



Analyse Rapide Genre – COVID-19

Haiti

25 septembre 2020



Auteurs

CARE International en Haiti et ONU FEMMES en Haiti

Avertissement

Cette analyse rapide genre dans le contexte de la COVID-19 a reçu les contributions des collègues locaux et régionaux de CARE et d'ONU FEMMES. Toutefois, le contenu de ce rapport ne représente pas les points de vue et position de CARE, d'ONU FEMMES et de leurs programmes pays. Plutôt l'étude reflète les points des vues et perceptions des personnes interviewées tout le long de l'analyse situationnelle rapide.

L'étude a été réalisée grâce aux les contributions techniques et financières de CARE HAITI ET ONU FEMMES HAITI.

Table des matières

Abréviations	3
Résumé Exécutif	5
Recommandations.....	6
□ Données désagrégées par sexe et Accès à l'Information	6
□ Emploi et Revenu	6
□ Accès aux Services de base.....	7
□ Protection et Violences orientées vers les filles et femmes.....	7
□ Participation	8
Introduction	10
Contexte de la COVID-19 en Haïti	10
Données sur la COVID-19 en Haïti	12
Objectifs de l'analyse rapide genre	12
Méthodologie.....	13
Profil démographique.....	15
Données ventilées par Sexe et par Âge	15
Analyse démographique	16
Points saillants et Analyse	16
Rôles et Relations de Genre	16
Travail rémunéré	17
Division du travail domestique.....	21
Contrôle des ressources et des revenus	22
Prise de décision dans les ménages	25
Stratégies d'adaptation	26
Accès aux services.....	27
Accès à l'éducation.....	27
Accès à l'eau et à l'hygiène.....	28
Accès à la santé.....	29
Accès à l'information.....	31
Participation.....	33
Protection.....	35
Stigmatisation.....	38
Besoins et Aspirations	39
Conclusion	41

Recommandations.....	42
Recommandations globales.....	42
Recommandations sensibles au genre.....	43

Abréviations

- AFASDA : *Asosyasyon Fanm Solèy Dayiti* (Association des Femmes Soleil d'Haïti)
- AGR : Activité Génératrice de Revenu
- ARG : Analyse Rapide Genre
- BSEIPH : Bureau du Secrétaire d'État à l'Intégration des Personnes Handicapées
- CEDEF : Convention pour l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes
- CEPALC : Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
- CSI : *Coping Strategy Index* (Indice de Stratégie de Survie)
- CSU : Couverture Sanitaire Universelle
- ECVMAS : Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages après le Séisme (Haïti, 2012)
- EMMUS : Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
- IHE : Institut Haïtien de l'Enfance
- LGBTI : *Lesbian, Gay, Bisexual, Transexual, Intersex* (lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres ou intersexes)
- LQAS : *Lot Quality Assurance Sampling* (Échantillonnage pour l'assurance qualité par lots)
- MCFDF : Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes
- MENFP : Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle
- MJSP : Ministère de la Justice et de la Sécurité Publique
- MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- PF : Planification Familiale
- PME : Petites et Moyennes Entreprises
- PSDH : Plan Stratégique de Développement d'Haïti
- SDE : Section d'Énumération
- SMS : *Short Message System* (Système de messagerie courte)
- SOFA : *Solidarite Fanm Ayisyèn* (Solidarité pour la Femme Haïtienne)
- TDR : Termes de Référence
- UNICEF : *United Nations of International Children's Emergency Fund* (Agence des Nations Unies spécialisées dans la Condition des enfants)
- VBG : Violences basées sur le Genre
- VFFF : Violences faites aux femmes et aux filles

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome d'Immunodéficience Acquise

Résumé Exécutif

Suite à la propagation de la pandémie de la COVID-19 en Haïti qui a fait, jusqu'au 11 juillet 2020, 6727 cas de contamination et 139 morts, la population haïtienne, comme cela se passe au niveau mondial, est en train de subir les diverses conséquences de cette crise. Certainement, celles-ci ne sont pas les mêmes partout dans le monde. Elles changent avec la réalité socioéconomique des pays.

Les retombées de cette crise sont de nature sanitaire, économique, psychologique et sociale. Cependant, les hommes et les femmes et les différentes catégories sociales ne sont pas affectés au même degré, selon leur niveau de vie, leur habilité (physique et mentale), leur orientation sexuelle et probablement d'autres facteurs qui ne sont pas pris en compte dans le cadre de l'enquête. L'Analyse Rapide Genre (ARG) vise à fournir des données et preuves sur les besoins différenciés des femmes et des hommes par rapport à l'impact de la COVID-19 sur la vie des deux sexes en Haïti, en particulier les femmes qui représentent un groupe vulnérable et font face à de multiples discriminations. Cette démarche permettra de développer davantage des efforts sensibles au genre visant la prévention de la propagation de la COVID-19 par toutes les parties prenantes au niveau national, régional et local. En ce sens, l'ARG prend fondamentalement en compte les inégalités entre les sexes, les inégalités socioéconomiques, et tout ce qui peut engendrer des différences dans la manière dont les groupes sociaux sont affectés par la crise de la COVID-19. L'enquête qui conduit à cette analyse a été réalisée sur les dix départements géographiques du pays.

Comme toutes les catastrophes naturelles et/ou épidémiologiques, le poids des conséquences de la COVID-19 sera lourdement supporté par la population haïtienne. À cet effet, des mesures sanitaires, économiques et sociales doivent être prises au niveau des communautés en vue d'apporter une réponse appropriée à la crise. Cette compréhension dégagée sur la crise a conduit Care et ONU Femmes en Haïti à se mettre ensemble pour réaliser cette analyse sur la situation et les besoins différenciés des femmes et des hommes pendant la pandémie, et les effets différenciés de celle-ci sur diverses catégories sociales et communautés durant la crise.

Cette ARG est effectuée sur plusieurs dimensions. Tout d'abord, elle examine les rôles et les relations de genre à l'intérieur des familles qui constituent un premier champ d'analyse, mettant en relation les hommes, les femmes et les enfants. Ensuite elle considère les stratégies d'adaptation utilisées par les familles (incluant hommes et femmes) comme un élément de réponse à la crise. La disponibilité des services pour hommes et femmes dans les communautés a été considérée comme un troisième champ d'analyse. Un quatrième champ d'analyse est la participation des hommes et des femmes dans la gestion de la crise sanitaire dans leur communauté. Les préoccupations sur la protection soulignée par les femmes et les hommes dans les communautés représentent le cinquième champ d'analyse. Enfin, les besoins et aspirations des femmes et des hommes sont considérés comme le sixième champ d'analyse.

Trouvailles-clés

Les hommes représentent le sexe le plus touché par les cas de contamination et les morts dus à la COVID-19 en Haïti.

L'impact économique se trouve beaucoup plus sur les femmes que sur les hommes avec une réduction de l'emploi considérable (23.8%).

La crise sanitaire a augmenté la participation des hommes dans les tâches ménagères mais le temps fourni reste inférieur à la charge des femmes (1.4 fois plus de temps).

Les femmes prennent les décisions au niveau des ménages pour tout ce qui ne concerne pas les actifs productifs. Pour ces derniers, ce sont les hommes qui décident pour leur femme (8.0% d'hommes contre 2.8% de femmes).

Les femmes se retrouvent beaucoup plus en situation d'utiliser des stratégies d'adaptation négatives que les hommes pendant la crise (92.0% vs 86.6%).

Les services d'éducation ne sont accessibles qu'à une minorité d'enfant pendant la pandémie (5.6%). L'eau reste une préoccupation majeure pour toutes les familles et l'hygiène des femmes est un élément primordial à supporter.

L'accès à la santé reste un défi de taille pour les deux sexes (53.6 % de femmes vs 45.0 % d'hommes). Les soins spécifiques pour les femmes ne sont pas disponibles pendant la COVID-19.

Le leadership de la gestion de la crise est confié plus aux hommes qu'aux femmes.

En termes de protection, les besoins sont divers et intègrent la VBG. Les cas de VBG augmentent de 5% à 40%, selon la structure de service. La plupart des services ne sont pas assez répandus ni divulgués (seulement 5.7% de femmes sont au courant des structures de service dans leur zone).

Les soins de santé et la nourriture restent les deux besoins prioritaires.

En réponse à cette analyse, nous proposons un ensemble de recommandations qui englobent les principaux besoins des habitant.e.s. dans les différentes communautés et aussi des propositions spécifiques sensible au genre.

Recommandations

Les recommandations issues de cette analyse sont les suivantes :

▪ Données désagrégées par sexe et Accès à l'Information

- Renforcer la production systématique de données sexospécifiques pour le suivi de la pandémie, la prévention, la réponse et le relèvement, en termes de l'évolution de la COVID-19 ainsi que sur ces effets sur le revenu et l'emploi, la sécurité alimentaire, la santé, l'éducation, la violence et la protection et les relations de genre, entre autres.
- Développer des campagnes d'information et de sensibilisation avec des messages ciblés – sur la COVID-19 et sur la disponibilité et la continuité des services – tenant compte des besoins et des vulnérabilités spécifiques aux différents groupes de femmes (en terme d'âge, comme adolescentes et femmes âgées, femmes enceintes, celles ayant des antécédents médicaux ou du handicap, des femmes migrantes et déportées, vivant avec le VIH/SIDA, ou victimes de violences).
- Renforcer les protocoles d'intervention, l'information sur la disponibilité des services au niveau de tous les secteurs impliqués dans la réponse aux VBG pour en accroître l'utilisation.
- Approfondir l'Analyse Rapide Genre par des études complémentaires avec une analyse plus approfondie et à plus large échelle sur l'impact de la crise COVID-19 sur les femmes en y intégrant de nouvelles données disponibles en vue de les accompagner dans le processus de décision et de réponse aux conséquences de la crise sanitaire.

▪ Emploi et Revenu

- À court et moyen terme, soutenir l'intégration des femmes dans des activités de production génératrices de revenu qui émergent en réponse à la COVID-19 (production de masques, savons, gel hydroalcoolique), et soutenir les femmes et coopératives de femmes engagées dans la production, transformation, commercialisation et autres étapes des chaînes de valeur agro-alimentaire, pour renforcer leur résilience et celle de leur famille par rapport à l'impact de la pandémie sur la sécurité alimentaire et la perte de revenu.
- Renforcer l'autonomisation économique des femmes en les appuyant dans le développement, la reprise et/ou le renforcement de leurs activités génératrices de revenu et leurs entreprises dans le but de soutenir l'économie des familles et de relancer la croissance de l'économie et la création d'emplois.
- Accompagner techniquement et financièrement (formations, distribution d'intrants et outils agricoles, accès au crédit agricole) les cultivateurs et cultivatrices afin de renforcer la production nationale pour permettre aux familles de faire face aux conséquences socioéconomiques de la crise, prioritairement la production alimentaire en vue d'assurer la sécurité alimentaire.
- Prendre des dispositions à terme pour faciliter le relèvement socioéconomique en tenant aussi compte des besoins de groupes marginalisés.
- Faire le suivi des appuis accordés au relèvement socioéconomique des femmes et partager les meilleures pratiques.

▪ **Accès aux Services de base**

- Organiser des plaidoyers pour faciliter l'accès à l'eau moins difficile et plus sécurisé dans les communautés où la carence en eau est plus manifeste, en conduisant celle-ci plus proche des habitant.e.s. Une telle initiative contribuerait à appuyer la communauté à garder les bonnes pratiques d'hygiène qui serviraient à la prévention contre la contraction de tout éventuel nouveau virus.
- Rendre les services de santé plus accessibles en renforçant les structures sanitaires existantes (augmentation de leur capacité d'accueil, de services et autres), construisant d'autres structures sanitaires dans les communautés qui en ont très peu ou qui n'en n'ont pas du tout et renforcer les capacités des prestataires de services pour appliquer les normes et protocoles de prévention et contrôle des infections.
- Faciliter l'accès aux soins de santé pour les femmes et assurer la continuité des services pour autres besoins sanitaires critiques pendant cette période de crise, notamment des services de planification familiale, de santé sexuelle et reproductive, de santé maternelle, de réponse médicale et de référencement des femmes et filles victimes de violences.
- Assurer l'approvisionnement des structures de santé en matériels de protection appropriés pour les professionnel/les de la santé (médecins, infirmières, auxiliaires, aide-soignantes), d'autant que les femmes sont largement représentées dans ce secteur.
- Prendre des mesures pour soutenir l'éducation des enfants dans des zones et des couches vulnérables durant la reprise des classes étant donné l'amplification des inégalités d'accès à l'éducation pendant la fermeture des écoles engendrée par l'état d'urgence sanitaire.
- Procéder à des distributions de kits hygiéniques qui prennent en compte les besoins spécifiques des femmes et supporter un plaidoyer pour réduire le coût de ces éléments au niveau national. Sensibiliser les communautés davantage sur le genre et les VBG afin de dégager une compréhension englobante et commune sur les violences faites aux femmes et aux filles pour encourager la mise en place et le respect de mesures de protection des femmes et des filles contre les VBG dans les communautés.
- Poursuivre et intensifier les campagnes d'information contre la stigmatisation et la désinformation liée à la COVID-19.
- Prendre des dispositions visant à rendre les campagnes de sensibilisation contre la propagation du virus de COVID-19 plus proches des communautés éloignées de la capitale ou des grandes villes en vue de toucher un plus grand nombre de personnes.
- Renforcer les capacités des parents en matière d'accompagnement des enfants et soutenir les ménages les plus vulnérables avec des dons en kits d'hygiène, appuis en matière de sécurité alimentaire, articles scolaires et autres.
- Mettre à la disposition des organisations une cartographie numérique appelée « services de réponse sanitaire COVID-19 » qui sera mise à jour sur une base régulière pour être durable : des centres de dépistage et/ou de prélèvement, les informations relatives aux numéros de téléphones disponibles par département pour accompagner la population avec des services spécifiques aux femmes.

▪ **Protection et Violences orientées vers les filles et femmes**

- Mener des campagnes de sensibilisation nationales et communautaires sur les risques de VFFF durant la période de l'état d'urgence sanitaire, ainsi que pour la promotion de normes sociales positives pour prévenir la violence (masculinité positive, résolution pacifique des conflits, répartition équilibrée du travail domestique, construction d'actifs sociaux des filles), en mettant l'accent sur les groupes de femmes et filles les plus vulnérables et adaptés à l'âge.

- Plaidoyer auprès de l'État pour la classification des services pour les victimes de VBG comme "services essentiels" pour assurer la disponibilité et la continuation des structures et services de protection et de prise en charge des femmes et filles survivantes de violence (lignes d'assistance téléphonique, police, santé, support psychologique, hébergement, assistance légale, procédures judiciaires, réinsertion socioéconomique), pendant les périodes de fermeture/confinement et dans d'autres contextes de crise et de catastrophe.
- Renforcer les capacités des institutions publiques, particulièrement des services de VBG du MCFDF, de la PNH, de la Justice, et des centres de santé et des prestataires de services de prise en charge de la société civile en vue de faire face à la montée des cas de violence, notamment les violences conjugales et familiales et les abus sexuels. Ceci requiert le renforcement de leurs compétences et outils techniques (sensibilisation et formations spécialisés, procédures et protocoles d'action standardisés et de qualité, systèmes de gestion des cas), leurs capacités technologiques pour offrir des services à distance pendant les crises, leurs bureaux pour améliorer l'accessibilité des personnes handicapées et autres groupes desservis par leurs services, leurs équipements de protection et mesures de sécurité pour se protéger de la COVID-19, et leurs capacités organisationnelles et financières pour améliorer la qualité et la disponibilité des services offerts face à des hausses de cas de VBG.
- Renforcer les institutions et les mécanismes interinstitutionnels qui coordonnent la réponse et la surveillance des cas de violences faites aux femmes dans le pays, au niveau national, départemental et communautaire – particulièrement les points focaux VBG de la PNH et la Justice, et de la Santé, les Coordinations Départementales du MCFDF et la Concertation Nationale contre la Violence faites aux femmes et d'autres plateformes multisectorielles publique-société civile–, en renforçant leurs capacités de coordination et de gestion et en appuyant la mise à jour des systèmes de référence pour la prise en charge et des cartographies des services essentiels pour VBG.
- Renforcer les capacités des institutions publiques (santé, police, justice) et des organisations de la société civile intervenant dans la prise en charge pour enregistrer les cas et les demandes de service (protocoles d'enregistrement de cas, base de données, rapports et analyses statistiques) et établir un mécanisme permanent pour collecter, systématiser, produire et publier périodiquement les données sur les cas enregistrés et la demande de services pour la VBG (désagrégé par âge, sexe, territoire, type de violence, victimes/groupes vulnérables) dans tout le pays, pour mieux et plus rapidement identifier les tendances et flambées de violence et définir des réponses ciblées.
- Renforcer les capacités de production systématique de données statistiques sexo-spécifiques pour mieux appréhender la situation des femmes et les inégalités de genre et définir des stratégies de réponse plus efficaces à leurs besoins y compris en période d'urgence.
- Renforcer le cadre légal de lutte contre les violences faites aux femmes et promouvoir l'élimination des lois et mesures discriminatoires.
- Prendre des mesures pour inscrire les VBG comme service essentiel au niveau de l'État et soutenir le financement de la prévention et de la réponse aux VBG dans le budget de l'État et dans le soutien des partenaires pour accroître l'offre des services et l'accompagnement aux survivantes de violences.
 - **Participation**
 - Assurer la représentation des femmes, y compris les plus marginalisées, à travers surtout les organisations de femmes, dans toutes les étapes (planification, prise de décision, mise en œuvre et gestion, suivi et évaluation) de la prévention, la réponse et le relèvement de la COVID-19, au niveau national, régional et communautaire pour prendre en compte leurs besoins et leurs perspectives de solutions dans le processus de prise de décisions communautaires.
 - Soutenir les organisations de femmes marginalisées dans les communautés, incluant celles des femmes handicapées et celles des femmes s'identifiant à la communauté des LGBTI, tout en renforçant leur leadership pour leur pleine participation dans la gestion et la protection communautaire.

- Catalyser et capitaliser l'expertise et le leadership des organisations nationales de femmes et des femmes leaders communautaires pour une prévention, une réponse et un relèvement plus efficaces et de proximité et pour une participation des femmes leaders dans la prise de décision stratégique à tous les niveaux.
- Renforcer l'accès des femmes à l'information et leur usage de la technologie pour faciliter leur implication accrue et amplifier leurs voix et influences dans les plateformes d'échanges et de décision et pour les aider à adapter les services des organisations de femmes au contexte de distanciation sociale.
- Renforcer le financement du Ministère à la Condition Féminine et celui des organisations des femmes pour faciliter une plus forte implication de ces structures dans la réponse à la COVID-19, particulièrement en soutien aux communautés en tenant compte des besoins spécifiques des femmes.

Introduction

Contexte de la COVID-19 en Haïti

La propagation accélérée de la COVID-19 dans le monde représente l'un des plus grands défis mondiaux auxquels nous nous sommes encore confrontés. Le 31 décembre 2019, un groupe de cas de pneumonie virale de cause inconnue venait détecter de manière isolée et sa cause – un nouveau coronavirus – déterminé le 5 janvier 2020. Deux mois plus tard, sa prolifération avait atteint une échelle globale et le 11 mars 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé a déclaré l'infection virale respiratoire de COVID-19 comme une pandémie. Au 18 juillet 2020, plus de 14 millions de cas et près de 600 milles morts ont été confirmés en 216 pays, selon l'OMS.¹ En Haïti, des mesures sanitaires ont été prises, malgré leurs limites, après avoir découvert deux cas testés positifs de COVID-19, le 19 mars 2020. Au 11 juillet 2020, 6727 cas ont été confirmés et 139 décès enregistrés (No 137, Bulletin de Surveillance de la COVID-19, MSPP, Haïti, 11 juillet 2020).

Le monde fait face à une menace sans précédent.

La pandémie de COVID-19 a rapidement couvert le monde. Il a propagé des souffrances, perturbé des milliards de vies et mis en danger l'économie mondiale. COVID-19 menace toute l'humanité - et donc toute l'humanité doit riposter. Les réponses individuelles des pays ne suffiront pas.

Les pays riches dotés de systèmes de santé solides fléchissent sous la pression. Maintenant, le virus arrive dans des pays déjà en pleine crise humanitaire provoquée par des conflits, des catastrophes naturelles et le changement climatique.

Nous devons venir en aide aux ultra-vulnérables - des millions et des millions de personnes qui sont le moins en mesure de se protéger. C'est une question de solidarité humaine fondamentale.

- António Guterres, Secrétaire Général de l'ONU, 23 mars 2020

La propagation exponentielle des cas de COVID-19 surmène même les systèmes de santé les plus avancés et les mieux dotés en ressources. À mesure que le virus se propage, la capacité des régions en développement, dont les systèmes de santé sont déjà faibles, suscite de réelles inquiétudes. Par le biais de flambées de maladies passées, nous savons que l'accès aux services de soins prénatals et maternels et la réponse de première ligne à la violence sexuelle souffrent dans ces situations, car les ressources sont détournées ailleurs. De la même manière, les services de santé ont été partiellement ou complètement dérégulés pour la prévention et le traitement des maladies non transmissibles (MNT). Entre 53 et 31% des services MNT dans les pays analysés se trouvent partiellement ou totalement désorganisés par l'impact de la COVID-19, pour des maladies comme le cancer, les cardiopathies et le diabète.²

La pandémie met à rude épreuve une économie mondiale déjà affaiblie et fragilisée. En 2019, la croissance mondiale était à son niveau le plus faible depuis la crise financière mondiale de 2008-2009. La pandémie a plongé l'économie mondiale dans une récession qui risque d'avoir des conséquences profondes et de porter le chômage et la pauvreté à des taux record. L'Organisation Internationale du

¹ WHO, 2020. [WHO Coronavirus Disease \(COVID-19\) Dashboard](#). Consulté le 18 Juillet 2020.

² WHO, 2020. [Rapid Assessment of Service Delivery for Non-Communicable Diseases \(NCDs\) during the COVID-19 pandemic](#), WHO NCD Department, 30 Juin 2020.

Travail (OIT) estime que de 5 à 25 millions d'emplois risquent d'être détruits et que les revenus du travail pourraient connaître une baisse comprise entre 860 milliards et 3 400 milliards de dollars. Les petites et moyennes entreprises (PME), les travailleurs indépendants et les travailleurs journaliers sont les plus touchés. La crise actuelle compromet le peu de progrès que nous avons accomplis vers l'égalité de genre et risque d'aggraver la féminisation de la pauvreté, les violences faites aux femmes et l'inégalité de la participation au marché du travail.³ L'impact sur l'éducation est aussi énorme, avec 166 pays ayant fermé les écoles et les universités à l'échelle nationale. Plus de 1,52 milliard d'enfants et de jeunes ont dû cesser d'aller à l'école ou à l'université, soit 87 % du nombre total de personnes inscrites.⁴

En même temps, les données émergentes montrent une tendance profondément préoccupante dans le monde : COVID-19 entraîne une recrudescence de la violence domestique, qui est amplifiée par le stress en matière d'argent, de santé et de sécurité, les restrictions de mouvement, les maisons surpeuplées et la réduction du soutien par les pairs. Dans un certain nombre de pays, les signalements de violence domestique et les appels d'urgence ont augmenté de plus de 25% depuis l'adoption de mesures de confinement. Ces chiffres ne devraient également refléter que les pires cas. Avant la pandémie, moins de 40% des femmes victimes de violence avaient demandé de l'aide sous quelque forme que ce soit. Cette hausse subite des cas signalés de violences contre les femmes se confronte à des services de police, de justice, de santé et d'accueil surchargés et qui ont du mal à réagir, car ils sont réaffectés à la lutte contre la pandémie. La pandémie fantôme c'est celle de la violence à l'égard des femmes.⁵

En d'autres termes, il ne s'agit toutefois pas d'une simple crise sanitaire, mais d'une véritable crise humaine multidimensionnelle, avec des répercussions sanitaires, sociales et économiques profondes, que traverse le monde. Par conséquent, il est impératif d'analyser toutes les dimensions de la crise pour obtenir une compréhension holistique de ses effets et des réponses appropriées.

La crise de la COVID-19 affecte plus profondément les groupes sociaux les plus défavorisés, les personnes âgées, les personnes avec de maladies chroniques, les ménages monoparentaux et les personnes handicapées, et affecte de manière significativement différenciée les hommes et les femmes. Cette crise fait ressortir les inégalités structurelles existant dans divers domaines et affecte des groupes qui se trouvaient déjà en situation de haute pauvreté et d'extrême vulnérabilité, y compris les femmes et les filles. Celles-ci sont confrontées à des impacts disproportionnés de la crise dont les effets sont d'autant plus amplifiés dans des contextes fragiles, de conflit ou d'urgence. La situation sociale, économique et même physique d'une personne est l'un des facteurs fondamentaux qui puisse contribuer à sa fragilisation ou à sa fortification face à une catastrophe naturelle ou une épidémie. Ces considérations sont aussi valables pour les hommes et les femmes. Ces dernières sont, en général, économiquement et socialement vulnérables par rapport aux hommes dans la mesure où elles occupent majoritairement des postes moins valorisés et mal rémunérés. Ces inégalités viennent du fait que les sociétés, notamment les familles, n'ont traditionnellement pas offert les mêmes opportunités aux filles et aux garçons durant leur parcours. Par conséquent, nos considérations sur les rapports de genre dans le cadre d'une analyse sur les impacts de la pandémie de la COVID-19 sur la population haïtienne se révèlent immanquables, car il est indéniable que le degré d'affectation des femmes et des hommes par la pandémie soit considérablement différent.

Les Analyses Rapides de Genre entreprises par CARE, ONU Femmes et d'autres partenaires du monde pendant des crises humanitaires et à présent dans le cadre de la COVID-19, visent à rendre visible et à améliorer la compréhension des impacts sexospécifiques de la COVID-19 dans les familles, les

³ Nations Unies, 2020. [Responsabilité Partagée et Solidarité Mondiale : Gérer Les Retombées Socioéconomiques de la COVID-19](#), Rapport du Secrétaire Générale de l'ONU Mars 2020, p. 9.

⁴ Ibid., p. 11.

⁵ ONU Femmes, 2020. [Explications : L'impact du COVID-19 sur les Femmes et les Filles](#).

communautés et la société en général, afin de permettre l'identification des problèmes et de leurs solutions. C'est dans ce contexte que CARE et ONU Femmes se sont joints ensemble pour conduire cette analyse rapide de genre sur l'impact de la COVID-19 en Haïti.

Données sur la COVID-19 en Haïti

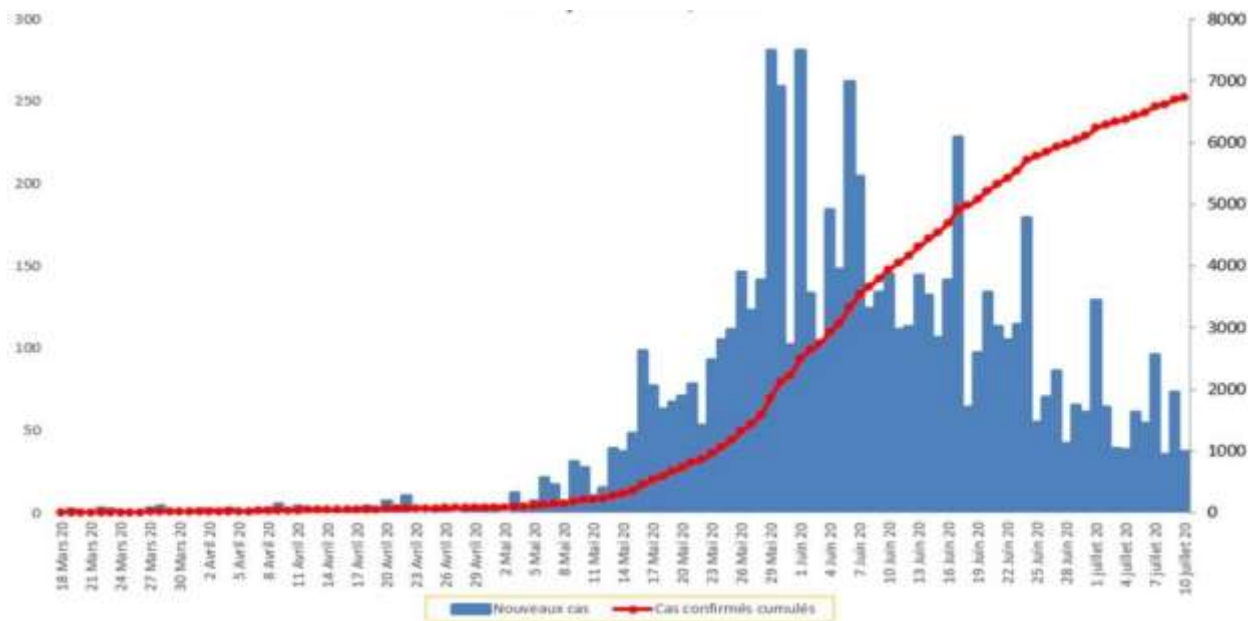
Apparue en Haïti le 19 Mars 2020, la pandémie du nouveau coronavirus a fait, au 11 Juillet 2020, 6,727 cas confirmés (41% de femmes) avec un taux de létalité de 2.1%. Parmi les 139 morts, il y a 33 % de femmes et 67% d'hommes. Ces chiffres montrent que sur le plan sanitaire, le coronavirus frappe directement plus les hommes que les femmes en termes de contamination et de morts en Haïti.

Le département de l'Ouest à lui seul compte près de trois quarts des cas (74%) mais le taux de létalité est plus élevé dans la Grand'Anse (7.5%), l'Artibonite (6.7%), le Nord-Ouest (6.7%) et le Nord (6.0%).

Les jeunes représentent la population la plus touchée par la contamination à la COVID-19. Les personnes âgées de 20 à 49 ans représentent plus de deux tiers des cas de contamination (67.2%). Mais la létalité augmente avec l'âge à partir de 30 ans atteignant son pic à 11.8% pour les personnes de 70 ans et plus.

L'analyse de l'évolution de la COVID19 en Haïti montre que le nombre de nouveaux cas quotidiens est en train de chuter (voir graphique 1). Ce qui sous-tend que la pandémie a déjà atteint son pic en Haïti entre fin Mai et début Juin 2020, en faisant très peu de cas comparé aux prévisions⁶ (des millions de contaminés, des centaines de milliers d'hospitalisés et des milliers de morts). Toutefois, la vigilance reste de mise en fonction des risques de remontée en lien au déconfinement progressif et à la reprise de l'école.

Graphique 1 : Evolution quotidienne du nombre de nouveaux cas et de cas confirmés cumulés



Source: Bulletin de surveillance COVID-19 en Haïti, MSPP, 11 Juillet 2020

Objectifs de l'analyse rapide genre

L'objectif principal de cette analyse rapide genre, conduite conjointement par CARE et ONU Femmes, est de : « mettre en évidence et comprendre les impacts genrés de la crise de la COVID-19 et formuler des recommandations pratiques pour la réponse directe et la reprise et aussi pour le plaidoyer avec les autres acteurs ».

⁶ <https://lenouvelliste.com/article/215312/covid-19-froides-previsions-pour-haiti>. Consulté le 14 juillet 2020.

Ce rapport analytique sur la situation de la COVID-19 sur les relations de genre en Haïti, de façon spécifique, permet de :

- Avoir une compréhension complète de la situation des femmes, des filles, des hommes et des garçons et accroître la disponibilité de données (désagrégées par sexe et par âge) pour obtenir une analyse sur l'impact genré de la COVID-19 sur la population affectée directement et indirectement ;
- Identifier les besoins spécifiques (économique, sanitaire, psycho-social) des personnes affectées en regard des différents risques qu'elles encourent dans ce contexte de COVID-19 ;
- Faire une analyse de la situation, y compris le leadership des hommes et des femmes dans la réponse immédiate communautaire, en regard du contexte et des acteurs ;
- Identifier les mesures spécifiques prises par les acteurs pour l'atténuation des effets négatifs de la COVID-19 sur les femmes et les hommes ;
- Proposer par ordre de priorité des stratégies et actions concrètes et bien ciblées qui répondent aux besoins des femmes, des filles, des hommes et des garçons dans les domaines clés d'intervention (sanitaire, économique, psycho-social, droits, etc.) et qui tiennent compte du leadership des femmes et des hommes.

Méthodologie

La méthodologie proposée pour réaliser cette analyse rapide genre est une méthodologie mixte comprenant une revue documentaire et la collecte de données primaires auprès de sources variées.

Cette méthodologie permet de répondre aux questions suivantes :

- Qui (parmi les femmes, hommes, garçons, filles, femmes âgées, hommes âgés, femmes handicapées, hommes handicapés, femmes/hommes migrants, autres, etc.) est directement et indirectement affecté par la pandémie COVID-19 ?
- Comment la COVID-19 affecte-t-elle la dynamique de pouvoir au sein du couple (prise de décision dans les domaines importants de la vie de la famille, utilisation des ressources, soins des personnes infectées, etc.) ?
- Quel est l'impact sur les relations de couple (atténuation ou renforcement des disparités et/ou déséquilibre dans les relations homme-femme, changement dans la perception par rapport aux rôles et responsabilités des femmes et des hommes dans l'adaptation à COVID-19) ?
- Quels sont les risques en matière de protection et de VBG rencontrés par les femmes, filles, hommes et garçons ? Qui a besoin d'une protection spéciale pendant la COVID-19 et comment mieux faire ?
- Qui a accès à quels biens, services et opportunités disponibles et accessibles et qu'est-ce qui empêche d'autres d'y avoir accès, y compris l'accès à la formation, l'emploi, la subsistance, les services de santé, les droits, la possession et/ou l'utilisation des outils de communication et d'information, le contrôle/la possession des actifs ?
- Quelles sont les différentes capacités et stratégies d'adaptation développées par les personnes de tous âges et de tous les sexes pour répondre aux défis de la pandémie de COVID-19 ?
- Les femmes et les hommes participent-ils de façon égale à la prise de décisions et au leadership concernant la réponse à la COVID-19, y compris la réponse communautaire ?

Les outils utilisés sont les formats et note d'orientation méthodologique de CARE adaptés à la COVID-19 avec une prise en compte des éléments complémentaires du guide d'ONU Femmes. Ces outils ont été adaptés au contexte de la crise multidimensionnelle haïtienne.

Cette recherche a débuté le 29 mai 2020 avec des Termes de Références (TDR) validés par les deux organisations. La collecte des données a lieu du 12 juin au 1^{er} juillet 2020. Les analyses de données et le rapportage ont lieu du 2 au 30 juillet 2020.

La revue documentaire s'est basée sur les documents principaux suivants :

- La sixième version de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) qui a été mis en œuvre en 2016-2017 avec des indicateurs sur la santé, la violence basée sur le genre (VBG), l'emploi et l'éducation entres autres ;
- La projection de la population haïtienne en 2019 publiée par le CEPAL ;
- Les bulletins COVID-19 du Ministère de la Santé Publique et de la Population ;
- Le Plan Stratégique de Développement d'Haïti ;
- Le Plan National de Lutte contre les Violences faites aux Femmes ;
- Le rapport statistique 2018 du MSPP.

Les différentes méthodes utilisées pour la collecte de données primaires ainsi que l'échantillon y afférent sont :

- Interviews avec informateurs-clés

Les informateurs-clé ont été divisé en 3 catégories : les membres de la communauté, le personnel sanitaire, les institutions étatiques et les organisations locales et internationales.

Tableau 1 : Informateurs-clés interviewés par type et sexe

Catégorie	Outils utilisés	Homme	Femme	Sexe non déclaré	Effectif
Membre de la communauté	Guide d'entretien communautaire et histoire d'intérêt individuel	9	18	0	27
Personnel sanitaire	Guide d'entretien non communautaire	11	9	0	20
Organisations locales et internationales	Guide d'entretien non communautaire – adapté	8	31	1	40
Institutions étatiques	Guide d'entretien non communautaire – adapté	1	2	0	3
Total		29	60	1	90

- Enquête ménage

L'enquête ménage a été mis en œuvre en utilisant la méthodologie LQAS⁷ avec une représentativité tant au niveau national qu'au niveau départemental/régional. Le pays a été divisé en 11 régions avec le département de l'Ouest divisé en deux (la zone métropolitaine et le reste de l'Ouest) et les neuf autres départements. Dans chaque région, 5 sections d'énumération⁸ (SDE) ont été sélectionnés aléatoirement représentant 5 lots et un échantillon de 19 ménages (10 femmes et 9 hommes) ont été enquêtés par lot. Au niveau de chaque ménage, une personne de 18 ans ou plus a été sélectionnée au hasard en alternant les ménages où les femmes sont sélectionnées avec ceux où les hommes sont sélectionnés en utilisant la marche aléatoire. L'échantillon final d'hommes (500) et de femmes (565) enquêtés correspondent à une enquête-ménage classique avec un niveau de confiance de 95% pour les deux sexes et un taux d'erreur respectif de 5.4% pour les hommes et 5.1% pour les femmes en utilisant un effet du plan d'échantillonnage de 1.5⁹.

⁷ <https://www.elrha.org/wp-content/uploads/2019/03/ELHRA-Results-Report-Final.pdf>. Consulté le 28 juin 2020.

⁸ La base des SDE utilisée est celle du recensement de 2003 mis à jour en 2011 par l'IHSI.

⁹ Effet du plan d'échantillonnage extrait de l'EMMUS-VI.

Tableau 2 : Echantillon des membres des ménages interviewés par sexe et âge

Groupe d'âge	Femme		Homme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
18-24	60	48.39%	64	51.61%	124	11.64%
25-49	322	53.49%	280	46.51%	602	56.53%
50-64	111	52.86%	99	47.14%	210	19.72%
65+	71	56.35%	55	43.65%	126	11.83%
Inconnu	1	33.33%	2	66.67%	3	0.28%
Total	565	53	500	47	11402	100

Les analyses de données utilisées dans le cadre de cette étude sont réalisées suivant une démarche doublement qualitative en comparant la période avant la COVID-19 avec celle pendant la COVID-19 et en comparant la situation des femmes de celle des hommes. Les différences notées dans l'analyse quantitative sont testées statistiquement avec un niveau de confiance de 95%. Les données qualitatives sont analysées en mettant l'emphase sur la présence des éléments et pour supporter, valider et expliciter les données quantitatives.

Cette analyse a trois limitations :

- La courte durée de réalisation de l'analyse ne permet pas de prendre en compte tous les aspects souhaités pour une analyse complète de l'impact de la crise sanitaire et multidimensionnelle sur les relations de genre.
- Une analyse plus objective serait possible avec plus de données sur la période d'avant la pandémie. Mais les données pour certaines variables font défaut dans l'environnement d'Haïti. Donc les changements mesurés sont beaucoup plus déclaratifs. La littérature a montré que cette méthode présente certains biais.
- Plusieurs acteurs et actrices sollicités de l'Administration publique n'ont pas pu participer à la collecte des données. Cette situation a été une limite pour l'accès à certaines données qui seraient disponibles pour l'analyse.

Malgré ces limitations, cette analyse rapide genre propose des données et informations qui n'étaient pas disponibles dans ce contexte afin d'aider le gouvernement, les organisations internationales et locales à mettre en place des interventions adaptées à la crise actuelle.

Profil démographique

Données ventilées par Sexe et par âge

Le dernier recensement d'Haïti remonte à 2003 (17 ans déjà). Dans cette conjoncture, il est difficile d'avoir des données fiables sur la population haïtienne en tenant compte de différents événements (tremblement de terre, ouragan, migration, etc.) qui ont certainement modifié le profil démographique de cette population pendant ces 17 ans.

Néanmoins, par le biais des projections et estimations, certaines données existent. Selon celles de la Commission Économique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPALC)¹⁰, Haïti compte, en 2019, 11 403 000 personnes dont plus de la moitié (50.7%) sont des femmes. Haïti a une population très jeune avec plus de 30% de personnes de moins de 15 ans, plus de deux tiers de la population de moins de 35 ans et seulement 5.2% de personnes de plus de 65 ans. Cette jeunesse est représentée aussi bien chez les hommes que chez les femmes avec des proportions similaires.

¹⁰ CEPAL, 2020. Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, 2019 (LC/PUB.2020/2-P).

Tableau 3 : Nombre (en millier) et pourcentage de la population haïtienne par sexe et groupe d'âge

Groupe d'âge	Femme		Homme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0-14	1820	31.5	1883	33.5	3703	32.5
15-34	2062	35.7	2032	36.1	4094	35.9
35-49	999	17.3	933	16.6	1932	16.9
50-64	567	9.8	516	9.2	1083	9.5
65+	328	5.7	262	4.7	590	5.2
Total	5776	50.7	5626	49.3	11402	100

Source: Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, 2019 (LC/PUB.2020/2-P)

Analyse démographique

Les données de l'EMMUS-VI montrent que les ménages ont une taille moyenne de 4,3 membres. Plus du quart des ménages (26.5%) ont plus de 5 membres habitant leurs maisons et pour 5% des ménages, ce nombre est de 9 ou plus. Ce qui rend difficilement applicable certaines mesures de confinement initiées par le gouvernement, la distanciation sociale, en cette période de crise sanitaire.

Le nombre de ménages ayant une femme à leur tête est estimé à 45% selon l'EMMUS-VI. Cette proportion a très peu varié car elle a été de 44% 10 ans plus tôt.

Près d'une personne sur quatre, de quinze (15) ans ou plus, au niveau des ménages (24.8%) présentent certaines difficultés de fonctionnement (handicap) selon l'EMMUS-VI. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (27.7%) que chez les hommes (21.4%). Le handicap le plus répandu est la déficience visuelle (15.8% chez les hommes et 20.8% chez les femmes) suivi du handicap cognitif (9% chez les femmes et 6% chez les hommes).

Il n'y a pas de données officielles ou fiables disponibles sur les races présentes en Haïti ou sur les groupes minoritaires comme les membres de la communauté LGBTI. La première est probablement due au passé colonial du pays et au fait que les haïtiens sont majoritairement noirs. La deuxième est peut-être due au fait que cette communauté n'est pas légalement reconnue en Haïti, ni légitimement acceptée à cause de l'intolérance d'une grande partie de la population à l'égard des LGBTI.

Points saillants et Analyse

Cette partie présente les résultats de l'analyse rapide genre en se basant sur toutes les données récoltées lors de la phase de la collecte de données.

Rôles et Relations de Genre

Dans le domaine de l'égalité des sexes, en dépit des dispositions constitutionnelles, de l'inscription de l'égalité des sexes dans le Plan Stratégique de Développement d'Haïti (PSDH) et de l'existence d'une politique sur le genre, la persistance des inégalités basées sur le genre dans la société haïtienne limite une jouissance équitable des droits entre les hommes/garçons et les femmes/filles.¹¹ En Haïti, les normes sociales et culturelles encore prévalentes dans la société continuent à refléter une division traditionnelle des rôles entre hommes et femmes basée sur des stéréotypes et croyances sexistes et qui maintiennent les relations hiérarchiques et inégalitaires au détriment des femmes. En termes de résultats, les rapports sociaux de sexe relèguent les femmes dans le travail reproductif et domestique non-rémunéré au sein du ménage, comme le soin des enfants, l'entretien de la maison, et la réalisation des tâches domestiques pour leur mari et toute la famille. La dévalorisation du travail des femmes se reflète aussi dans leur

¹¹ Nations Unies, 2017. [Bilan Commun de Pays – Haïti](#), Résumé Exécutif Juin 2017, p. 12.

prépondérance dans le secteur informel et les postes les plus précaires sur le marché du travail. Les rôles réservés aux hommes s'inscrivent aussi dans ces normes édictées par la société, comme leur prédominance dans le travail productif et leur rôle traditionnel de fournisseur économique de la famille. Ce qui leur confie le monopole des décisions et le contrôle des ressources. Cette division sexuelle du travail va, en général, de pair avec le faible niveau de formation des femmes.

Entre de 1990 à 1999, des efforts ont été déployés au niveau de l'État dans le domaine de l'éducation en Haïti en vue de promouvoir l'universalisation de l'école fondamentale. Cette initiative a conduit à la création massive d'écoles publiques à travers le pays durant cette période¹². Ce qui a créé une opportunité pour que les jeunes, notamment les filles, puissent se former davantage. Les familles, dans la majorité des cas, en ont profité. Cela peut être observé en établissant une comparaison entre les taux d'alphabétisation et scolarisation entre les générations. La proportion de femmes alphabétisées passe de 47 % chez les 45-49 ans à 89 % dans le groupe d'âges 15-24 ans. Chez les hommes, la proportion alphabétisée passe de 64 % chez les 45-49 ans à 88 % dans le groupe d'âges 15-24 ans. En termes d'instruction, le pourcentage de femmes sans instruction passe de 42 % chez les 45-49 ans à 3 % chez les 15-24 ans, alors que moins de 1 % des enquêtées de 45-49 ans ont complété le secondaire contre 7 % des 20-24 ans. La même tendance est observée chez les hommes.¹³

Cette dynamique a donné un élan assez important dans le processus de la démocratisation de l'éducation dans le pays, l'une des conditions fondamentales pour l'intégration sur le marché du travail. Aujourd'hui, une observation courante peut témoigner d'un certain effort enregistré durant les vingt dernières années sur la présence des femmes dans un ensemble de secteurs ou de métiers en Haïti qui étaient réservés dans le temps aux hommes. Même si ces efforts sont insuffisants, nous ne pouvons pas les nier dans une évaluation sur l'évolution des rapports de genre en Haïti.

Toutefois, selon le Diagnostic des Inégalités de Genre réalisé, en 2013, par ONU Femmes en collaboration avec le MCFDF, les valeurs sociales et culturelles véhiculées dans les divers milieux en Haïti sont imprégnées d'images stéréotypées sexistes promouvant la subordination des femmes et la prédominance des hommes. Généralement, en défaveur des femmes, ces images qui constituent la toile de fond des actions sociales simulent profondément la qualité de vie des femmes et leur implication dans les affaires publiques et politiques de leur communauté. Elles constituent en quelque sorte des entraves à leur épanouissement tout en alimentant les inégalités de genre de toute nature et les pratiques quotidiennes d'exercice de la violence à l'égard des femmes et des filles. L'exclusion sociale occasionnée par la perpétuation de ces valeurs traditionnelles atrophie le développement et le bien-être des individus.

Travail rémunéré

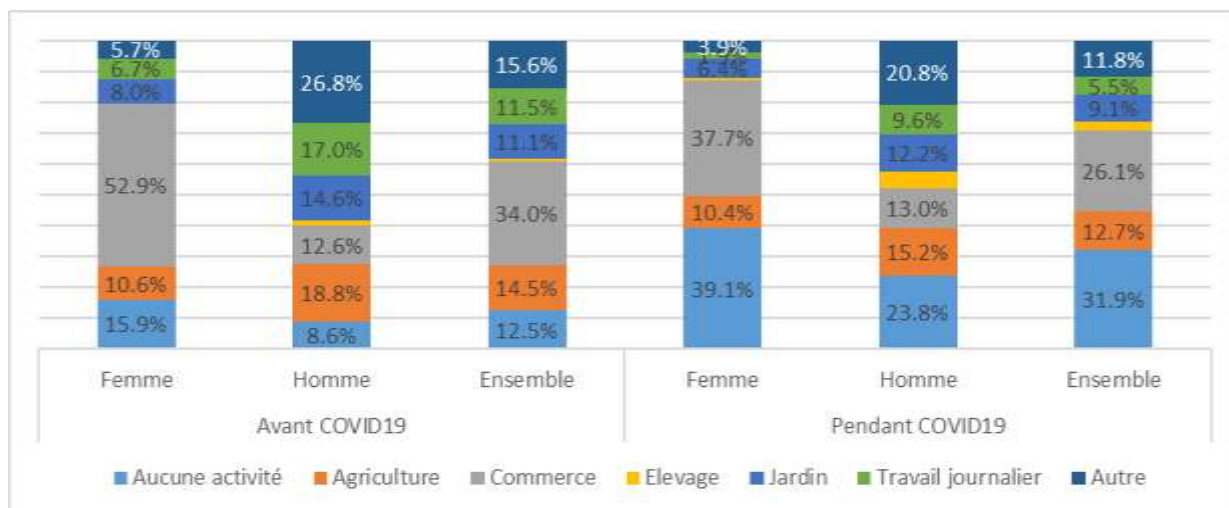
Les données récoltées par l'enquête-ménage montrent que la différence dans les relations de genre concernant le travail rémunéré tend à s'accroître au détriment des femmes avec la crise sanitaire de la COVID-19. Avant l'état d'urgence sanitaire, il y avait toujours plus de femmes que d'hommes sans travail rémunéré que ce soit en considérant les données de l'EMMUS-VI¹⁴ ou les données de l'enquête-ménage réalisée dans le cadre de cette analyse (voir graphique 2). De même, il y avait, avant la crise sanitaire, plus de femmes dans le commerce que d'hommes et plus d'hommes dans l'agriculture, l'élevage et les travaux journaliers (ponctuels). Cette situation est restée la même pendant la crise sanitaire.

¹² <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/Haiti.pdf>. Consulté le 28 juillet 2020.

¹³ Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF, 2018. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017)*, p. 42.

¹⁴ Près des trois quarts des femmes (74 %) et la quasi-totalité (97 %) des hommes en union ont déclaré avoir travaillé au cours des douze mois précédant l'enquête. Parmi les femmes ayant travaillé, 48 % ont été payés en argent seulement, tandis que 52 % ont été rémunérées en argent et en nature. Chez les hommes, ces pourcentages sont respectivement de 66 % et 32 % (EMMUS-VI, 2016-2017).

Graphique 2: Travail rémunéré par sexe avant et pendant la crise sanitaire



Comme il a été souligné, la situation économique s'est aggravée pour les personnes des deux sexes, mais plus pour les femmes. En effet, 23.8% de femmes et 15.2% d'hommes en plus sont devenus sans travail rémunéré, ce qui veut dire que le pourcentage de femmes sans travail rémunéré est passé de 15.9% avant la crise à 39.1% avec la crise. De plus, près de la moitié des hommes (49.4%) et 30.9% des femmes ont vu leur temps de travail diminué ou ont perdu leur travail rémunéré.

Travail rémunéré

« La majorité des employé.e.s. passent moins de temps au travail. Dans le domaine de la santé, notamment dans le service de la prise en charge des personnes infectées par la COVID-19, nous passons plus de temps au travail alors que notre salaire ne change pas ».

Infirmière du service de prise en charge de la COVID-19

Pendant la pandémie, les hommes ont un temps de travail rémunéré plus conséquent que les femmes. En moyenne, chaque homme a un temps de travail journalier rémunéré de 5.4 heures et chaque femme 3.5 heures (plus de 50% en moins). La moitié des femmes ont un temps de travail inférieur à 2 heures par jour tandis que, pour la moitié des hommes, ce temps est inférieur à 6 heures par jour. Parmi les femmes et les hommes mariés ou placés, 61.6% des femmes et 79.7% des hommes déclarent que les hommes ont un revenu plus élevé que les femmes.

Les diverses ressources sur lesquelles comptaient les ménages ont été affectées par la crise sanitaire dans des proportions différentes. Les diminutions des ressources ayant touché plus d'hommes viennent des travaux de main d'œuvre (54.0%), du travail rémunéré (52.2%), de l'agriculture et de la pêche (39.0%), de la nourriture provenant de l'élevage et la pêche (31.4%) et des transferts venant de l'étranger (30.2%). Pour les femmes, ces diminutions viennent de l'agriculture et de la pêche (41.9%) et des transferts venant de l'étranger (34.7%), de la nourriture provenant de l'élevage et la pêche (33.6%).

La majorité des personnes interviewées, dans le cadre des entretiens communautaires, a affirmé que le premier changement observé au niveau du travail rémunéré est la diminution du temps de travail, à savoir le nombre d'heures par jour ou le nombre de jours par semaine. Dans certains cas, cette diminution va de pair avec celle du salaire. Dans de rares cas, elle n'a aucune incidence sur le salaire. À l'inverse, il y a des personnes dont le nombre d'heures de travail augmentent alors que le salaire reste le même. C'est le cas de la plupart des professionnels/elles de la santé.

Pourtant certains médecins du programme de prise en charge des malades infectés à la COVID-19 ont informé que leur salaire augmente avec la crise sanitaire. Lisons les propos d'un médecin responsable du service de prise en charge des malades de la COVID-19 :

Travail rémunéré

« Les postes de travail ont globalement diminué dans le contexte de la crise sanitaire alors qu'ils ont augmenté pour le personnel de la santé. Mon salaire a augmenté depuis la crise sanitaire pourvu que je travaille dans le service de la COVID-19. Mais pour les autres qui travaillent dans le secteur industriel, leur salaire a diminué puisqu'on les paie les heures qu'ils travaillent ».

Médecin du service de prise en charge de la COVID-19

Partout dans le monde, les femmes sont plus nombreuses dans les services des soins infirmiers. Comme l'a souligné, le directeur général de l'OMS, dans son discours à l'occasion de la journée internationale de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), le 12 décembre 2019, les femmes ont toujours joué un rôle moteur dans les communautés en tant que guérisseuses traditionnelles, gardiennes des recettes médicinales, aidantes et accoucheuses. Dans de nombreuses sociétés traditionnelles, ajoute-t-il, elles continuent de l'occuper, mais avec la professionnalisation de la médecine, elles ont du mal à préserver cette place, ce qui explique en partie pourquoi, aujourd'hui, même si elles représentent 70% des agents de santé et des travailleurs sociaux, elles sont cantonnées à des fonctions subalternes moins bien rémunérées¹⁵.

Selon l'Évaluation des Services de Soins de Santé en Haïti 2017-2018 (ESPSS-II),¹⁶ dans le secteur public en Haïti il y a 1,307 médecins, 3,603 infirmières et auxiliaires infirmières,¹⁷ et 152 sage femmes. Comptant le secteur privé et mixte, cela représente un total de 3,354 médecins, 8,202 infirmières et auxiliaires infirmières et 219 sage femmes, sur un total de personnel médical dans le pays de 11,775,¹⁸ ces dernières représentant ensemble le 70% du personnel et sont la première ligne d'attention de la santé et de la COVID-19. Cependant, avec la faiblesse des infrastructures sanitaires (manque de lits, d'énergies, de matériels de soins et de protection), ces femmes sont exposées davantage à l'infection à la COVID-19. Elles peuvent donc représenter un danger pour leur propre famille et leurs proches, car elles peuvent être infectées en soignant les malades. En milieu rural, la situation est pire puisque 70% des infirmières se concentrent à Port-au-Prince¹⁹. La contribution cruciale des femmes dans la réponse à la crise sanitaire de la COVID-19 ne semblerait pas être reconnue ou valorisée. Pendant qu'elles fournissent beaucoup plus temps au travail, elles ne sont pas récompensées. Elles n'ont fait mention d'aucune incitation qui leur serait offerte dans ce contexte particulier où le personnel médical se retrouve dans une situation de peur généralisée et de frustration à cause du manque de matériels de protection disponibles dans les structures sanitaires et de leurs conditions socioéconomiques précaires.

Mis à part le changement lié à l'augmentation ou à la réduction du temps de travail rémunéré imposé par la COVID-19, selon le secteur d'activité ou le domaine de travail, il y a aussi le télé travail qui a été identifié par les interviewé.e.s. comme une nouvelle stratégie d'adaptation du travail rémunéré au contexte de l'état d'urgence sanitaire. Il est à noter que cette stratégie de travail est de plus en plus répandue à l'échelle internationale suite aux mesures de confinement imposées par la crise sanitaire.

¹⁵ Voir le site: <https://www.who.int/fr/news-room/commentaries/detail/uhc-day-2019-keeping-the-promise-to-the-women-who-will-deliver-uhc>

¹⁶ MSPP/IHE, 2018. *Haïti-Évaluation des Services de Soins de Santé 2017-2018 : Rapport des Indicateurs Clés*, p. 34.

¹⁷ 1,995 infirmières et 1,608 auxiliaire infirmières, dans le secteur de santé publique.

¹⁸ MSPP, 2019. *Rapport Statistique 2018-MSPP*, p. 58.

¹⁹ ONU Haïti, avril 2020. "Prise en compte du genre dans la lutte contre le Coronavirus", Document technique, Gender Thematic Group.

Cependant, les difficultés pour avoir l'accès à l'internet et à l'électricité en Haïti représentent un obstacle important pour la majorité de la population qui voulait l'utiliser. Par conséquent, seulement une infime partie de la population, notamment les professionnels de couche sociale moyenne, bénéficie de ce changement. Sachant que les hommes dominent le marché formel du travail, comme l'ont prouvé l'enquête de l'EMMUS-VI et celle de l'Analyse Rapide Genre (ARG), ils sont donc les potentiels bénéficiaires de ce changement dans les stratégies de travail.

Sur cette même lancée, l'un des cadres du Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes (MCFDF) a souligné que la question de réduction de temps de travail impliquant certaines fois la perte de l'emploi affecte en général les entreprises de service, le secteur de la sous-traitance et le personnel de maison qui regroupe majoritairement des femmes. Alors que dans ces secteurs d'activité, le télétravail est moins adapté par rapport aux autres et aussi moins accessible. Donc, la situation de chômage engendrée par l'état d'urgence sanitaire liée à la COVID-19 touche les femmes davantage et de manière non proportionnelle par rapport aux hommes.

Parlant de la situation des femmes, il y a les femmes handicapées, constituant une catégorie plus vulnérable, sur lesquelles les attentions ne se portent pas particulièrement. En ce qui a trait à leur intégration sociale, les mesures nécessaires ne sont pas encore prises en compte par l'État haïtien. En effet, le 18 juin 2013, dans le cadre d'un dossier de presse soumis par le Bureau du Secrétaire d'État à l'intégration des personnes handicapées (BSEIPH), à l'occasion de la présentation du rapport mondial de l'UNICEF sur la situation des enfants handicapés, le Secrétaire d'État Gérald Oriol Jr a fait remarquer qu'il n'existe même pas de données officielles sur cette population lorsqu'il a déclaré : « *S'il faut agir pour permettre aux personnes handicapées de prendre leur place dans vie sociale, il nous faut des données quantitatives et qualitatives sur cette population* »²⁰. Quant à leur intégration sur le marché du travail, selon une étude réalisée par *International Centre For Evidence in Disability*, en collaboration avec Handicap International et d'autres partenaires, en 2012, 61,6 % des personnes handicapées se déclaraient sans emploi contre 35,9 % de personnes sans handicap. Seulement 7,1 % de personnes handicapées se déclaraient salariées contre 19,4 % de personnes sans handicap²¹. L'une des dirigeantes de l'UFMORH interviewée lors des entretiens communautaires a souligné que la plupart des femmes ont perdu leur emploi avec le contexte de l'état d'urgence, mais les femmes handicapées, pour la majorité, ont été au chômage bien avant la COVID-19. Dans un tel contexte, les femmes handicapées sont doublement exposées à la discrimination. D'une part, en tant que minorité sexuelle et d'autre part, en tant que groupe marginalisé sur la base de leur handicap. Autrement dit, à l'inter-sectionalité de leur identité de genre et de leur situation de handicap, elles sont les potentielles exclues du marché du travail.

En conclusion, les entretiens communautaires ont révélé qu'en dépit de la réduction générale de postes, engendrée par la crise sanitaire, les hommes restent majoritaires sur le marché du travail et obtiennent le plus haut niveau de salaire. D'ailleurs grâce au télétravail, la plupart ont pu continuer à assurer leur poste durant la période de l'état d'urgence sanitaire. Dans certains cas, même s'ils sont rares, leur temps de travail augmente en même temps que le salaire. Cette information a été à nouveau rapportée par d'autres hommes employés du secteur des soins de santé qui ne sont pas médecins.

²⁰Voir le site : <http://www.seiph.gouv.ht/estimation-speculative-sur-la-population-des-personnes-handicapees-en-haiti/#:~:text=Cette%20source%20de%20Handicap%20international,Enorme!&text=Quel%20est%20l'%C3%A9tat%20de%20la%20situation%20du%20handicap%20en%20Ha%C3%AFti%3F&text=D'apr%C3%A8s%20ces%20calculs%2C%20%C3%A0,totale%20d'Ha%C3%AFti%20%C3%A9tait%20handicap%C3%A9e>. Consulté le 19 août 2020.

²¹ *International Centre For Evidence in Disability*, 2013. La représentation et l'évaluation du handicap en Haïti (Port-au-Prince, 2012). Direction des Ressources Techniques, p.11.

Division du travail domestique

Les femmes passent plus de temps que les hommes dans la réalisation des tâches domestiques durant la période de l'état d'urgence sanitaire. Dans des tâches comme cuisiner, prendre soin des enfants et acheter à manger, les femmes passent, en moyenne, plus que le double du temps fourni par les hommes par jour. Dans d'autres tâches comme faire le ménage, prendre soin des parents et récupérer de l'eau, la différence est moindre (entre 1.2 à 1.6 fois). Les hommes passent plus de temps uniquement pour aller chercher du bois pour la cuisson et dans les activités d'agriculture et d'élevage. On peut donc voir que les femmes occupent leur temps beaucoup plus avec les tâches non rémunérées et les hommes avec les tâches rémunérées.

Division du travail domestique

« La part des travaux domestiques a augmenté. Puisque les femmes restent à la maison, elles en profitent pour réaliser tout ce qui serait négligé en temps normal. Cela les aide à occuper leur esprit pour ne pas penser à la pandémie. Les hommes, pour leur part, se lancent dans des jeux comme le domino, la carte, les guaguères lorsqu'ils se sentent ennuyés ».

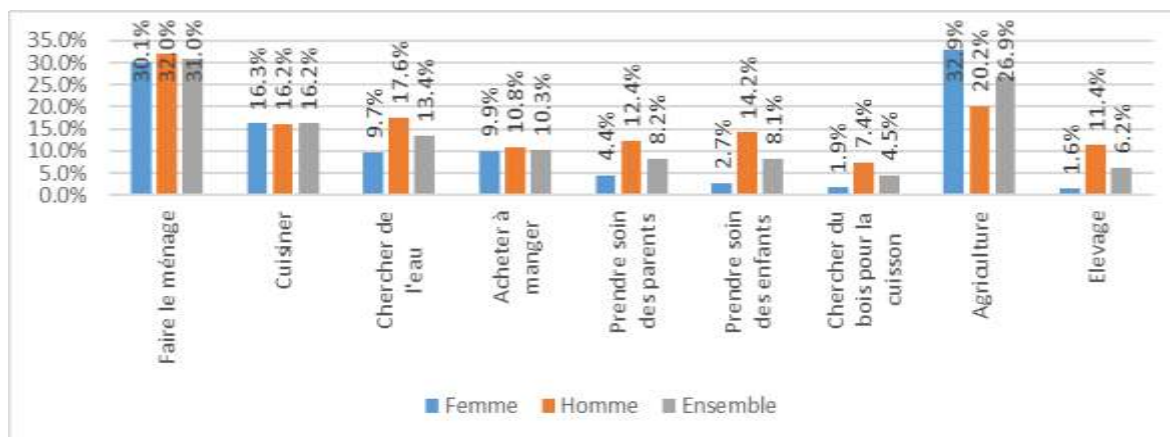
Femme, Point focal programme de nutrition, Nord-Est

Tableau 4 : Nombre d'heures (en moyenne) dans les tâches

	Femme	Homme	Ratio Femme/Homme
Prendre soin des enfants	2.80	1.27	2.2
Cuisiner	2.49	1.13	2.2
Acheter à manger	2.38	.88	2.7
Faire le ménage	1.88	1.16	1.6
Prendre soin des parents	1.27	.89	1.4
Récupérer de l'eau	1.07	.92	1.2
Chercher du bois pour la cuisson	.76	.86	0.9
Agriculture	1.57	2.12	0.7
Elevage	.58	.99	0.6
TOTAL	14.79	10.23	1.4

La pandémie de la COVID-19 a augmenté la participation des femmes aussi bien que celle des hommes dans la réalisation des tâches domestiques. Le fait que les écoles aient été fermées et que les activités économiques fonctionnaient au ralenti, les femmes et les hommes ont dû passer plus de temps à la maison que d'habitude. Près du tiers des hommes (32%) ont augmenté le temps passé à faire le ménage, 17.6% le temps passé à chercher de l'eau, 16.2% le temps passé à cuisiner et 14.2% le temps passé à prendre soin des enfants, selon l'enquête-ménage. Pour près d'un tiers (32.9%) des femmes, le temps passé dans l'agriculture a augmenté. Pour 30.1%, il s'agit du temps passé à faire le ménage qui a augmenté et pour 16.3%, c'est le temps passé à cuisiner. On comprend que la pandémie a permis d'avoir une meilleure participation des hommes dans certaines tâches ménagères, et aussi une augmentation du temps pour certaines femmes dans les tâches ménagères et un accroissement de la participation des femmes dans l'agriculture.

Graphique 3 : Proportion de personnes qui ont augmenté leur participation aux tâches ménagères



La plupart des entretiens communautaires ont confirmé en quelque sorte ces informations récoltées de l'enquête-ménage. Toutefois, certaines personnes interviewées ne reconnaissent la contribution des hommes dans les tâches ménagères comme légitime que lorsque leur femme est absente. Autrement dit, un grand nombre d'interviewé.e.s. identifie la contribution des hommes dans la réalisation des tâches domestiques comme un coup de main offert à leur femme. Il est évident, à partir de cette perception, que l'idée d'assigner traditionnellement les tâches ménagères aux femmes est encore bien dominante au sein des familles, même si la réalité de les partager s'impose de plus en plus dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire.

Sur cet aspect, la réalité est variée selon les habitudes des familles. Dans la majorité des cas décrits par les interviewé.e.s. il est indiqué que les responsabilités en rapport avec l'entretien de la maison, l'entretien des enfants et le soin des malades sont majoritairement endossées par les femmes. Cependant, certains hommes assument qu'ils participent un peu dans la réalisation des tâches ménagères, mais il y a aussi les enfants qui en assurent une grande partie puisqu'ils ne vont plus à l'école au moment du confinement. Donc, ils sont plus disponibles à s'impliquer dans les travaux à la maison.

Sur cet aspect, le cadre du MCFDF a partagé son observation en soulignant que durant l'état d'urgence sanitaire les tâches ménagères sont inégalement réparties entre les hommes et les femmes au sein des ménages. Pour lui, les femmes endossent ces responsabilités davantage parce qu'elles sont plus présentes à la maison, et même lorsque les hommes sont présents, ils consacrent beaucoup plus de temps au travail rémunéré, grâce au télétravail et au loisir. Alors que même les femmes qui réalisent du travail rémunéré subissent le lourd fardeau des tâches ménagères, du soin des enfants et des personnes âgées. Plus loin, il ajoute que ce constat est valable aussi pour les filles, car avec la fermeture des classes engendrée par la crise sanitaire, ces dernières sont plus disponibles à la maison.

Contrôle des ressources et des revenus

Avec l'apparition de la pandémie de la COVID-19, la tendance dominante en ce qui a trait à l'emploi est que beaucoup de personnes ont été mises en disponibilité ou licenciées par leur travail. Pour d'autres, les heures de travail ont été réduites ainsi que le salaire. En fait, les femmes sont majoritairement touchées par ces situations, vu leur statut général de travail et leurs conditions de travail très souvent informelles et en dehors des avantages sociaux. En plus de leur faible présence sur le marché du travail, les femmes occupent les fonctions les moins

Contrôle des ressources

« Dans le contexte de la crise sanitaire de la COVID-19, c'est la personne qui garde son emploi ou qui rentre encore de l'argent qui va avoir le contrôle des ressources de la famille ».

Femme, Leader communautaire

valorisées et donc les moins rémunérées lorsqu'elles y arrivent.

Le travail ou l'activité génératrice de revenus (AGR) est considéré comme l'une des conditions fondamentales pouvant garantir l'accès et le contrôle des ressources, selon les données recueillies des entretiens communautaires. Le fait que les femmes soient minoritaires ou occupent des positions inférieures dans ces secteurs, elles ne peuvent donc logiquement avoir de contrôle significatif sur les ressources de la famille. D'autant plus, comme nous venons de voir, elles sont les plus touchées par le chômage et la réduction de salaire dans le contexte de la COVID-19.

D'autres leaders communautaires, particulièrement les femmes ont souligné qu'il n'y a pas de changement significatif sur cet aspect pour la plupart des familles, mais reconnaissent un léger changement dans les rôles pourvu que certaines femmes commerçantes aient pu soutenir leur famille, au moment de la crise, à partir de leur commerce (quelle que soit la taille de l'AGR), notamment dans les cas où leur mari perd son emploi. Par rapport à cette position, certaines femmes ont exprimé leurs inquiétudes qui sont liées au fait que la perception des femmes sur la question n'a pas encore changé en ce qui concerne le rôle traditionnel attribué aux hommes dans le contrôle des biens et des ressources. Les femmes ont souvent cru que les hommes sont les chefs de leur famille, c'est à eux donc de prendre les décisions et de contrôler les ressources.

En ce sens, le groupe de femmes partageant cette dernière position est convaincu que l'accès à un emploi ne garantit pas automatiquement l'autonomie d'une femme si elle ne dépasse pas la domination masculine d'abord dans sa perception des relations de genre. Donc, une femme qui se débrouille pour faire rentrer de l'argent à la maison n'a pas automatiquement le contrôle des ressources. Par ailleurs, la tendance dominante est que les hommes, même en cette situation de ralentissement des activités économiques, gardent encore l'accès et le contrôle des ressources parce qu'ils sont encore plus présents sur le marché du travail et dans les AGR.

Ces normes et relations inégalitaires résultent en des écarts de revenus discriminatoires. Selon l'ECVMAS, en 2012, le revenu moyen du travail était de 5,316.00 gourdes par mois au niveau national. Il était de 3,855.00 gourdes par mois chez les femmes contre 6,454.00 gourdes chez les hommes. Dans les zones rurales, 67,7% des femmes travaillent dans le secteur informel alors que dans les zones urbaines, elles sont un peu plus de 50%.²²

Une estimation du revenu mensuel par les personnes interviewées ont permis d'avoir une idée claire de la différence entre les deux sexes actuellement. Les hommes ont un revenu moyen mensuel de 7415 gourdes et les femmes ont un revenu mensuel moyen de 6402 gourdes. La moitié des femmes ont un revenu mensuel inférieur à 3000 gourdes contre 5000 gourdes pour la moitié des hommes.

Les résultats de l'enquête-ménage ont montré que le revenu des hommes vaut presque le double de celui des femmes. Par rapport à l'emploi, un élément constitutif du revenu, les données de l'EMMUS-VI ont montré que les hommes ont été plus présents sur le marché du travail, c'est-à-dire avant la pandémie de la COVID-19. L'enquête a souligné que globalement 44 % des femmes et 66 % des hommes ont déclaré avoir travaillé durant les sept jours précédant l'enquête contre 13 % et 8 % qui ont déclaré ne pas travailler au moment de l'enquête. Par contre, 44 % des femmes et plus d'un homme sur quatre (26 %) ont déclaré ne pas avoir travaillé durant les douze derniers mois précédant l'enquête. Aucune considération, dans le cadre de l'enquête de l'EMMUS-VI, n'a été faite sur le travail et le commerce informels où les femmes sont majoritairement présentes.

Les données collectées dans le cadre des entretiens communautaires ont montré que durant la période de confinement, des mesures de protection prises par des autorités municipales de certaines communes

²² Nations Unies, 2017. [Bilan Commun de Pays – Haïti](#), Résumé Exécutif, juin 2017, p. 12.

ont affecté le secteur informel. Par exemple, la réduction des jours de marché dans certaines localités et le couvre-feu sont deux principales mesures soulignées par les informateurs/trices.

En fait, les femmes étant majoritaires dans le secteur informel, toute mesure touchant le secteur économique informel les affecte directement. Étant donné que le couvre-feu et la réduction des jours réservés aux marchés limitent les heures des activités commerciales, leur profit sera logiquement affecté. Donc leur revenu sera donc réduit.

Lisons les déclarations de deux leaders communautaires interviewés à propos de la question.

Revenu

« Ce que j'ai remarqué, c'est que le comportement des familles n'a pas changé, comparant l'avant COVID-19 et le moment actuel. Dans certains endroits, ce sont les hommes qui sortaient régulièrement pour se rendre au travail et les femmes restaient à la maison pour réaliser les tâches ménagères. Cela n'a pas changé. Dans d'autres cas, les hommes se rendent au jardin ou vont s'occuper des animaux. En réalité, ils ne restent pas vraiment à la maison. Maintenant, ceux et celles qui travaillent ou organisent leur petit commerce les soirs, se trouvent dans l'obligation de rentrer avant 8h pour pouvoir respecter la consigne de couvre-feu. Et les jours de marché sont réduits pour certaines zones ».

Un homme

Revenu

« Beaucoup de personnes ont perdu leur emploi depuis la pandémie de la COVID-19. Maintenant, beaucoup de femmes se lancent dans le commerce informel pour se procurer des moyens nécessaires à l'entretien de leur famille. En ce qui concerne les travaux domestiques, les hommes donnent désormais un peu de contribution, car ils sont plus disponibles. Certains d'entre eux sont partis à la recherche de l'eau. Ainsi, les femmes sont moins fatiguées, mais le revenu de la famille a diminué puisque ce sont les hommes le plus souvent qui ont les emplois ».

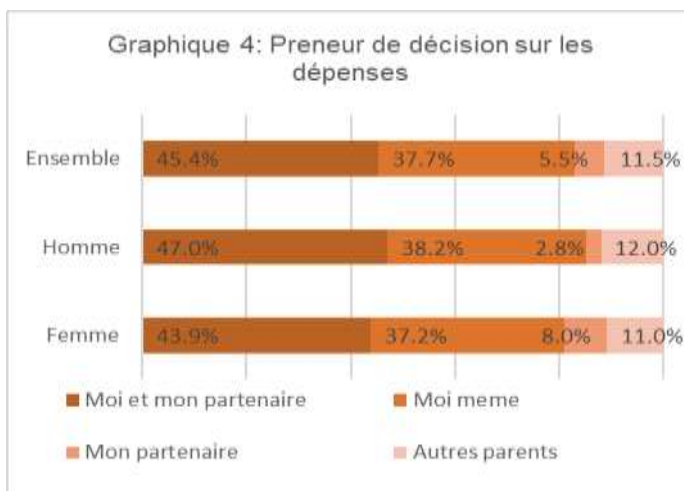
Une femme

La déclaration du premier informateur traduit en quelque sorte la réalité des ménages ruraux où, malgré les restrictions imposées par l'état d'urgence sanitaire, les hommes continuent de se rendre dans leur exploitation agricole pour prendre soin de leurs jardins et de leurs animaux, leur charge de travail a accru à cause notamment de la non-disponibilité ou de la rareté de la main-d'œuvre due notamment aux mesures sanitaires vulgarisées par le gouvernement, alors que la deuxième, celle de l'informatrice, prend en compte la réalité des ménages urbains. En effet, les activités agricoles et l'élevage réalisés par les hommes concernent en grande partie les zones rurales alors que les activités réalisées par les hommes qui habitent dans les villes concernent le plus souvent l'offre de services. Durant la période du confinement, ces derniers n'ont pas forcément cette possibilité qui est offerte aux hommes ruraux. Toutefois, cet indice n'est pas suffisant pour déterminer la zone la plus affectée au niveau des revenus puisqu'il y a d'autres facteurs qu'il faudrait prendre en compte, comme le rythme des activités économiques. D'ailleurs, il y a un lien étroit entre les villes et les zones rurales dans le commerce facilitant la paysannerie à écouler ses produits. Par conséquent, si les activités économiques sont bloquées dans les villes, les récoltes des différentes productions qui se font dans les zones rurales seront sous-utilisées et il n'y aura pas de profits pour les producteurs et productrices. Une double enquête réalisée par ONU Femmes entre avril et juillet 2020 auprès de 340 femmes vivant dans les départements

du Sud et de la Grand'Anse révèle que la COVID-19 a eu de graves conséquences sur la mise en valeur des terres agricoles qui est devenue plus compliquée en raison de la non-disponibilité de la main-d'œuvre, qui non seulement est devenue beaucoup plus onéreuse mais surtout plus rare. L'une des raisons est liée aux mesures sanitaires adoptées par les autorités gouvernementales et qui limitent les déplacements. Les travailleurs qui d'habitude sortaient d'autres régions et/ou zones avoisinantes ont peur de se déplacer pour aller vendre des journées de travail. Suivant la zone, le prix des journaliers a plus que doublé passant de 200 gourdes à 250-300 gourdes par endroit pour une journée de 5-6 heures de travail. Au pic de la saison des plantations, des travailleurs agricoles ont même exigé 400 gourdes pour une journée de travail. Face à cette situation les exploiters agricoles ont adopté la stratégie de diminution de la superficie mise sous cultures.

Prise de décision dans les ménages

Avant la crise, dans la moitié des cas (51 %), les décisions concernant l'utilisation des gains de la femme se prenaient conjointement avec le mari/partenaire et pour 46% c'était principalement la femme qui prenait les décisions sur l'argent qu'elle gagnait, et 3% déclarait que c'était principalement l'homme qui décidait.²³



Durant la période de la crise sanitaire, les décisions sur les dépenses des ménages continuent à être prises majoritairement ensemble ou chacun pour soi-même. Néanmoins, il y a plus d'hommes (8.0%) qui prennent les décisions pour leurs femmes que l'inverse (2.8%). Il y a aussi moins de femmes que d'hommes (65.5% vs 72.8%) qui disposent de leur propre argent et qui sont capables de décider sur comment l'utiliser.

Seulement 4.2% des femmes contre 4.8% des hommes ont déclaré que la crise sanitaire a changé cette situation.

Pour les autres décisions au niveau des ménages :

- Concernant le travail rémunéré, il y a plus d'hommes qui y sont impliqués et participent aux prises de décision que de femmes (93.4% vs 70.4%) ;
- Pour l'achat et/ou la vente de biens, il y a plus d'hommes qui en informent leur femme que l'inverse (3.9% vs 1.8%) ;
- Pour les déplacements à l'intérieur ou hors du pays, il y a plus d'hommes qui sont concernés par ces décisions que les femmes (96.8% vs 88.5%) ;
- Pour les soins de santé personnels et ceux des enfants, pour planifier quand il faut avoir un enfant et pour la scolarisation des enfants, il y a plus de femmes qui prennent les décisions toutes seules ou qui informent leur mari et plus d'hommes qui prennent les décisions avec leur femme.

Dans le cadre de la dernière enquête de l'EMMUS-VI, la prise de décision dans le ménage englobe le niveau d'influence de la femme sur les décisions liées à ses propres soins de santé, les achats importants du ménage et la visite de la femme à ses parents. Alors que dans cette enquête rapide genre, il a été pris aussi en compte les décisions concernant le travail rémunéré, celles en rapport à la naissance d'enfants et à la scolarisation de ces derniers.

²³ Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF, 2018. [Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services \(EMMUS-VI 2016-2017\)](#), p. 360.

L'enquête de l'EMMUS-VI a révélé que dans la majorité des cas (89%), les femmes participent à la décision concernant les visites à leur famille ou à leurs parents et ce type de décision est prise plus fréquemment par la femme seule (48%) que de concert avec le conjoint (41%). Près de huit femmes sur dix (77%) sont impliquées dans la prise de décision concernant leurs propres soins de santé, mais dans 29% des cas, elles décident seules. Les femmes ont aussi une part primordiale dans les décisions concernant les achats importants du ménage. Elles y participent dans 83 % des cas, et dans 28% des cas, elles décident seules.

Les données collectées dans le cadre des deux enquêtes montrent que les hommes restent dominants sur le marché du travail (66% d'hommes et 44% de femmes dans l'enquête de l'EMMUS-VI 2016-2017; 93% d'hommes contre 70% de femmes dans l'analyse rapide genre post-COVID-19). Cela explique par conséquent qu'il y ait plus d'hommes que de femmes (72.8% vs 65.5%) qui disposent de leur propre argent et décident comment ils vont l'utiliser. Mais comparativement à la dernière enquête de l'EMMUS-VI, en ce qui concerne leurs propres soins de santé, l'enquête post-COVID-19 montre que les femmes contrôlent davantage cet aspect et il en est de même pour la scolarisation de leurs enfants.

Les entretiens communautaires reflètent cette réalité décrite par l'enquête-ménage. Lorsque la question de prise de décision dans les ménages est posée aux leaders communautaires et organisationnels, les répondants assurent que les décisions sont généralement prises par le chef de la famille, le père ou le mari. Cependant, la plupart des femmes parmi les répondants, qui considèrent le mari comme le chef de la famille, soutiennent que lorsqu'il s'agit de décision en rapport à leur santé propre, elles peuvent prendre elles-mêmes la décision qui leur paraît correcte. En même temps que les femmes reconnaissent les hommes en tant que le chef de leur ménage, la plupart d'entre elles reconnaissent aussi leur droit d'avoir le contrôle sur leur santé propre, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive.

Prise de décision dans les ménages

« En général, c'est le chef de la maison, le mari, qui décide lorsqu'un membre de la famille doit chercher les soins de santé. Mais je peux prendre les décisions en ce qui concerne ma santé sexuelle et reproductive parce que c'est moi qui suis en train de vivre la situation, c'est à moi donc de choisir comment je veux vivre. En général, les hommes ne sont pas d'accord avec l'idée que les femmes adoptent une méthode de planification familiale, mais cela arrive qu'elles le fassent sans l'accord de leur partenaire ».

Femme, Leader communautaire, Nord.

Stratégies d'adaptation

La plupart des femmes et des hommes ont utilisé au moins une des 5 stratégies d'adaptation de l'indice universel réduit (CSI) durant les 7 derniers jours.²⁴ Seulement 10.5% des personnes n'ont eu recours à aucune de ces 5 stratégies d'adaptation. Les femmes sont plus nombreuses à se recourir à ces stratégies que les hommes (92.0% vs 86.6%).

Les stratégies les plus utilisées par les femmes comparées aux hommes sont : emprunter de la nourriture ou compter sur l'aide d'amis ou de parents (36.3% vs 28.0%) et réduire le nombre de repas par jour (77.9% vs 71.2%). Celle priorisée par les hommes au dépend des femmes est de limiter la portion au moment des repas (75.8% vs 70.1%). Pour les deux autres stratégies, il n'y a pas de différences significatives entre les deux sexes.

En utilisant, l'indice universel réduit, les femmes ont, en moyenne, un score de 20.22 et les hommes un score de 19.30 mais la différence n'est pas statistiquement significative.

²⁴ Ces 5 stratégies sont : Manger des aliments moins préférés/aliments chers, Emprunter de la nourriture ou compter sur l'aide d'amis ou de parents, Limiter la taille des portions au moment des repas, Limiter la ration des plus âgés au profit des enfants et Réduire le nombre de repas par jour.

Parmi les mesures adaptatives utilisées par les personnes interviewées pour faire face à la pandémie, nous avons retenu, à travers les entretiens communautaires, fondamentalement le lavage régulier des mains et le port de masque. Ces mesures, selon les données recueillies, sont partagées entre les différentes communautés touchées par l'enquête, même si c'est une infime partie des communautés qui les respectent. Cependant, la distanciation sociale reste l'une des mesures les plus inadaptées par rapport à la réalité de vie de la majorité de la population, tenant compte de la configuration des ménages. La promiscuité qui s'impose avec la limite des moyens économiques de la plupart des familles représente un obstacle majeur au respect de cette mesure. En effet, il n'est pas évident que chacun puisse se procurer une chambre dans les ménages à faible revenu, alors que ces derniers sont majoritaires en Haïti. La plupart du temps les gens sont nombreux dans une ou deux pièces alors que la distanciation sociale a été l'une des mesures recommandées par les autorités sanitaires comme prévention à la propagation du virus COVID-19.

Par ailleurs, la plupart des habitant.e.s. s'organisent pour installer des seaux d'eau dans différents endroits stratégiques de leur communauté. Ajouté à ces dispositions, les communautés ont défini d'autres stratégies de protection. Par exemple, l'une des personnes interviewées a précisé qu'il ne prend pas ses repas à froid et qu'il les réchauffe régulièrement dans le but de réduire tous les risques d'être atteint par le virus. Cette dernière mesure, comme nous pouvons le constater, ne fait pas partie des mesures officielles de protection, mais elle traduit en quelque sorte l'innovation de la population dans la réponse à la crise sanitaire, comme le font diverses communautés partout dans le monde face à l'apparition de chaque épidémie ou catastrophe naturelle.

D'autres stratégies d'adaptation soulignées par les familles concernent aussi la réduction des dépenses et de la proportion et de la qualité de nourriture consommée par la famille pour pouvoir faire face aux conséquences socioéconomiques engendrées par la crise sanitaire. Il est important de souligner les éventuelles conséquences néfastes de cette stratégie sur la santé des membres de la famille. En effet, elle peut conduire à la sous-alimentation et à la malnutrition.

Accès aux services

Depuis l'apparition de la crise sanitaire de la COVID-19, les besoins les plus fondamentaux au fonctionnement quotidien des familles se font sentir davantage, car les mesures de confinement en elles-mêmes ont engendré la réduction des revenus de la plupart des ménages. Ces mesures ont affecté aussi la majorité des services, comme l'accès à l'éducation, à l'eau et l'hygiène, à la santé et à l'information. Dans un pays comme Haïti où les ressources sont très limitées et que l'inégalité dans la répartition des richesses est criante, il n'est pas surprenant que les services, dans ce contexte de crise, sont offerts au rabais. Les données collectées dans le cadre de l'enquête-ménage sur l'offre des services décriront mieux la réalité.

Accès à l'éducation

Avant la crise, dans 5% des ménages, les enfants n'allaient pas à l'école du tout. Depuis la crise du coronavirus, toutes les écoles sont restées fermées afin de limiter la propagation de la COVID-19.²⁵ Cette deuxième fermeture, après celle engendrée par les épisodes de turbulences politiques, réduit considérablement le temps d'apprentissage des enfants pour cette année scolaire tronquée. En gros, le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP) parle d'un temps d'apprentissage équivalent seulement à 70 jours (sur les 195 prévus) qui ont été déjà réalisés cette année.

Certaines écoles ont choisi de fonctionner à distance durant la période de l'état d'urgence sanitaire. Mais cela touche uniquement 5.6% des ménages. Pour 86.7% des ménages, l'école de leurs enfants n'offre

²⁵ <https://www.haitilibre.com/article-30311-haiti-flash-le-president-moise-declare-l-etat-l-urgence-sanitaire-texte-de-l-arrete.html>. Consulté le 13 juillet 2020.

pas ce service. Les autres raisons sont liées au manque d'accès à l'électricité (19.0%), à l'internet (14.9%) et de moyens pour continuer à payer (6.1%).

Durant les entretiens communautaires, la plupart des parents se souciaient beaucoup pour l'année scolaire que leurs enfants ont ratée et commençaient par s'inquiéter aussi pour les exigences économiques auxquelles ils auront à faire face au cours de la prochaine année académique, après avoir vécu les conséquences de la crise sanitaire de la COVID-19. Pour les ménages monoparentaux dirigés par une femme, la situation sera compliquée davantage, car le revenu des femmes est généralement moins élevé par rapport à celui des hommes tenant compte de leur place sur le marché du travail, les secteurs d'activités dans lesquels elles s'investissent et leur niveau de formation. Beaucoup de leaders communautaires et organisationnels, en expliquant les conséquences de la crise, ont souligné que la fermeture des classes est désavantageuse non seulement pour les enfants mais aussi pour la communauté qui entreprend des activités économiques durant le fonctionnement des institutions scolaires, comme les marchand.e.s. et les chauffeurs de taxi.

Accès à l'eau et à l'hygiène

L'une des mesures les plus promues pour lutter contre la propagation de la COVID-19 est le lavage fréquent des mains. De ce fait, il a été important de regarder l'accès à l'eau et à l'hygiène au niveau des ménages.

Selon l'enquête de l'EMMUS-VI 2016-2017, dans seulement 14 % des cas, l'eau est accessible sur place. Plus de la moitié des ménages (56 %) mettent, dans l'ensemble, moins de trente minutes pour s'approvisionner en eau. Cette proportion diffère toutefois selon qu'il s'agit de ménages en milieu urbain (71 %) ou en milieu rural (46 %).

Alors que l'enquête post-COVID-19 a révélé que seulement 1 ménage sur 5 (21.3%) a de l'eau courante à la maison et juste un peu plus de la moitié (54.5%) ont un espace disponible pour se laver les mains avec une grande disponibilité de savon ou de détergent dans 88% de ces espaces. Plus de la moitié des ménages (57.2%) passe moins de 30 minutes pour aller chercher de l'eau et plus d'un quart (25.2%) passe entre 30 minutes et 1 heure. Dans ces conditions, il est difficile d'avoir une bonne prévention car juste la moitié des ménages (50.3%) ont un espace et du savon ou du détergent. Cette situation souligne les difficultés auxquelles se confrontent les familles haïtiennes pour pouvoir observer les mesures de prévention contre la propagation de la COVID-19.

Comme l'indiquent les données des deux enquêtes, l'accès à l'eau reste un défi majeur pour la plus grande partie de la population haïtienne. Avec l'apparition de la pandémie de la COVID-19, le besoin en eau de la population augmente dans la mesure où l'eau représente l'une des conditions fondamentales de respect des règles d'hygiène ou des mesures de prévention contre la propagation de la maladie. L'une des plus grandes inquiétudes exprimées dans les entretiens par rapport à cette question est que l'eau se fait de plus en plus rare dans le pays, notamment dans le département de l'Artibonite, où un leader communautaire a souligné que même pour se baigner ou réaliser une tâche ménagère, les habitant.e.s. de sa communauté se trouvent dans l'obligation d'acheter de l'eau par seau. Certaines fois, l'eau n'est même pas disponible lorsqu'il y a un souci avec la voiture qui la distribue. Dans certains cas, ce sont les 10 gourdes que coûte le seau d'eau qui ne sont pas disponibles, ajoute-t-il. Cette situation décrite par l'interviewé n'est pas différente de celle exposée par d'autres leaders dans d'autres communautés. Dans les grandes villes comme dans les villes de province, l'accès à l'eau n'est pas garanti en Haïti. Dans la plupart des quartiers, l'eau se vend par seau et l'argent pour se le procurer n'est pas toujours accessible à tout le monde. Par conséquent, il est évident que les mesures de protection envisagées pour limiter la propagation du virus ne peuvent être respectées même par la moitié de la population.

Environ 30.2% des femmes déclarent que leurs besoins hygiéniques (surtout en rapport à la menstruation) ne sont pas satisfaites. Cette situation existait bien avant la pandémie pour la plupart d'entre elles (82.8%) mais s'est aggravée avec la pandémie pour 17.2% d'entre elles.

Accès à la santé

L'accès à la santé a toujours été, bien avant la crise sanitaire de la COVID-19, une préoccupation pour la majorité de la population. D'ailleurs, 125 sections communales sur 570 sont entièrement dépourvues d'infrastructures sanitaires.²⁶ Les structures sanitaires publiques, en plus du fait qu'elles sont insuffisantes par rapport à la proportion des demandes, offrent un service limité à cause du manque d'infrastructures. Il existe 1007 établissements de santé fonctionnels sur l'ensemble du territoire national, dont 34% sont du secteur public. 36% des établissements ne comptent pas de lits d'hospitalisation, ce qui résulte en un ratio de 6.7 lits pour 100,000 habitants (46% concentré dans le département de l'Ouest) et un ratio de 10.47 de personnel médical pour 100,000 habitants (53% dans l'Ouest).²⁷ Un directeur médical de l'une des structures sanitaires de la Grand-Anse le reconnaît lorsqu'il a souligné qu'il lui manque de l'encadrement à l'hôpital pour répondre à l'exigence actuelle, à savoir les contraintes engendrées par la crise sanitaire de la COVID-19.

La distance parcourue par les patient.e.s, surtout en milieu rural, pour atteindre un établissement de santé constitue certaines fois un obstacle à l'accès à la santé. À cet effet, l'enquête de l'EMMUS-VI de 2016-2017 a indiqué que le pourcentage de personnes vivant à proximité d'un établissement de santé (<1 km) est plus élevé en milieu urbain (13 %) qu'en milieu rural (7 %). Le pourcentage de personnes malades ayant dû parcourir au moins 15 kilomètres pour se faire soigner est de 35 % en milieu rural contre 25 % en milieu urbain, a précisé l'enquête.

Durant la période de l'état d'urgence sanitaire, plusieurs services ont été fermés dans certaines structures sanitaires pour accorder la priorité au traitement des cas de la COVID-19, selon les informations fournies par des professionnel/les de la santé enquêté.e.s.

Les données collectées lors de l'enquête-ménage donnent une idée sur la situation actuelle par rapport à l'accès de la population aux services de santé. Moins de la moitié des personnes (49.6%) estiment avoir l'accès aux soins de santé quand ils en ont besoin au moment de l'état d'urgence sanitaire. Un peu plus de femmes (53.6%) aient l'accès aux services de santé comparé aux hommes (45.0%).

Pour ceux qui n'ont pas l'accès aux services de santé les plus importantes, ils l'expliquent en fonction des raisons suivantes : l'absence de ressources pour payer les frais des services de santé (55.3%) et le non-fonctionnement des services de santé de la zone (54.8%). Il n'y a pas de différence significative pour les raisons de nonaccès aux services entre les deux sexes.

La crise provoquée par la COVID-19 a rendu l'accès aux services de santé plus difficile pour 82.1% des personnes et cet accès n'a pas changé pour 15.7% des personnes avec aucune différence significative entre les hommes et les femmes.

En plus de l'indisponibilité de la plupart des services de santé durant la période de la pandémie, il y a aussi une croyance populaire très dominante qui est construite autour des structures sanitaires par rapport à la pandémie et qui limiterait donc la demande des services. Avec l'apparition de la pandémie en Haïti, plusieurs espaces publics ont été convertis en centres de traitement de la COVID-19. Pourtant, ces centres ne sont pas trop fréquentés, car une bonne partie de la population croient qu'il y a des enjeux ou intérêts politiques qui se cachent derrière la sensibilisation contre la propagation de la maladie au point que certaines personnes expriment des doutes sur l'existence de la maladie. Pour d'autres personnes qui croient en son existence, la plupart mettent en application les gestes barrières, mais préfèrent se soigner à la maison, dans le cas où elles sont infectées, avec des remèdes naturels à base de plantes, même s'ils sont très souvent non dosés, au lieu de se rendre à l'hôpital. D'autres personnes croient que le virus de la COVID-19 n'atteindra pas la population haïtienne parce qu'il ne peut résister à la chaleur du soleil ou ne pourra pas atteindre globalement les peuples "Noirs", car ils sont plus résistants que les "Blancs".

²⁶ ONU Haïti, avril 2020. "Prise en compte du genre dans la lutte contre le Coronavirus", Document technique, Gender Thematic Group.

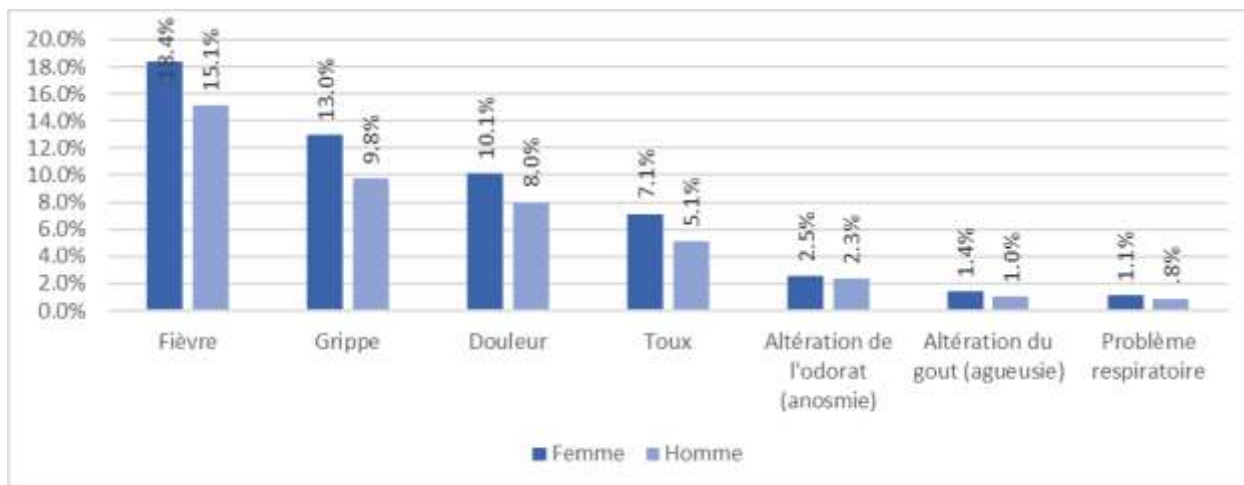
²⁷ MSPP, 2019. *Rapport Statistique 2018*, p. 56, 58.

La plupart des professionnels/les de santé interviewé.e.s. et des leaders communautaires ont souligné que dans leur communauté, la demande des services de santé auprès des structures sanitaires a totalement diminué à cause d'une rumeur qui fait croire que durant la période de l'état d'urgence sanitaire le personnel des établissements de santé, en complicité avec le gouvernement, se procure d'une injection de COVID-19 visant à contaminer la population en vue d'augmenter le nombre de cas positifs dans le but de favoriser les dirigeants à trouver l'aide publique internationale. Même pour d'autres symptômes qui n'ont rien à voir avec ceux de la COVID-19, les habitant.e.s. semblent avoir peur de fréquenter les structures sanitaires, a fait remarquer un professionnel de la santé. Il ajoute qu'il y a des personnes ayant rendez-vous pour des symptômes qui ne se ressemblent pas avec ceux de la COVID-19 ou qui devraient emmener leurs enfants se faire vacciner, mais qui ont abandonné l'hôpital sur la base de cette rumeur. Une grande partie de ces personnes ne reviennent à l'hôpital que lorsqu'elles sont tombées dans un état critique, ajoute-t-il. Il a été remarqué que cette tendance est dominante dans toutes les communautés touchées par l'enquête. Face à une telle tendance, la plupart des habitant.e.s. se recourent à la médecine traditionnelle.

Pour la santé mentale, dans la plupart des communautés, le besoin des services se fait sentir lorsque les personnes interviewées expliquent comment elles sont affectées et se sentent inquiètes, mais ces dernières soulignent qu'aucun service de ce type n'est disponible pour la population. D'autres ont fait remarquer que les services psychologiques dans leur communauté ne sont accessibles qu'aux personnes infectées au VIH/SIDA. Il ne semble pas avoir d'initiatives qui ont été prises pour accompagner psychologiquement les personnes touchées par le virus de la COVID-19 et leurs proches qui ont été affectés.

S'il est vrai que, selon les données officielles, la COVID-19 touche beaucoup plus les hommes que les femmes en cas de contamination et de mortalité, les données récoltées auprès des ménages montrent que, dans plus d'un quart des ménages (25.9%), des femmes ont eu des symptômes assimilables au coronavirus tandis que c'est le cas pour les hommes que dans 20% des ménages. Les symptômes les plus fréquents sont les symptômes légers comme la fièvre, la grippe, la courbature et la toux. L'anosmie, l'agueusie et les problèmes respiratoires ont été moins fréquents.

Graphique 5 : Symptômes les plus fréquents au niveau des ménages pour les femmes et les hommes



Pour tous ces symptômes, comme il a été indiqué plus haut, la pratique la plus fréquente est de se tourner vers des remèdes naturels (des thés et des bains majoritairement) et de l'automédication. Très peu de personnes se sont tournées vers les hôpitaux.

Près de la moitié des femmes (47.8%) n'ont l'accès ni aux soins maternels ni au service de planification familiale. Seulement 44.2% des femmes ont l'accès à la planification familiale et moins du tiers (31.7%) ont l'accès aux soins maternels. Parmi ceux qui n'ont pas l'accès à ces deux services de santé, les raisons principales citées sont : le manque de ressources pour payer les frais de santé (40.0%) et la non-disponibilité des services de santé dans la zone (34.1%).

À côté des problèmes de ressources et de non-disponibilité des services de la planification familiale, il y a aussi la perception construite autour de ce dispositif sanitaire qui constitue un obstacle pour certaines catégories de personnes. Pour beaucoup d'entre elles, le sujet de la Planification familiale (PF) reste tabou et la plupart des couples ne sont pas d'accord avec l'idée d'en adopter une méthode. En ce moment de crise sanitaire, les services de planification familiale ne sont pas disponibles dans certains établissements de santé, ont indiqué certains prestataires de soins.

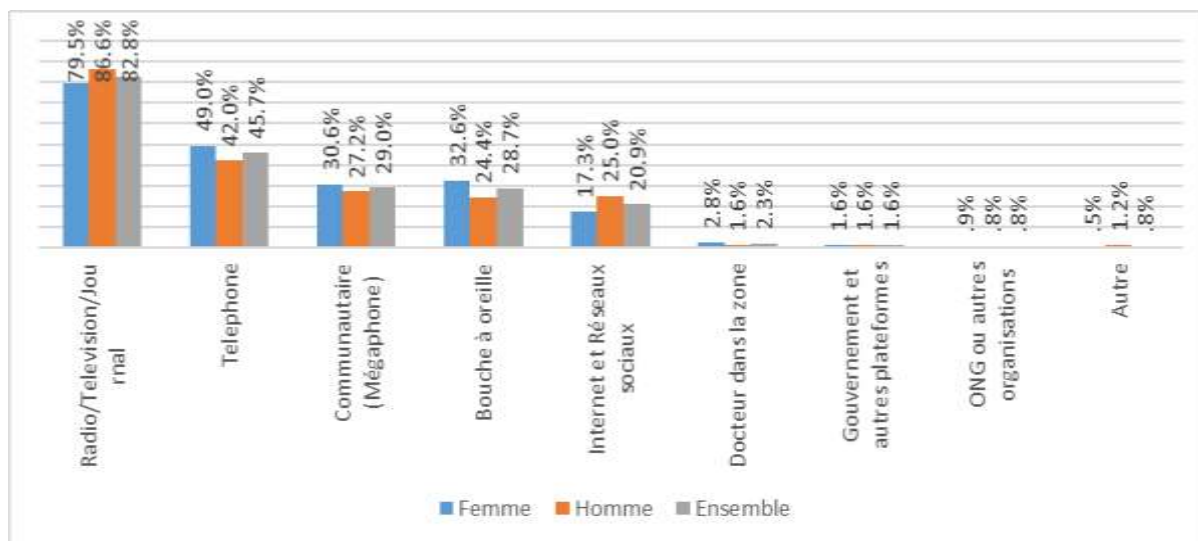
La plupart des leaders communautaires et des prestataires de soins travaillant dans les structures sanitaires ont précisé qu'ils n'ont pas remarqué de changement dans les services de santé maternelle et ceux de PF au moment de la crise sanitaire. Toutefois, certains prestataires ont constaté un ralentissement dans la fréquentation des services. Pour un médecin dans le Nord-Est, cette baisse est due aux rumeurs circulées au niveau des populations concernant un éventuel vaccin provoquant la maladie de la COVID-19. C'est pourquoi, d'après lui, les rendez-vous pour la PF et les suivis post-partum ont considérablement diminué car les patientes ont peur. Elles négligent les suivis. Cependant, il note qu'il ne peut pas encore se prononcer sur les conséquences de cet évitement des services par les femmes, notamment en matière de PF, et qu'il préfère donc attendre entre sept et neuf mois pour pouvoir les mesurer, précisément à partir du nombre de prochaines éventuelles grossesses ou naissances.

En résumé, les données ont confirmé que plus de femmes (53.6 %) ont bénéficié de services de santé que les hommes (45.0%), avec une différence de 8.6% entre les deux sexes. Alors que pour les services de santé sexuelle et reproductive (service PF et soins maternels), moins de la moitié des femmes (44.2%) ont l'accès aux services de PF et seulement un tiers (31.7) a l'accès aux soins maternels. Par conséquent, le fait pour les femmes de fréquenter plus les établissements de santé ne veut pas dire qu'elles ont automatiquement plus d'accès aux services que les hommes. Cela pourrait s'expliquer aussi par le fait qu'elles sollicitent plus les services de santé que les hommes à cause de leurs besoins en santé. D'ailleurs, les femmes sollicitent les médecins souvent pour des problèmes gynécologiques, sans oublier les complications liées à la grossesse et à la maternité.

Accès à l'information

La quasi-totalité des personnes interviewées (97.7%) dans l'enquête-ménage ont l'accès aux informations relatives à la COVID-19. Les femmes (98.9%) ont plus d'accès à l'information sur la COVID-19 que les hommes (96.2%). Les trois moyens d'accès à l'information les plus utilisées à la fois par les deux sexes sont les médias traditionnels (radio/télévision/journal) par 82.8%, le téléphone par 45.7% et les messages communautaires par 29.0%. Les hommes utilisent beaucoup plus les médias traditionnels (86.6% vs 79.5%) et les réseaux sociaux (25.0% vs 17.3%) que les femmes. À l'inverse, les femmes utilisent beaucoup plus les téléphones (49.0% vs 42.0%) et les messages communautaires (30.6% vs 27.2%) que les hommes.

Graphique 6 : Moyens de communication utilisés pour avoir l'accès à l'information sur la COVID-19



La grande majorité des personnes (81.6%) estiment que les informations sur la COVID-19 sont claires et leur permettent de se préparer pour la crise. Seulement 7.5% estiment que les messages sont clairs mais viennent trop tard et 10.9% estiment que les messages sont confus. Il y a plus d'hommes que de femmes qui estiment que les informations viennent trop tard.

La plupart des entretiens réalisés avec les leaders organisationnels et communautaires montrent que les informations officielles sur la COVID-19 sont venues principalement des médias et du MSPP à travers des SMS (Short Message System) transmis par les compagnies téléphoniques utilisées comme canaux de diffusion. Ensuite sont venus d'autres canaux comme les réseaux sociaux et de messages communautaires diffusés généralement à travers des membres de la communauté au moyen de mégaphones. Connaissant la réalité communicationnelle en Haïti, il est clair que la campagne de sensibilisation nationale entamée par les autorités étatiques et d'autres acteurs s'y impliquant est surtout utile aux habitant.e.s. des chefs lieu des départements et des communes de périphérie, mais ne parvient pas à toucher globalement toute la population. En effet, dès que l'on commence à se rendre dans les communes éloignées de la capitale ou des grandes villes, les gens sont de moins en moins bien informés et la situation est pire dans les sections communales les plus reculées et qui sont, pour la grande majorité, dépourvues d'énergie et de couverture de réseau téléphonique. Les gens sont pour la plupart dépourvus de moyens de communication (téléphone, radio, télévision) qui pourraient leur permettre d'être touchés directement par les campagnes de sensibilisation. Le cadre du MCFDF ayant participé à l'enquête a abondé dans le même sens lorsqu'elle souligne qu'une bonne partie de la population ignore l'existence de la maladie tant qu'elle n'est pas touchée par les campagnes de sensibilisation mises en place par les autorités publiques. En ce sens, il serait mieux de penser à une campagne de sensibilisation plus rapprochée. L'on peut donc comprendre le poids d'une telle situation sur les femmes et les filles des milieux éloignés des villes et les conséquences liées aux manques d'informations sur les services de base offerts aux femmes et aux filles victimes de VBG.

Le faible accès à l'information est également un frein à prendre en compte par rapport à la participation des femmes dans la gestion de la crise sanitaire de la COVID-19. Elles sont peu présentes dans les réseaux d'influence tant au niveau de la politique qu'au niveau économique, d'un point de vue national. Cette faible présence dans les réseaux d'influence renforce leur faible accès aux informations et constitue aussi un frein à la prise en compte effective des questions liées aux inégalités entre les sexes et de la dimension Genre globalement dans les décisions prises par les autorités politiques. L'important mouvement des organisations de femmes au niveau local et national est une opportunité qui a été très peu utilisée pour assurer la représentation des femmes dans le processus de décision et pour faciliter la

communication des informations vers les femmes et les communautés et la remontée des informations des communautés vers les autorités politiques.

Par ailleurs, il y a une source d'information non officielle qui est souvent occultée, mais qui a beaucoup d'influences sur les communautés. Il s'agit des leaders religieux. L'un des interviewé.e.s. a souligné qu'il en existe deux grandes catégories. Une catégorie plus ou moins avisée qui partage les informations telles que reçues afin d'aider les fidèles à avoir un comportement responsable face à la pandémie et qui accepte de fermer leur temple jusqu'à nouvel ordre. Il y a une deuxième catégorie qui explique l'apparition de la maladie en fonction d'une force surnaturelle. Pour cette catégorie, cette force surnaturelle, qui représente leur ennemi, a pour objectif de combattre l'église et les fidèles continuent, par conséquent, de se réunir en clandestinité en vue de combattre à leur tour l'ennemi. À la manière de ces leaders, des guérisseurs traditionnels ont profité de ce courant pour créer toute sorte de traitement surnaturel pour soigner les malades atteints de la COVID-19 ou prévenir la propagation du virus.

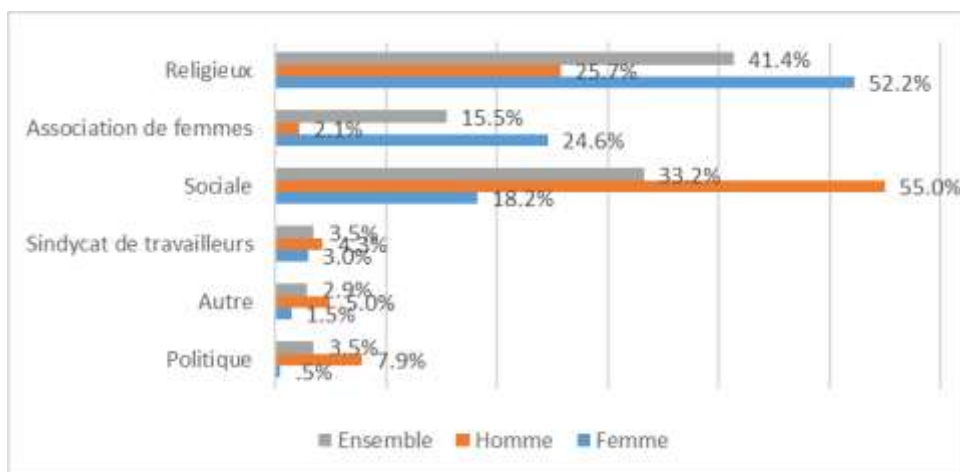
En ce qui concerne les moyens de communication utilisés par les deux sexes, contrairement aux légères différences soulignées par l'enquête-ménage, la majorité des entretiens communautaires ont révélé qu'il n'y a pas vraiment de différence entre ceux utilisés par les femmes et ceux utilisés par les hommes.

Participation

Les hommes (68%) sont beaucoup plus informés que les femmes (57%) sur la prise de décision concernant la crise sanitaire dans les communautés. Les preneurs de décisions sont majoritairement les autorités locales et les leaders communautaires qui sont, dans la plupart des cas, des hommes. De même, les hommes (19.6%) participent, de manière générale, plus dans la prise de décision au niveau de la communauté que les femmes (13.5%).

Par contre, une plus grande proportion de femmes (35.9%) est membre d'association que d'hommes (28.0%). Les femmes participent beaucoup plus à des associations religieuses et d'associations de femmes tandis que les hommes participent un peu plus dans les associations sociales et politiques.

Graphique 7 : Type d'association d'appartenance selon le sexe



Plus de la moitié de ces associations (56.9%) ont arrêté de fonctionner à cause de la COVID-19. Les associations où les femmes participent sont beaucoup plus à avoir arrêté de fonctionner que celles où les hommes participent (59.9% vs 47.1%). Le faible soutien accordé aux associations de femmes a impacté leur participation à la réponse communautaire à la COVID-19. Comme il a été souligné au début de l'analyse, les opportunités et les privilèges qui sont traditionnellement offerts aux hommes depuis leur éducation familiale ne sont pas pareils à ceux offerts aux femmes. Les stéréotypes et préjugés construits en défaveur des femmes impactent leur accès aux postes de décision dans tous les secteurs. En effet,

les perceptions construites autour des femmes constituent des obstacles majeurs à leur participation dans la sphère publique. Ainsi, le principe du quota d'un minimum de représentation de 30% des femmes dans les instances de pouvoir et de décision, à tous les niveaux de la vie nationale, adopté par **la Constitution haïtienne de 1987**, amendée en 2011, précisément en son article 17.1, est systématiquement violé dans la réalité de la vie politique des citoyennes et des citoyens.²⁸

Le « Diagnostic des Inégalités de Genre » réalisé par le MCFDF, en 2013, a souligné que les femmes sont perçues et jugées comme des êtres non réfléchis, ayant une faible capacité de réflexion et d'appréhension de leur environnement. Leur point de vue ne mérite donc pas d'être entendu ni pris en compte. Par opposition, les hommes sont perçus comme des êtres réfléchis, et par conséquent, supérieurs.²⁹ Les entretiens communautaires l'ont révélé.

En fait, la plupart des femmes leaders communautaires qui s'identifient comme actrices dans la gestion de la crise sanitaire révèlent qu'elles sont impliquées dans la sensibilisation communautaire, mais pas au niveau stratégique ni décisionnel de la réponse à la crise sanitaire. On note une action limitée des organisations des femmes dans la sensibilisation pour la prévention limitée en raison de leur faible accès aux financements et de leur manque d'intégration dans les dispositifs de coordination de la crise covid19.

Participation

« J'ai juste remarqué un manque de participation de la part des femmes dans la gestion de la pandémie, je ne sais pas vraiment ce qui leur empêche de participer ».

Femme, Leader communautaire

À ce propos, lisons l'observation faite par une femme interviewée sur la question.

Les personnes handicapées, notamment les femmes, ne sont pas non plus impliquées dans la gestion de la crise sanitaire. D'ailleurs, l'étude réalisée par *International Centre For Evidence in Disability* a révélé que les personnes handicapées sont plus souvent significativement limitées dans les activités quotidiennes que les personnes-contrôles, et ce dans tous les domaines considérés.³⁰ Comme l'ont souligné les Nations Unies dans une note d'orientation concernant l'inclusion des personnes handicapées dans le cadre de la réponse à la COVID-19, il est important de prendre des dispositions pour que toutes les actions liées à COVID-19 doivent interdire toute forme de discrimination fondée sur le handicap et prendre en considération les intersections du sexe, de l'âge, entre autres facteurs.³¹

Dans cette même note, il a été souligné que la population mondiale compte environ un milliard de personnes handicapées, dont 80 % vivent dans les pays en développement. On estime en outre que 46% des personnes âgées de 60 ans et plus sont des personnes handicapées. Et, une femme sur cinq est susceptible d'être handicapée au cours de sa vie, tandis qu'un enfant sur dix est handicapé.³² Tenant compte de la réalité décrite par ces informations, il est évident que les personnes handicapées, notamment les femmes et les personnes âgées, sont très vulnérables et plus exposées aux conséquences de la crise sanitaire de la COVID-19. De ce fait, elles doivent être prises en compte dans toutes les mesures de relèvement face à la crise sanitaire.

L'une des personnes handicapées interviewées, membre d'une organisation regroupant des personnes handicapées, a souligné que même l'État les a souvent oubliées dans le cadre de leurs réflexions ou

²⁸ Participation politique des femmes - Note thématique sur le quota de genre dans la loi électorale en Haïti. Groupe des partenaires techniques et financières pour l'égalité de Genre, Septembre 2020.

²⁹ Ministère à la Condition Féminine et aux droits des Femmes (MCFDF), décembre 2013. Diagnostic des inégalités de genre, p.26.

³⁰ *International Centre For Evidence in Disability*, (Port-au-Prince), 2013. La représentation et l'évaluation du handicap en Haïti. Direction des Ressources Techniques, p. 10.

³¹ United Nations, Mai 2020. Policy Brief: A disability-Inclusive, Response to COVID-19, p. 2.

³² *Ibid.*, p. 4.

dans les prises de décision. L'interviewée a indiqué que ce sont souvent des personnes ou organisations travaillant dans la défense des droits des personnes handicapées ou se portant à l'avant-garde de la lutte pour le respect de leurs droits qui vérifient souvent si les mesures de politiques publiques prennent en compte les besoins de cette population. Elle a fait remarquer que les organisations de défense de droits des personnes handicapées rappellent souvent aux autorités étatiques les obligations de l'État lorsque les politiques ne sont pas en ligne avec les besoins des personnes handicapées.

L'interviewée identifie cependant, parmi les efforts consentis par l'État, les dispositions prises par les autorités pour traduire dans les journaux différentes interventions en langage des signes en vue de faciliter la compréhension des sourds-muets, ce après diverses campagnes de sensibilisation et de plaidoyers menées par les organisations de la société civile.

Toutefois, elle ajoute que les personnes handicapées sont les premières personnes touchées par les conséquences de la crise sanitaire puisqu'elles sont les plus vulnérables. Les personnes âgées constituent la deuxième catégorie de personnes vulnérables, ensuite sont venues en troisième position les femmes enceintes, ajoute l'interviewée.

Protection

Les femmes interviewées lors de l'enquête-ménage ont énuméré un ensemble de soucis sécuritaires qui les affectent ainsi que les filles de leurs communautés. Les trois premiers soucis considérés sont les mêmes pour les femmes et les filles. Ce sont : l'absence d'espaces sécuritaires dans la communauté, l'incapacité d'avoir l'accès aux services et ressources et le risque d'être attaqué en dehors de la communauté. Pour les femmes, le quatrième souci est la sécurité de leur logement tandis que pour les filles, c'est le manque d'intimité à la maison. Les violences et abus sexuels constituent le cinquième souci pour les femmes (11.5%) et le sixième pour les filles (10.1%).

Tableau 5 : Soucis sécuritaires qui affectent les femmes résultant de la pandémie

	Femme	Fille
Pas d'espaces sécuritaires dans la communauté	36.50%	37.3%
Incapable d'avoir l'accès aux services et aux ressources	28.00%	23.0%
Risque d'être attaqué en dehors de la communauté	22.30%	17.3%
Maison ou logement non sécurisé / ou pas de serrure	13.50%	10.6%
Violence / abus sexuel	11.50%	10.1%
Risque de se faire attaquer en se déplaçant à l'intérieur de la communauté	11.20%	9.2%
Trafic	10.80%	8.8%
Violence domestique	10.30%	3.4%
Pas assez d'intimité à la maison	8.10%	14.2%
Autres	23.20%	22.5%

Avant la crise, vingt-neuf pour cent (29 %) des femmes âgées de 15-49 ans ont subi des actes de violence physique depuis l'âge de 15 ans. Parmi les femmes non célibataires, cette violence a été perpétrée, dans 45 % des cas, par le mari/partenaire actuel. Une femme sur huit (12 %) a déclaré avoir subi des violences sexuelles et 34% des violences conjugales. Seul un quart (24 %) des femmes ayant subi des violences physiques ou sexuelles ont déclaré avoir recherché de l'aide et 76 % ont déclaré n'avoir jamais recherché de l'aide dont la majorité (54 %) n'en a jamais parlé à personne. Parmi celles qui cherchaient de l'aide, quelle que soit la forme de violence subie, la majorité la cherche auprès des membres de leur propre famille (64 %), suivi des membres de la famille de leur mari/partenaire (22 %) et

ensuite auprès de leur voisin (18 %). Seulement 11 % des femmes disaient consulter la police et uniquement 1,3% à un médecin ou personnel médical, selon l'EMMUS VI.³³

Pendant la crise, parmi les femmes et filles identifiées dans l'enquête-ménage comme victimes de violences, plus d'un tiers (35.8%) d'entre elles ne savent pas vers qui se tourner. Environ 40% révèlent qu'elles se tourneraient vers la police, 16.6% vers des leaders communautaires et 10.1% vers des membres de la famille. Seulement 5.7% des femmes sont au courant de l'existence des structures d'accompagnement des femmes victimes de violences et plus de la moitié des personnes (52.4%) et des familles (53.1%) n'utilisent aucune stratégie pour réduire ou adresser les différents risques de protection auxquels elles font face.

Les entretiens communautaires institutionnels, notamment ceux réalisés avec des organisations de femmes offrant les services de prise en charge aux femmes et filles violentées, ont indiqué une augmentation de la violence à l'égard de ces dernières durant la période de la crise sanitaire. En effet, plusieurs organisations ont souligné la tendance à recevoir plus de cas de violences conjugales et de viol dans plusieurs régions du pays et ont confirmé donc une augmentation dans la demande de services offerts aux femmes et filles victimes de violences. Une organisation de femmes dans le Nord a expliqué que le nombre de cas qu'elle a enregistré par mois durant la période de la COVID-19 est passé de 15 à 25 (une augmentation de 40%). Une autre organisation dans le même département a souligné que son bilan mensuel a aussi augmenté de 10 avec l'apparition de la COVID-19. En effet, la demande de service auprès de cette dernière organisation est passée de 25 à 35 femmes et filles victimes de violences en moyenne par mois (encore une augmentation de 40%). Dans le Sud-Est, une autre organisation a souligné qu'elle recevait, avant la pandémie, 30 victimes de VBG en moyenne par mois et que ce chiffre a augmenté de 5% environ durant la pandémie. Selon l'une des dirigeantes de cette organisation, la majorité des plaintes reçues par l'organisation concernent la quête de la pension alimentaire par des femmes abandonnées avec un ou des enfants sous leur responsabilité exclusive. Pour l'interviewée, cette augmentation des plaintes reçues des femmes est fonction de l'augmentation du coût de la vie et de l'ampleur de l'irresponsabilité paternelle en Haïti.

Au niveau de la Police Nationale d'Haïti (PNH), une commissaire principale, qui remplit la fonction de Coordinatrice Nationale des Affaires Féminines et des questions de Genre, a souligné que selon ce qu'ont rapporté certains points focaux de VBG, la période de confinement a provoqué une augmentation des cas de violence. Durant la période allant de janvier à juillet 2020, a ajouté la commissaire, les cas de violences rapportés par ces points focaux de VBG de la PNH s'élèvent à 726, y compris les viols sur mineures et les violences conjugales. Plus loin, elle soutient que la COVID-19 a augmenté la violence domestique de manière générale dans les ménages, notamment dans les quartiers marginalisés et que cette violence se manifeste notamment à l'égard des femmes et des enfants, y compris garçons et filles.

Les données collectées au niveau de la Direction Départementale de l'Ouest (DDO) du Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes (MCFDF) sur le nombre de cas de plainte reçu des femmes et filles violentées confirment cette augmentation de la violence dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince. Entre juin et décembre 2019, la DDO a reçu 3 plaintes, alors qu'elle en a reçu 17 sur le premier semestre de l'année 2020 (entre janvier à juin), c'est-à-dire au moment de l'état d'urgence sanitaire.

Même les organisations qui n'arrivent pas à chiffrer cette augmentation à partir de documentations ou d'archives la reconnaissent soit par observation courante soit par témoignage de certaines victimes. Ce constat est partagé entre diverses organisations de femmes dans plusieurs régions du pays et leaders communautaires et institutionnels. La plupart des leaders ont expliqué cette augmentation de la violence soit à partir de la réalité du confinement qui impose aux femmes plus de proximité avec leur bourreau déjà violent, soit par l'irritation provoquée par la situation du confinement ou par le stress engendré par la détérioration de la situation socioéconomique de la population haïtienne et le chômage. Selon un leader

³³ Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF, 2018. [Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services \(EMMUS-VI 2016-2017\)](#), p. 389, 396, 412.

de l'une des organisations de femmes, les enfants aussi subissent ces situations de violence vu leur vulnérabilité.

Des leaders de la communauté LGBTI ont aussi partagé le constat en soulignant que le contexte de la crise sanitaire a favorisé l'augmentation de la violence en Haïti, notamment à l'endroit des femmes et filles ainsi que les LGBTI qui ont été déjà stigmatisés à cause de leur orientation sexuelle. La situation de violence peut s'expliquer pour la plupart des LGBTI par le fait qu'une personne qui souhaite les attaquer puisse les accuser d'être atteints par le virus pour leur attirer de l'ennui, étant donné l'homophobie qui caractérise le comportement de la plupart des catégories de la population haïtienne. L'augmentation des cas de violences à l'égard des femmes et filles handicapées a été soulignée aussi par les personnes handicapées interviewées dans le cadre des entretiens communautaires.

En ce qui a trait aux offres de services pour les femmes et filles victimes de violences, contrairement aux objectifs d'amélioration des services fixés par le Plan National de Lutte contre les Violences faites aux Femmes (2017-2027),³⁴ la plupart des organisations intervenant dans la prise en charge des femmes violentées dans différentes régions du pays considérées dans le cadre de cette enquête assument qu'elles n'ont pas pu offrir des services de qualité à ces dernières, notamment dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire. En plus des limites qui leur sont imposées dans l'accès aux moyens financiers, la plupart des responsables de ces organisations estiment que la limitation dans les déplacements et les contacts physiques durant la période de la COVID-19 constituent aussi des obstacles à l'accès aux services pour ces femmes. Pour faire face à cette situation, la dirigeante d'une organisation du Sud-Est a rapporté les dispositions prises au niveau de sa structure. En effet, pour pallier aux manques enregistrés dans les services offerts aux femmes et filles violentées, l'organisation a mis en place une ligne de service téléphonique fournissant un appui psychosocial à distance aux femmes et filles victimes de VBG et les membres de la population nécessitant ce service. Cependant, toutes les structures de prise en charge de VBG ne sont pas en mesure d'offrir ce service à leur communauté car il exige un coût qui n'est pas accessible à toutes les organisations.

La commissaire de police, responsable nationale des Affaires Féminines et des questions de Genre, a souligné aussi le problème de la qualité des services offerts au niveau des cellules de VBG de la PNH. En fait, elle a indiqué que le manque de moyens pour approvisionner les points focaux de VBG en matériels et équipements appropriés a causé un handicap majeur à la diligence que réclament les réponses aux dossiers des femmes et filles victimes de violences. Il est à noter que cette situation sur les conditions des services n'est pas engendrée par la COVID-19. Les services au niveau de la police sont confrontés depuis très longtemps à ce problème d'équipements et de matériels et de capacités institutionnelles de manière générale mais ce problème s'aggrave avec la situation de la COVID-19.

Par ailleurs, en dépit de longues années d'existence de la plupart des organisations de prise en charge de femmes violentées dans les différentes communautés, il semble que leurs services ne sont pas encore assez connus et vulgarisés au niveau des populations. Moins de 6% de femmes sont au courant de leur existence, a révélé l'enquête-ménage. Ainsi, la majorité des femmes et filles se réfèrent-elles à la police lorsqu'elles sont victimes de violences (environ 40%), mais comme cela se passe le plus souvent, elles sont exposées à toute forme de discrimination dans les commissariats. Face à ce défi, le Ministère de la Justice et de la Sécurité Publique (MJSP), suite aux plaidoyers réalisés par des organisations travaillant dans le domaine, a installé dans certains commissariats, particulièrement ceux qui se trouvent à Port-au-Prince, une cellule genre visant à recevoir spécifiquement les cas de VBG, dans le but d'offrir un meilleur service aux femmes et filles victimes de violence basées sur le genre. Cependant, ces cellules sont pour le moment quasi-dysfonctionnelles.³⁵

Mis à part les violences auxquelles certaines femmes sont exposées, il y a aussi leur vulnérabilité économique qui les expose aux abus de toute sorte, selon certains leaders communautaires. L'un d'entre eux a énuméré plusieurs cas de grossesse qu'il a déjà pu identifier durant la période de la crise sanitaire

³⁴ Concertation Nationale, MSPP et MCFDF, 2017. Plan National de Lutte contre les Violences faites aux Femmes (2017-2027), p.35.

³⁵ Présentation du Directeur Général du ministère de la Justice et de la Sécurité Publique (MJSP) dans un atelier sur la Justice de genre réalisé par la *Solidarite Fanm Ayisyèn-SOFA*, les 13 et 14 juillet 2016, à Kaliko Hôtel.

qui concernent des jeunes écolières de sa communauté. Pour le leader communautaire, ceux-ci représenteraient des formes de prostitution liées à la fermeture des établissements scolaires et des activités parascolaires et aussi en fonction de la déchéance des revenus des familles qui ne peuvent plus répondre aux besoins de leurs enfants.

Additionnellement, il a été observé dans les entretiens communautaires, autres que les organisations de femmes, que la majorité des interviewé.e.s. abordent la question de la violence avec une vision très réductrice du phénomène. La plupart des cas de violence relatés ne concernent que le viol et les abus sexuels sur des mineures ou de jeunes écolières. Aucune des déclarations ne prend en compte des cas de violence conjugale (frapper sa femme par exemple) ou familiale (comme l'inceste). La normalisation et la tolérance sociale vis-à-vis de la violence et cette vision limitée de ce qui est considéré comme violence est un des principaux facteurs des 'chiffres invisibles' de la violence faite aux femmes et aux filles. Cette tolérance sociale à la violence avait déjà été observée depuis l'enquête de l'EMMUS-VI (2016-2017) où 17 % de femmes et paradoxalement 11% d'hommes étaient d'accord avec au moins une raison justifiant des violences à l'égard des femmes, particulièrement des cas où un homme peut frapper sa femme ou sa partenaire. Par conséquent, les statistiques de violence officielle comme celles recueillies de cette enquête doivent être comprises comme contenant un chiffre invisible important.

Stigmatisation

Des leaders communautaires ont fait des prévisions sur les prochains mois pour la montée des cas de violence en rapport avec la dégradation de la situation socioéconomique du pays. Ils soulignent aussi la stigmatisation engendrée par la COVID-19 comme un potentiel élément déclencheur de la violence. Cette stigmatisation s'exprime sous diverses formes. Une première forme de stigmatisation va à l'encontre des professionnels/elles. de la santé dans la mesure où la plupart des personnes de leur communauté croient qu'ils/elles gagnent beaucoup d'argent et que, par conséquent, le personnel de ce service, de connivence avec le gouvernement, se chargerait d'injecter aux patient.e.s. fréquentant les structures sanitaires le vaccin provoquant la COVID-19. Une deuxième forme de stigmatisation s'exprime à l'endroit des personnes infectées. Ces dernières sont souvent rejetées par la population au point que des individus, dans certains cas, manifestent la volonté de les attaquer physiquement lorsqu'ils sont au courant de leur statut positif. Il y a aussi les personnes venant de la République Dominicaine qui sont identifiées comme le troisième groupe de personnes stigmatisées, car elles sont le plus souvent indexées comme de potentielles personnes contaminées.

Il semble que la stigmatisation s'exprime aussi à l'endroit de certains groupes minoritaires. Dans la communauté des LGBTI particulièrement, des répondants ayant participé à l'enquête ont exprimé leur inquiétude par rapport à la perception dominante de la population à leur égard, notamment dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire. L'une des personnes interviewées de cette communauté, n'ayant pas identifié son sexe biologique, a précisé que tout le monde est touché par les conséquences de la crise sanitaire de la COVID-19, mais les personnes les plus vulnérables sont les personnes vivant avec le VIH/SIDA et celles qui font partie de la communauté LGBTI. Ces dernières sont, à son avis, plus exposées à la mort car il leur serait moins facile, contrairement aux catégories non stigmatisées, de trouver quelqu'un pour leur venir en aide au cas où ils en auraient besoin, à cause des stéréotypes construits à leur égard.

Une jeune femme de la communauté LGBTI se réclamant d'activiste LGBTI, a souligné que les stigmatisations construites à l'égard des homosexuel/les en Haïti sont aussi de l'ordre religieux. Elle explique, en effet, que dans beaucoup de régions du pays, les habitant.e.s. croient que la COVID-19 est une réponse divine aux actes commis par les lesbiennes, les gays, les transgenres et les prostitué.e.s. car à leur avis, les pratiques sexuelles de ces catégories de personne relèvent de l'abomination. Donc, selon cette perception la maladie engendrée par la COVID-19 serait une punition venant de Dieu dont la responsabilité est incombée à la communauté des LGBTI.

Un jeune homme qui s'identifie comme activiste de la communauté des LGBTI a ajouté que les LGBTI constituent la première communauté indexée comme responsable de toute épidémie ou catastrophe naturelle qui frappe Haïti. C'est pourquoi, selon l'interviewé, il est important que les personnes

appartenant à cette communauté soient prudentes lors de l'apparition d'un événement malheureux de même type que la pandémie de la COVID-19 afin de se préserver contre toute éventuelle attaque de la population. Les déclarations de ces trois interviewé.e.s. de la communauté LGBTI laisseraient comprendre que la plupart des citoyens et citoyennes en Haïti, pour exprimer leur homophobie, cherchent toujours un bouc émissaire leur servant de justificatifs pour accuser la communauté LGBTI d'être responsable de la fatalité de tout événement malheureux que connaît le pays.

Les personnes handicapées se sentent aussi discriminées. La plupart d'entre elles expliquent leur discrimination en fonction de l'abandon que manifestent leurs parents à leur égard. L'une des interviewées a expliqué que les personnes handicapées sont souvent abandonnées par leurs parents, cela dépend du degré de leur handicap. À ce moment, elles doivent se débrouiller toutes seules pour survivre. La discrimination dans le contexte de la COVID-19 s'exprime aussi à l'endroit des personnes âgées car elles sont identifiées comme les moins résistantes face au virus. Donc, elles sont très souvent perçues par leur entourage, notamment les jeunes, comme des morts-vivants même si elles ne sont pas infectées. Ce comportement les affecte psychologiquement.

Besoins et Aspirations

Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, les quatre plus grands besoins sont : les soins de santé, la nourriture, l'argent/les moyens pour vivre et l'eau. Mais l'ordre change un peu par rapport au sexe.

Les besoins principaux exprimés par les femmes sont :

- Les soins de santé (42.5% comme première priorité, 12.4% comme deuxième priorité et 13.3% comme troisième priorité) ;
- La nourriture (12.6% comme première priorité, 19.8% comme deuxième priorité et 9.9% comme troisième priorité)
- L'argent (12.0% comme première priorité, 17.0% comme deuxième priorité et 22.8% comme troisième priorité)
- L'eau (10.4% comme première priorité, 6.9% comme deuxième priorité et 4.6% comme troisième priorité)

Pour les hommes, les besoins principaux sont :

- La nourriture (32.0% comme première priorité, 24.8% comme deuxième priorité et 13.4% comme troisième priorité)
- Les soins de santé (31.6% comme première priorité, 17.2% comme deuxième priorité et 17.4% comme troisième priorité) ;
- L'argent (12.0% comme première priorité, 16.6% comme deuxième priorité et 26.2% comme troisième priorité)
- L'eau (7.2% comme première priorité, 12.4% comme deuxième priorité et 8.0% comme troisième priorité)

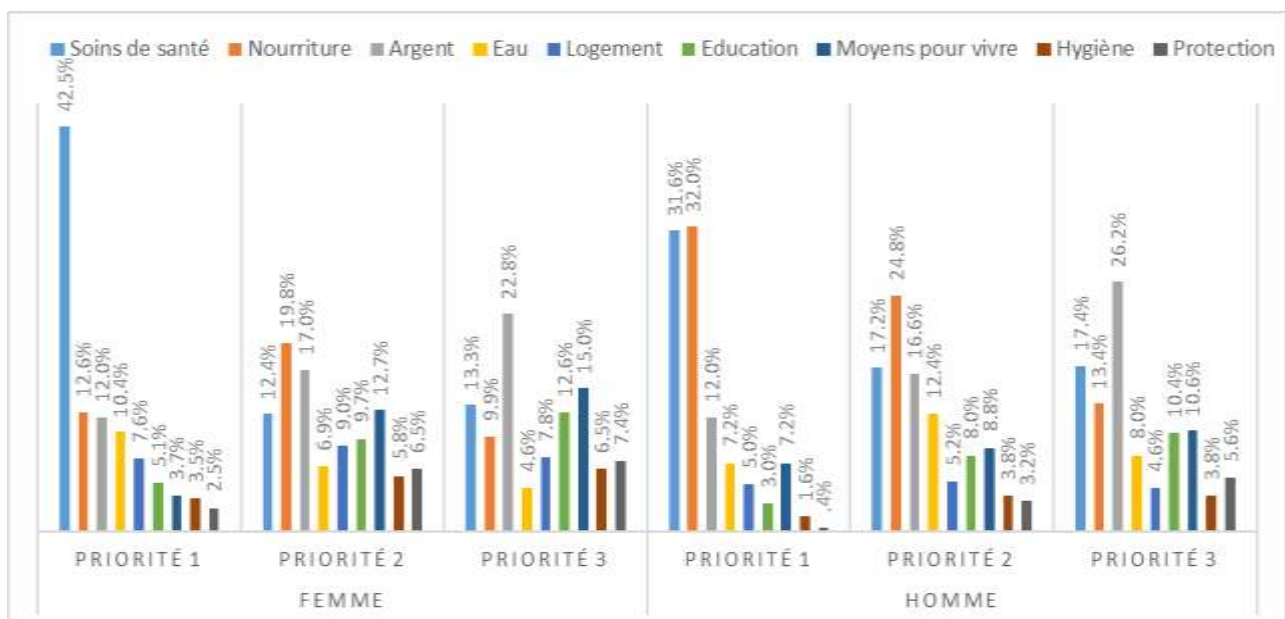
La question de la nourriture, étant l'un des besoins vitaux de l'être humain, a été identifiée comme la première des priorités pour les hommes et la deuxième pour les femmes. Dans ce contexte socioéconomique difficile où la gourde se dévalue de jour en jour et le prix des produits de première nécessité ne cesse de grimper sur le marché, alors qu'une grande proportion de la population est au chômage³⁶, il est normal que ce besoin quotidien devienne un souci primordial pour les familles. Le rôle traditionnel de pourvoyeur de la famille assigné aux hommes aiderait à expliquer leur priorisation de la nourriture en première position parmi leurs besoins. En effet, le fait que leur rôle de pourvoyeur leur confie cette lourde responsabilité, les hommes se sentent davantage dans l'obligation de répondre à ce besoin. Parallèlement, en dépit du fait que les femmes partagent cette responsabilité lorsqu'elles sont en

³⁶ Selon les données de l'EMMUS-VI 2016-2017, 40,5% de femmes et 16% d'hommes ayant atteint le niveau secondaire n'ont pas travaillé durant les 12 mois ayant précédé l'enquête. Pour le niveau supérieur, 53% de femmes et 33.8% d'hommes n'ont pas travaillé durant les 12 mois ayant précédé l'enquête.

couple, et même l'assument seules dans plusieurs cas, elles se sentent avant tout préoccupées par des soucis de santé plus que les hommes. Les besoins sanitaires additionnels des femmes liées à la santé de la reproduction, leur contribution en matière d'argents pour offrir les soins nécessaires aux personnes malades de leurs ménages et leur responsabilité concernant l'accès de leurs enfants aux soins de santé expliqueraient la priorisation par les femmes de l'accès aux services de santé par rapport aux autres besoins.

En ce qui concerne les personnes handicapées, leur priorité concerne les besoins alimentaires aussi. Dans une enquête réalisée sous la direction de la Fédération Handicap International sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des personnes handicapées dans le contexte de la crise sanitaire de la COVID-19, les besoins fondamentaux identifiés par les personnes interrogées sont les besoins alimentaires (65 %) en première position, les besoins en kits d'hygiène (51%) ensuite ; et le transfert de cash (35 %) en tant qu'aides extérieures est venu en troisième³⁷. Dans le cas des personnes qui sont pour la plupart dans le chômage, leur situation socioéconomique est plus précaire. Par conséquent, les besoins alimentaires sont plus difficiles à satisfaire de leur côté.

Graphique 8 : Besoins des hommes et des femmes par priorité



³⁷ Enquête réalisée par Handicap International et autres partenaires, en avril 2020. Projet LAVE – Plateformes de communication visant un changement de comportement efficace afin de réduire la propagation de la COVID-19, Port-au-Prince.

Conclusion

Cette analyse rapide genre, réalisée dans le contexte de la crise sanitaire engendrée par la COVID-19, a visé d'apporter des réponses appropriées aux besoins des différentes catégories de la société infectées ou affectées par la pandémie. De ce fait, elle a examiné les conséquences différenciées sur les conditions sanitaires, psychologiques, sociales et économiques de la crise pour les deux sexes et diverses catégories démographique et socioéconomique dans les dix départements géographiques du pays touchés par l'enquête. Cette analyse a pris en compte globalement les rôles et les relations de genre au sein des familles (Femmes, Hommes, Garçons et Filles), leurs stratégies d'adaptation au contexte de la crise, leur accès aux services, leur participation dans la gestion de la crise sanitaire, leurs mesures de protection, leurs besoins et aspirations.

Les données analysées dans le contexte actuel ont montré que la situation socioéconomique générale de la population haïtienne est dégradée. Cette situation affecte les hommes, les femmes et les enfants. Mais les femmes sont davantage affectées par rapport aux hommes car les inégalités sociales entre les sexes s'expriment directement à leur endroit. Autrement dit, la crise sanitaire de la COVID-19 affecte globalement les conditions socioéconomiques de toutes les catégories sociales, mais particulièrement les femmes qui ont été longtemps défavorisées par rapport aux hommes. Des indices comme la faible présence des femmes sur le marché du travail rémunéré, leur faible revenu, leur accès et contrôle limités par rapport aux ressources expliquent en quelque sorte leur situation économique.

Les enfants aussi sont particulièrement affectés pourvu que la majorité des institutions scolaires aient interrompu leurs activités. Une petite partie de ces institutions s'engage à offrir la formation académique en ligne alors que les moyens économiques de la majorité des parents ne leur permettent pas de répondre aux exigences du service. Dans un tel contexte, les enfants apportent davantage leur contribution à la réalisation des tâches domestiques. De ce fait, il est fort possible que leur temps soit mal utilisé, surtout celui des filles, considérant le poids de la répartition traditionnelle des tâches ménagères au sein des familles. D'ailleurs, aucun des parents n'a fait mention au cours des entretiens de loisirs pour ses enfants.

Pour faire face à cette crise, comme indiqué dans l'enquête, les familles ont adopté un ensemble de stratégies d'adaptation, particulièrement au nouveau contexte socio-économique. La plupart des familles subissent l'impact économique des mesures de contrôle contre la propagation de la COVID-19 et des conséquences nationales, régionales et mondiales socioéconomiques de la crise. Ces conséquences ont entraîné une baisse de revenu qui affecte directement leur situation nutritionnelle et qui peut donc avoir des conséquences directes sur leur santé globale.

Il faut noter que des actions sont prises pour offrir une réponse aux besoins sanitaires liés à la COVID-19 bien que cette offre ne soit pas de proximité pour tous. L'accès aux autres services est autant difficile pour les femmes que pour les hommes, les filles et les garçons, car l'État haïtien offre très peu de services aux citoyens et citoyennes. Dans ce contexte, les femmes classent les besoins de santé en premier rang parmi leurs besoins prioritaires. Alors que pour les hommes, l'argent représente leur premier besoin prioritaire.

La gestion communautaire de la crise sanitaire est dominée fondamentalement par les hommes, pendant que la participation des femmes reste limitée. La minorité des femmes impliquées ne joue qu'un rôle d'exécution, comme participer dans la sensibilisation communautaire, sans avoir pris la décision de définir ou d'influencer les décisions en rapport à la planification des actions. Dans un tel contexte, il n'est pas évident que les besoins des femmes soient bien pris en compte dans les politiques de gestion communautaire de la crise COVID-19. Ceci dit, on note une action des organisations des femmes dans la sensibilisation pour la prévention qui reste pour le moment limité en raison de leur faible accès aux financements.

Par rapport à la sécurité, les premiers soucis des interviewé.e.s. concernent globalement, par ordre de priorité, l'insécurité généralisée qui caractérise la société et les besoins économiques, comme le logement et la nourriture. La question de violences et d'abus sexuels à l'endroit des femmes et des filles

vient en cinquième position parmi les principales préoccupations des communautés. En fait, 11.5% de femmes et 10.1% de filles déclarent se sentir exposées à la violence, selon l'enquête-ménage. La normalisation et la tolérance sociale vis-à-vis de la violence et cette vision limitée de ce qui est considéré comme violence est un des principaux facteurs des 'chiffres invisibles' de la violence faite aux femmes et aux filles. Par conséquent, les statistiques de violence officielle comme celles recueillies de cette enquête doivent être comprises comme contenant un chiffre invisible important.

Cependant, les entretiens communautaires ont révélé que les violences à l'égard des femmes et des filles tendent à augmenter depuis l'apparition de la COVID-19. Une sérieuse faiblesse généralisée a été constatée pendant l'ARG, dans les institutions publiques comme dans les organisations de prise en charge de la violence, c'est le manque de collecte, de production et de disponibilité de données en lien avec les cas enregistrés et aux demandes de services. La plupart des institutions avaient du mal même à comptabiliser les cas reçus, les analyser comparativement vis-à-vis d'autres périodes et les désagréger. En fait, obtenir un aperçu complet de la situation des VBG dans le pays, pendant la crise ou de manière périodique et permanente dans un contexte normal, est un défi significatif étant données les conditions actuelles des institutions. Parallèlement, la communauté des LGBTI, en tant que groupe minoritaire, se sent aussi exposée, notamment dans le contexte de la crise sanitaire liée à la COVID-19, à des menaces basées sur des stéréotypes liés à leur pratique ou orientation sexuelle et partagés par une grande majorité de la population.

Recommandations

En général, dans des contextes de crise généralisée, la nécessité de cerner l'élément déclencheur du problème et d'y approcher dans toutes ses dimensions pour pouvoir apporter une réponse globale à la crise paraît très souvent indépassable. Cependant, lorsque les moyens sont limités, il faut penser à sélectionner des priorités. Dans le cadre de cette analyse, nous avons fait le choix de formuler nos propositions en fonction des besoins les plus urgents soulignés par les informateurs et informatrices.

La première recommandation consiste en la mise à disposition de plus de données permettant de comprendre davantage les problèmes auxquels la population est confrontée. En ce sens, il est recommandé de mettre à jour cette analyse rapide genre en intégrant les nouvelles données disponibles au fur et à mesure.

Recommandations globales

Cette étude a permis de comprendre l'importance du renforcement budgétaire du Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des femmes et pour la mise en œuvre de la Politique Égalité Femme-Homme et de son plan d'action. Le Gouvernement haïtien devrait permettre au Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes de jouer son rôle pleinement dans ce contexte de COVID-19 par la mobilisation de ressources pour donner une réponse sensible spécifiquement aux femmes et aux filles et permettre au MCFDF de veiller à la participation des femmes, y compris les femmes marginalisées et leur implication, dans les décisions sur les réponses à la crise sanitaire. Il est important de capitaliser sur l'expertise et le leadership des organisations nationales de femmes, et des femmes leaders pour une réponse plus efficace et de proximité dans les communautés.

Par rapport à la récession économique qui a affecté les activités génératrices de revenu de la majorité des familles, des mesures de redressement de l'économie devraient être envisagées par l'État pour permettre aux familles dépourvues et aux petites et moyennes entreprises de femmes de se relever et de relancer leur économie. Parallèlement, par rapport aux contraintes écologiques et économiques auxquelles est confronté le pays, des mesures sanitaires à court terme seraient importantes aussi en vue de faciliter les familles à respecter les principes d'hygiène. Étant donné la faiblesse des services publics offerts aux citoyens et aux citoyennes, l'intervention des ONG nationales ou internationales peut combler un certain vide. La mise en œuvre de l'ensemble de propositions ci-dessous serait important pour

renforcer la prise en charge des besoins clés par l'Etat, la société civile et les acteurs humanitaires nationaux et internationaux :

- Organiser des plaidoyers pour rendre l'accès à l'eau moins difficile dans les communautés où la carence en eau est plus manifeste, en conduisant celle-ci plus proche des habitant.e.s. Une telle initiative contribuerait à faciliter la communauté à garder les bonnes pratiques d'hygiène qui serviraient à la prévention contre la contraction de tout éventuel nouveau virus. Cette mesure fera l'objet de consultation entre les autorités locales et tous les acteurs et actrices concerné.e.s. par la question et même les organisations nationales et internationales intervenant dans la question afin d'obtenir la synergie nécessaire à la réalisation de cette action.
- Accompagner techniquement et financièrement (appuis en nature sous forme de dons de semences et engrais, distribution d'outils) les cultivateurs et cultivatrices dans l'agriculture afin de renforcer la production nationale et de permettre donc aux familles rurales de faire face aux conséquences socioéconomiques de la crise.
- Appuyer les activités de stockage, de transformation et de commercialisation des produits agricoles (formation, distribution de silos, espace de séchage, emballage, transport).
- Adopter une approche responsive sensible au genre aux problèmes d'eau et d'assainissement à travers des interventions qui suscitent l'engagement des citoyens, l'inclusion sociale et l'autonomisation des femmes.
- Rendre les services de santé plus accessibles en renforçant les structures sanitaires existantes (augmentation de leur capacité d'accueil, de services et autres) et en construisant d'autres structures sanitaires dans les communautés qui en ont très peu ou qui n'en n'ont pas du tout et renforcer les capacités du secteur de la santé pour appliquer les normes et protocoles de prévention et contrôle des infections.
- Poursuivre et intensifier les campagnes d'information contre la stigmatisation et la désinformation liée à la COVID-19.
- Prendre des dispositions visant à rendre les campagnes de sensibilisation contre la propagation du virus de COVID-19 plus proches des communautés éloignées de la capitale ou des grandes villes en vue de toucher un plus grand nombre de personnes.
- Renforcer les capacités des parents en matière d'accompagnement des enfants et soutenir les ménages les plus vulnérables avec des dons en kits d'hygiène, en appuis en matière de sécurité alimentaire, articles scolaires et autres.
- Prendre des mesures pour soutenir l'éducation des enfants dans des zones et des couches vulnérables durant la reprise des classes étant donné l'amplification des inégalités d'accès à l'éducation pendant la fermeture des écoles engendrée par l'état d'urgence sanitaire.
- Prendre des dispositions à terme pour faciliter le relèvement socioéconomique en tenant aussi compte des besoins de groupes marginalisés.

Recommandations sensibles au genre

Les femmes, étant une catégorie plus touchée par la crise dans ces aspects économiques et sociaux, ont besoin d'un support particulier pour dissiper certaines disparités en termes de privilèges et d'opportunités qui leur sont offertes, comparativement aux hommes. Par ailleurs, « La pandémie de COVID-19 n'est pas seulement un enjeu sanitaire, mais une crise aux impacts multisectoriels

touchant de façon disproportionnée les plus vulnérables, notamment les femmes et les filles, qui exige des réponses sensibles au genre »³⁸. Par ailleurs, il est crucial de capitaliser sur les recommandations de la consultation nationale pour la prise en charge multidisciplinaire du viol des femmes et des filles, organisée en 2019³⁹. Sur cette base, les principales recommandations sensibles au genre sont les suivantes. Il faut également prendre en compte les différentes catégories de femmes qui ont des besoins spécifiques dans la lutte contre la pandémie, comme par exemple : Les femmes enceintes, les femmes PVVIH, les « *Madan Sara* », les femmes handicapées, les migrantes, les femmes victimes de VBG, les femmes détenues, les travailleuses de sexe et les femmes du troisième âge.

- Assurer la représentation des femmes, y compris les plus marginalisées, à travers surtout les organisations de femmes, dans toutes les étapes (planification, prise de décision, mise en œuvre et gestion, suivi et évaluation) de la prévention, la réponse et le relèvement de la COVID-19, au niveau national, régional et communautaire pour prendre en compte leurs besoins et leurs perspectives de solutions dans les décisions communautaires.
- Renforcer l'autonomisation économique des femmes en les appuyant dans le développement, la reprise et/ou le renforcement de leurs activités génératrices de revenu et leurs entreprises dans le but de soutenir l'économie des familles et de relancer la croissance de l'économie et la création d'emplois.
- Procéder à des distributions de kits hygiéniques qui prennent en compte les besoins spécifiques des femmes et supporter un plaidoyer pour réduire le coût de ces éléments au niveau national. Sensibiliser les communautés davantage sur le genre et les VBG afin de dégager une compréhension englobante et commune sur les violences faites aux femmes et aux filles pour encourager la mise en place et le respect de mesures de protection des femmes et des filles contre les VBG dans les communautés.
- Renforcer le cadre légal de lutte contre les violences faites aux femmes et promouvoir l'élimination des lois et mesures discriminatoires en conformité avec la CEDEF et en lien avec la Stratégie Nationale Egalité des femmes devant la loi validée en décembre 2019⁴⁰.
- Prendre des mesures pour inscrire les VBG comme service essentiel au niveau de l'État et soutenir le financement de la prévention et de la réponse aux VBG dans le budget de l'État et dans le soutien des partenaires pour accroître l'offre des services et l'accompagnement aux survivantes de violences.
- Renforcer les protocoles d'intervention, l'information sur la disponibilité des services au niveau de tous les secteurs impliqués dans la réponse aux VBG pour en accroître l'utilisation.
- Impliquer les femmes dans la réponse et promouvoir leur participation dans la prise de décision stratégique et au niveau communautaire à travers une meilleure représentativité des femmes dans les mécanismes de décision liés à la COVID-19 et poursuivre les efforts pour un respect des exigences constitutionnelles de quota de représentation des femmes à au moins 30% des postes de décision de la sphère publique. Il est important de faire le suivi de la représentation des femmes aux postes de décision dans la réponse et les accompagner au niveau de l'information et de connaissances dans leurs actions dans les sphères de décision.
- Renforcer l'accès des femmes à l'information et leur usage de la technologie pour faciliter leur implication accrue et amplifier leurs voix et influences dans les plateformes d'échanges et de

³⁸ Groupe Des Partenaires Techniques et Financiers Pour L'égalité de Genre (PTF-GENRE). Note de plaidoyer : *Meilleure prise en compte du genre dans la prévention, la réponse et le relèvement à la COVID-19* avril 2020.

³⁹ MCFDF ONU Femmes, *Rapport de la Consultation Nationale pour la prise en charge multidisciplinaire du viol des femmes et des filles* », 5-6 Décembre 2019

⁴⁰ MCFDF, MJSP, OPC Stratégie Nationale Egalité des femmes devant la loi, Décembre 2019

décision et pour les aider à adapter les services des organisations de femmes au contexte de distanciation sociale.

- Renforcer les capacités de production systématique de données statistiques sexo-spécifiques pour mieux appréhender la situation des femmes et les inégalités de genre et définir des stratégies de réponse plus efficaces à leurs besoins y compris en période d'urgence.
- Assurer l'approvisionnement des structures de santé en matériels de protection appropriés pour les professionnel/les de la santé (médecins, infirmières, auxiliaires, aide-soignantes), d'autant que les femmes sont largement représentées dans ce secteur.
- Mettre à la disposition des organisations une cartographie numérique appelée services de réponse sanitaire COVID-19 qui sera durable par une mise à jour sur une base régulière : des centres de dépistage et/ou de prélèvement, les informations relatives aux numéros de téléphones disponibles par département pour accompagner la population avec des services spécifiques aux femmes.
- Faciliter l'accès aux soins de santé pour les femmes et assurer la continuité des services pour autres besoins sanitaires critiques pendant cette période de crise, notamment des services de planification familiale, de santé sexuelle et reproductive, de santé maternelle, de réponse médicale et de référencement des femmes et filles victimes de violences.
- Approfondir l'Analyse Rapide Genre par des études complémentaires avec une analyse plus approfondie et à plus large échelle sur l'impact de la crise COVID-19 sur les femmes en y intégrant de nouvelles données disponibles en vue de les accompagner dans le processus de décision et de réponse aux conséquences de la crise sanitaire.
- Renforcer le financement du Ministère à la Condition Féminine et celui des organisations des femmes pour faciliter une plus forte implication de ces structures dans la réponse à la COVID-19, particulièrement en soutien aux communautés en tenant compte des besoins spécifiques des femmes et des filles.
- Faire le suivi des appuis accordés au relèvement socioéconomique des femmes et partager les meilleures pratiques.
- Mener des campagnes de sensibilisation nationales et communautaires sur les risques de VFFF durant la période de l'état d'urgence sanitaire, ainsi que pour la promotion de normes sociales positives pour prévenir la violence (masculinité positive, résolution pacifique des conflits, répartition équilibrée du travail domestique, construction d'actifs sociaux des filles en mettant l'accent sur les groupes de femmes et filles les plus vulnérables et adaptés à l'âge.
- Plaidoyer auprès de l'État pour la classification des services pour les victimes de VBG comme "services essentiels" pour assurer la disponibilité et la continuation des structures et services de protection et de prise en charge des femmes et filles survivantes de violence (lignes d'assistance téléphonique, police, santé, support psychologique, hébergement, assistance légale, procédures judiciaires, réinsertion socioéconomique), pendant les périodes de fermeture/confinement et dans d'autres contextes de crise et de catastrophe.
- Renforcer les capacités des institutions publiques, particulièrement des services de VBG du MCFDF, la PNH, de la Justice et des centres de santé et des prestataires de services de prise en charge de la société civile en vue de faire face à la montée des cas de violence, notamment les violences conjugales et familiales et les abus sexuels, en renforçant. Ceci nécessite le renforcement de leurs compétences et outils techniques (sensibilisation et formations spécialisés, procédures et protocoles d'action standardisés et de qualité, systèmes de gestion des cas), leurs capacités technologiques pour offrir des services à distance pendant les crises, leurs bureaux pour améliorer l'accessibilité des personnes handicapées et autres groupes desservis par leurs services, leurs équipements de protection et mesures de sécurité pour se protéger de la COVID-

19, et leurs capacités organisationnelles et financières pour améliorer la qualité et la disponibilité des services offerts face à des hausses de cas de VBG.

- Renforcer les institutions et les mécanismes interinstitutionnels qui coordonnent la réponse et la surveillance des cas de violences faites aux femmes dans le pays, au niveau national, départemental et communautaire – particulièrement les points focaux VBG de la PNH, de la Justice et de la Santé, les Coordinations Départementales du MCFDF et les plateformes multisectorielles publique-société civile comme la Concertation Nationale contre la Violence aux Femmes –, en renforçant leur capacité de coordination et de gestion et en appuyant la mise à jour des systèmes de référence pour la prise en charge et des cartographies des services essentiels pour VBG.
- Renforcer les capacités des institutions publiques (santé, police, justice) et des organisations de la société civile intervenant dans la prise en charge pour enregistrer les cas et les demandes de service (protocoles d'enregistrement de cas, base de données, rapports et analyses statistiques) et établir un mécanisme permanent pour collecter, systématiser, produire et publier périodiquement les données sur les cas enregistrés et la demande de services pour la VBG (désagrégé par âge, sexe, territoire, type de violence, victimes/groupes vulnérables) dans tout le pays, pour mieux et plus rapidement identifier les tendances et flambées de violence et définir des réponses ciblées.
- À court et moyen terme, soutenir l'intégration des femmes dans des activités de production génératrices de revenu qui émergent en réponse à la COVID-19 (production de masques, savons, gel hydro alcoolique), et soutenir les femmes et coopératives de femmes engagées dans la production, transformation, commercialisation et autres étapes des chaînes de valeur agro-alimentaire, pour renforcer leur résilience et celle de leur famille par rapport à l'impact de la pandémie sur la sécurité alimentaire et la perte de revenu.

CARE International en Haiti

92, Rue Gregoire, Petion Ville
HAITI

Tel: +59 2813 0653/54

E-mail: 1.HTICareAllMissions@care.org

www.care.org

CARE Gender in Emergencies:

E-mail: emergencygender@careinternational.org

<http://gender.care2share.wikispaces.net/Gender+i>

[n+Emergencies](http://gender.care2share.wikispaces.net/Gender+i)



220 East 42nd Street New York,
New York 10017, USA

Tel: 646-781-4400

Fax: 646-781-4444

unwomen.org

[Facebook.com/unwomen](https://www.facebook.com/unwomen)

[Youtube.com/unwomen](https://www.youtube.com/unwomen)

ONU Femmes Haïti

18, rue Stephen, Musseau

Pétion-ville HT6140, Haïti

Tel: +509 31 70 0234

Email : info.haiti@unwomen.org

[facebook.com/ONUFemmesHaiti](https://www.facebook.com/ONUFemmesHaiti)