H. (1999). Les adolescents, le sexe et l'amour, Syros.

Lamaute-Brisson N. (2002) L'économie informelle en Haïti : de la reproduction urbaine a Port-au-Prince, Paris, L'Harmattan.

Lamaute-Brisson N., Jadotte J., Lubin I. (2005). Education et Pauvreté en Haïti.

Landry A. (1934) La révolution démographique. Études et essais sur les problèmes de la population. Paris 1934. Réédité à Paris, INED, 1982.

La Rochebrochard (de) E. (1999). Les âges à la puberté des filles et des garçons en France. Mesure à partir d'une enquête sur la sexualité des adolescents, Population, n° 6, p. 933-962.

Laroche A. (2013). La grossesse précoce une catastrophe sociale. http://www.hpnhaiti.com/site/index.php/societe/5962-haiti-societe-sante-la-grossesse-precoce-une-catastrophe-sociale.

Le Breton D. (2007). 1. Difficile entrée dans la vie. Dans : , D. Le Breton, En souffrance: Adolescence et entrée dans la vie (pp. 27-60). Paris: Éditions Métailié.

Le Breton D. (2013). Les rites « privés » de passage. https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/psychologie/les-rites-prives-de-passage-7490.php.

Le Den M. (2012). Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France: Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention. Sciences sociales et santé, 30, 85-102. https://doi.org/10.3917/sss.301.0085.

Lee Poy P., Paxman J. (1997). La connaissance et la pratique de la contraception en Haïti : facteur de la baisse de la fécondité depuis deux décennies? Cahiers québécois de démographie, 26 (1), 41–68. https://doi.org/10.7202/010224ar.

Le Heuzey M. (2008). L'enfant maltraité : le regard du pédopsychiatre. Laennec, 56, 26-33. https://doi.org/10.3917/lae.081.0026.

Leridon H. (2015). Théories de la fécondité : des démographes sous influence ?. Population, vol. 70(2), 331-373. doi:10.3917/popu.1502.0331.

Lesthaeghe R. (1983). "A century of demographic and cultural change in Western Europe. An exploration of underlying dimensions", Population and Development Review, 9(3), p. 411-435.

Lesthaeghe R., Meekers D. (1987). "Value changes and the dimension of familism in the European community", European Journal of Population, 2(3-4), p. 225-268.

Le Van C. (1998). Les grossesses à l'adolescence. Normes sociales, réalités vécues Paris: ed. L'Harmattan p. 204.

Le Van C. (2006). La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ?. Adolescence, no 55(1), 225-234. doi:10.3917/ado.055.0225.

Lévesque S. (2015). Maternité précoce, violence et résilience. Des jeunes mères témoignent, Québec, Presses de l'université du Québec, 2015, 236 pages, ISBN : 978-2-7605-4220-4.

Lhomond B. (2009). Similitudes et divergences : les premières relations sexuelles des filles et des garçons. In: Dorlin E, Fassin E, editors. Genres et sexualités. Éditions de la Bibliothèque publique d'information/Centre Pompidou, coll. « En Actes »: Paris; p. 161—70.

Livingston G., Thomas, D. (2019). Why is the teen birth rate falling?. Retrieved from https://policycommons.net/artifacts/616670/why-is-the-teen-birth-rate-falling/1597351/ on 10 Apr 2022. CID: 20.500.12592/8d0wdr.

Locoh T. (1986). "La fécondité dans les changements et transitions démographiques". In les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement : Journées démographiques de l'ORSTOM 1985, Paris, Editions de l'ORSTOM.

Loignon C. (1996). Prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence. Etat de la situation pour la région de Montréal. Rapport de recherche menée dans le cadre du programme projet placement carrière.

Lombart M., Pierrat K., Redon M. (2014). «Port-au-Prince : un « projectorat » haïtien ou l'urbanisme de projets humanitaires en question», Cahiers des Amériques latines, 75 | 2014, 97-124.

Lo Monaco G., Lheureux F. (2007). Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'étude. Revue électronique de psychologie sociale, APSU, pp.1 - 55. ffhal-01736607f.

Luca N. (2005). « Laënnec Hurbon, Religion et lien social. L'Église et l'État moderne en Haïti », Archives de sciences sociales des religions, 130 | 2005, 113-202.

MacDonald T., Jackson S., Charles MC. et al. (2018). The fourth delay and community-driven solutions to reduce maternal mortality in rural Haiti: a community-based action research study. BMC Pregnancy Childbirth 18, 254. https://doi.org/10.1186/s12884-018-1881-3.

MacDonald M., Rindfuss R. (1978). «Relative economic status and fertility: Evidence from a crosssection». In J.L. Simon (Ed.), Research in Population Economics, 1, 291-308.

Madiou T. (1847). Histoire d'Haïti. Volume 1.

Maillochon F., Ehlinger V., Godeau E. (2016). L'âge « normal » au premier rapport sexuel: Perceptions et pratiques des adolescents en 2014. Agora débats/jeunesses, hors série(4), 37-56. doi:10.3917/agora.hs01.0037.

Makinson C. (1985). The Health Consequences of Teenage Fertility. Family Planning Perspectives, 17(3), 132–139. https://doi.org/10.2307/2135024.

Marcelino P. (2013), « Si proches et si lointaines : Les diasporas haïtiennes aux Caraïbes », résumé du Rapport de recherche n° 10, Observatoire ACP sur les Migrations, www. acpmigration-obs.org/sites/default/files/Haiti%20Diasporas%20Research%20Rep.pdf.

Marcelli D. (2001). Adolescence, grossesse et sexualité, une douloureuse conjonction. Revadosanté, juin 2001, No 2.

Mardon A. (2010). Sociabilités et travail de l'apparence au collège. Ethnologie française, 40, 39-48. https://doi.org/10.3917/ethn.101.0039.

Martínez-Gómez D., Ruiz JR., Gómez-Martínez S., et al. (2011). Active Commuting to School and Cognitive Performance in Adolescents: The AVENA Study. Arch Pediatr Adolesc Med. 165(4):300–305. doi:10.1001/archpediatrics.2010.244.

Masclet O. (2002). Passer le permis de conduire : la fin de l'adolescence. In: Agora débats/jeunesses, 28, 2002. Rites et seuils, passages et continuités. pp. 46-56. https://doi.org/10.3406/agora.2002.1975.

Massugueu Siaka M. (2011). Fécondité des adolescentes et changement de comportement entre 1991 et 2004 au Cameroun. Mémoire de Master. IFORD. Yaoundé (Cameroun). https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/massugueu_2011.pdf.

Mathieu H. (2014). Mémoire de fin d'étude pour obtenir le grade de master à l'UQAM. La grossesse survenue à l'adolescence chez les jeunes femmes vivant dans un camp d'hébergement suite au séisme du 12 Janvier de 2010 en Haïti.

Mauconduit N., Emile E. S., Paul B. (2013). Women and economic development: women entrepreneurship situation in Haiti. Haïti Perspectives, 2(3), 61-67.

Mayack N. (2014). « Politique de planification familiale au Cameroun : quelle place pour les jeunes ? », Autrepart, N° 70(2), p. 57-71.

Mazabrard P. (2014). La question de la normativité dans la relation médecin-malade en soins primaires à travers le cas de la grossesse chez l'adolescente, Thèse de Médecine générale, Faculté de médecine de Créteil.

Mbacké L., Faye A., Diongue M., Wone I., Seck I., Ndiaye P., Tal Dia A. (2015). Déterminants de l'utilisation de la contraception moderne dans le district sanitaire de Mbacké (Sénégal). Santé Publique, vol. 27(1), 107-116. doi:10.3917/spub.151.0107.

Mbakop Thoua A. (2010). Facteurs explicatifs des besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes en union au Cameroun. https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/mbakop_2010.pdf.

McCree D., Wingood G., DiClemente R., Davies S., Harrington K. (2003). Religiosity and risky sexual behavior in African-American adolescent females, Journal of Adolescent Health, Volume 33, Issue 1, 2003, Pages 2-8, ISSN 1054-139X. https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00460-3.

McDonald P. (1996). "Demographic life transitions: an alternative theoretical paradigm", Health Transition review, supplément 6.

McDougall J. (1978). Création et déviation sexuelle, in Plaidoyer pour une certaine anormalité, Paris, Gallimard.

McNicoll G. (1982). "Institutional determinants of fertility change", in Höhn C., Mackensen R. (eds), The Determinants of Fertility Trends: Theories Re-examined, Liège, Ordina et IUSSP, p. 147-168.

Meillassoux C. (1991). « La leçon de Malthus : le contrôle démographique par la faim ». In Francis Gendreau, Les spectres de Malthus : déséquilibres alimentaires, déséquilibres démographiques, Paris, EDI, pp.15-32.

Memmi S., Desgrées du Loû A. (2015). Rapports de genre et pratiques contraceptives au sein des couples palestiniens. Population, vol. 70(2), 295-330. https://doi.org/10.3917/popu.1502.0295.

Ménard I. (2010). Analyse du soutien que reçoivent les mères adolescentes de leur entourage et de leur utilisation des services sociaux, des services de santé et des ressources communautaires. Thèse de doctorat à l'UQAM.

Mercklé P., Octobre S. (2015). Les enquêtés mentent-ils ? Incohérences de réponse et illusion biographique dans une enquête longitudinale sur les loisirs des adolescents. Revue française de sociologie, 56, 561-591. https://doi.org/10.3917/rfs.563.0561.

Meyssan T. (2004). Washington et paris renversement Aristide : Coup d'État en Haïti. https://www.voltairenet.org/article12713.html.

Michel J. (2014). Un análisis de los factores asociados a los niveles de la fecundidad de las mujeres unidas en Haiti en 2012. Tesis de maestria en FLACSO.

Michon B. (2019). Revue du Philanthrope n° 7. Les ports négriers et les mémoires de la traite et de l'esclavage.

Mickens M. (2019). Etat des lieux du système d'enregistrement des naissances en Haïti. ffhal02544096f.

Mignot C. (1999) : La grossesse chez l'adolescente. Enfants et sociétés. J Pediatr Puériculture 1999 ; 12 : 353-8.

Millet K. (1978). Les paysans haïtiens et l'occupation américaine 1915-1930, Collectif Paroles, La Salle, pp. 113-114.

Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (2014). Annuaire statistique 2013-2014. menfp.gouv.ht/annuaire-statistique-2013-2014.html.

Ministère de l'Economie et des Finances et BID (2016). Evaluation rapide des dommages et des pertes occasionnés par l'ouragan Matthew et éléments de réflexion pour le relèvement et la reconstruction.

Ministère de la Santé Publique et de la Population (2016). Haïti : insalubres et sans moyens, les hôpitaux publics paralysés par la grève.

Ministère de la Santé Publique et de la Population (2017). Rapport statistique 2016 : https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20Statistique%20MSPP%202016.pdf.

Ministère de la Santé Publique et de la Population (2014). Profil des estimations et projections de VIH en Haïti 2010-2015.

Ministère de la Santé Publique et de la Population (2020). Plan Stratégique National de Santé Sexuelle et Reproductive 2019-2023. https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/Haiti-Plan-Strategique-National-de-Sant%C3%A9-Sexuelle-et-Reproductive-2019-2023.pdf

Mirkovic K.R., Lathrop E., Hulland E.N. et al. (2017). Quality and uptake of antenatal and postnatal care in Haiti. BMC Pregnancy Childbirth 17, 52. https://doi.org/10.1186/s12884-016-1202-7.

Moliner P. (2013). La dynamique des représentations sociales. Grenoble, France : Presses universitaires de Grenoble.

Moloua F., Fomena B., Rwenge M. (2004). « Comprendre la sexualité précoce des adolescentes », in Adjibade K., Ndamobissi R., Kouamé A. et Moloua F., (dir.), L'enfant en Centrafrique : Famille, santé, scolarité, travail, Paris, Karthala, UNICEF, pp.229-260.

Montas R. (2005). La pauvreté en Haïti: situation, causes et politiques de sortie, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC).

Moral P. (1957). La maison rurale en Haïti. In: Cahiers d'outre-mer. N° 38 - 10e année, Avril-juin 1957. pp. 117-130.

Morinis J., Carson C., Quigley MA. (2013). Effect of teenage motherhood on cognitive outcomes in children: A population-based cohort study. Arch Dis Child 2013;98(12):959-64.

Moscovici S. (1961). La psychanalyse, son image, son public. Paris, PUF.

Moussa B. (2014). Fécondité, réseaux familiaux et scolarisation des enfants en milieu urbain au Burkina Faso.

Mrdjen S., Penev, G. (2003). Balkans. Le Courrier des pays de l'Est, (5), 43-55.

Mucchielli L. (1999). La déviance : normes, transgression et stigmatisation, Sciences Humaines, 1999, n° 99, pp. 20-25.

Musset A., Brustlein-Waniez V. (1998). Les littoraux latino-américains. https://books.openedition.org/iheal/2833?lang=fr.

Nassam M. (2006). Analyse sociologique des déterminants de la fécondité précoce en milieu rural au Togo : Cas du canton d'Agoulou (préfecture de Tchaoudjo), Mémoire pour l'obtention de la maitrise ès-lettre, option sociologie du développement et du changement, UL.

Nativel C., Daguerre A. (2003). Un indicateur de la désinsertion sociale. Voyage au pays des maternités précoces. Le Monde Diplomatique, 2003, 12, 4p.

Nathanson A., Kim Y. (1989). Components of Change in Adolescent Fertility, 1971-79 Demography, vol. 26, no 1, p. 85-98.

Ndao A. (2008). Les jeunes et les enfants balisent les voies en Afrique de l'Ouest. Etude ethnographique sur les axes Bénin-Togo- Ghana-Nigeria, Plan WARO/Tdh, Dakar, PLAN

INTERNATIONAL : Réactions : Pour une intervention d'écoute active. Sur les traces des enfants et des jeunes Ouest africains.

Neal, S., Harvey, C., Chandra-Mouli, V. et al. (2018). Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: disaggregated data from demographic and health surveys. Reprod Health 15, 146. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0578-4.

Nicholls D. (1978). Race, couleur et indépendance en Haïti (1804-1825). In: Revue d'histoire moderne et contemporaine, tome 25 N°2. pp. 177-212.

Nichols D., Ladipo O. A., Paxman J-M., Otolorin E. O. (1986). "Sexual behavior, contraceptive practice, and reproductive health among Nigerian adolescents." Studies in Family Planning 17, 2:100-106.

Nivoix S. (2005). « Prise de décision financière et rationalité : une analyse empirique », La Revue du Financier, n°151, Avril, p.26-43.

Njogu W., Rutewerg N. Ekouevi N. (1990). Adolescent Chilbearing in Sub-Saharan Africa : Findings from the Demographic an Health Surveys. - document de travail.

Noel-Roumain M. (2014). Alexandre Pétion, le Père de notre Démocratie.

Notestein F. (1945). "Population. The long view", in Schulz E. (ed), Food for the World, Chicago, University of Chicago Press, p. 36-57.

Noumbissi A. (1994). Structures par âge et sexe et dynamique démographique. Le cas du Cameroun. Population (French Edition), 49(3), 751–771. https://doi.org/10.2307/1533965.

Nyarko S. (2012). « Determinants of Adolescent Fertility in Ghana », International Journal of Sciences: Basic and Applied Research, 5(1), p. 21-32.

Nzokirishaka A., Itua I. (2018). Determinants of unmet need for family planning among married women of reproductive age in Burundi: a cross-sectional study. Contraception and reproductive medicine, 3, 11. https://doi.org/10.1186/s40834-018-0062-0.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) et Banque Mondiale (2014). Haïti : Investir dans l'humain pour combattre la pauvreté Éléments de réflexions pour la prise de décision informée. http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/146301468032155405/pdf/944300v10REPLA0rete00FR0version0web.pdf.

OFPRA & CNJP (2016). La situation sécuritaire. https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/1608_hti_situationsecuritaire.pdf.

Olemba P., Tamo Mbouyou E., Massugueu Siaka M., Bakedeck U. (2017). Décomposition de l'évolution de l'âge d'entrée en union : une comparaison entre femmes des pays musulmans et chrétiens. Revue Algérienne des Etudes de population. Vol 1 No 1.

OMS (2012). SOIXANTE-CINQUIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ A65/13 Point 13.4 de l'ordre du jour provisoire.

ONU-HABITAT (2012). Deux années d'appui d'ONU-Habitat aux efforts de refondation territoriale.

ONU-HABITAT (2015). Canaan urban planning charrette. Port-au-Prince, ONU-Habitat.

ONUSIDA (2018). Mettre fin à la tuberculose et au Sida-Une réponse commune à l'ère des ODD.

Oudshoorn K, van Buuren S, van Rijckevorsel JLA (1999). Flexible Multiple Imputation by Chained Equations of the AVO-95 Survey, volume PG/VGZ/00.045. TNO Prevention and Health, Leiden. URL http://www.stefvanbuuren.nl/publications/Flexible%20multiple%20-%20TNO99045%201999.pdf.

Pampel F.C., Peters A.E. (1995). « The Easterlin Effect », Annual Review of Sociology, 21, p. 163-194.

Pasquier D. (2005). Cultures lycéennes. La tyrannie de la majorité, Paris, Autrement.

Paul B. (2008). Migration et pauvreté en Haïti : impacts économiques et sociaux des envois de fonds sur l'inégalité et la pauvreté ? Communication à la Journée Thématique du Groupe d'Economie et Développement (GDR), Université Bordeaux 4, le jeudi 16 octobre 2008.

Paul B. (2013).Le secteur informel et le développement économique en Haïti: Où est le problème ?

Peatrik A-M. (2020). « Pour une anthropologie des jeunes en Afrique », Ateliers d'anthropologie, 47. DOI : https://doi.org/10.4000/ateliers.12114.

Pereira A., Canavarro M.C., Cardoso M.F., Mendonça D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socio-economic status. Adolescence, 40 (159) pp 655-671.

Petit-Frère D. (2013). Leslie François Manigat : une histoire d'excellence. https://lenouvelliste.com/article/122624/leslie-francois-manigat-une-histoire-dexcellence.

Petit V., Tchetgnia L. (2009). Les enjeux de la sexualité transactionnelle pré-maritale en milieu urbain camerounais. Autrepart, 49, 205-222. https://doi.org/10.3917/autr.049.0205.

Philibert L., Jean Simon D., Toudeka A. (2021). L'approche biomédicale et l'approche socioculturelle : deux perspectives aux enjeux distincts pour mieux appréhender la grossesse à l'adolescence, Sexologies, https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.08.003.

Piché V., Poirier J. (1990). « Les théories de la transition démographique : Vers une certaine convergence ? », Sociologie et Sociétés, Vol 22, no 1, p 179-192.

Pierre-Charles G. (1967). L'économie haïtienne et sa voie de développement. Port-au-Prince, Henri Deschamps.

Pierre-Charles G. (1973). Radiographie d'une dictature. Haïti et Duvalier , Les Editions Nouvelle Optique, Montréal, Canada.

Pierre-Charles G. (2004). Évolution historique de l'économie d'Haïti : de l'impulsion créatrice à la dégradation. Présence Africaine, 169(1), 57-66. doi:10.3917/presa.169.0057.

Pison G. (2012). « La population mondiale », in : Marc Gentilini et al. (sous la direct.) Médecine tropicale, Editions Lavoisier, 27-42.

Plummer B. G. (1992). Haiti: The Psychological Moment. Athens: University of Georgia Press.

Poizat D. (2008). Le vodou, la déficience, la chute. Reliance, 29(3), 9-17. doi:10.3917/reli.029.0009.

Pollack R.A., Wachter M.L. (1973). « The Relevance of the Household Production Function and Its Implications for the Allocation of Time », Discussion Paper 262, Philadelphia, Department of Economics, University of Pennsylvania.

Portier-Le Cocq F. (2009). Sexualité et maternité des adolescentes. Voix anglaises et écossaises, Presses universitaires de Rennes (Pur), coll. « Des Sociétés ».

Potel C. (2006). 16. Adolescence : grandir, mûrir ou vieillir ?. Dans : , C. Potel, Corps brûlant, corps adolescent: Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents (pp. 223-240). Toulouse: Érès.

Poumbou F. (2008). Fécondité des adolescentes en RDC: recherche des facteurs explicatifs. Université de Yaoundé II – Cameroun.

Prédestin J. M.-C. (2006). La situation de la femme en Haïti au regard des instruments nationaux et internationaux. Mémoire online. http://www.memoireonline.com/02/08/955/m_situation-femme-haiti-instruments-nationaux-internationaux3.html.

Preston S. (1986). "Changing values and falling birth rates", Population and Development Review, 12(supp.), p. 176-200.

Rabier S. (2020). Les enjeux du dividende démographique pour les pays d'Afrique: Une perspective de genre. Dans : , S. Rabier, Les enjeux du dividende démographique pour les pays d'Afrique: Une perspective de genre (pp. 1-27). Paris Cedex 12, France: Agence française de développement.

Raphaël F. (2006). Grossesse hors mariage dans les familles haïtiennes. Santé mentale au Québec, 31 (2), 165–178. https://doi.org/10.7202/014810ar.

Raphaël F. (2010). L'ethnopsychiatrie haïtienne : un enracinement dans l'histoire du pays. L'Autre, 3(3), 323-332. https://doi.org/10.3917/lautr.033.0323

Rateau P., Moliner P. (2013). La Théorie des Représentations Sociales: orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v6n1/v6n1a02.pdf.

Rayford Logan Jr. (2013) The Diplomatic Relations of the United States with Haiti, 1776-1891, Chapell Hill, 1941 ; Joseph Bernard Jr., Hayti et l'influence des ÉtatsUnis d'Amérique. De l'indépendance à la Reconnaissance (1791-1864).

Regulus S., Demero V. (2017). Deux siècles de protestantisme en Haïti (1816-2016). Implantation, conversion et sécularisation. ISBN : 978-2-924661-39-0.

Reif LK, Bertrand R, Benedict C, Lamb MR, Rouzier V, Verdier R, et al. (2016). Impact of a youth-friendly HIV clinic: 10 years of adolescent outcomes in Port-au-Prince, Haiti. J Int AIDS Soc; 19:20859.

Renauld M. (2005). Jean-Jacques Dessalines dans la guerre d'indépendance haïtienne: les stratégies utilisées pour imposer son leadership. Mémoire de Master. Université de Montréal.

Renda M. A. (2001). Taking Haiti. Military Occupation and the Culture of US Imperialism (1915-1934). Chapel Hill, NC : The University of North Carolina P.

Richener N., URD (2013). La détérioration de l'environnement en Haïti au regard de la gouvernance. Lettre de l'Observatoire URD, n° 8.

Rodríguez Vignoli J. (2017). Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes. https://repositorio.cepal.org/handle/11362/41963.

Roger G. et al. (1981). Les structures par sexe et par âge en Afrique, Groupe de Démographie Africaine, Paris.

Romulus M. (1995). Les cachots des Duvalier. Un ex-prisonnier politique témoigne, CRESFED, Port-au-Prince.

Rosen J.E. (2009). Position Paper on Mainstreaming Adolescent Pregnancy in World Health Organization's Making Pregnancy Safer Strategic Approach. Geneva: World Health Organization.

Rossier C., Sawadogo N., Soubeiga A. (2013). Sexualités prénuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou. Population, 68, 97-122. https://doi.org/10.3917/popu.1301.0097.

Rousseau S., Saporta G. (2011). Non-réponse et données manquantes. http://cedric.cnam.fr/~saporta/NonReponse%20-%20DEC2013.pdf.

Roussiau N., Bonardi C. (2001). « Quelle place occupe la mémoire sociale dans le champ des représentations sociales ? », dans S. Laurens et N. Roussiau (sous la direction de), La mémoire sociale, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 33-49.

Roy S., Charest D. (2002). Jeunes filles enceintes et mères adolescentes: un portrait statistique. Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation, Bibliothèque nationale du Québec, 2002.

Royston P. (2004). "Multiple imputation of missing data: an implementation of van Buuren's MICE, and more," United Kingdom Stata Users' Group Meetings 2004 3, Stata Users Group.

Rudel C. (1994). « Haïti, les chaînes d'Aristide », Éditions de l'Atelier.

Rwenge M., Kamdem H. (2001). Culture, genre, comportements sexuels et MST/SIDA au Cameroun, provinces de l'Ouest et du Centre, Rapport provisoire de recherche, 269p.

Rwenge M. (2010). « De la pertinence de l'approche systémique d'explication de la sexualité à risque des adolescents et jeunes au Cameroun », African Population Studies, Vol 24, N°3, pp. 211-237.

Rwenge M. (2013). Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique subsaharienne et facteurs associés. African Journal of Reproductive Health 17(1):49-66.

Saint-Fort H. (2015). L'Impact de l'occupation américaine d'Haïti (1915-1934) sur le créole haïtien (kreyòl) : Enrichissement lexical et nouveaux besoins matériels. Journal of Haitian Studies, 21(2), 290-306. Retrieved from http://www.jstor.org/stable/43741131.

Saint-Louis V. (2003). Relations internationales et classe politique en Haïti (1784-1814). In: Outre-mers, tome 90, n°340-341. Haïti Première République Noire, sous la direction de Marcel Dorigny. pp. 155-175.

Salome G. (2012). « Camps, transitional site et relogement à Port-au-Prince après le séisme du 12 janvier ». Dossier du CERI. http://www.ceri-sciences-po.org/archive/2012/janvier/dossier/art_gs.pdf.

Samuelson Paul A. (1976). «An economists non-linear model of self-generated fertility waves». Population Studies, 30, 2, 243-248.

Santin G. (2015). Non-réponse totale dans les enquêtes de surveillance épidémiologique. Santé publique et épidémiologie. Université Paris Sud - Paris XI, 2015. Français. ⟨NNT : 2015PA11T007⟩. ⟨tel-01132170⟩

Sauvain-Dugerdil C., Gakou B., Berthé F., Dieng A. W., Ritschard G., Lerch M. (2008). The start of the sexual transition in Mali: risks and opportunities. Studies in family planning, 39(4), 263-280.

Sawyer S., Azzopardi P., Wickremarathne D., Patton G. (2018). The age of adolescence, The Lancet Child & Adolescent Health, Volume 2, Issue 3, Pages 223-228. ISSN 2352-4642, https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1.

Schinz O. (2002). « Pourquoi les ethnologues s'établissent en enfer ? Maîtrise de soi, maîtrise de son terrain ». ethnographiques.org, Numéro 1 - avril 2002 [en ligne].(https://www.ethnographiques.org/2002/Schinz - consulté le 12.04.2022).

Schuller M. (2007). Haiti's 200-Year Ménage-à-Trois: Globalization, the State, and Civil Society. Caribbean Studies 35 (no. 1): pp. 141-179.

Sellenet C., Portier-Le Cocq F. (2013). Maternités adolescentes : le temps bousculé. La revue internationale de l'éducation familiale, 33, 17-36. https://doi.org/10.3917/rief.033.0017.

Sidibé S., Grovogui F., Millimouno T., Camara B., Bouédouno P., Kourouma K., Delamou A. (2020). Fréquence des grossesses en milieu scolaire et profil des adolescentes concernées à Conakry, Guinée. Santé Publique, 32, 571-582. https://doi.org/10.3917/spub.205.0571.

Shattuck D., Kerner B., Gilles K., Hartmann M., Ng'ombe T., Guest G. (2011). Encouraging contraceptive uptake by motivating men to communicate about family planning: the Malawi Male Motivator project. American journal of public health, 101(6), 1089–1095. https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300091.

Silber J. (1981). La théorie économique des ménages et l'étude des phénomènes démographiques. In: Population, 36e année, n°3. pp. 557-575.

Simons J. (1986). "Culture, economy and reproduction in contemporary Europe", in Coleman D., Schofield R. (eds), The state of population theory: Forward from Malthus, Oxford, Basil Blackwell, p. 256-278.

Simplus S., Houlio S. 2012. « Analyse statistique des facteurs explicatifs de la fécondité des adolescentes à Bel-Air, Port-au-Prince », 123p.

Singh B., Cohen J. (2014). Adaptation aux changements climatiques : le cas d'Haïti. Rapports de Recherche OXFAM, mars 2014. OXFAM International, Oxford.

Singh S., Khetarpal A. (2012). Phobias in Poetry: Coleridge's Ancient Mariner. Indian Journal of Psychological Medicine, 34(2), 193–196. https://doi.org/10.4103/0253-7176.101791.

Sirven R. (2009). Chapitre 1. Les données du développement : puberté et adolescence. Dans : , Relaxation thérapeutique pour adolescents: Guide de pratique psychosomatique (pp. 11-39). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Sobotka T. (2003). Le retour de la diversité : la brusque évolution de la fécondité en Europe centrale et orientale après la chute des régimes communistes. Population, vol. 58(4), 511-548. doi:10.3917/popu.304.0511.

Spencer H. & Cazelles E. (1884). Revue Philosophique de la France Et de l'Etranger 18:92-100.

St-Fort L. (2016). Les politiques de la réforme éducative en Haïti, 1979-2013 De la logique socioprofessionnelle des acteurs politico-administratifs à la situation des établissements scolaires du département de la Grand-Anse. Thèse doctorat. Paris Descartes.

St-Hilaire L. (2021). Análisis comparativo de la tendencia y de los determinantes de la fecundidad adolescente en Haití y República Dominicana: un análisis basado en encuestas especializadas del período 2002-2017. https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2020/10/TESIS-St-Hilaire-Leenchid-Wuslande-MEP.pdf.

Stone L. J., Church J. (1973). Childhood and adolescence, New York, Random house.

Taborda-Simões da Conceição M. (2005). L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ?. Bulletin de psychologie, numéro 479(5), 521-534. doi:10.3917/bupsy.479.0521.

Tabutin D., Schoumaker B. (2004). « La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique », Population-F, vol. 59, n° 3-4, p. 521-622.

Tagang G. (2018). Déterminants contextuels et individuels de la pratique contraceptive chez les femmes en union au Tchad. Sciences de l'Homme et Société. 2019. ffhal-02358490f.

Talnan E., Anoh A., Zanou B. (2002). "Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain ivoirien" in Etude de la population africaine Supplément B du vol. 19. https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/5826/1/ep04035.pdf

Tantchou Yakam J. (2009). Santé reproductive des adolescents en Afrique : pour une approche globale. Natures Sciences Sociétés, vol. 17(1), 18-28. https://www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2009-1-page-18.htm.

Tata P. K. (2006). Approche sociologique des causes internes du sous-développement: la politique de l'«authenticité africaine-» et paupérisation" cas des cérémonies funéraires traditionnelles des kabiyè au Togo.

Tawiah E (2002). « Adolescent Fertility and Reproductive Health in Four sub-Saharan African Countries », African Population Studies, 17(2).

Telusma H. (2017). Une analyse théologique de la coexistence christianisme/vaudou en Haïti : ouverture pour un dialogue interreligieux. Religions. Université de Strasbourg, 2017. Français. ffNNT : 2017STRAK009ff. fftel-01864855f.

Théodat J. (2009). Haïti : le bon grain et l'ivraie du commerce mondial des produits vivriers. L'Information géographique, vol. 73(1), 65-81. doi:10.3917/lig.731.0065.

Thibaud C. (2003). « Coupé têtes, brûlé cazes »: Peurs et désirs d'Haïti dans l'Amérique de Bolivar. Annales. Histoire, Sciences Sociales, 58e année(2), 305-331. https://www.cairn.info/revue-annales-2003-2-page-305.htm.

Thompson W.S. (1929). "Population". American Journal of Sociology, Vol. 34, No.6. (May, 1929), p. 959-975.

Thorsen D. (2014). Bicycles and Mobile phones, Adolescent Migrant's material consumption in Burkina, in new mobilities : Children, Families, Migration and Globalisation edited by A. Veale and G. Dona, 67-69. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Tronto J. (2008). Du care. Revue du MAUSS, 32, 243-265. https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243.

Trussell J., Menken J. (1978). Early Childbearing and Subsequent Fertility. Family Planning Perspectives, 10(4), 209–218. https://doi.org/10.2307/2134269.

Turner J. C. (1999). Some currents issues in research on social identity and self categorisation theories. In N. Ellemers, R. Spears, & B. Doosje (Eds.). Social Identity (pp. 6-34). Oxford: Blackwell.

UNESCO (2020). Inégalités sociales et relance économique post-COVID-19 en Haïti. https://fr.unesco.org/events/inegalites-sociales-relance-economique-post-covid-19-haiti.

Uzan M. (1998). Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Période 1994-1998., Rapport du chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Jean Verdier à Bondy., France, Inserm.

Vallin J. (2004). « La transition démographique européenne : 1740-1940 », Chapitre 68 dans : Caselli G., J.Vallin et G.Wunsch., Démographie : analyse et synthèse. Volume V. « Histoire du peuplement et prévisions », édition de l'INED, Paris, 2004. p.71-116.

Van De Walle E. (1999). Towards a Demographic History of Abortion (Population, 1-2, 1998). In: Population, an English selection, 11e année, n°1, 1999. pp. 115-131.

Verschuur C. (2013). « Reproduction sociale et care comme échange économico-affectif. L'articulation des rapports sociaux dans l'économie domestique et globalisée ». In Verschuur C., Catarino C. (dir.) : Genre, migrations et globalisation de la reproduction sociale, Cahiers genre et développement, 9, Paris, L'Harmattan : 23-36.

Ventura SJ., Freedman MA. (2000). Teenage childbearing in the United States, 1960-1997. Am J Prev Med. 19(1 Suppl):18-25. doi: 10.1016/s0749-3797(00)00169-0. PMID: 10863126.

Vignikin K. (2007). « Famille et relations intergénérationnelles : réflexions sur les évolutions en cours en Afrique », in : Antoine, P. (éd.) – Relations intergénérationnelles en Afrique – approches plurielles, Les collections du CEPED, Paris, p. 19-29.

Vimard P., Fassassi R. (2007). « La demande d'enfants en Afrique subsaharienne », in Ferry B. (dir.), L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain. Paris (FRA) ; Nogentsur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, 2007, pp. 197-251.

Vimard P., Fassasi R. (2010). « Changements démographiques et développement durable en Afrique. », Document de recherche, Laboratoire population-environnement-développement, no 18, 48 p.

Volant S., Pison G., Héran, F. (2019). La France a la plus forte fécondité d'Europe. Est-ce dû aux immigrées ?. Population & Sociétés, 568, 1-4. https://doi.org/10.3917/popsoc.568.0001.

Wafo F. (2012). Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique Subsaharienne : L'exemple du Cameroun. Education. Université Blaise Pascal-Clermont-Ferrand II.

Wang W., Mallick L. (2019). Understanding the relationship between family planning method choices and modern contraceptive use: an analysis of geographically linked population and health facilities data in Haiti. BMJ Glob Health 2019; 4:e000765. doi:10.1136/bmjgh-2018-000765.

Wargny C. (2008). En Haïti, l'État a surtout un rôle prédateur. https://www.lexpress.fr/actualite/monde/amerique-nord/christophe-wargny-en-haiti-l-etat-a-surtout-un-role-predateur_2156969.html.

Weber L. (2014). Haïti, une occupation molle. Savoir/Agir, 29(3), 75-84. doi:10.3917/sava.029.0074.

Wendland J., Levandowski D. (2014). Parentalité à l'adolescence : déterminants et conséquences, L'Évolution Psychiatrique, Volume 79, Issue 3. https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.09.004.

Westoff C.F. (1983). Fertility Decline in the West: Causes and Prospects. Population and Development Review, 9(1), 99–104. https://doi.org/10.2307/1972897.

Westoff Charles F. (1988). The potential demand for family planning: A new measure of unmet need and estimates for five Latin American countries. International Family Planning Perspectives ;14(2):45–53.

World Population Prospects (2020). https://population.un.org/wpp/.

Wright R., Maxim P. (1987). Canadian fertility trends: a further test of the Easterlin Hypothesis. https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.1987.tb01100.x.

Wrigley E., Schofield R. (1981). The Population History of England, 1541-1971, Cambridge, Harvard University Press.

Yamaguchi K., Kandel D. (1987). "Drug Use and Other Determinants of Premarital Pregnancy and Its Outcome: A Dynamic Analysis of Competing Life Events." Journal of Marriage and the Family 49: 257-270.

Zani B. (1991). Male and female patterns in the discovery of sexuality during adolescence, Journal of Adolescence, Volume 14, Issue 2, p 163-178. https://doi.org/10.1016/0140-1971(91)90029-Q.

Zanuso C., Roubaud F., Torelli C. (2014). Le marché du travail en Haïti après le séisme : quelle place pour les jeunes ?. Autrepart, 71(3), 135-156. doi:10.3917/autr.071.0135.

Zéphirin R. (2008). L'émigration-rémigration des Haïtiens dans l'espace interaméricain comme fin du modèle sociétal du « pays en dehors »: Repenser le développement. *Migrations Société*, 117-118(3-4), 11-24. https://doi.org/10.3917/migra.117.0011.

Zielinski A. (2010). L'éthique du care: Une nouvelle façon de prendre soin. Études, 413, 631-641. https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631.

Zinn H. (2002). Christophe Colomb, les Indiens et le progrès de l'humanité. Dans : , H. Zinn, Une histoire populaire des États-Unis: De 1492 à nos jours (pp. 5-30). Marseille: Agone.

ANNEXE

Paris, le 11/06/2019

CNRS - Délégation Ile-de-France Meudon
A l'attention de M. ALAIN BERTHO
S/C de M. le Délégué Régional
- 1 Place Aristide Briand
92195 MEUDON

Direction générale déléguée aux ressources
Direction de la sûreté

www.cnrs.fr

Campus Gérard-Mégie
3,rue Michel-Ange
75794 Paris Cedex 16
T. 01 44 96 41 85
F. 01 44 96 49 95
www.dgdr.cnrs.fr/fsd/

Objet : Mission à destination : « Haïti »

Au vu des **recommandations** du MAE, et compte tenu des menaces explicites contre les intérêts et les ressortissants français, le directeur de la sûreté émet un **avis défavorable** à la demande de mission de :

Nom	**JEAN SIMON**
Prénom	**David**
Laboratoire d'appartenance	**USR3258**
Pays de destination	**Haïti**
Ville	**Port au Prince / Jacmel / Cayes / Leogane**
Dates prévues de la mission	**Du 15/08/2019 au 16/09/2019**

Activate Win

Affaire suivie par :
DIR-SUR/MN/MIS-2019-3292

En matière d'assistance de la part de l'Etat à des ressortissants français qui se mettraient sciemment en danger, il convient de rappeler les dispositions de l'article 22 de la l**oi n° 2010-873 du 27 juillet 2010 relatives aux opérations de secours à l'étranger et à l'action extérieure de l'Etat :** ***« l'Etat peut exiger le remboursement de tout ou partie des dépenses qu'il a engagées ou dont il serait redevable à l'égard de tiers à l'occasion d'opérations de secours à l'étranger au bénéfice de personnes s'étant délibérément exposées, […]»***

Philippe GASNOT
Directeur de la sûreté

Équation mathématiques des modèles et des tests statistiques utilisés

Test d'indépendance entre deux variables (Test Chi-deux) et V de Cramer

Pour le test d'indépendance, le statistique du chi-carré est utilisé. Ainsi, dans un tableau de contingence, les éléments suivants sont considérés :

r : le nombre de ligne
k : le nombre de colonne
f_{oij} : la fréquence observée pour la ligne i et la colonne j
f_{tij} : la fréquence théorique pour la ligne i et la colonne j
P_{ij} : La probabilité qu'un élément appartienne à la case (i,j)
L_i : La fréquence marginale d'une ligne i
C_i : La fréquence marginale d'une colonne i

Éprouver l'indépendance des deux variables revient à vérifier si les probabilités conjointes de chaque case égalent le produit des probabilités marginales de chaque modalité.

Hypothèses

H_0 : Indépendance entre les variables ou $P_{ij}= (P_i)(P_j)$
H_1 : dépendance entre les variables ou $P_{ij} \neq (P_i)(P_j)$
En H_0, l'estimation des P_i et P_j s'obtient de la façon suivante :

$$\widehat{P}_i = \frac{L_i}{n}, \text{ et } \widehat{P}_j = \frac{C_j}{n} \Rightarrow \widehat{P}_{ij} = (\widehat{P}_i)(\widehat{P}_j) = \frac{L_i \cdot C_j}{n^2}$$

Les fréquences théoriques s'obtiennent de la manière suivante :

$$f_{tij} = n \cdot \widehat{P}_{ij} = n \cdot \frac{L_i \cdot C_j}{n^2} = \frac{L_i \cdot C_j}{n}$$

D'où, le calcul du chi-carré est donné par la formule suivante :

Le statistique

Sous l'hypothèse H_0, $\chi^2 = \sum_{i=1}^{r}\sum_{j=1}^{k} \frac{(f_{oij} - f_{tij})^2}{f_{tij}}$

Règle de décision

Rejetons l'hypothèse H_0, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de relation entre les variables si :

$\chi^2_{calculé} > \chi^2_{tabulé}$, soit la valeur critique du χ^2 pour un risque α donné à (r-1)(k-1) degré de liberté.

Sur le logiciel SPSS, il est possible aussi de tenir compte des probabilités associées et rejeter l'hypothèse H_0, si $P_{Calculé} < P_{Tabulé}$ (pour α=5%).

V de Cramer

Le V de Cramer permet d'étudier la force du lien entre deux variables. Contrairement au χ^2, il reste stable si l'on augmente la taille de l'échantillon dans les mêmes proportions inter-modalités.

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2_{max}}} = \sqrt{\frac{\chi^2}{n \times [\min(l,c) - 1]}}$$

Présentation de l'analyse des Correspondances Multiples (ACM)

L'ACM est un prolongement de l'analyse factorielle des correspondances (AFC). Elle s'applique à des tableaux de grandes tailles qui renseignent un ensemble de caractéristiques « qualitatives » pour un ensemble d'individus (Duval, 2013). Ses principes sont les mêmes que l'AFC :

1. Les tableaux de données sont en profil-lignes et en profils-colonnes,
2. Les critères d'ajustement sont avec pondération des points par leurs profils marginaux,
3. La distance du $\chi 2$ reste inchangeable.

Présentation des critères d'ajustement et de la distance du χ2

Soit *i* un individu donné, *n* le nombre total d'individus et *s* le nombre de questions qui ont été posées à l'individu *i*. Dans l'ACM, le même poids est attribué à tous les individus ($p_i = 1/n$) et chacune des modalités *k* des variables catégorielles est pondérée par sa fréquence $f_{k=\frac{z.k}{ns}}$. Selon Benzécri (Lebart et al. 1995), la distance entre les modalités s'écrit :

$$d^2(k, k') = \sum_i^n n \left[\frac{Zij}{z.j} - \frac{Zij\prime}{z.j\prime}\right]^2$$

Ainsi deux modalités choisies par les mêmes individus coïncident. Les modalités avec les petits effectifs sont éloignées des autres modalités (Carpentier, 2010).

En ce qui a trait à la distance entre les individus i et i', l'équation est la suivante :

$$d^2(i, i') = \frac{1}{S}\sum_{j=1}^{p}\frac{n}{Z.j}(Zij - Zi'j)^2$$

Si *i* et *i'* sont proches c'est qu'ils ont choisi la même modalité pour la question qui a été posée. S'ils sont éloignés c'est que les réponses étaient différentes (Baccini, 2010).

❖ *Axes factoriels à retenir : le taux de Benzécri/ Graphique*

En exécutant une analyse des correspondances multiples, l'on s'attend à la construction des axes factoriels qui contribuent le mieux à l'inertie[82] totale du nuage des modalités. En règle générale, les deux ou les trois premiers axes restituent plus de 70-80 % des informations sur les individus, les autres axes n'apportent 20-30 %. Dès lors, l'analyse pourra se reposer sur ces deux ou trois premiers axes qui constitueront un bon résumé des variations observables dans l'échantillon (Larmarange, 2016)[83].

[82] En fait, l'inertie est déterminée uniquement par le nombre de modalités et le nombre de variables de l'étude. Elle n'est pas directement interprétable et elle ne fournit aucune information sur la présence ou l'absence de dépendance entre les variables. Elle peut être vue aussi comme la somme des carrés des distances entre les modalités prises deux à deux. C'est le pourcentage expliqué de la valeur de l'inertie qui montre le niveau d'importance des axes factoriels. Les axes qui expliquent le plus fort pourcentage de l'inertie sont les plus importants.

[83] Note de cours mise en ligne : http://larmarange.github.io/analyse-R/analyse-des-correspondances-multiples.html.

Les parts d'inertie expliquées ne sont pas les vraies valeurs. C'est pour cela que Benzécri (1970)[84] a proposé de calculer des taux d'inertie modifiés[85] en vue de déterminer le nombre d'axes factoriels à conserver en utilisant la technique suivante :

Soient :

Q : Le nombre total de variables

K : Le nombre total de modalités

λ : La valeur propre associée aux axes factoriels

λ' : la valeur propre modifiée

L'inertie totale qui est égale à la somme des valeurs propres est donnée par : $I = \frac{K-Q}{Q}$. La moyenne des valeurs propres est égale à $\lambda_m = \frac{1}{Q}$. On ne conserve que les valeurs propres λ supérieures à λ_m et on calcule pour chacune d'entre elles la valeur propre modifiée :

$\lambda' = (\lambda - \lambda_m)^2$. Le taux d'inertie modifié est alors calculé par : $\frac{\lambda'}{\sum \lambda'}$ *100 et on conserve les valeurs propres dont le taux modifié est supérieur à la moyenne (des taux modifiés).

Ces calculs sont nécessaires pour une bonne interprétation des résultats car ce n'est qu'après les avoir exécutés que le nombre définitif d'axes factoriels à conserver sera possible. Le choix de l'ACM est opportun car elle offre cette possibilité de pouvoir apprécier visuellement d'une part les proximités entre les unités statistiques à l'aide de la représentation graphique des plans factoriels, d'autre part l'ensemble des modalités et des variables qui contribuent activement à la formation de chacun des axes factoriels, c'est-à-dire celles qui gardent une position significative différente de zéro sur chacun d'eux (Renisio et Sinthon, 2014).

Analyse de survie (*Survival analysis*)

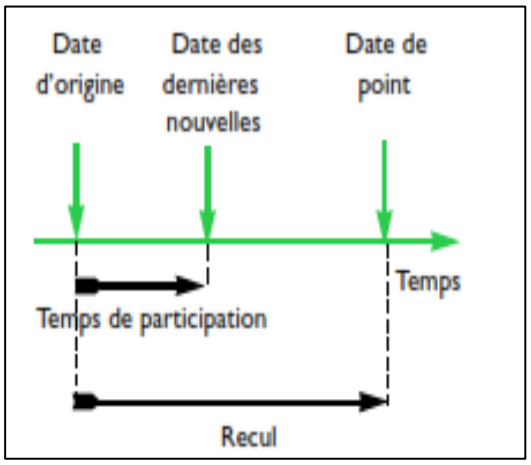
L'analyse de survie est un modèle d'analyse très souvent utilisé par les sociologues et les démographes lorsque le critère de jugement est la survenue d'un événement très préoccupant tel que le décès, l'apparition d'une maladie, l'âge à la première relation sexuelle, l'âge à la première

[84] Cité par F.-G. Carpentier (2010), "*Analyse multidimensionnelle des données*"
[85] Pour Benzécri, les taux d'inertie modifiés représentent l'écart du nuage de point par rapport au nuage parfaitement sphérique qui serait obtenu si aucun lien n'existait entre les modalités.

union, la contamination à une épidémie de choléra, de VIH, dans un intervalle de temps donné (Mancini et Robitail, 2008). Ces deux spécificités sont le caractère qualitatif binaire de l'événement d'intérêt et la présence des données dites censurées c'est-à-dire des données incomplètes constituées par les individus chez qui l'évènement n'a pas été manifesté avant la fin de la période d'observation (Saint-Pierre, 2015).

Pour mener à bien une analyse de survie, il faut que l'on définisse les notions centrales et les expressions mathématiques :

- ***Date de point*** : c'est la date d'arrêt de l'événement étudié. À partir de cette date, les informations sur l'individu ne seront plus utiles.
- ***Date d'origine*** : c'est la date à partir de laquelle on commence à observer l'individu. La date d'origine peut être différente pour chaque individu.
- ***Date des dernières nouvelles*** : date à laquelle on a les dernières nouvelles sur l'individu.
- ***Temps de participation*** : c'est la différence entre la date d'origine et la date des dernières nouvelles ou la différence entre la date d'origine et la date de point si l'individu n'est pas perdu de vue pendant toute la durée de l'observation sans que l'événement soit produit pendant cet intervalle de temps.
- ***Recul*** : le temps écoulé entre la date de point et la date d'origine.



Source : Département biométrie de FOVEA, Analyse de survie, p 2

Distribution de la durée de survie

Soient *D* la durée de survie, une variable aléatoire continue positive ou nulle et *S* la fonction de la survie. Pour un temps *T* fixé, la probabilité de survivre à l'événement jusqu'au temps *T* s'écrit :

$$S\ (T) = P\ (D > T), \quad T \geq 0$$

La loi D est une loi continue. Donc, l'équation de la fonction de survie S (*T*) pourrait être transformée en $S\ (T) = P\ (D \geq T)$, d'où l'égalité :

$$P\ (D > T) = P\ (D \geq T)$$

La fonction de survie est une fonction monotone (qui varie dans le même sens) et décroissante.

$$S\ (0) = 1\ et\ \lim_{T \to \infty} S\ (T) = 0.$$

La fonction de répartition, pour *T* fixé, est la probabilité de ne pas survivre à l'événement avant cet instant *T*. Elle est notée :

$$F\ (T) = P\ (D \leq T) = 1 - S(T)$$

Quand la variable temps (*T*) a des valeurs finies (ou discrètes), les formules mathématiques changent aussi :

$$F^{-1}(T) = P\ (D < T) \quad et \quad F^{+}(T) = P(D \leq T)$$

Alors, la fonction de densité de probabilité *f* pour tout $T \geq 0$ est égale à :

$$f(T) = \lim_{h \to 0} \frac{P\ (T \leq D < T + h)}{h} = F'\ (T) = -S'\ (T)$$

C'est la probabilité instantanée de ne pas survivre à l'événement dans un petit intervalle de temps tout de suite après le temps *T (*continue ou discrète) fixé.

La fonction du risque instantané, elle, est la probabilité de ne pas survivre à l'événement dans un petit intervalle de temps tout de suite après *T*, conditionnellement au fait d'avoir survécu jusqu'à l'instant *T*. Elle se définit par :

$$\varphi\ (T) = \lim_{h \to 0} \frac{P\ (T \leq D < T + h \backslash D \geq T)}{h} = \frac{f\ (T)}{S\ (T)} = -\ln(S(T))'$$

- *Le taux de hasard cumulé « cumulative hasard rate »*

L'intégrale de la fonction du risque instantané est le taux de hasard cumulé : $\gamma\ (T) = \int_0^T \varphi\ (u)du = -\ln(S\ (T))$

De l'équation ci-dessus, l'on peut exprimer de nouveau les fonctions de survie et de densité de probabilité :

$$S(T) = e^{-\gamma(T)} = e^{-\int_0^T \varphi(u)du}$$

$$f(T) = \varphi(T)e^{-\int_0^T \varphi(u)du}$$

Paramètres associés à la distribution de survie

Les paramètres associés à la fonction de survie sont la moyenne (ou l'espérance), la variance de la durée de survie et les quantiles. L'espérance et la variance de *S* sont définies par les quantités suivantes :

$$E(D) = \int_0^{+\infty} S(T)dT$$

$$V(D) = 2\int_0^{+\infty} TS(T)dT - (E(D))^2$$

À noter que la moyenne et la variance de $S(T)$ peuvent être déduites des fonctions de répartition $F(T)$, de densité $f(T)$, du risque instantané $\varphi(T)$ et du taux de hasard cumulé $\gamma(T)$. Mais l'inverse n'est point du tout vrai.

La fonction de quantile[86] $q(p)$, pour sa part, est le temps où une proportion *p* de notre population sous-étude est perdue de vue. Dans l'analyse de survie, elle est définie de la façon suivante :

$$q(p) = \inf(T: F(T) \geq p), \quad 0 < p < 1 \text{ ou encore}$$
$$q(p) = \inf(T: S(T) \leq 1 - p)$$

Quand la fonction de répartition pour *T* fixé, est strictement croissante et continue, $q(p)$ devient :

$$q(p) = F^{-1}(p) \text{ ou}$$
$$q(p) = S^{-1}(1-p)$$
$$\text{avec } 0 < p < 1$$

Fonction de vraisemblance

Soient V, une censure aléatoire ; g, h les fonctions de densités de D et V et S et H, leur fonction de survie. La contribution à la vraisemblance pour l'individu j est :

[86] La médiane de survie est le deuxième quartile de la fonction de survie. Selon Saint-Pierre (2015), c'est la date à laquelle 50 % des individus n'ont pas encore vécu l'événement. Soit $T_1 \in [0; T]$. T_1 est la médiane de survie, s'il satisfait à condition $S(T_1) = 0.50$. Dans l'analyse de survie, il est aussi donné l'intervalle de confiance du temps médian. Soit $[I_i; I_n]$, l'intervalle de confiance de niveau α (en pourcentage) $S(T_1)$ alors l'intervalle de confiance de la médiane T_1 avec le même niveau de confiance α est :

$$[S^{-1}(I_n)\,; S^{-1}(I_n)]$$

$$L_j = P(T_j \in [t_j, t_j + dt], \delta_j = 1/\theta)^{\delta_j} \times P(T_j \in [t_j, t_j + dt], \delta_j = 0/\theta)^{1-\delta_j}$$
$$L_j = P(D_j \in [t_j, t_j + dt], V_j \geq D_j/\theta)^{\delta_j} \times P(V_j \in [t_j, t_j + dt], V_j < D_j/\theta)^{1-\delta_j}$$
$$L_j = [g(t_j/\theta)H(t_j^-)]^{\delta_j} \times [h(t_j)S(t_j/\theta)]^{1-\delta_j}$$

Par l'hypothèse de censure non informative, le paramètre θ n'apparait pas dans la loi de la censure (Saint-Pierre, 2015, p. 10). La fonction de vraisemblance pour l'ensemble des individus s'écrit :

$$L = \prod_{j=1}^{N} g(t_j/\theta)^{\delta_j} S(t_j/\theta)^{1-\delta_j}$$

En faisant le même raisonnement sur un sous-échantillon, l'équation de la vraisemblance se réduit à :

$$\bar{L} = \prod_{j=1}^{N} g(t_j/\theta)^{\delta_j}$$

Cet estimateur ($\overline{L}$) est asymptotiquement biaisé (Hosmer et al. 2008).

Modèles dichotomiques

Trois (3) modèles peuvent être élaborés quand la variable dépendante est dichotomique et qualitative : le modèle de probabilité linéaire (MPL) et les modèles logit et probit qui sont des transformations du MPL. En dépit de leur ressemblance avec les modèles de régression linéaire simple (MCO), les résultats des MPL sont souvent biaisés et les probabilités prédites peuvent ne pas être comprises dans l'intervalle [0 ; 1] (Dehon-Van Bellegem, 2014). D'où la préférence des logit et probit à leur place (Hurlin, 2003).

Spécification du modèle logit

Le modèle dichotomique logit admet pour variable expliquée, non pas un codage quantitatif associé à la réalisation d'un événement (comme dans le cas de la spécification linéaire), mais la probabilité d'apparition de cet événement, conditionnellement aux variables exogènes (*Ibid.*).

$$(6)\ p_i = \text{Prob}\,(y_j = 1/x) = \text{F}\,(x_i\ \beta)\ \forall j = 1,2,\ldots\ldots\text{N}$$

où $\beta = (\beta_1, \beta_2, \beta_3 \ldots \beta_k)'$ $\quad \text{R}^k$ un vecteur de K paramètres inconnus et $x_j = (x_j^1, x_j^2, x_j^3 \ldots x_j^k)$ un vecteur de K variables exogènes.

Dans le modèle logit, la fonction de répartition $F(.)$ correspond à la fonction de la loi logistique : [$\forall \omega \in R$:F (ω) = $\frac{e^{\omega}}{1+e^{\omega}} = \frac{1}{1+e^{-\omega}} = \Lambda(\omega)$ avec $\omega = x_i\beta$] et la probabilité associée à l'événement $y_j = 1$ est la valeur de la fonction de répartition de la loi logistique au point $x_j\beta$:

$$(7)\quad p_j = \Lambda(x_j\beta) = \frac{1}{1+e^{-x_j\beta}} \quad \forall_j = 1,.....N$$

❖ *Présentation de la fonction de vraisemblance du modèle logit*

La construction de la vraisemblance du modèle logit est assez simple. En effet, à l'événement $y_j = 1$ est associée la probabilité $p_j = F(x_j\beta)$ et à l'événement $y_j = 0$ correspond la probabilité $1 - p_j = 1 - F(x_j\beta)$. Les valeurs observées y_j, elles, sont des réalisations d'un processus binomial avec une probabilité de $F(x_j\beta)$. En sus, la vraisemblance des échantillons associés aux modèles dichotomiques s'écrit comme la vraisemblance d'échantillons associés à des modèles binomiaux. La seule particularité étant que les probabilités p_j varient avec l'individu puisqu'elles dépendent des caractéristiques x_j : (8) $L(y_j, \beta) = p_j^{\,y_j}(1-p_j)^{1-y_j}$.

Dès lors, pour un modèle dichotomique univarié simple, la vraisemblance associée à l'échantillon de taille N, noté $y_j = (y_1, y_2, y_3.....y_N)$, est :

$$(9)\quad L(y,\beta) = \prod_{j=1}^{N} p_j^{\,y_j}(1-p_j)^{1-y_j} = \prod_{j=1}^{N}[F(x_j\beta)]^{y_j}[1-F(x_j\beta)]^{1-y_j}$$

Il ne reste plus alors qu'à spécifier la fonction de distribution pour avoir la forme fonctionnelle de la vraisemblance :

$$(10)\quad \forall x_j\beta \in R \text{ on a } F(x_j\beta) = \frac{e^{x_j\beta}}{1+e^{x\beta_j}} = \Lambda(x_j\beta).$$

De cette définition, la log-vraisemblance aura pour équation :

$$(11)\quad \log L(y,\beta) = \sum_{j=1}^{N} y_j \log[F(x_j\beta)] + (1-y_j)\log[1-F(x_j\beta)]$$

Et en distinguant les observations $y_j = 1$ et celles pour lesquelles on a $y_j = 0$, elle (la log-vraisemblance) se transformera en :

$$(12) \qquad \log L(y,\beta) = \sum_{j:y_j=1} \log F(x_j\beta) + \sum_{j:y_j=0} \log[1 - F(x_j\beta)]$$

L'estimateur du maximum de vraisemblance des paramètres β est obtenu en maximisant soit la fonction de vraisemblance $L(y,\beta)$ soit la fonction de log-vraisemblance $\log L(y,\beta)$. En dérivant la log-vraisemblance par rapport aux éléments du vecteur β, de dimension $(K,1)$, l'on aura un vecteur de dérivées $G(\beta)$, appelé vecteur du gradient :

$$(13) \qquad G(\beta) = \frac{\partial \log L(y,\beta)}{\partial \beta} = \sum_{j=1}^{N} y_j \frac{f(x_j\beta)}{F(x_j\beta)} x_j^{'} + (y_j - 1)\frac{f(x_j\beta)}{1 - f(x_j\beta)} x_j^{'} \; ; f(.), \qquad \text{la}$$

fonction de densité associée à $F(.)$; $x_i^{'}$ désigne la transposée du vecteur x_i de dimension $(1,K)$.

En simplifiant l'expression du gradient : $G(\beta) = \sum_{j=1}^{N} \frac{[y_j - F(x_j\beta)] f(x_j\beta)}{F(x_j\beta)[1 - F(x_j\beta)]} x_i^{'}$ (13)

On peut encore exprimer le gradient en distinguant les observations $y_j = 1$ et celles pour lesquelles on a $y_j = 0$: (14) $G(\beta) = \sum_{j:y_i=1} \frac{f(x_j\beta)}{F(x_j\beta)} x_j^{'} - \sum_{j:y_i=0} \frac{f(x_j\beta)}{[1 - F(x_j\beta)]} x_j^{'}$.

En conséquence, l'estimateur $\hat{\beta}$ du maximum de vraisemblance du vecteur de paramètre $\beta \in R^K$ dans un modèle dichotomique est défini par la résolution du système de K équations non-linéaires en β :

$$(15) \quad \hat{\beta} = \arg\max[\log L(y,\beta)] \Leftrightarrow \frac{\partial \log L(y,\hat{\beta})}{\partial \hat{\beta}} = \sum_{j=1}^{N} \frac{[y_j - F(x_j\,\beta)] f(x_j\hat{\beta})}{F(x_j\hat{\beta})[1 - F(x_j\hat{\beta})]} x_j^{'} = G(\hat{\beta}) = 0$$

Dans le modèle logit, ce système se ramène à :

$$\boxed{(16) \quad G_L(\hat{\beta}) = \sum_{j=1}^{N} [y_j - \wedge(x_j\hat{\beta})] x_j^{'} = 0}$$

Spécification du modèle probit (ou Normit)

Le modèle probit (ou normit) correspond à une loi gaussienne standard (loi normale centrée et réduite) de fonction de répartition :

$$(17) \ \forall \omega \in R \qquad F(\omega) = \int_{-\infty}^{\omega} \Phi\,(t) = \Phi\,(t).$$

Sachant que $t = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{\frac{-t^2}{2}}$, $F(\omega) = \int_{-\infty}^{\omega} \left(\frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{\frac{-t^2}{2}}\right) dt$ et $P(y_j = 1/X_j) = F(X_j\beta) = \int_{-\infty}^{x_j\beta} (\frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{\frac{-t^2}{2}}) dt$ (X_j des variables explicatives).

❖ *Présentation de la fonction de la log-vraisemblance du modèle probit*

Les observations statistiques sont indépendantes dans le modèle probit (Duguet, 2008, p. 51). Donc, la log-vraisemblance de $y_j = (1, 2, 3 \dots \dots \dots N)$ prend la forme :

$$(18)\ l(y/X, \beta) = \sum_{j=1}^{N} y_i ln\Phi(m_j) + (1 - y_j)\ln[1 - ln\Phi(m_j)]$$

Relation entre les modèles logit et probit

Soit un modèle qualitatif binaire codé :

$$y_j \ \{^{1\ si\ y_j{}^* > 0}_{0\ si\ y_j{}^* \leq 0} \text{ avec } y_j{}^* = X_j\beta + \varepsilon_j \text{ et } E(\varepsilon_j) = 0\ et\ V(\varepsilon_j) = \delta_\varepsilon^2\ \ \varepsilon_j \sim iid(0, \delta_\varepsilon^2).$$

Lorsque $F(.)$ est issue d'une loi $iid(0,1)$, le terme de l'erreur doit être normalisé et la probabilité pour $y_j = 1$ change en :

$$(19)\ P(y_j = 1) = P\left(\frac{y_j^*}{\delta_\varepsilon} > 0\right) = P\left(\frac{X_j\beta}{\delta_\varepsilon} + \frac{\varepsilon_j}{\delta_\varepsilon} > 0\right) = P\left(\frac{\varepsilon_j}{\delta_\varepsilon} > -\frac{X_j\beta}{\delta_\varepsilon}\right)$$

$$P(y_j = 1) = 1 - P\left(\frac{\varepsilon_j}{\delta_\varepsilon} \leq -\frac{X_j\beta}{\delta_\varepsilon}\right) = 1 - \left[1 - P\left(\frac{\varepsilon_j}{\delta_\varepsilon} < \frac{X_j\beta}{\delta_\varepsilon}\right)\right]$$

$$\boxed{P(y_j = 1) = F\left(\frac{X_j\beta}{\delta_\varepsilon}\right)}$$

Pour estimer un probit, il faut pré normaliser $y_j{}^* = X_j\beta + \varepsilon_j$ en divisant la variable latente par δ_ε^2. En partant de cette même loi iid (0.1), on peut passer à une loi logistique. Pour cela, on multiplie $\varepsilon_j \sim N(0, \delta_\varepsilon^2)$ par $\frac{\pi}{\sqrt{3}}$. En revanche, $P(Y_j = 1)$ est égal à :

$$(20)\ P(y_j = 1) = P\left(\frac{\pi}{\sqrt{3}}\frac{y_j^*}{\delta_\varepsilon} > 0\right) = P\left(\frac{\pi}{\sqrt{3}}\frac{X_j\beta}{\delta_\varepsilon} + \frac{\pi}{\sqrt{3}}\frac{\varepsilon_j}{\delta_\varepsilon} > 0\right) = P\left(\frac{\pi}{\sqrt{3}}\frac{\varepsilon_j}{\delta_\varepsilon} > -\frac{\pi}{\sqrt{3}}\frac{X_j\beta}{\delta_\varepsilon}\right)$$

$$= 1 - P\left(\frac{\pi}{\sqrt{3}}\frac{\varepsilon_j}{\delta_\varepsilon} \leq -\frac{\pi}{\sqrt{3}}\frac{X_j\beta}{\delta_\varepsilon}\right) = 1 - \left[1 - P\left(\frac{\pi}{\sqrt{3}}\frac{\varepsilon_j}{\delta_\varepsilon} < \frac{\pi}{\sqrt{3}}\frac{X_j\beta}{\delta_\varepsilon}\right)\right]$$

$$\boxed{P(y_j = 1) = F\left(\frac{\pi}{\sqrt{3}}\frac{X_j\beta}{\delta_\varepsilon}\right)}$$

Des égalités (19) et (20) : $\boxed{\hat{\beta}logit \cong 1.6\hat{\beta}probit}$

Tableaux et Graphiques

Tableau A1.- Proportion des enquêtées selon les matériaux du sol et le département de résidence (2000) [87]

Revêtement du sol	A. Métropolitaine Ouest	Sud-Est	Nord	Nord-Est	Artibonite	Centre	Sud	Grand-Anse	Nord-Ouest
Terre/Sable	21.8	31.5	49.5	71.6	48.6	67.4	38.0	54.6	53.8
Ciment/Béton	64.8	65.1	43.8	24.4	48.0	27.2	56.5	42.4	42.6
Carrelage	10.7	0.6	2.5	0.5	0.7	0.1	2.4	0.4	2.1
Autres	2.7	2.8	4.2	3.5	2.7	5.3	3.1	2.6	1.5
Effectif	2837	852	1228	884	953	718	1002	901	784

Tableau A2.- Proportion des enquêtées selon les matériaux du sol et le département de résidence (2006)

Revêtement du sol	A. Métropolitaine Ouest	Sud-Est	Nord	Nord-Est	Artibonite	Centre	Sud	Grand-Anse	Nord-Ouest	Nippes
Terre/Sable	10.7	31.2	41.4	50.7	44.7	55.2	30.8	47.6	39.1	32.6
Ciment/Béton	77.7	65.8	49.4	45.1	49.8	37.0	64.1	49.9	53.6	62.9
Carrelage	8.4	1.1	5.4	0.9	1.8	0.0	2.2	0.3	1.7	0.8
Autres	3.2	1.9	3.8	3.4	3.6	7.9	2.9	2.3	5.6	3.7
Effectif	2824	783	1033	918	939	866	861	794	1012	727

Tableau A3.- Proportion des enquêtées selon les matériaux du sol et le département de résidence (2012)

Revêtement du sol	A. Métropolitaine Ouest	Sud-Est	Nord	Nord-Est	Artibonite	Centre	Sud	Grand-Anse	Nord-Ouest	Nippes	Camps
Terre/Sable	11.0	29.4	31.4	50.2	39.5	63.6	26.0	50.8	41.8	33.9	62.3
Ciment/Béton	72.3	64.7	55.5	41.1	52.8	25.0	61.9	40.5	50.1	59.0	22.4
Carrelage	13.6	2.1	6.7	2.5	4.2	1.8	6.5	1.1	3.4	1.8	2.0
Autres	3.2	3.7	6.3	6.2	3.5	9.6	5.6	7.6	4.6	5.3	13.3
Effectif	3540	907	1387	1085	1146	1033	1075	886	1143	882	1203

Tableau A4.- Proportion des enquêtées selon les matériaux du sol et le département de résidence (2017)

Revêtement du sol	A. Métropolitaine Ouest	Sud-Est	Nord	Nord-Est	Artibonite	Centre	Sud	Grand-Anse	Nord-Ouest	Nippes
Terre/Sable	13.7	26.6	34.1	45.5	42.0	54.5	31.6	50.5	39.6	35.6
Ciment/Béton	68.8	64.3	54.4	44.3	48.9	37.9	59.4	44.0	50.2	58.0
Carrelage	14.2	5.9	7.1	5.3	5.6	3.4	6.1	1.3	7.3	3.5
Autres	3.3	3.2	4.4	4.8	3.5	4.3	2.9	4.3	3.0	2.9
Effectif	3485	1027	1444	1096	1748	1128	1172	941	1447	883

Tableau A5.- Matériaux constituant le revêtement du mur selon le département de résidence (2006)

	A. Métropolitaine Ouest	Sud-Est	Nord	Nord-Est	Artibonite	Centre	Sud	Grand-Anse	Nord-Ouest	Nippes
Canne/Palme/Tronc	2.7	10.2	10.8	13.8	10.6	29.2	6.9	17.4	7.7	8
Saleté	0.5	4.7	8.4	12.7	4.7	5.9	6.4	3.9	7.9	6.3
Bambou avec de la boue	1.6	3.7	14.1	13.8	7.8	6.6	6.7	17.9	12.8	10.5
Pierre avec de la boue	2.7	9.5	3.3	6.1	11.9	9.9	12.5	4.5	1.9	7.8
Ciment/Ciment bloc	82.2	37.9	52.7	35.8	44.9	24.6	40.2	28.1	56.0	41.5
Pierre avec de la chaux	5.9	24.3	6.6	6.3	16.8	9.0	24.2	24.1	9.7	20.8
Planche	1.3	7.2	0.6	9.4	0.1	9.8	0.1	1.5	0.9	1.2
Tente										
Autres	3.2	2.6	3.8	2.0	3.1	5.0	3.0	2.6	3.1	3.9
Effectif	2824	783	1033	918	939	1128	861	794	1012	727

[87] Dans l'EDS de 1994, nous n'avions pas de données disponibles pour les départements de résidence.

Tableau A6.- Matériaux constituant le revêtement du mur selon le département de résidence (2012)

Type de mur	A. Métropolitaine Ouest	Sud-Est	Nord	Nord-Est	Artibonite	Centre	Sud	Grand-Anse	Nord-Ouest	Nippes	Camps
Canne/Palme/Tronc	1.5	12.7	4.5	12.7	3.2	31.5	4.9	16.6	7.8	12.0	
Saleté	0.6	1.9	6.3	9.4	6.1	5.6	3.1	7.4	8.8	5.4	
Bambou avec de la boue	1.8	2.6	10.8	14.0	6.7	6.2	6.3	18.6	13.0	5.3	
Pierre avec de la boue	1.7	4.9	1.0	1.8	10.7	4.9	5.9	6.4	2.3	6.9	
Ciment/Ciment bloc	77.3	35.1	62.2	33.6	51.9	20.0	48.8	24.4	49.5	43.4	1.7
Pierre avec de la chaux	4.5	30.9	10.9	12.7	18.8	10.5	28.1	21.9	15.9	24.0	0.1
Planche	3.6	6.0	0.8	13.9		14.9	0.2	1.9	0.1		8.2
Tente	8.0	5.3	3.5	1.8	2.5	6.4	2.6	2.7	2.4	2.7	53.4
Autres	1.0	0.8	0.1				0.1		0.2	0.1	36.6
Effectif	3540	907	1387	1085	1146	1033	1075	886	1143	882	1203

Tableau A7.- Matériaux constituant le revêtement du mur selon le département de résidence (2017)

Type de mur	A. Métropolitaine Ouest	Sud-Est	Nord	Nord-Est	Artibonite	Centre	Sud	Grand-Anse	Nord-Ouest	Nippes
Canne/Palme/Tronc	3.5	9.9	6.4	11.9	2.4	29.0	6.3	25.0	2.6	10.6
Saleté	0.7	0.9	3.5	5.9	7.9	1.1	2.5	2.4	8.0	3.1
Bambou avec de la boue	1.5	1.9	10.9	15.4	10.9	6.2	3.4	5.7	13.5	8.3
Pierre avec de la boue	1.4	7.0	5.5	4.3	10.6	8.1	3.3	2.9	5.2	7.7
Ciment/Ciment bloc	74.1	46.0	56.5	41.5	48.5	33.1	55.6	32.0	55.0	46.1
Pierre avec de la chaux	7.5	24.7	10.8	6.2	16.4	7.2	15.8	11.7	12.2	16.0
Planche	3.6	4.0	1.6	8.5	0.3	9.9	0.5	1.4	0.3	2.0
Tente	3.8	4.0	4.2	6.1	2.1	5.4	3.8	6.5	2.2	3.9
Autres	3.9	1.8	0.7	0.2	0.9	0.1	8.8	12.4	1.0	2.4
Effectif	3485	1027	1444	1096	1748	1128	1172	941	1447	883

Tableau A8.- Proportion de femmes selon l'activité économique et le département de résidence (2000)

Activités économiques	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Ne travaille pas	79.0	61.6	44.4	35.5	31.5	27.6	25.3
Commerce	17.3	29.0	39.2	45.2	51.2	51.8	50.2
Agriculture	1.0	2.9	4.4	6.4	7.5	11.1	15.7
Services aux particuliers	0.9	1.6	2.9	2.2	2.2	1.4	1.0
Autres	1.7	5.0	9.1	10.7	7.6	8.1	7.8
Effectif	2434	1844	1538	1257	1160	959	967

Tableau A9.- Proportion de femmes selon l'activité économique et le département de résidence (2006)

Activités économiques	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Ne travaille pas	81.5	59.4	38.5	30.1	26.5	22.5	20.0
Commerce	14.0	26.6	41.8	47.3	50.7	51.6	49.5
Agriculture	1.1	3.9	5.5	8.5	11.6	15.3	20.6
Services aux particuliers	2.2	4.3	3.7	3.6	3.0	2.6	2.3
Autres	1.3	5.9	10.5	10.6	8.2	8.0	7.6
Effectif	2741	1992	1718	1229	1153	961	963

Tableau A10.- Proportion de femmes selon l'activité économique et le département de résidence (2012)

Activités économiques	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Ne travaille pas	79.6	59.8	41.2	30.1	27.9	24.2	22.4
Commerce	14.8	28.5	42.2	51.2	52.7	55.3	51.1
Agriculture	2.3	3.2	3.6	4.3	7.7	9.5	16.9
Services aux particuliers	2.2	4.6	4.7	4.1	4.2	4.3	4.4
Autres	1.1	4.0	8.3	10.2	7.6	6.7	5.1
Effectif	3475	2797	2330	1772	1475	1252	1186

Tableau A11.- Proportion de femmes selon l'activité économique et le département de résidence (2017)

Activités économiques	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Ne travaille pas	84.0	59.6	34.8	24.6	18.8	14.4	16.0
Commerce	11.3	28.1	45.2	54.8	59.3	63.6	60.4
Agriculture	1.3	3.0	4.0	4.9	7.7	9.9	14.2
Services aux particuliers	2.1	4.5	5.4	4.3	4.4	4.2	3.8
Autres	1.3	4.8	10.6	11.4	9.8	7.8	5.6
Effectif	3307	2773	2202	1919	1645	1308	1217

Tableau A12.- Niveau de vie des ménages selon le département de résidence

Département	2006			2012			2017		
	Pauvre	Moyen	Riche	Pauvre	Moyen	Riche	Pauvre	Moyen	Riche
A. Métropolitaine/Ouest	10.3	9.5	80.2	11.4	12.3	76.3	15.8	15.4	68.8
Sud-Est	50.7	22.3	26.9	63.1	15.3	21.6	51.5	27.9	20.5
Nord	34.3	21.4	44.3	33.8	18.9	47.3	35.0	20.8	44.2
Nord-Est	41.3	30.7	28.0	47.0	23.6	29.4	42.3	20.4	37.2
Artibonite	34.2	24.6	41.2	39.4	18.6	42.1	45.1	16.6	38.3
Centre	60.5	21.2	18.2	67.7	18.7	13.6	56.6	19.8	23.7
Sud	41.0	28.5	30.5	49.0	22.3	28.7	43.0	25.5	31.5
Grand-Anse	62.1	19.0	18.9	67.7	13.4	18.8	64.1	18.4	17.5
Nord-Ouest	35.6	21.9	42.5	54.1	15.9	30.0	45.8	18.5	35.7
Nippes	46.4	27.4	26.3	57.4	21.2	21.4	48.7	28.4	22.9
Camps	-	-	-	8.6	70.8	20.6	-	-	-

Tableau A13.- Statut marital selon le niveau d'instruction

Statut marital	2000			2006			2012		
	Sans instruction	Primaire	Secondaire et plus	Sans instruction	Primaire	Secondaire et plus	Sans instruction	Primaire	Secondaire et plus
Célibataire	6.7	36.5	53.6	5.1	34.6	46.3	5.1	33.2	51.0
Mariée	78.7	51.5	36.0	71.7	42.4	29.5	73.3	47.6	30.7
Concubinage	1.4	2.4	3.4	11.2	13.3	17.9	8.6	10.7	11.8
Veuve	3.3	1.8	0.8	3.8	2.0	0.8	4.6	1.7	1.0
Divorcée/Séparée	10.0	7.8	6.2	8.3	7.8	5.5	8.4	6.8	5.5
Effectif	3100	4384	2675	2593	4372	3792	2282	5551	6454
Test de chi2	p<.05 ; v=.284			p<.05 ; v=.274			p<.05 ; v=.256		

Tableau A14.- Statut marital selon le groupe d'âge (1994)

Statut marital	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Célibataire	83.3	41.9	15.4	5.7	2.0	3.1	1.5
Mariée	0.9	9.4	21.7	28.6	29.3	32.8	30.6
Concubinage	13.8	40.8	53.4	53.4	53.1	46.9	41.3
Veuve	-	0.8	1.7	1.3	3.8	5.4	8.6
Divorcée/Séparée	2.0	7.1	7.7	11.0	11.8	11.8	18.0
Effectif	1299	1065	814	697	638	448	395

Tableau A15.- Statut marital selon le groupe d'âge (2000)

Statut marital	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Célibataire	82.9	41.9	18.5	7.7	2.0	2.8	2.0
Mariée	12.0	46.9	70.1	77.8	82.8	78.0	76.5
Concubinage	2.4	4.5	2.7	1.6	1.1	1.7	0.9
Veuve	0.1	0.5	0.7	2.0	3.4	4.8	7.0
Divorcée/Séparée	2.6	6.2	8.1	10.9	10.7	12.7	13.5
Effectif	2434	1844	1538	1257	1160	959	967

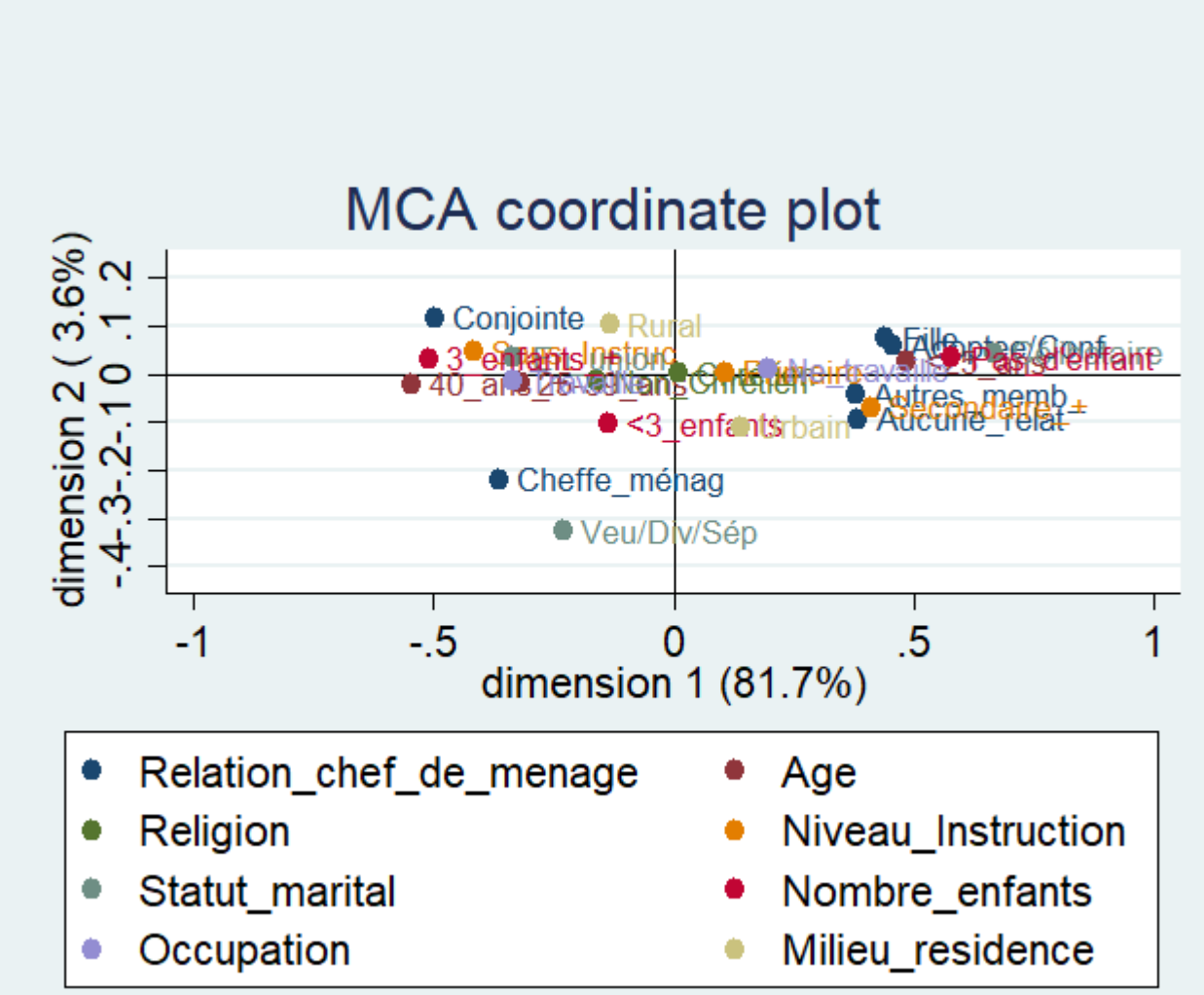
Tableau A16.- Statut marital selon le groupe d'âge (2006)

Statut marital	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Célibataire	81.2	38.6	15.1	6.8	2.7	1.6	1.6
En union	16.2	54.9	76.6	82.4	85.4	79.3	79.3
Veuve	0.1	0.4	1.0	2.0	2.5	6.6	7.6
Divorcée/Séparée	2.5	6.1	7.4	8.8	9.4	12.6	11.5
Effectif	2741	1992	1718	1229	1153	961	963

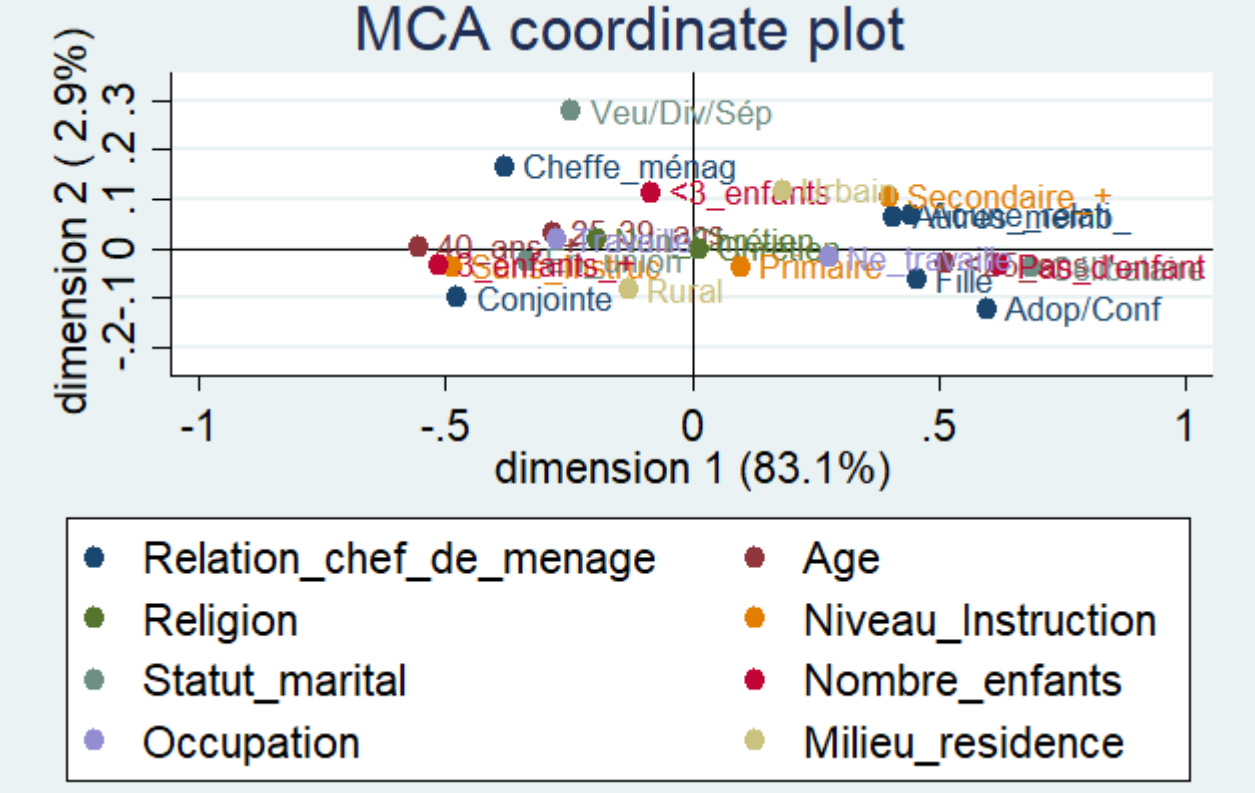
Tableau A17.- Statut marital selon le groupe d'âge (2012)

Statut marital	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Célibataire	86.9	49.9	23.8	9.3	3.9	2.6	1.9
Mariée	6.4	30.0	54.5	68.0	73.0	69.2	68.6
Concubinage	5.7	15.2	14.1	13.5	10.2	9.8	7.4
Veuve	0.1	0.4	0.9	1.5	3.5	5.5	7.4
Divorcée/Séparée	0.9	4.5	6.7	7.7	9.4	12.9	14.7
Effectif	3475	2797	2330	1772	1475	1252	1186

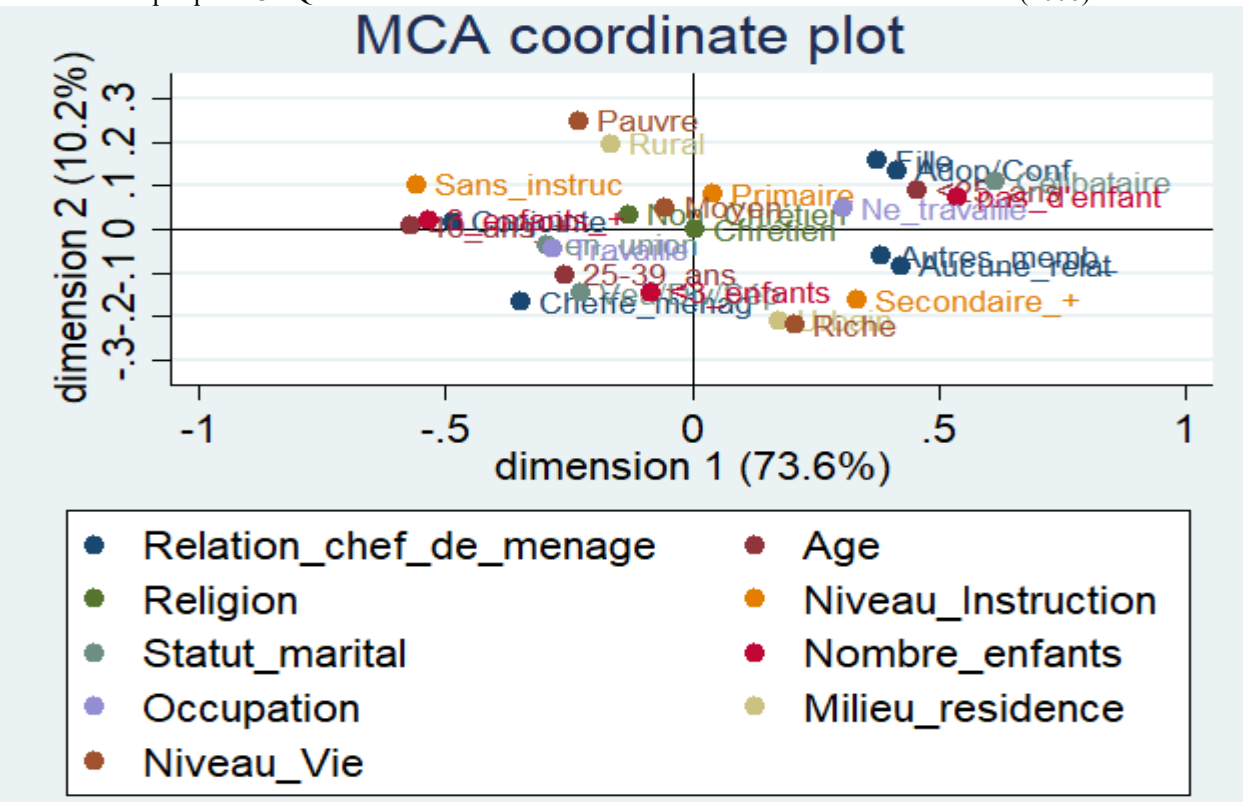
Graphique A.1.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités (1994)



Graphique A.2.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités (2000)



Graphique A.3.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités (2006)



Graphique A.4.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités (2017)

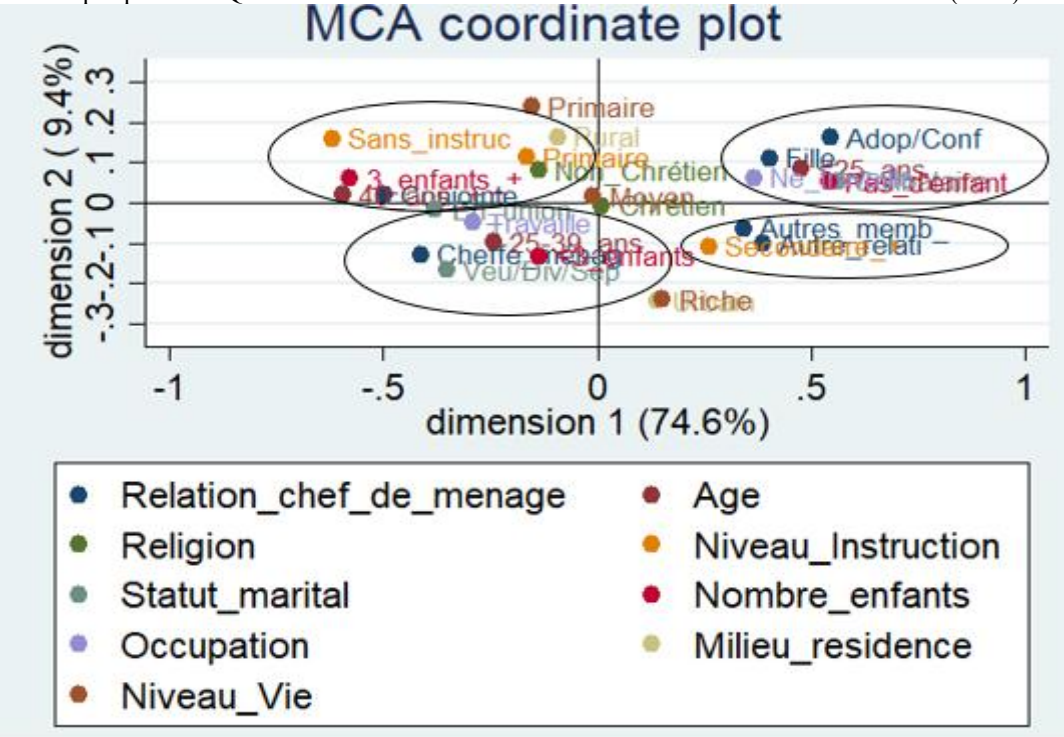


Tableau A18.- Connaissance du cycle ovulatoire selon le niveau d'instruction (2000)

Cycle ovulatoire	2000		
	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou +
Bonne connaissance	7.3	7.9	22.5
Connaissance douteuse	42.9	41.0	43.6
Pas de connaissance	49.8	51.1	33.9
Effectif	3100	4384	2675
Test statistique (Chi2)	p<.05 ; v de cramer = .156		

Tableau A19.- Connaissance du cycle ovulatoire selon le niveau d'instruction (2006)

Cycle ovulatoire	2006		
	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou +
Bonne connaissance	16.2	16.9	29.4
Connaissance douteuse	59.7	55.9	54.6
Pas de connaissance	24.1	27.2	16.1
Effectif	2593	4372	3792
Test statistique (Chi2)	p<.05 ; v de cramer = .120		

Tableau A20.- Connaissance du cycle ovulatoire selon le niveau d'instruction (2012)

Cycle ovulatoire	2012		
	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou +
Bonne connaissance	16.8	16.4	33.6
Connaissance douteuse	62.0	60.5	51.4
Pas de connaissance	21.3	23.2	15.0
Effectif	2282	5551	6454
Test statistique (Chi2)	p<.05 ; v de cramer = .145		

Tableau A21.- Connaissance des méthodes contraceptives selon le groupe d'âge (1994)

Méthode contraceptive	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Aucune méthode	4.8	1.3	0.9	0.6	1.3	1.6	1.8
Méthodes traditionnelles	-	0.1	0.2	-	-	-	-
Méthodes modernes	95.2	98.6	98.9	99.4	98.7	98.4	98.2
Effectif	1299	1065	814	697	638	448	395

Tableau A22.- Connaissance des méthodes contraceptives selon le groupe d'âge (2000)

Méthode contraceptive	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Aucune méthode	4.6	0.9	0.8	0.6	0.8	1.0	1.3
Méthodes traditionnelles	-	-	0.1	0.1	-	0.1	0.2
Méthodes modernes	95.4	99.1	99.1	99.3	99.2	98.9	98.4
Effectif	2434	1844	1538	1257	1160	959	967

Tableau A23.- Connaissance des méthodes contraceptives selon le groupe d'âge (2006)

Méthode contraceptive	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Aucune méthode	0.8	0.3	0.1	0.1	-	0.3	0.1
Méthodes traditionnelles	-	-	-	-	-	0.1	-
Méthodes modernes	99.2	99.7	99.9	99.9	100.0	99.6	99.9
Effectif	2741	1992	1718	1229	1153	961	963

Tableau A24.- Connaissance des méthodes contraceptives selon le groupe d'âge (2012)

Méthode contraceptive	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Aucune méthode	0.8	0.1	0.1	0.1	-	0.1	-
Méthodes traditionnelles	-	-	-	-	-	-	0.1
Méthodes modernes	99.2	99.9	99.9	99.9	100.0	99.9	99.9
Effectif	3475	2797	2330	1772	1475	1252	1186

Tableau A25.- Proportion de femmes utilisant les méthodes contraceptives selon le niveau d'instruction

Méthodes contraceptives	2000			2006			2012		
	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus	Sans instruction	Primaire	Secondaire ou plus
Non	80.8	74.8	68.8	78.9	73.1	64.8	74.3	70.7	70.6
Traditionnelle	2.7	4.6	7.4	4.9	5.3	7.3	1.6	2.2	2.6
Moderne	16.5	20.7	23.7	16.2	21.6	27.9	24.1	27	26.9
Effectif	2562	2822	1706	2309	3097	2696	1957	3985	4642
Test de chi2	p<.05 ; v=.084			p<.05 ; v=.089			p<.05 ; v=.039		

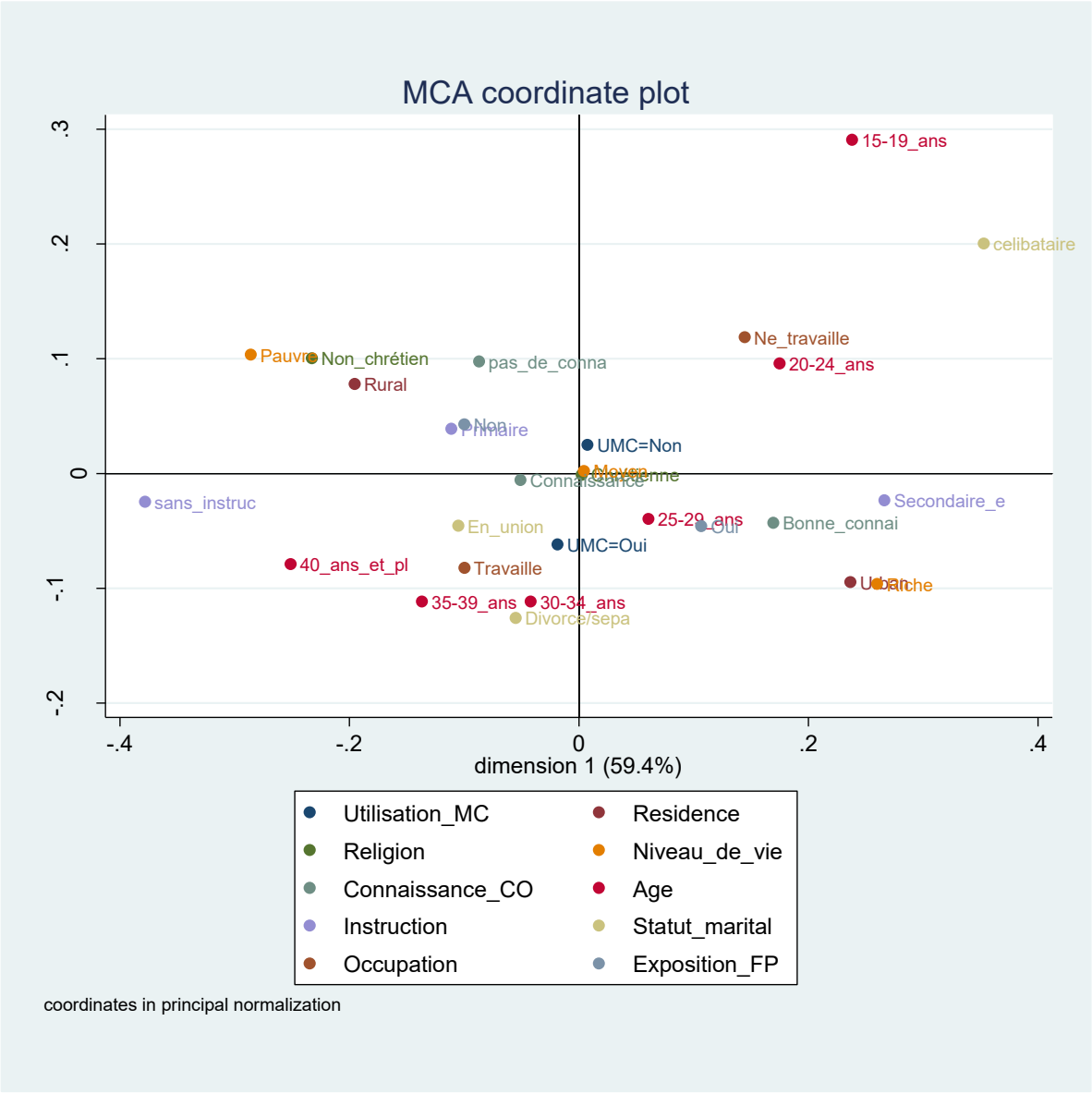
Tableau A26.- Proportion de femmes utilisant les méthodes contraceptives selon la religion (2017)

Méthodes contraceptives	Chrétienne	Non Chrétienne
Non	71.1	69.2
Traditionnelle	2.1	1.4
Moderne	26.8	29.4
Effectif	10847	1011

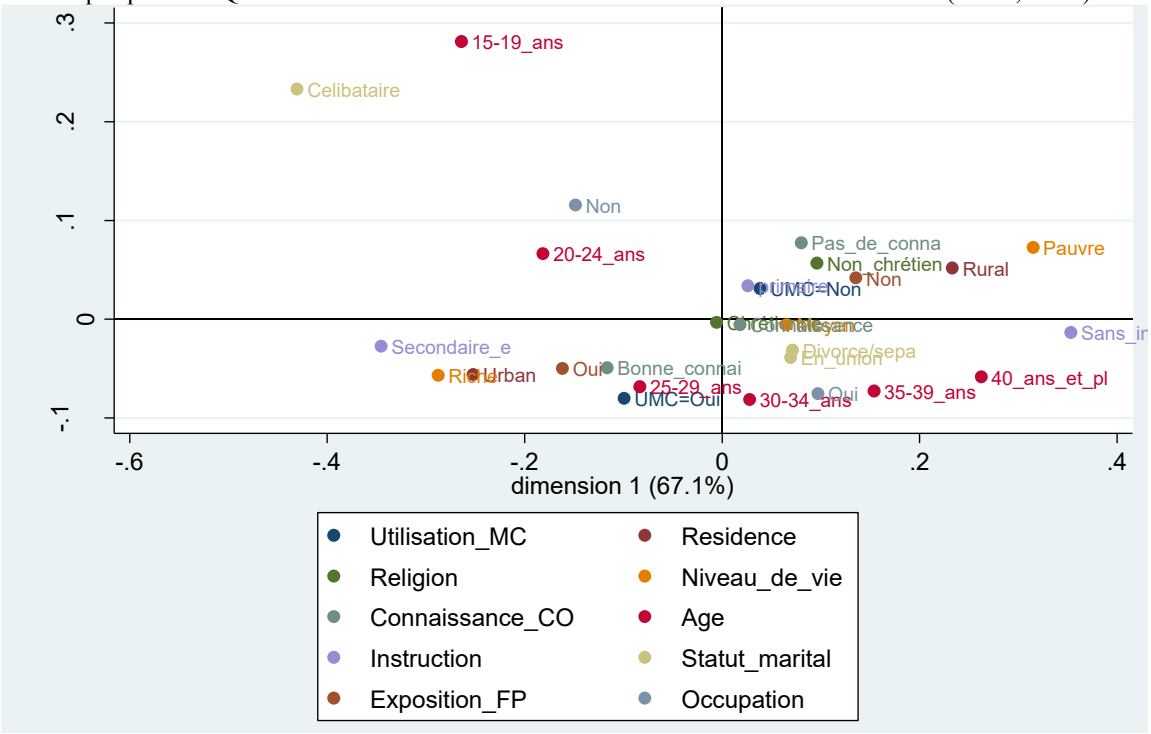
Tableau A27.- Proportion de femmes utilisant les méthodes contraceptives selon le niveau de vie (2012 et 2017)

Méthodes contraceptives	2012			2017		
	Pauvre	Moyen	Riche	Pauvre	Moyen	Riche
Non	72.2	69.8	71.0	73.0	67.5	70.6
Traditionnelle	1.8	2.2	2.9	1.1	1.7	3.1
Moderne	25.9	28.1	26.0	25.9	30.8	26.3
Effectif	4287	2606	4672	4664	2370	4824
Test de chi2	p<.05 ; v=.026			p<.05 ; v=.055		

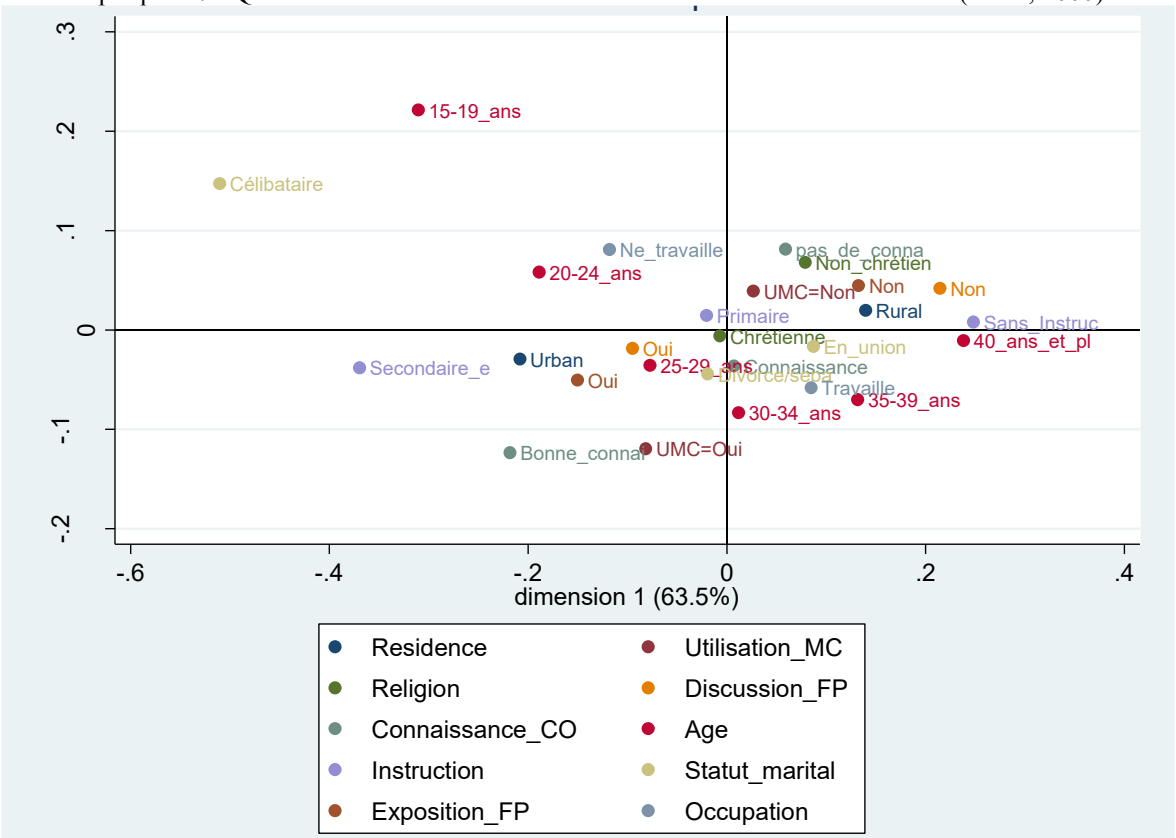
Graphique A5.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités (UMC, 2012)



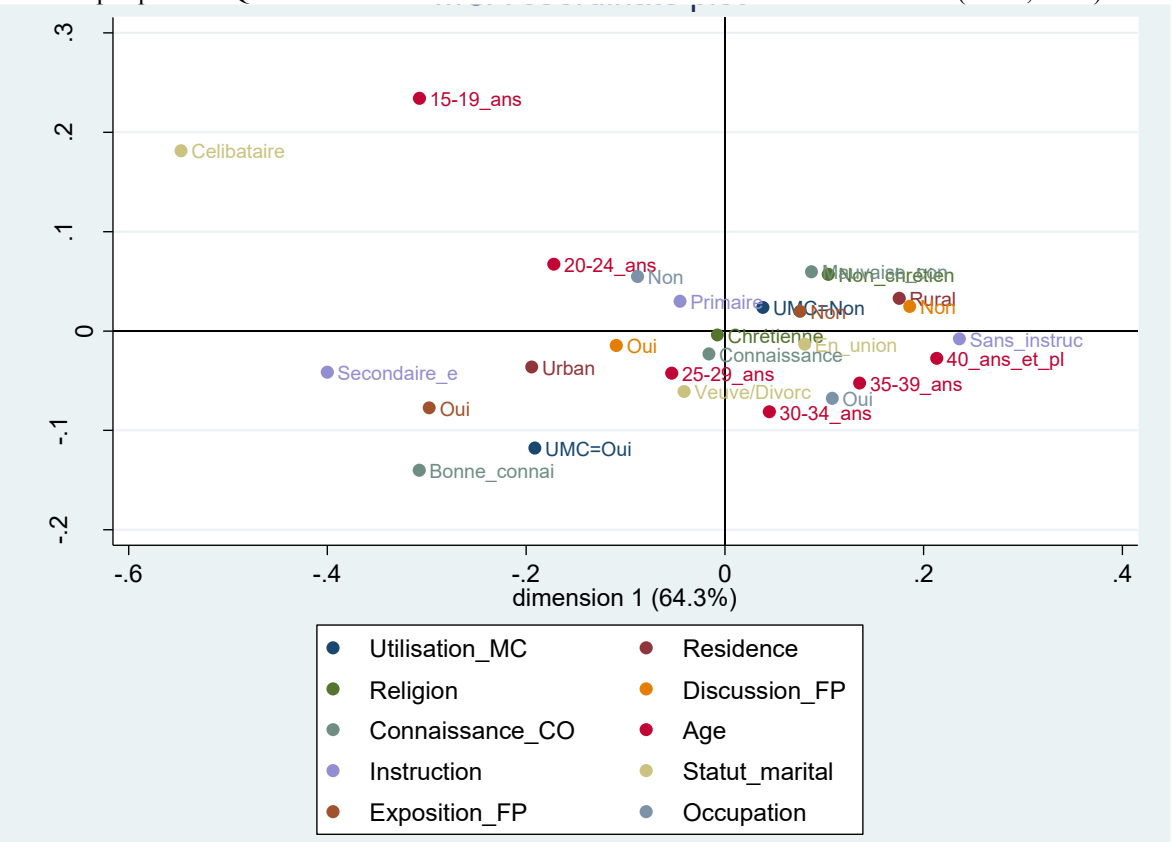
Graphique A6.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités (UMC, 2006)



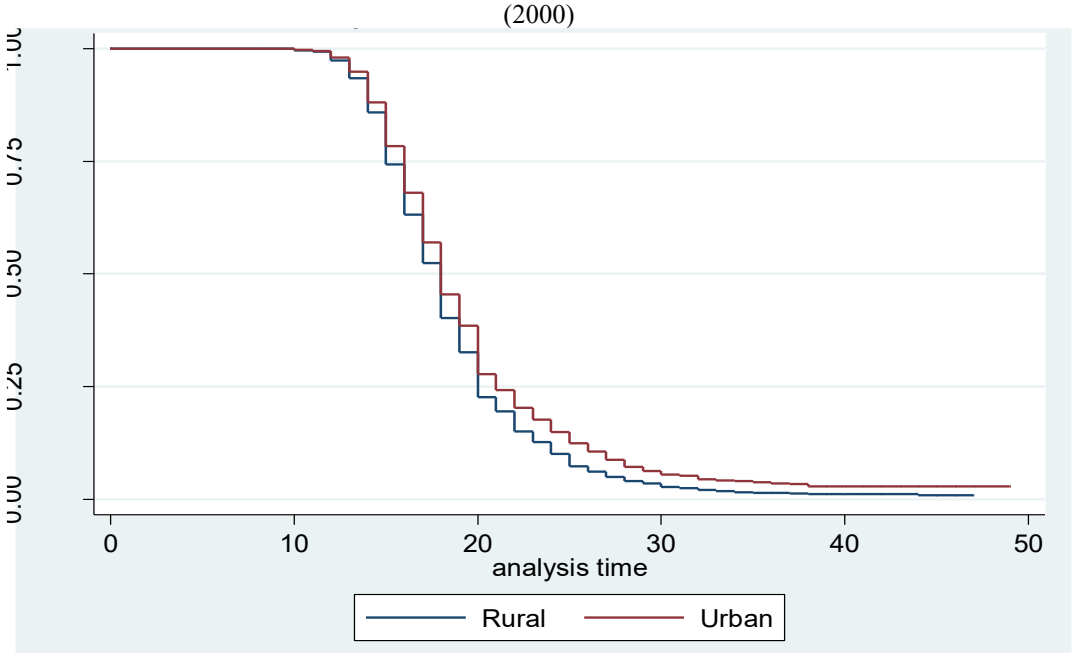
Graphique A7.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités (UMC, 2000)



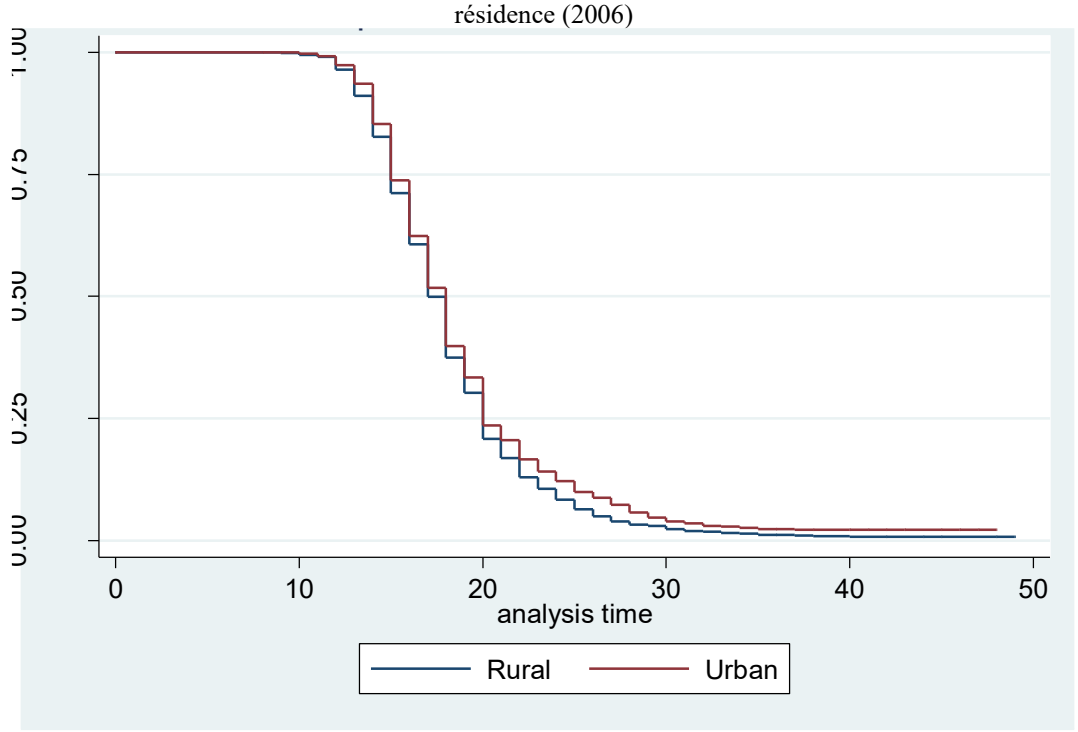
Graphique A8.- Quantification et coordonnées factorielles des différentes modalités (UMC, 1994)



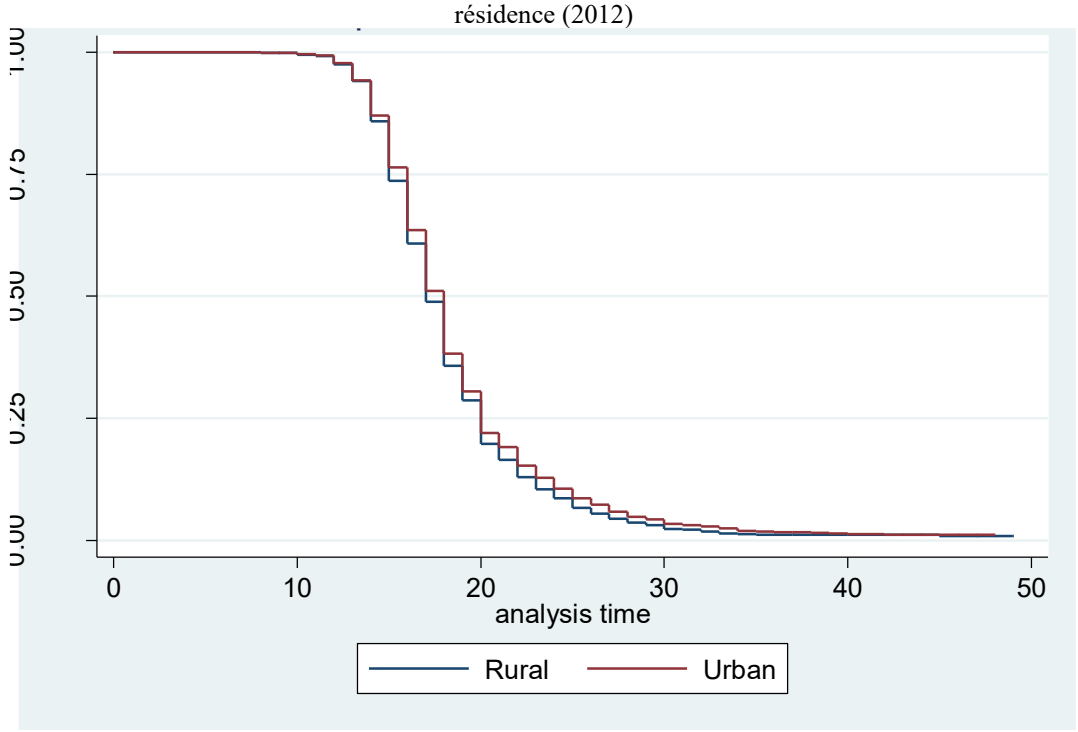
Graphique A9.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le milieu de résidence (2000)



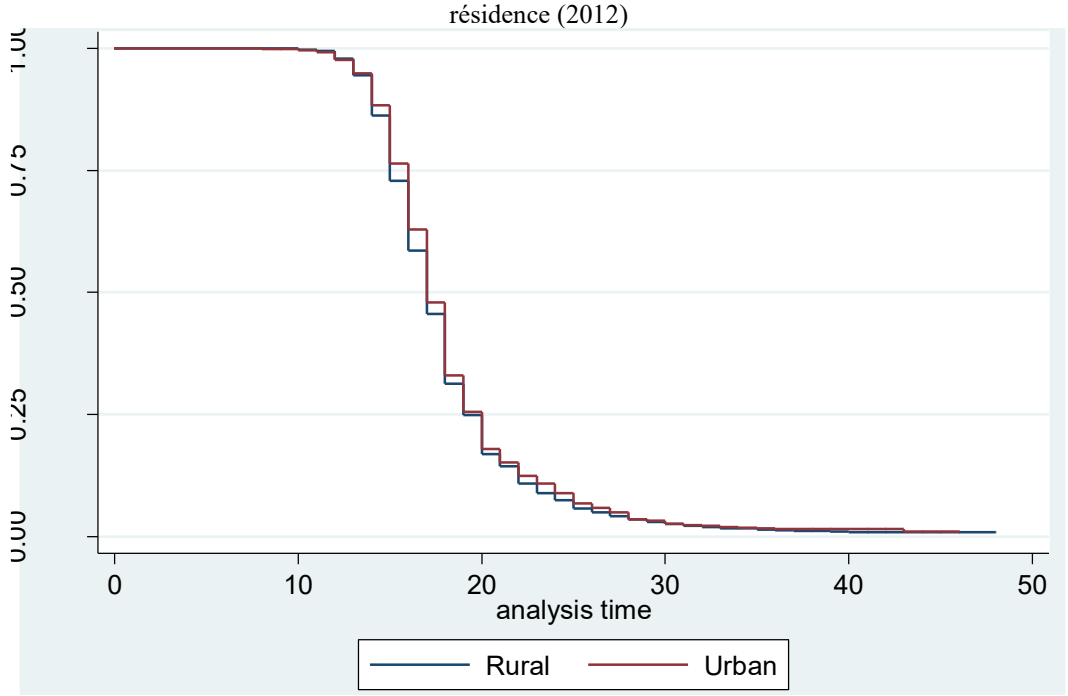
Graphique A10.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le milieu de résidence (2006)



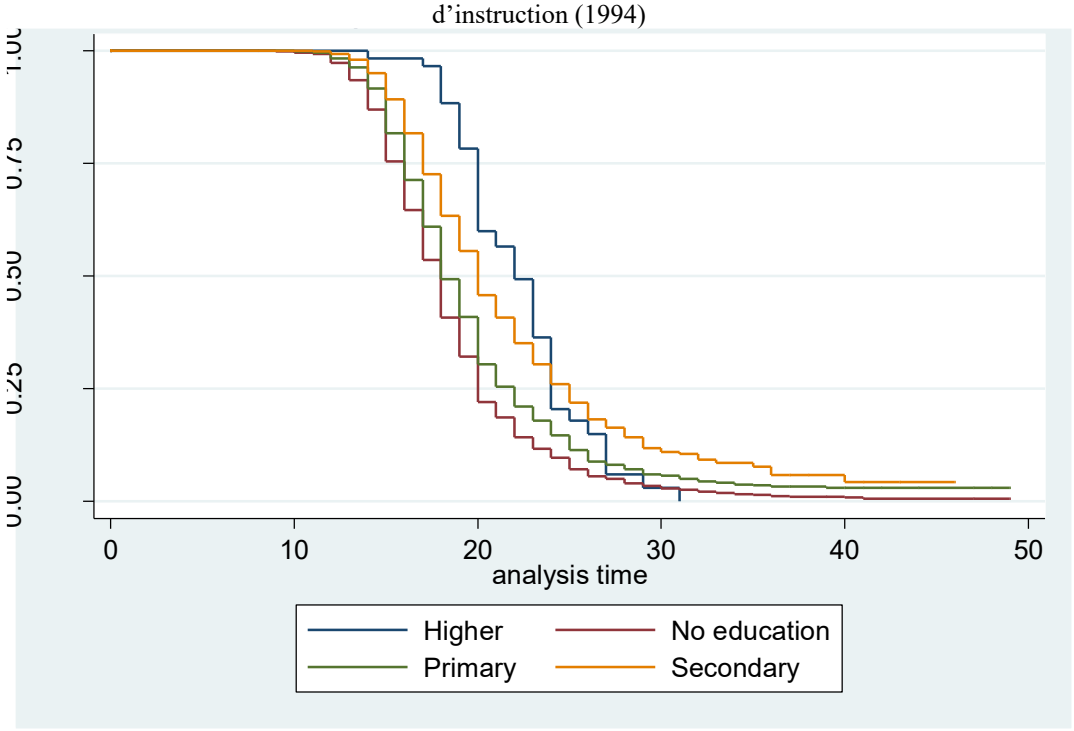
Graphique A11.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le milieu de résidence (2012)



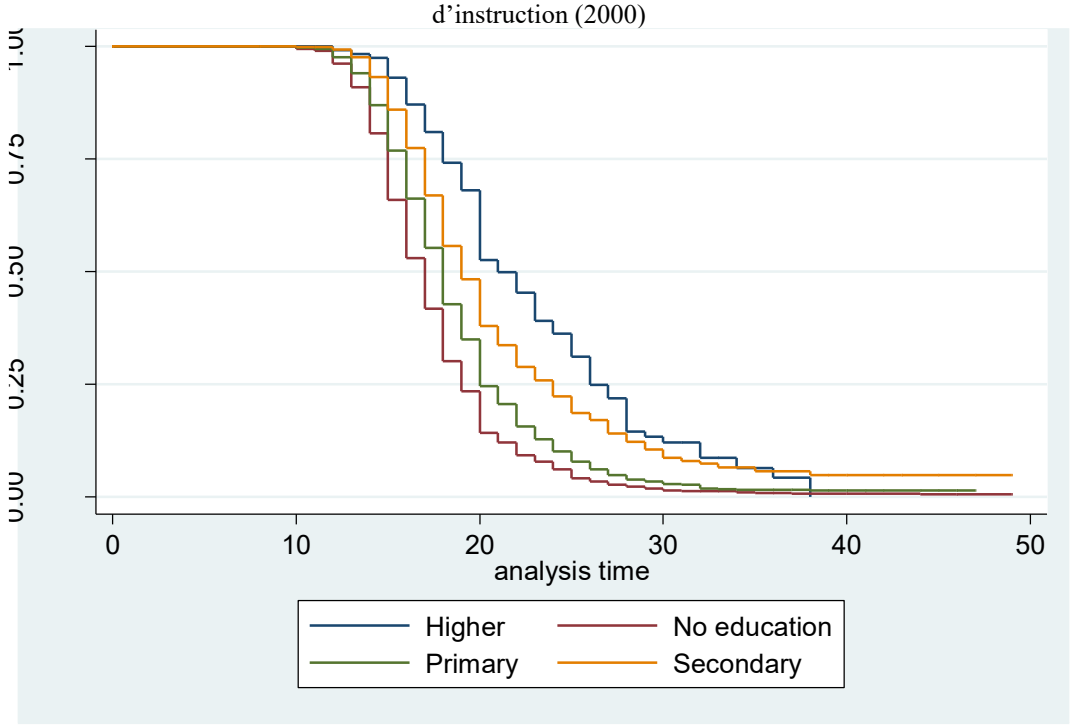
Graphique A12.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le milieu de résidence (2012)



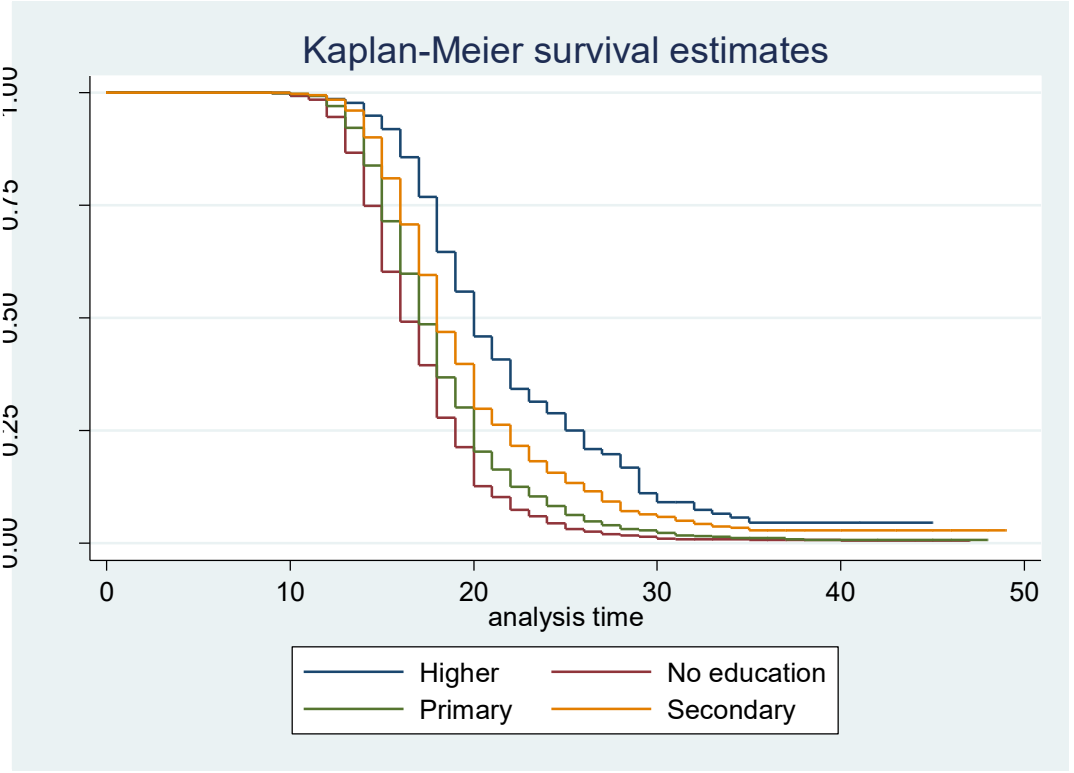
Graphique A13.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le niveau d'instruction (1994)



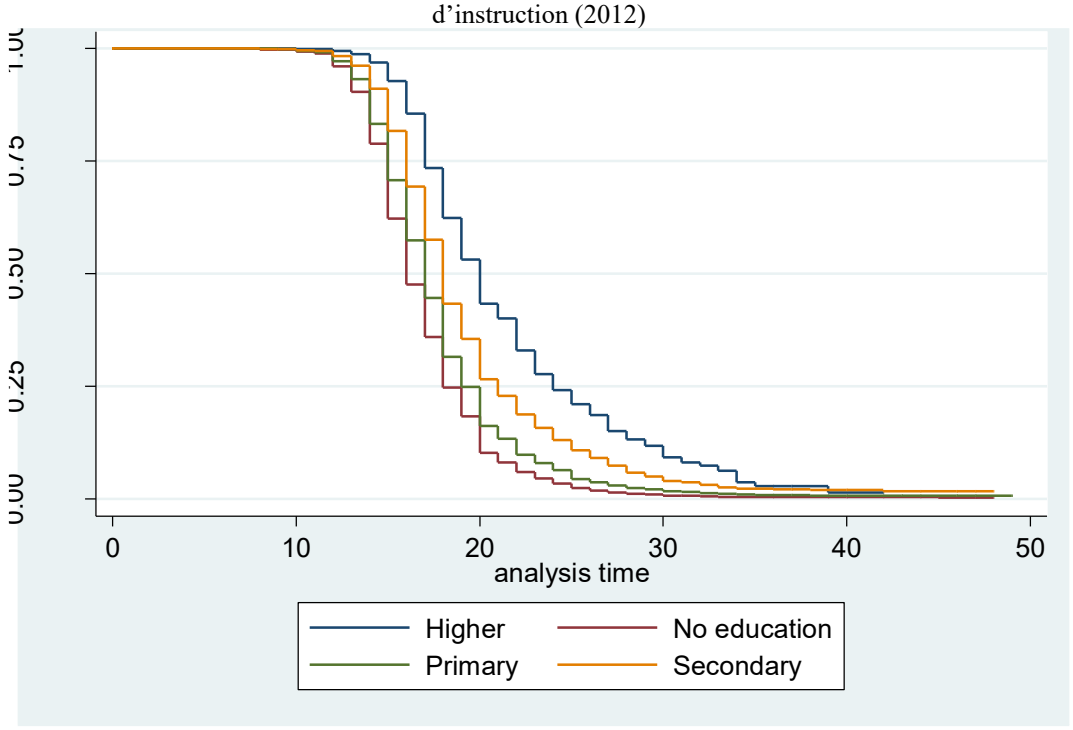
Graphique A14.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le niveau d'instruction (2000)



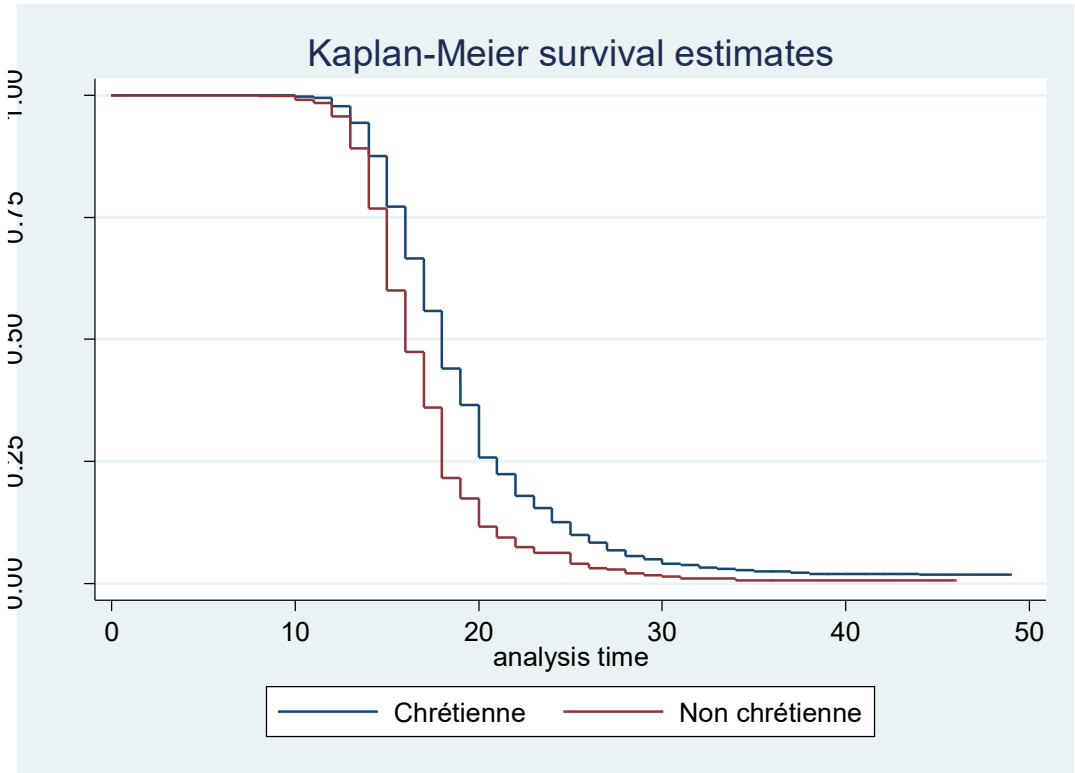
Graphique A15.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le niveau d'instruction (2006)



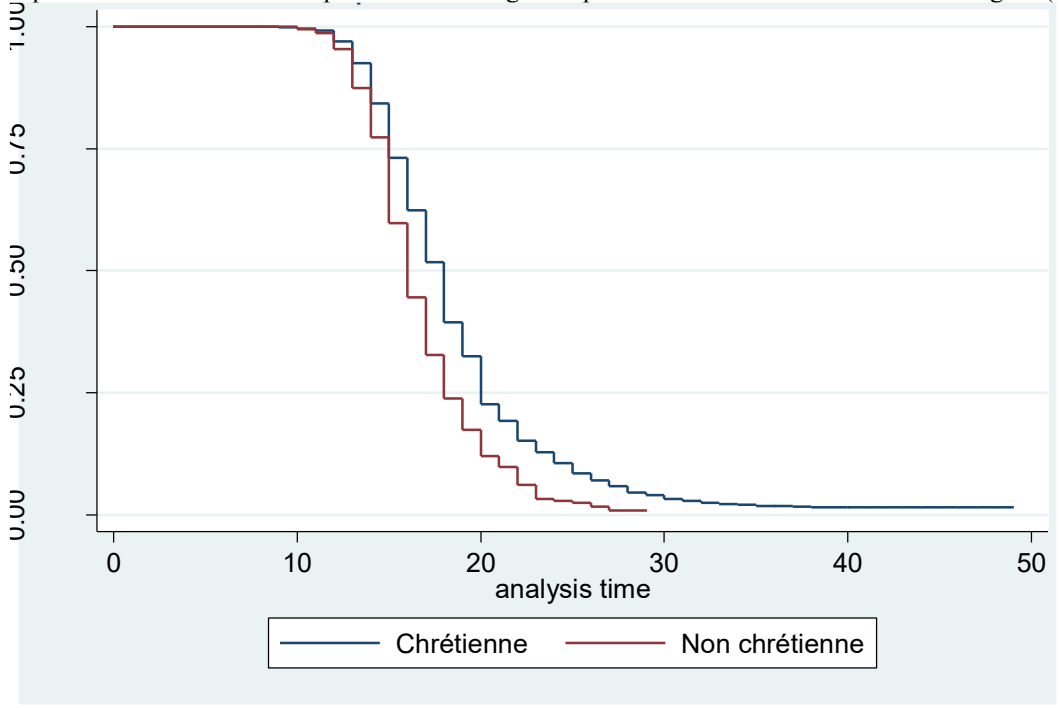
Graphique A16.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le niveau d'instruction (2012)



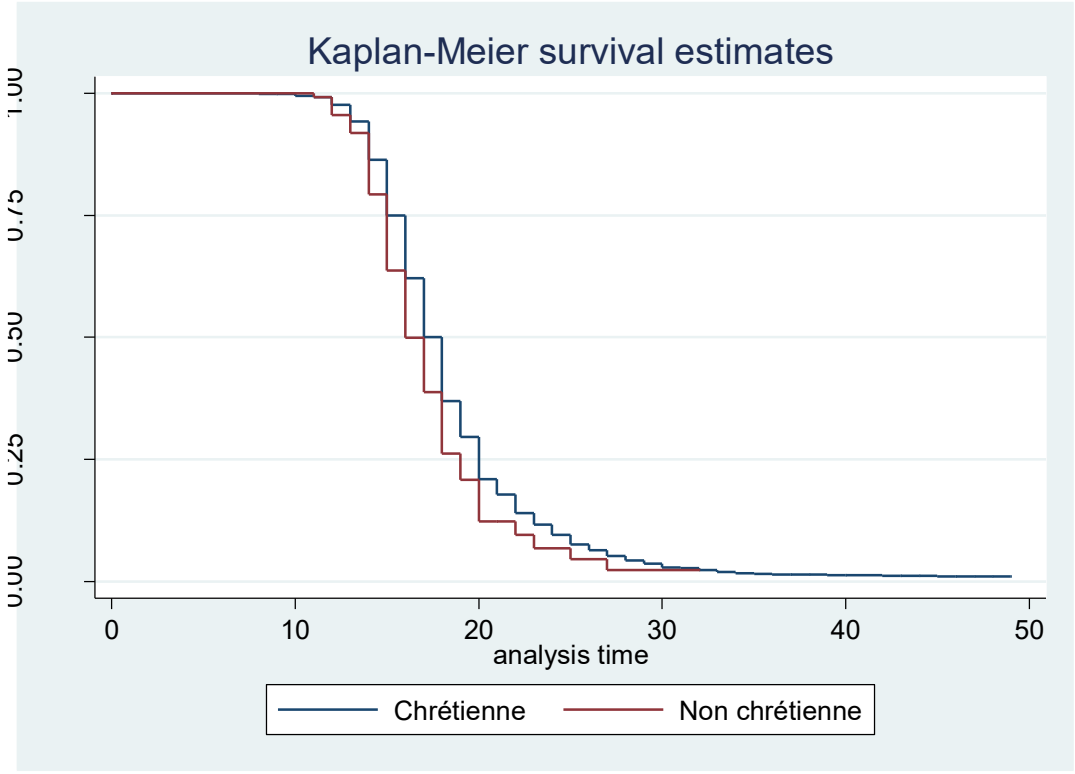
Graphique A17.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon la religion (2000)



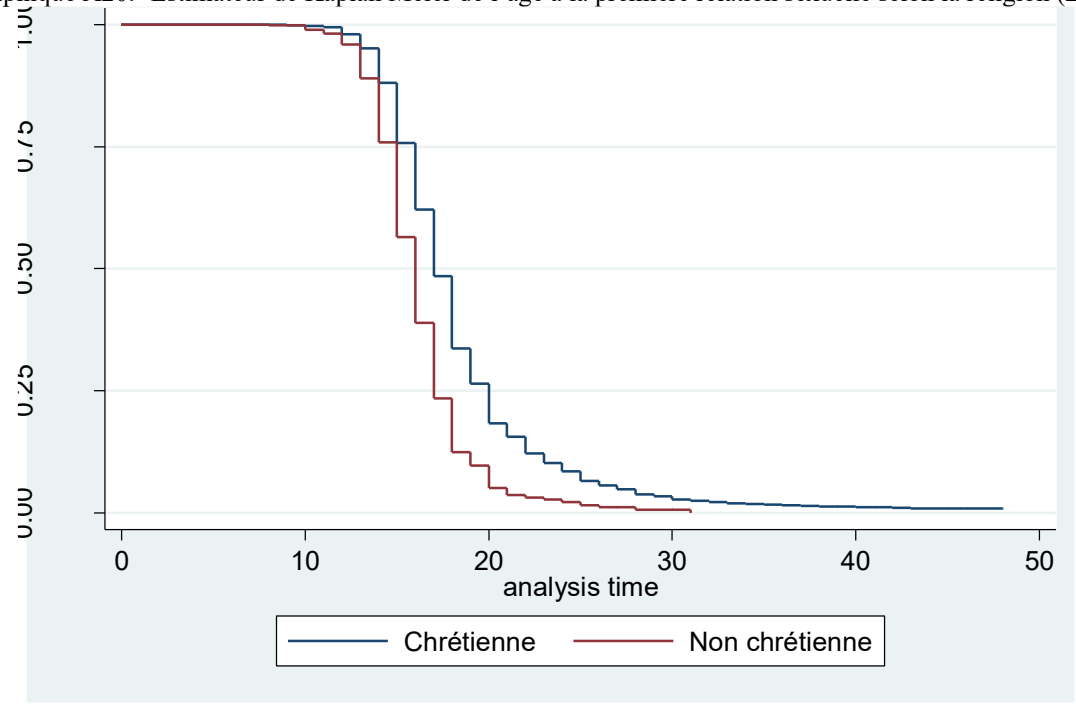
Graphique A18.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon la religion (2006)



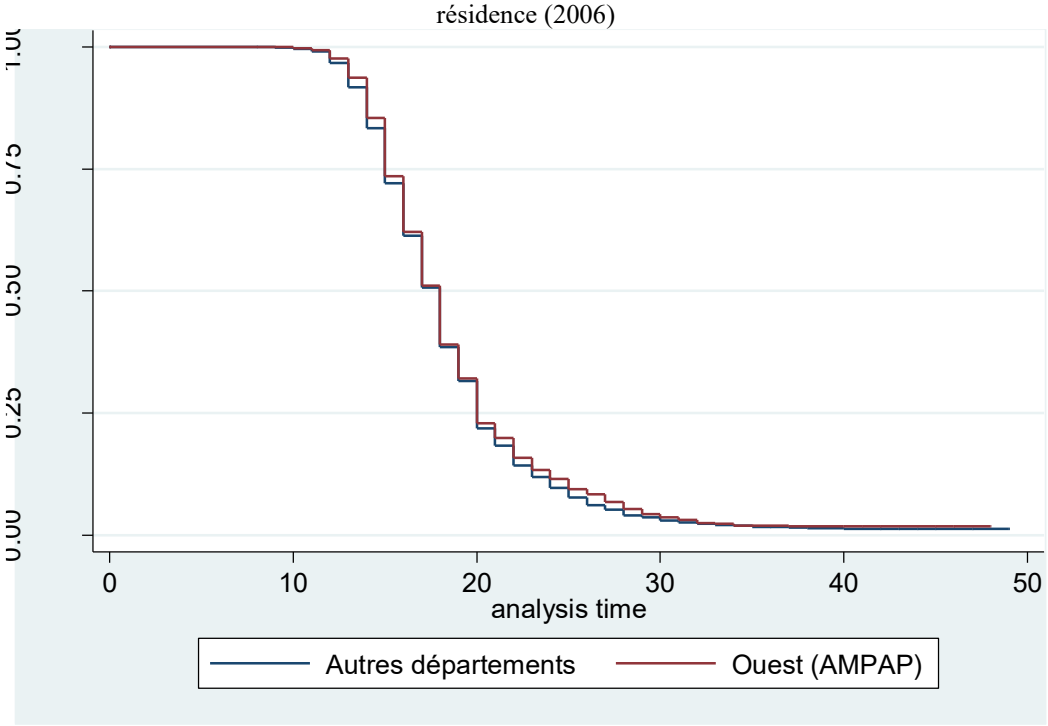
Graphique A19.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon la religion (2012)



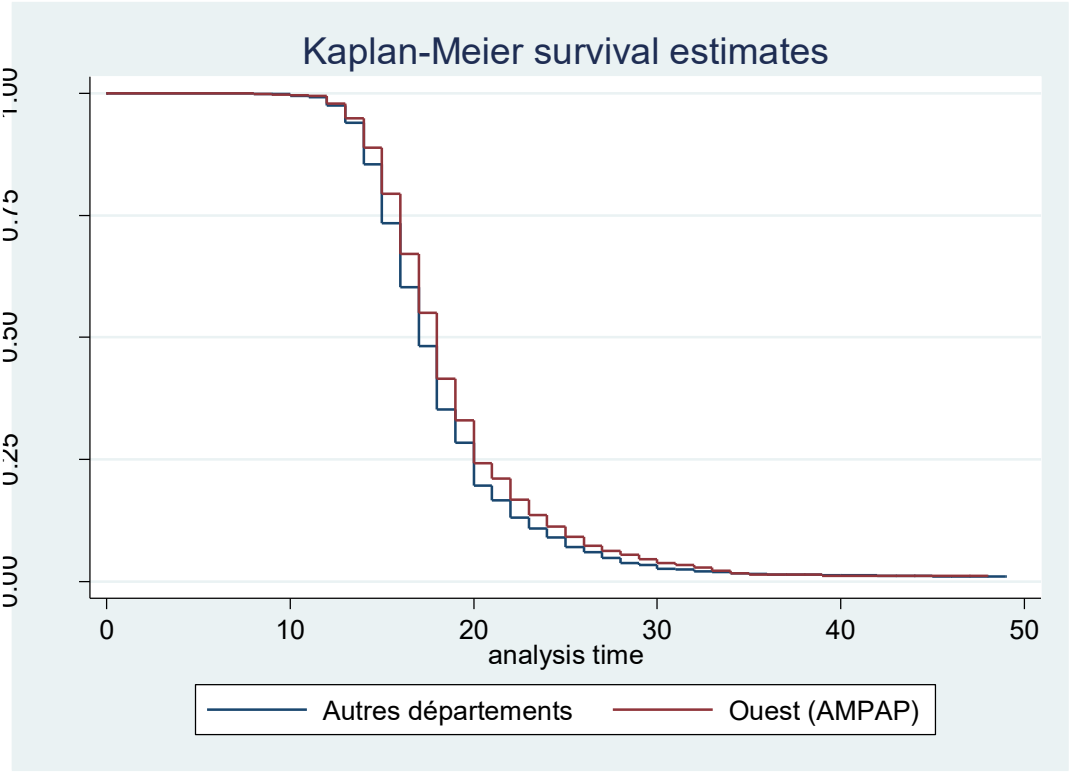
Graphique A20.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon la religion (2017)



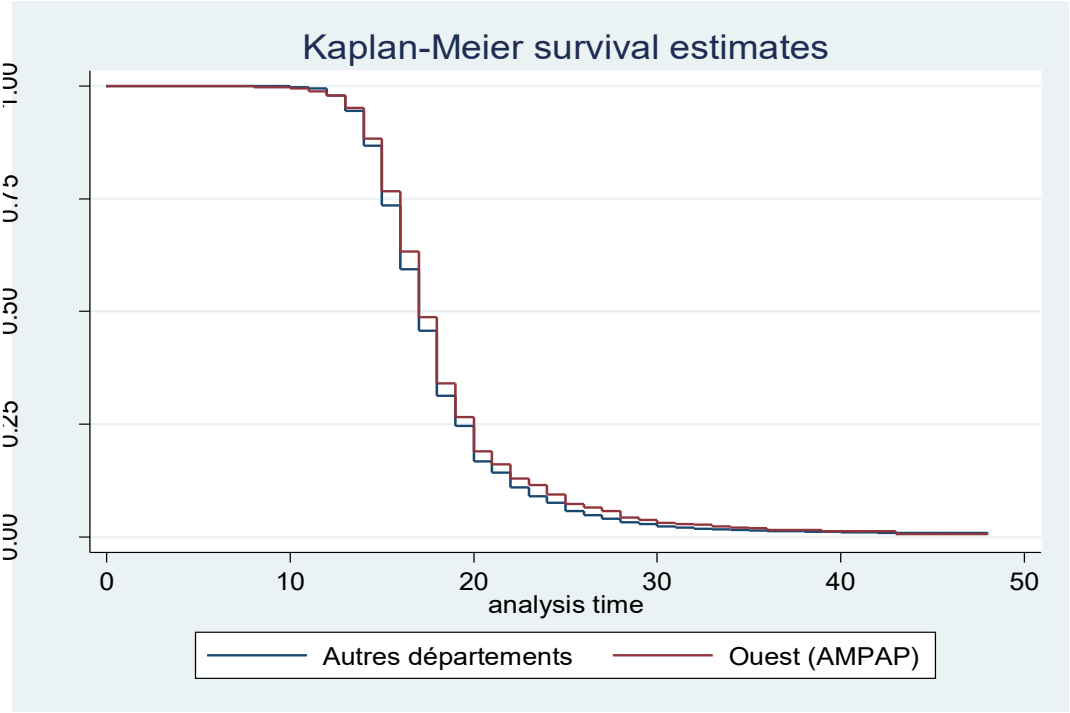
Graphique A21.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le département de résidence (2006)



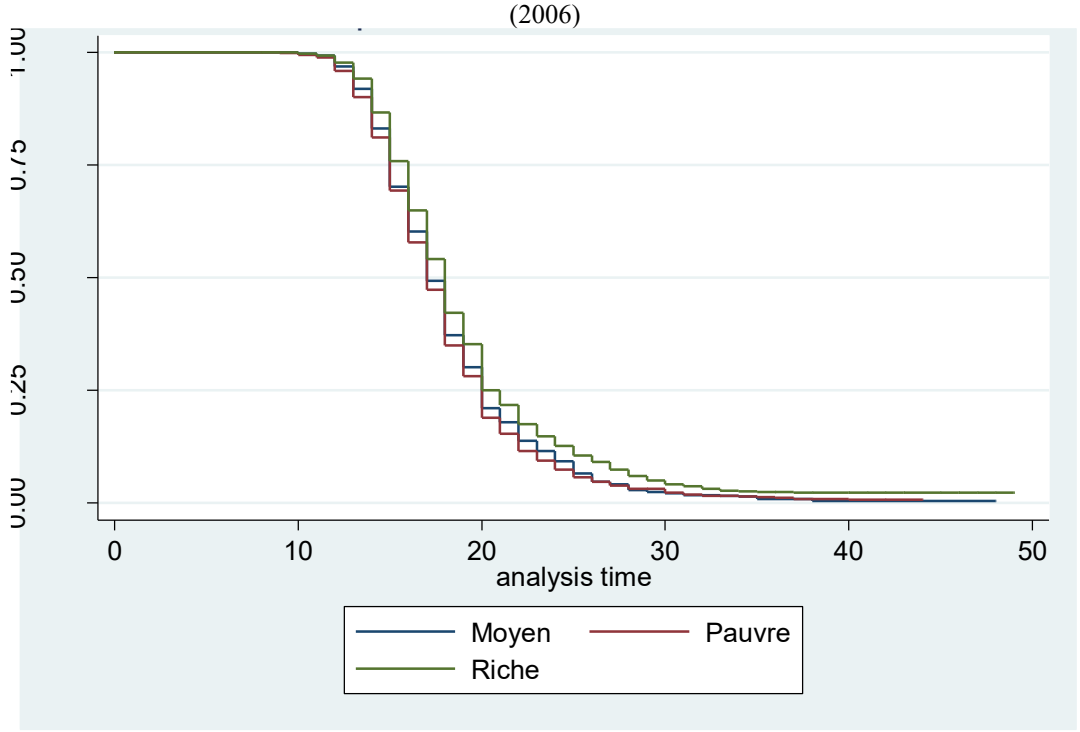
Graphique A22.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le département de résidence (2012)



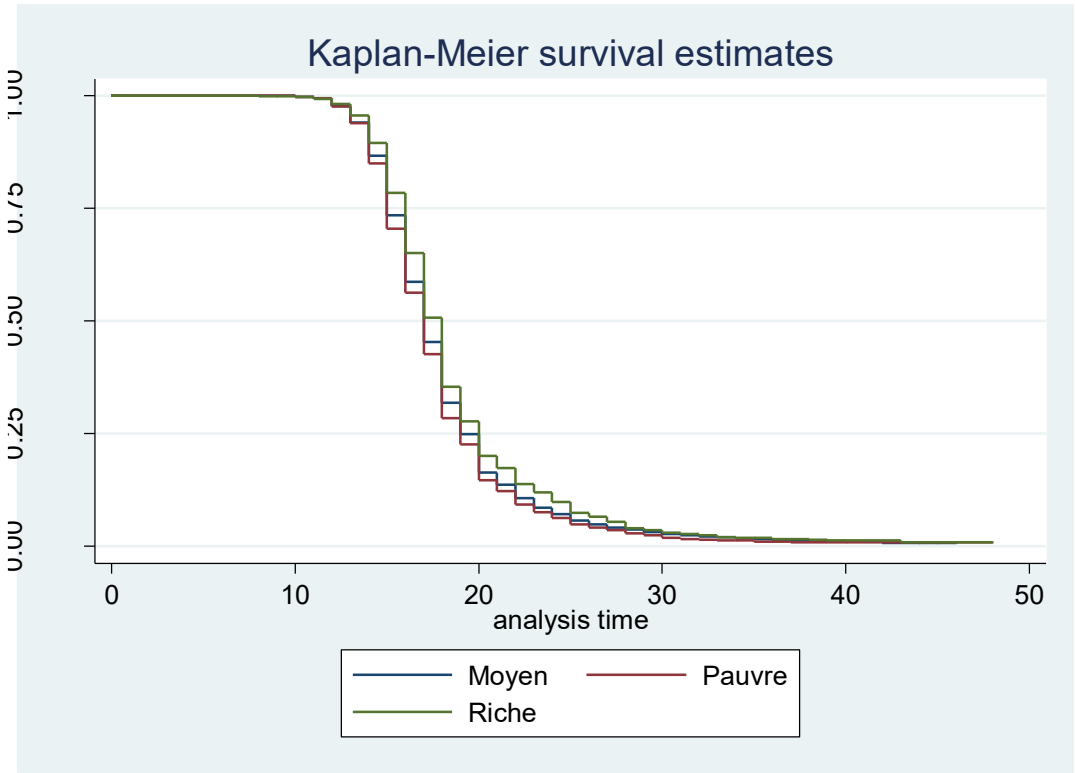
Graphique A23.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le département de résidence (2017)



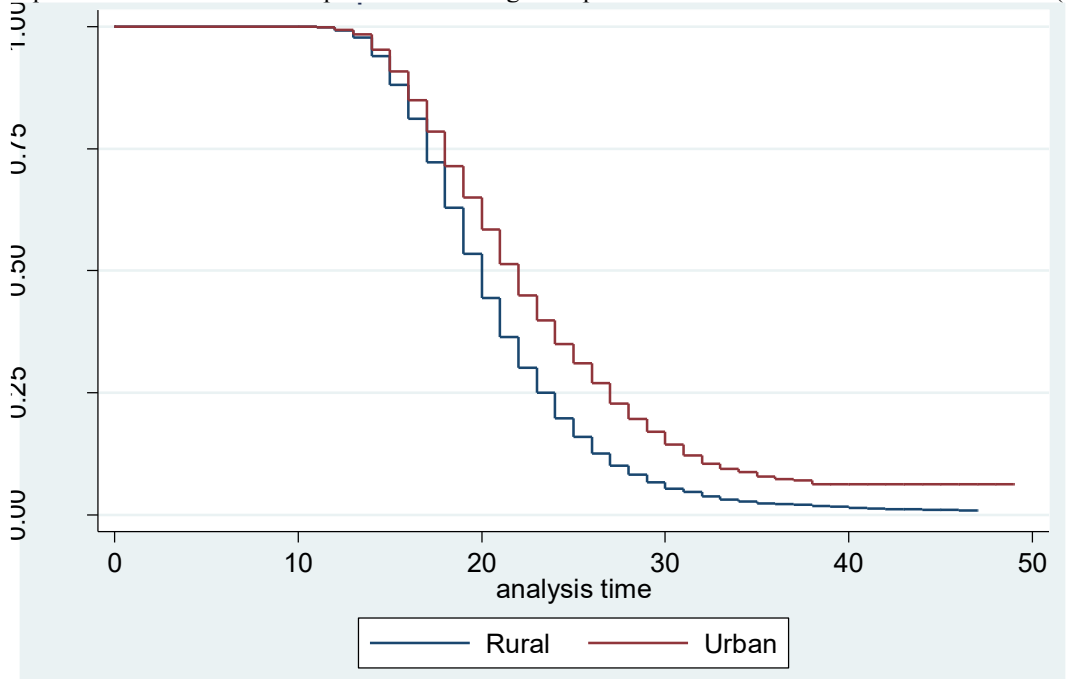
Graphique A24.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le niveau de vie (2006)



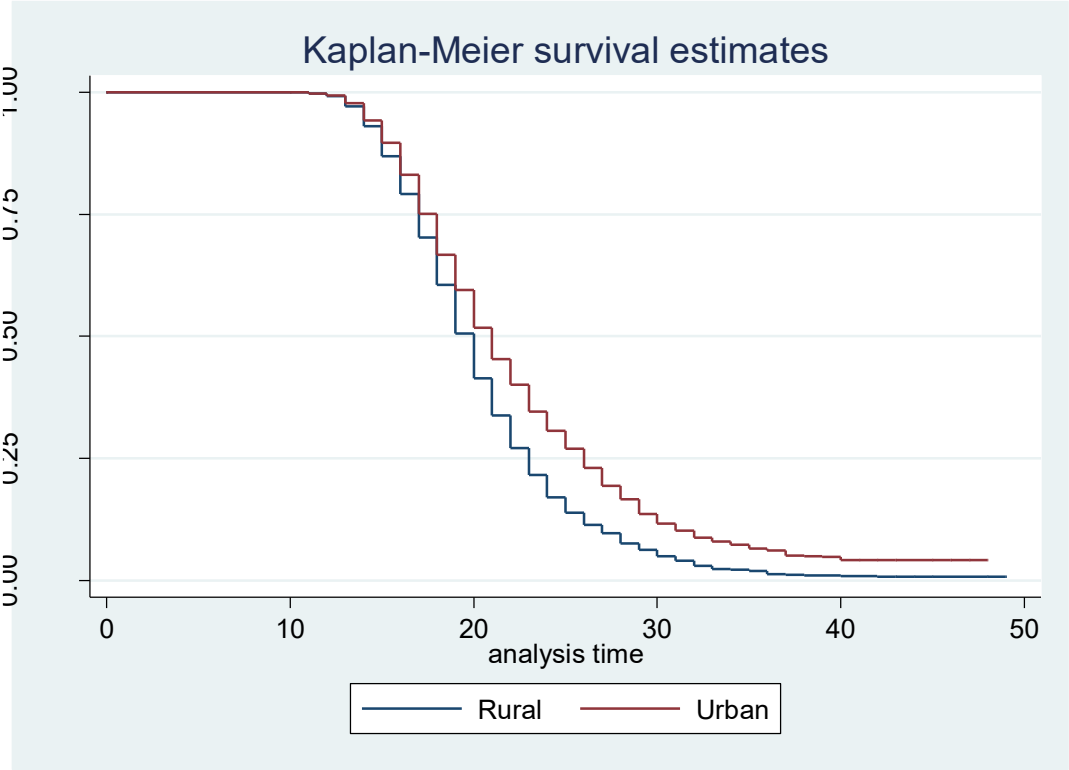
Graphique A25.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première relation sexuelle selon le niveau de vie (2017)



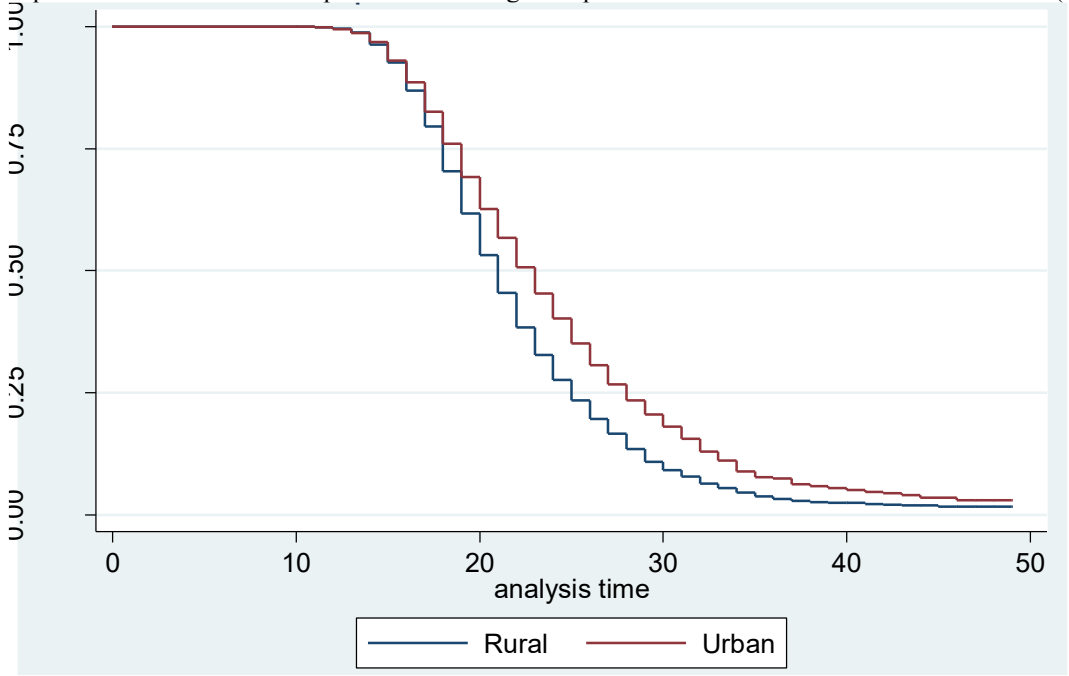
Graphique A26.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première union selon le milieu de résidence (2000)



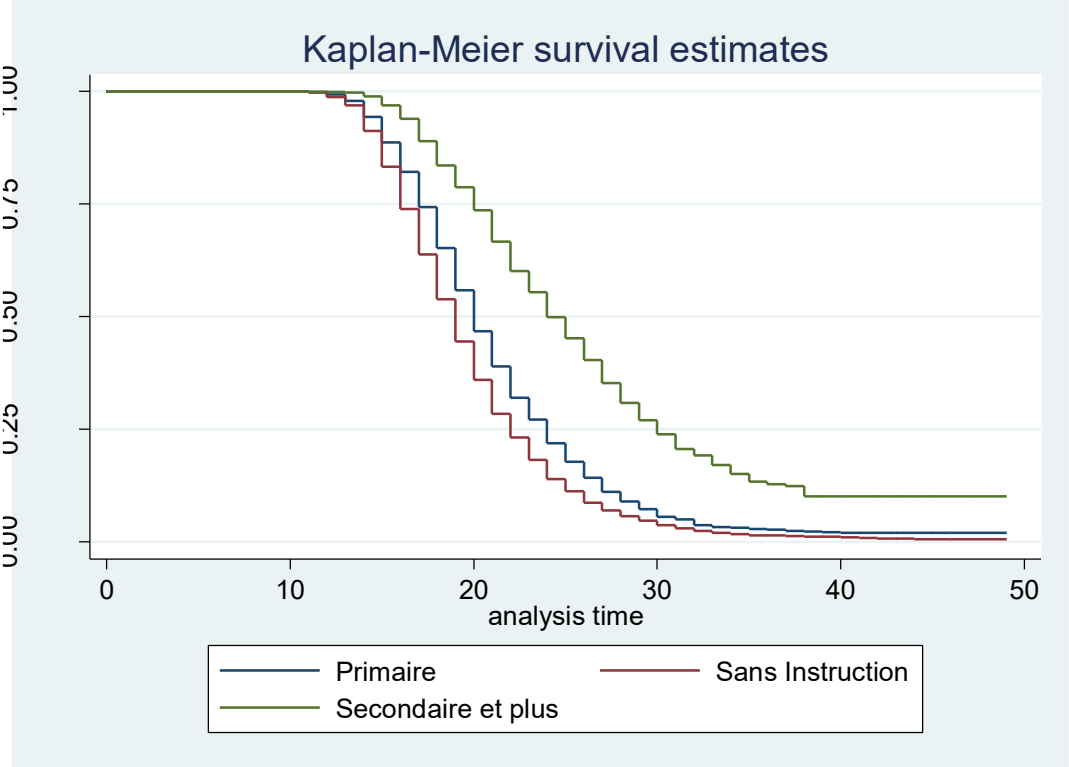
Graphique A27.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première union selon le milieu de résidence (2006)



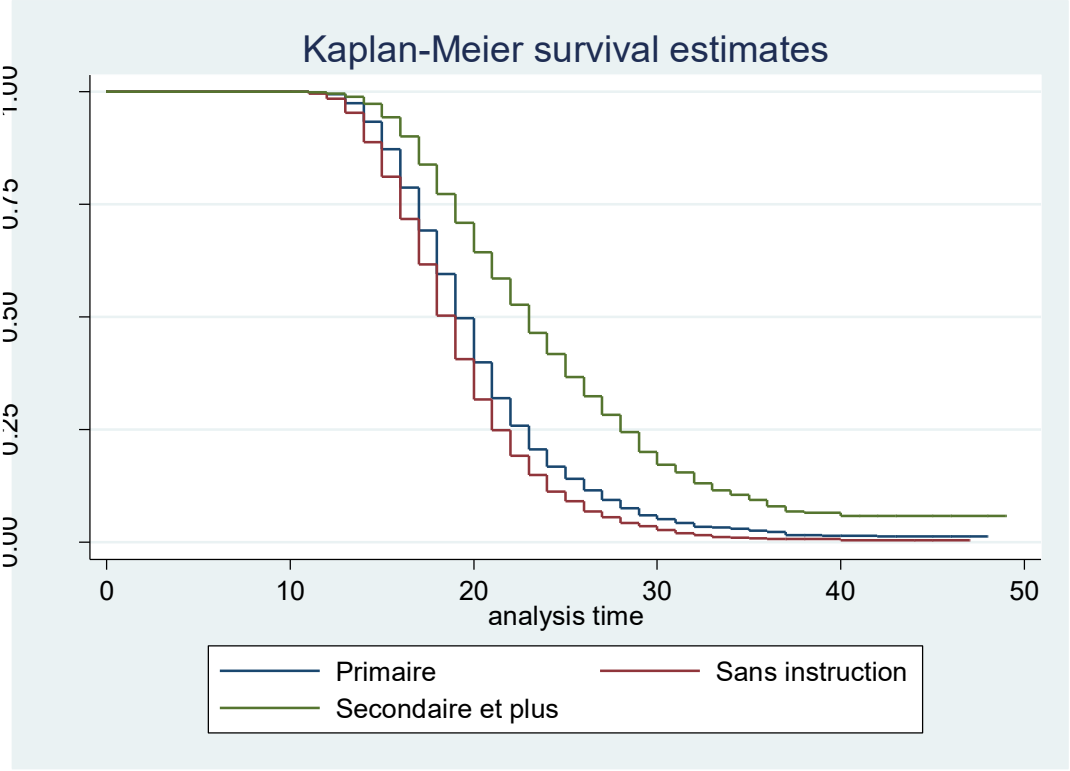
Graphique A28.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première union selon le milieu de résidence (2012)



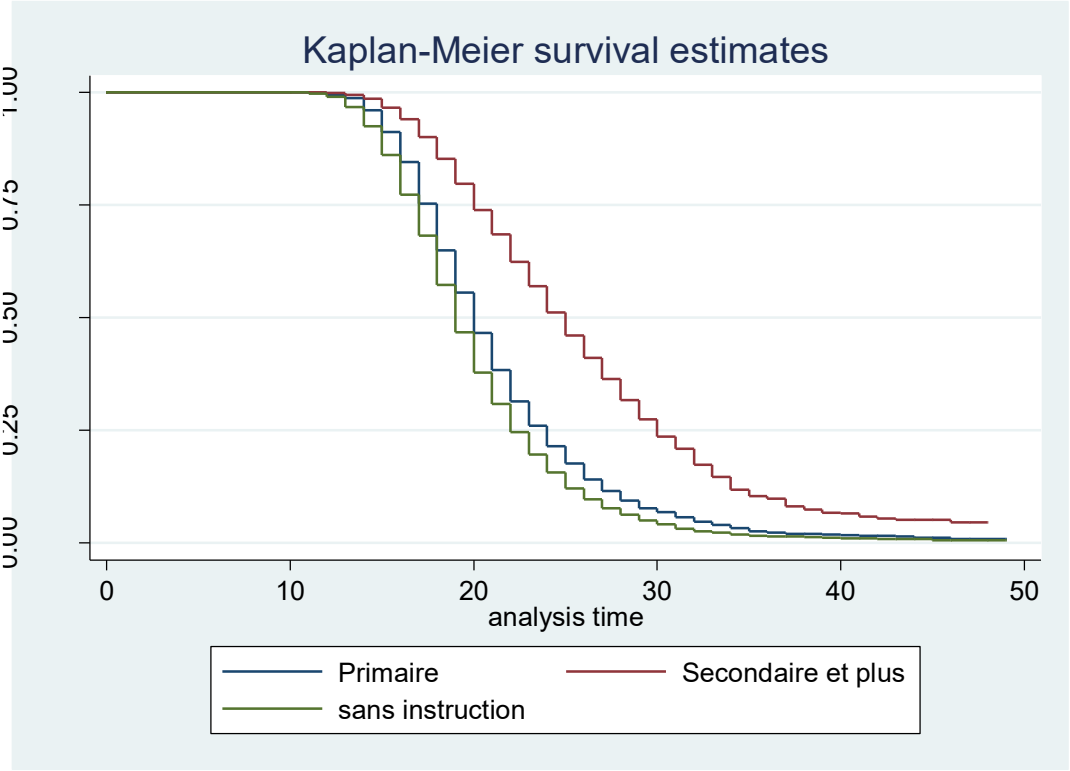
Graphique A29.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première union selon le niveau d'instruction (2000)



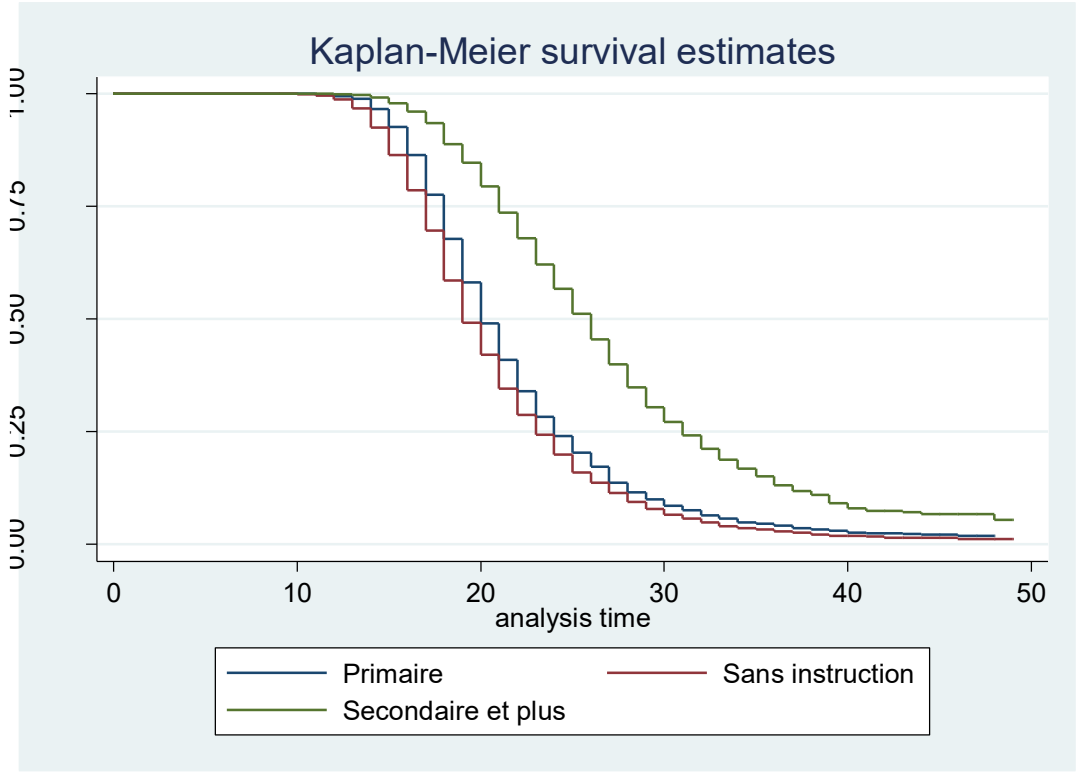
Graphique A30.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première union selon le niveau d'instruction (2006)



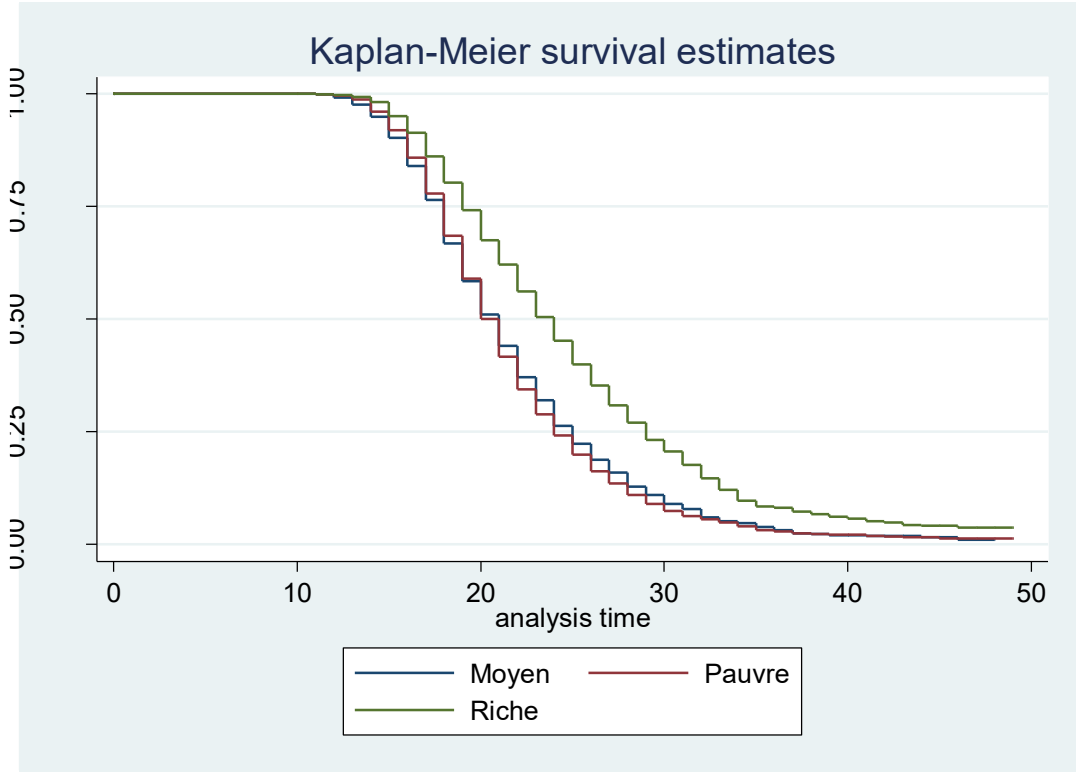
Graphique A31.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première union selon le niveau d'instruction (2012)



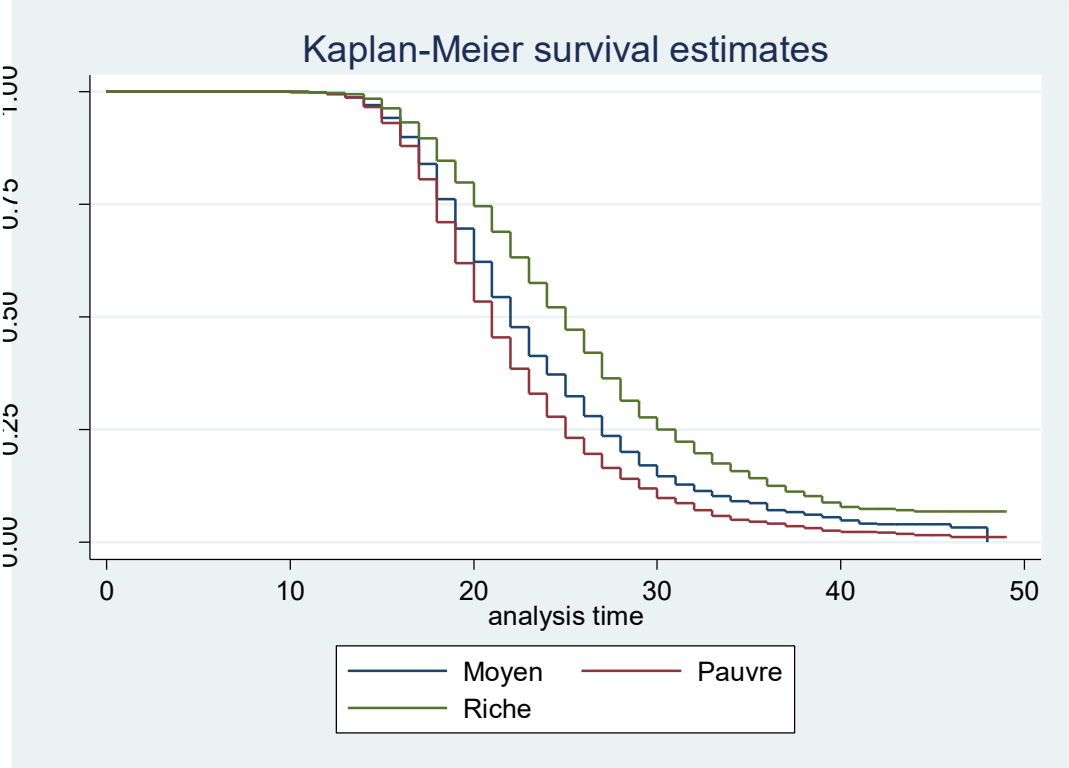
Graphique A32.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première union selon le niveau d'instruction (2017)



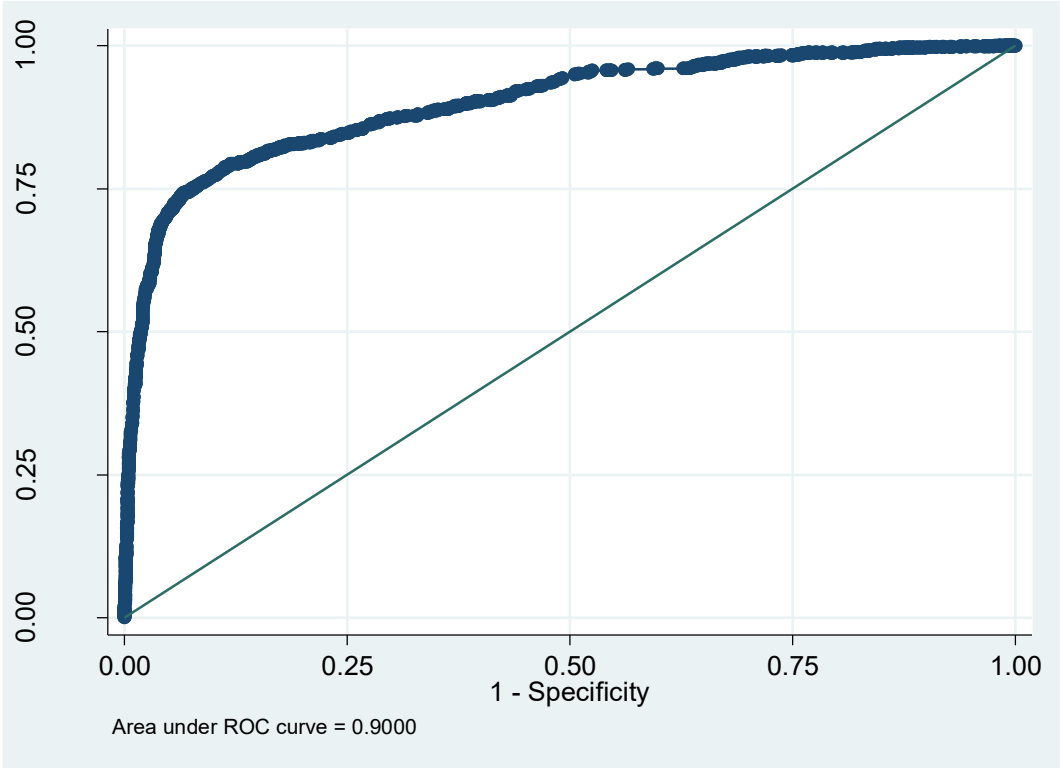
Graphique A33.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première union selon le niveau de vie (2012)



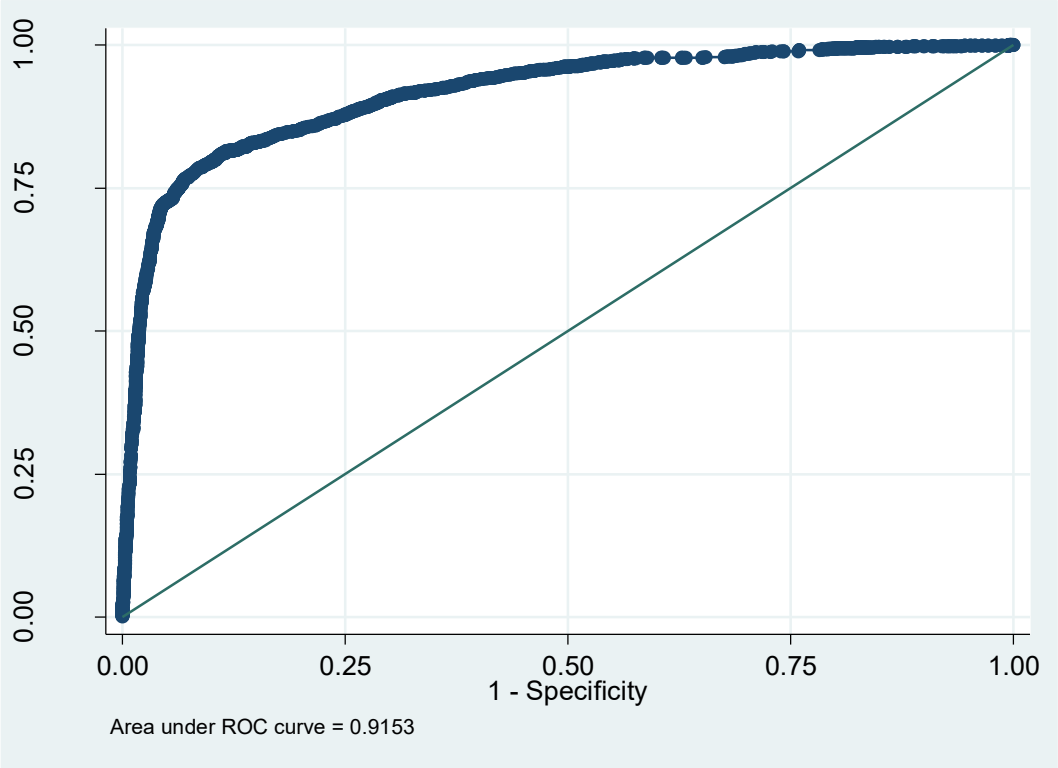
Graphique A34.- Estimateur de Kaplan Meier de l'âge à la première union selon le niveau de vie (2017)



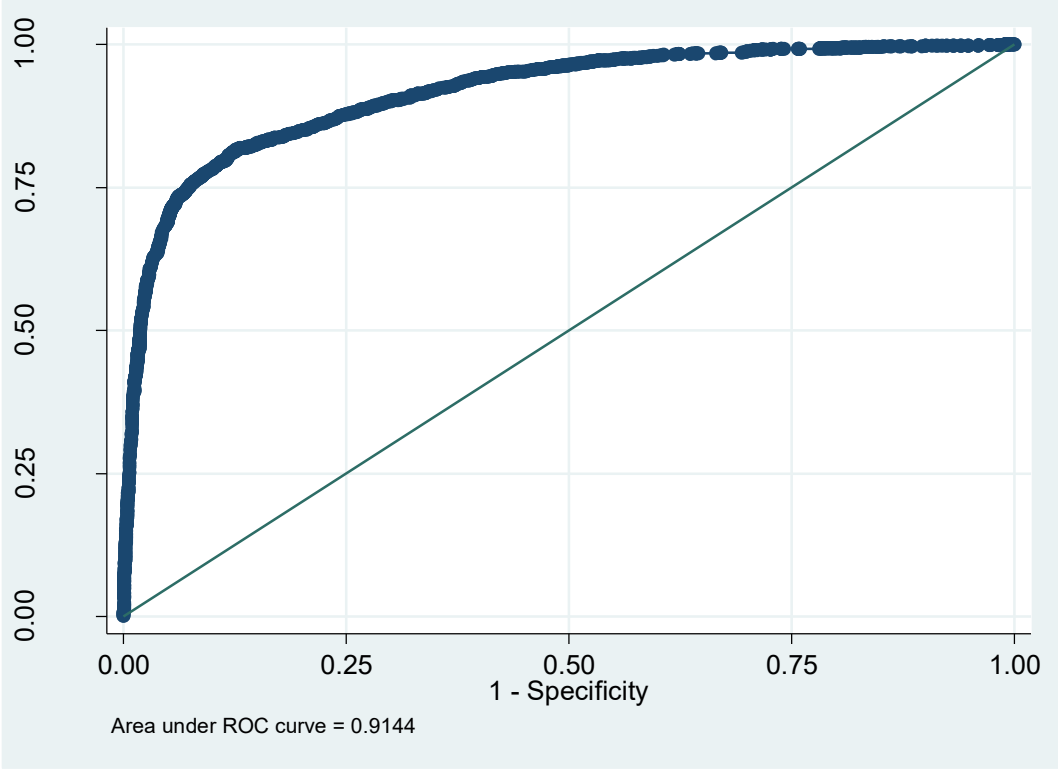
Graphique A35.- Aire sous la courbe (Modèle 1)



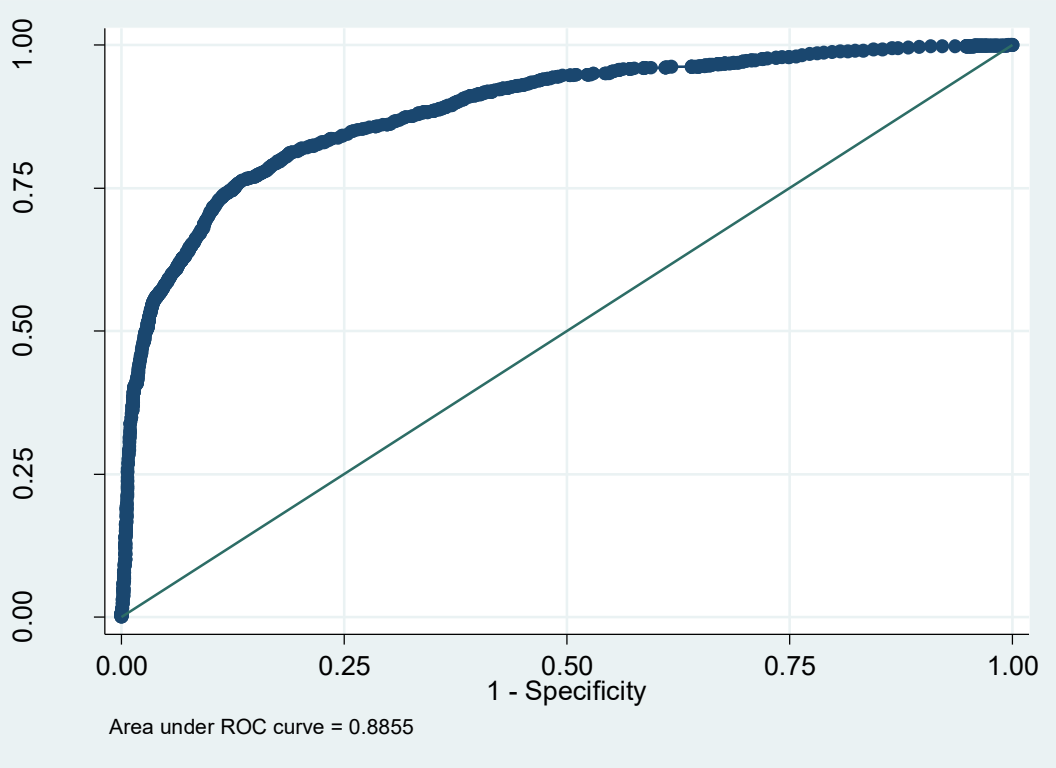
Graphique A36.- Aire sous la courbe (Modèle 2)



Graphique A37.- Aire sous la courbe (Modèle 3)



Graphique A38.- Aire sous la courbe (Modèle 4)



Exemple d'entretien

Entretien avec Tite : Cité soleil

1.- Section identification

Moi: Tu es prête ?....Rires

Tite : Oui, je t'attends.

Moi : Quel âge as-tu ?

Tite : Euh ! 25 ans

Moi : Quel était ton niveau d'étude quand tu étais enceinte ?

Tite : 6e année fondamentale. Cette année-là j'allais passer l'examen de certificat. Apres j'avais abandonné l'école. Je ne vais plus.

Moi : Quel est ta religion ?

Tite : Catholique

Moi : Tu étais toujours catholique avant ta grossesse

Tite ; Oui, c'est la meilleure religion…

Moi : Tu es mariée ? Placée ? Ou... ?

Tite : Je suis placée.

Moi : Avant ta grossesse, tu étais placée ?

Tite ; Non…Avec mes parents. Je ne pouvais pas faire une chose. Mon père…humm. J'étais un enfant à l'école.

Moi : Quelle est ta commune de provenance ?

Tite : Je suis de Port-Salut (aux cayes). Mes parents étaient venus habiter à Port-au-Prince en 2005. La campagne n'offrait plus rien….C'est à Port-au-Prince que mes parents se sont séparés. Après en 2007, on est venu habiter à Cité soleil.

Moi : Avec qui tu vivais à Cité soleil avant ta grossesse ?

Tite : Je vivais avec mon père et ma belle-mère et mon petit-frère, le fils de ma belle-mère. Mes parents se sont séparés.

Moi ; Tu vas choisir une de ces tranches que je vais citer : Moins de $1000 HT, 1000-3000 HT, 3000-5000, 5000-7000, 7000-10000, 10000 dollars et plus A combien estimes tu le revenu du ménage ou tu faisais partie avant ta grossesse ? Dans quelle tranche tu les mets ?

Tite : Euhhhh….je dois reflechir….je peux dire moins que 1000 dollars par mois. Ils ne font pas grand-chose.

Moi : Combien de personnes qui travaillaient chez toi ?

Tite : Mon père était un petit commerçant.

2.- Pertes se rapportant au tremblement de terre

Moi : Tu as perdu des proches dans le tremblement de terre ?

Tite : Le Bon Dieu m'avait fait grâce. Je n'ai pas perdu mes parents mais j'ai perdu des oncles et tantes. Ils sont tous en vie.

Moi : et ta maison ? Autres ?

Tite : Non, la maison était fissurée.

3.- Questions spécifiques aux parents ou personnes en charge

Moi : Quel était l'âge de ton père en 2010 ? Ta belle-mère aussi ?

Tite : Attends…..mon père avait 54 ans et ma belle-mère 43 ans. Mon petit-frère avait 8 ans….et voilà.

Moi : Dans quelle classe tes parents sont arrivés ?

Tite : mes parents ? Classe ?...Ils ne savent pas lire.

Moi : tu sais pourquoi, ils ne savent pas lire ?

Tite : Je ne sais pas vraiment. Je pense qu'on ne leur avait pas mis à l'école. Tu connais les grands-parents.

Moi : est-ce que t'étais à l'aise avec tes parents avant ta grossesse ?

Tite : Rires…après la grossesse les choses ont changé. Avant la grossesse je peux dire oui seulement parfois je disputais avec ma belle-mère. Tu sais quand tu n'es pas l'enfant de la personne, ce n'est pas la même chose. Mais après ça, ça allait.

Moi : Et sur les questions de sexualité ? Comment c'était ?

Tite : Rires……Euhhhhh, pour les sujets se rapportant à la sexualité, mon père avait l'habitude de m'en parler et de m'en prévenir mais c'était de façon très rapide…..Tu sais….Je me souviens toujours qu'il Il ne voulait pas que je l'interroge. Il me disait tout le temps que le sexe était interdit pour les personnes de mon âge. Il me considérait pour un enfant (Timoun).

Moi : Quand tu avais l'habitude regarder des films érotiques, quel était la réaction de tes parents ?

Tite : Bon !!!! Ils ne réagissent pas mal. Parfois, moi, pour se montrer respectueuses, je sors devant la télé. Si j'étais restée peut-être ils allaient se plaindre. Mais s'ils me croisaient regarder ca toute seule, ils pourraient me faire éteindre la télé.

Moi : Tu avais l'habitude de parler de sexe avec d'autres gens ? Qui étaient ce ?

Tite : Oh oui III. Avec les élèves de mon école, avec mes amis dans mon quartier. Tous les enfants en parlent entre eux…..

Moi : Est-ce que tes parents te laissaient écouter des messages sur les capotes ? Planning ?

Tite : Je t'ai déjà dit que mes parents sont fermés. Si je les entends ce n'est pas mes parents. J'avais un téléphone qui avait la radio. J'avais l'habitude d'écouter. Dans la rue aussi, à travers les pancartes. Je connais aussi la méthode de retrait

Moi : Il y avait des femmes qui étaient enceintes à l'âge adolescent dans le ménage où tu étais ?

Tite : Non

4.- Connaissance du cycle ovulatoire/méthodes contraceptive/nombre de partenaires

Moi : Est-ce que tu connais ce qu'on appelle « période fertilité : cycle ovulatoire » ?

Tite : Oui, je ne peux pas dire que je suis forte mais j'ai déjà entendu parler. J'avais un partenaire, on contrôlait mon cycle pour rentrer en relation sexuelle. Une fois, un malheur m'était arrivé. J'avais fait une erreur en calculant ma période d'ovulation. J'étais tombée enceinte. Ah monchè, je ne voulais pas avoir des problèmes avec mes parents. J'ai enlevé l'enfant…

Moi : et pour les méthodes contraceptives (capote, stérilet, pilule) ?

Tite : Oui, tout le monde connait. Capote pantè, pilplan, capote Ti klere….

Moi : A quel âge, tu as eu tes premières relations sexuelles ?

Tite : Rires….Tôt, tôt. Si ma mémoire ne me fait pas défaut, à 14 ans.

Moi : A quelle fréquence ?

Tite : Rires…. (Question chaude)….J'avais l'habitude le faire souvent…

Moi : Avec un seul partenaire ?

Tite : Ça aussi tu veux savoir ?…J'avais plusieurs partenaires…. Je ne peux pas vraiment vous dire le nombre exact mais je pense que j'avais l'habitude d'avoir des rapports sexuels 3 à 4 fois dans un mois. J'avais un copain et un Ti zanmi. Garçons oui… Les garçons n'ont jamais une seule copine moi aussi je ne dois pas avoir un seul copain. Je n'aime pas rester seule. Et puis mon mennaj (vrai mennaj), il étudie en république dominicaine.

Moi : Tu utilisais des capotes ?

Tite : Oui certaines fois j'utilise.

Moi : que dit ton partenaire ?

Tite : Mon partenaire n'avait pas trop de problème pour l'utiliser. Mais mon « ti zanmi »….

Moi : qu'est-ce qu'il a ? Il te demande le faire sans capote ?

Tite : Oh Oui, mon « Ti zanmi » me le demandait souvent. Il essayait toujours de me convaincre en me disant à chaque fois qu'il l'utilise il perd en puissance et il n'arrive pas à éjaculer. Je ne le calculais pas.

5.- question se rapportant à la venue de la grossesse

Moi : Comment tu as eu la grossesse ?

Tite : Ma grossesse était venue en mars. C'est pour Après le tremblement de terre, j'étais trop stressée. Et quand je suis stressée, je ne sais pas comment te le dire…… J'ai une forte envie (sexe). Comme on me contrôlait moins, je prenais souvent des rendez-vous avec mes partenaires. Mon mennaj (vrai partenaire), il était rentre en Haïti.

Moi : Qu'est qui explique la grossesse même ?

Tite : Je suis tombe enceinte pour mon mennaj (bon partenaire)……Ma grossesse était un accident (le bon partenaire). Le préservatif a été déchiré. Aucun de nous 2 ne voulait d'un bébé. Il était étudiant. Il ne vivait pas en Haïti. Il vivait en République Dominicaine. Après, le tremblement de terre, il était venu voir sa famille…..et puis enceinte est apparue.

Moi : Comment tu as appris la grossesse ?

Tite : Dès que j'ai vu le préservatif déchiré, il y a quelque chose en moi qui m'avait dit que j'étais enceinte. Sur le coup, je suis tombée dans les pommes. Non !!!! Je n'étais pas sur terre… A mon réveil,

mon partenaire ne voulait pas croire. Il a dit que le sperme n'était pas tombé dans mon vagin, qu'il est resté dans la capote.

6.- Comportement des parents et proches/partenaires/ et comportement des parents vis-à-vis de vos partenaires

Moi : Comment partenaire a appris ta grossesse ?

Tite : J'étais allé faire un test et après j'étais allé le voir et je l'ai annoncé la grossesse. Il m'avait dit qu'on va surmonter ça ensemble mais il m'avait dit que je dois avorter. Je l'ai dit que je ne voulais pas. Il m'a dit de faire ce que je veux dans ce cas. Il m'a appelé plusieurs fois pour me convaincre. Je ne voulais pas. Il est parti en République Dominicaine le plu tôt que prévu. J'ai appris cela d'un cousin à lui…..

Moi : Comment tes parents ont appris la grossesse ?

Tite : Je me réveillais souvent la nuit pour aller vomir à la toilette et à chaque fois que je me lève mon lit faisait du bruit donc le bruit réveillait ma belle-mère. Elle avait trouvé cela bizarre parce que j'étais réveillée plusieurs nuits affilées. Elle allait me contrôler. Une fois, pendant que suis allée à la toilette pour vomir, elle est venue me voir aussi et là elle a su que j'étais enceinte.

Moi : Comment tes parents ont réagi ?

Tite : Eyyyyyyy !!!!!! J'ai beaucoup enduré. C'est la première fois que mon père m'avait frappé comme ça. J'ai perdu une dent. Il a déchiré mes vêtements. Il me donnait des coups dans mon vagin. Il m'avait dit qu'il va le mettre en pièces parce que c'est mon vagin qui me rend aussi chaude. Il a acheté un « rigwaz » et m'a lynché avec. Il m'a traité de criminelle…..Il m'avait méprisé. Les personnes chez moi me méprisaient. Ils me donnaient de mauvaises mines. Il n'attendait jamais une chose de ma part. On me frappait toujours, la moindre chose que je faisais mal, je me faisais hurler dessus. Mon père avait l'habitude de me laisser sans manger

Moi : Quelle était la réaction de tes parents envers ton partenaire ?

Tite : J'ai été dans des problèmes cette période-là. Ma grossesse avait rongé mon père. Il est venu avec des policiers. Il a dit aux policiers que j'ai été violé. Il m'a dit de l'emmener chez le copain et voulait que je témoigne contre lui. Je ne l'ai pas fait je n'aurais jamais ma conscience tranquille. Pour ça, mon père m'a fait quitter la maison… J'étais allée chez ma mère et peu de temps après j'avais retourne chez mon père. Ma mère ne pouvait pas prendre soin de moi.

7.- Réaction de ton entourage

Moi : Comment tes voisins/les jeunes hommes de ton quartier/ ton entourage avaient réagi ?

Tite : Les jeunes hommes de mon quartier. Je ne les calculais pas moi….. Des jeunes garçons m'appelaient « voiture déboitée », une « enfant vieille », de « grison » et autres choses que je ne me souviens même pas…..

8.- support de tes parents/partenaires

Moi : Tu avais reçu des supports d'eux ?

Tite : Quel support ??? Tchuipssss !!!!! Je te dis que mon père parfois me laissait sans manger. Mon partenaire c'était rarement qu'il m'appelait.

9.- Avortement

Moi : Pourquoi ne t'as pas avorte ?

Tite : J'ai déjà enlevé un enfant. Le médecin m'avait dit si je le fais une deuxième fois je peux mourir. Non je n'ai pas voulu.

10.- Comportement personnel de sante/autorité religieuse

Moi : Comment les autorités religieuses réagissent avec toi et tes parents ?

Tite : Les gens à l'église hmmmm !!!! Tripotay. Ils parlaient mais c'étaient leurs affaires. Les personnes dans les groupes de ma mère disaient de très mauvaises choses sur ma mère. Pour finir avec ces choses-là, ma mère a décidé quitter l'assemblée….

Moi : Et personnels de santé ?

Tite : Non ils n'avaient pas mal réagi avec moi.

Moi : tu n'as pas d'autres choses à ajouter ?

Tite ; Rires….Non

Moi : Merci beaucoup.