

Université de Montréal

**Itinéraires thérapeutiques des utilisateurs de soins de santé dans le
Département Sanitaire de l'Artibonite : le cas des communes Ennery et
Marmelade (Haïti)**

Par

André-Paul Vénor

Département d'Administration de la Santé

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

en administration des services de santé

Option santé et système de soins

Juin 2002

© André-Paul Vénor, 2002



WA

525

U58

2002

V.002

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**Itinéraires thérapeutiques des utilisateurs de soins de santé dans le
Département Sanitaire de l'Artibonite : le cas des communes Ennery et
Marmelade (Haïti)**

présenté par:

André-Paul Vénor

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Nicole Dedobbeleer, Ph.D., : Présidente-rapporteuse du Jury

Régis Blais, Ph.D., : Directeur de recherche

François Champagne, Ph.D., : Membre du Jury

Mémoire accepté le 10 /09/ 2002

SUMMARY

As in many other developing countries, several forms of medicine coexist in Haiti, sometimes complementarily, sometimes in competition. Thus, the sick person or her relatives are confronted with the problem of choice of sources of care. This choice is associated with many factors, which makes it difficult to predict the health seeking behaviour of people in such a context. However, while health needs are large, it was observed that the modern health services set up at Ennery and Marmelade are not used as expected. This problem of under-utilisation is analysed in this study through a conceptual model which takes account of the complexity of this local health care system.

The aim of this research undertaken at Ennery and Marmelade, in the Haitian Health Department of Artibonite, consists of documenting, in a more or less recent past, the therapeutic itinerary of persons, faced with a health problem and understanding the principal factors which governed their choice of services. Two aspects of the process of care were analysed: identification of the main resources used by surveyed people to solve or interpret their health problem and the relation between the type of therapy used and certain personal and service related factors, and in particular people's perception of the quality of the services offered by the network of dispensaries and the reference medical centre existing in the zone. The study design is a cross sectional population based survey. Our conceptual framework is inspired by the model suggested by Kroeger for utilization analysis of health services in developing countries. Study data came from individual semi-structured interviews conducted with 20 households distributed out in four health zones. The software Atlas.Ti was used to analyse collected information.

This study suggests, among other things, that the rate of utilisation of the modern health services, which is not as low as expected, would be strongly associated the 'medical pluralism' which characterises this health care system. Indeed, this analysis shows that modern health care is not dominant, but enters a real competition with other care practices, which are still very much used, although there are, for the majority, dangerous, ineffective and not ethical.

Key words: Haiti, modern medicine, traditional medicine, use of health services, quality of health services.

SOMMAIRE

Comme dans beaucoup d'autres pays en développement, plusieurs formes de médecine coexistent en Haïti, tantôt en complémentarité, tantôt en compétition. Ainsi, l'individu malade ou ses proches se trouvent confrontés au problème de choix de sources de soins. Ce choix est associé à un grand nombre de facteurs, ce qui fait qu'il est difficile de prédire le comportement d'utilisation des individus placés dans un tel contexte. Pourtant, alors que les besoins de santé sont grands, on a observé que les services de santé modernes mis en place à Ennery et Marmelade ne sont pas utilisés comme on s'y attendait. Ce problème de sous-utilisation est analysé ici au travers d'un modèle conceptuel qui tient compte de la complexité de ce système local de soins.

Le but de cette recherche menée à Ennery et Marmelade, dans le département sanitaire haïtien de l'Artibonite, consiste à retracer, dans un passé plus ou moins récent, le parcours thérapeutique des personnes confrontées à un problème de santé et à comprendre les principaux facteurs qui ont présidé à leur choix de services. Deux aspects du processus de soins ont été analysés : l'identification des principales ressources utilisées par les enquêtés pour résoudre ou interpréter leur problème de santé et la relation entre le mode de thérapie utilisée et certains facteurs personnels ou liés aux services de santé, en particulier la perception qu'ont les gens à l'égard de la qualité des services offerts par le réseau de dispensaires et le 'centre à lits' de référence existant dans la zone. Le devis utilisé est celui d'une enquête populationnelle de type transversal. Notre cadre conceptuel est inspiré du modèle proposé par Kroeger pour l'analyse de l'utilisation des services de santé en pays en développement. Les données de l'étude proviennent d'entrevues individuelles semi-directives menées auprès de 20 ménages répartis sur quatre zones de santé. Le logiciel Atlas.Ti a été utilisé pour analyser les informations recueillies.

Cette étude suggère, entre autres, que le taux d'utilisation des services de santé modernes, qui n'est pas si faible qu'on pensait, serait fortement associé au 'pluralisme médical' qui caractérise ce système de soins. En effet, cette analyse montre que les soins modernes ne s'imposent pas par eux-mêmes, mais se retrouvent dans une réelle compétition avec d'autres pratiques, qui sont encore, quoique pour la plupart dangereuses, non efficaces et non éthiques, très utilisées.

Mots-clés: Haïti, médecine moderne, médecine traditionnelle, utilisation des services de santé, qualité des services.

TABLES DES MATIÈRES

SUMMARY	I
SOMMAIRE.....	II
TABLES DES MATIÈRES.....	III
LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	VII
REMERCIEMENTS	VIII
DÉDICACE	IX
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	8
1.1. LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE	8
1.2. REVUE DE LA DOCUMENTATION SUR L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT	10
1.2.1. <i>Critiques des études sur l'utilisation des services de santé en pays en développement.....</i>	<i>11</i>
1.2.2. <i>Répartition de l'utilisation des services de santé.....</i>	<i>13</i>
1.2.3. <i>La sous-utilisation des services de santé.....</i>	<i>16</i>
1.2.4. <i>Facteurs liés à l'utilisation des services de santé</i>	<i>16</i>
1.3. LES MODÈLES D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT	31
1.5. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE	37
1.4. LE CADRE CONCEPTUEL DE LA PRÉSENTE ÉTUDE	39
CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE	41
2.1. STRATÉGIE ET DEVIS DE RECHERCHE	41
2.2. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DE LA RECHERCHE	41
2.2.1. <i>Taille de l'échantillon et procédure d'échantillonnage</i>	<i>42</i>
2.3. DÉFINITION DES VARIABLES.....	43
2.3.1. <i>La collecte de données</i>	<i>47</i>
2.3.2. <i>Qualité des données et validation de l'instrument de mesure</i>	<i>48</i>
2.4. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES	49
2.5. JUSTIFICATION DU CHOIX DES MÉTHODES ET TECHNIQUES D'ANALYSE	52
CHAPITRE 4 RÉSULTATS.....	58
4.1. PROFIL DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE.....	58
4.2. LES PRINCIPALES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES UTILISÉES PAR LES POPULATIONS D'ENNERY ET DE MARMELADE.....	59

4.3.	CARACTÉRISTIQUES DES INDIVIDUS ET RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES UTILISÉES	62
4.4.	CARACTÉRISTIQUES DE LA MALADIE, PERCEPTION DE LA MALADIE ET RECOURS AUX SOINS	66
4.5.	CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES	70
CHAPITRE 5 DISCUSSION		78
5.1.	LES RÉSULTATS OBTENUS ET LA LITTÉRATURE	78
5.1.1.	<i>Les principales ressources utilisées par les personnes interrogées</i>	<i>78</i>
5.1.2.	<i>Facteurs associés à l'utilisation des soins de santé modernes à Ennery et Marmelade</i>	<i>80</i>
5.2.	RETOUR SUR LE CADRE CONCEPTUEL.....	87
5.3.	LIMITES DE L'ÉTUDE ET RECHERCHES FUTURES	87
5.4.	RECOMMANDATIONS	89
CHAPITRE 6 CONCLUSION.....		92
BIBLIOGRAPHIE		94
ANNEXE A: TABLEAU DE CORRESPONDANCE ENTRE LES VARIABLES RETENUES ET LES QUESTIONS D'ENQUÊTE.....		XI
ANNEXE B : LEXIQUE DES CODES.....		XIV

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I. FACTEURS ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN PAYS EN DÉVELOPPEMENT	17
TABLEAU II. DÉFINITION DES VARIABLES	45
TABLEAU III. PROFIL DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE (N = 20)	59
TABLEAU IV. RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES UTILISÉES EN PREMIER, DEUXIÈME ET TROISIÈME RECOURS PAR LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE, ENNERY ET MARMELADE, HAITI	61

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. LA CLASSIFICATION DE KROEGER (1983A)	33
FIGURE 2. LE MODÈLE DE STOCK (1987)	35
FIGURE 3. LE MODÈLE D'AKIN (1986)	36
FIGURE 4. LE CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	40

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

EMMUS-II	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services-II
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PRODEVA	Association haïtienne pour la Promotion d'un Développement Autonome
PT	Praticien Traditionnel
SSM	Service de Santé Moderne
UCS	Unité Communale de Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International development

REMERCIEMENTS

La rédaction de ce mémoire est le résultat d'une collaboration entre mon directeur de mémoire et moi. C'est l'occasion pour moi d'adresser un sincère remerciement au Professeur Régis Blais, Ph.D., pour l'intérêt qu'il a manifesté pour le sujet que je lui ai proposé et la qualité de l'encadrement qu'il m'a offert. C'est avec une grande disponibilité qu'il a assumé la direction de ce mémoire. Je lui dois, pour une large part, les habiletés développées dans le domaine de la recherche au cours de ce cheminement.

Je remercie aussi Carl-A. Dubois, médecin de santé publique, qui m'a suggéré l'idée d'apporter une contribution à la documentation de cet aspect de la santé publique en Haïti, 'l'utilisation des services de santé' dans un contexte de choix thérapeutiques diversifiés.

Je remercie les personnes qui ont accepté de participer à l'enquête, ainsi que l'agronome Nesmy Jean-Baptiste de PRODEVA (Ennery) pour son appui logistique. Il m'a permis de réaliser la collecte des données dans le délai prévu.

En cette fin de parcours, je veux remercier d'une façon spéciale mon épouse qui m'a encouragé et supporté pendant tout le temps qu'a nécessité ce travail.

Je remercie, enfin, les différentes personnes qui ont contribué d'une façon directe ou indirecte à la réalisation de cette recherche; notamment celles qui m'ont aidé dans la traduction créole du questionnaire ainsi que celles qui ont accepté de lire le manuscrit.

DÉDICACE

à mon père

à ma mère

à mon épouse, roseleine

pour son soutien et les sacrifices

consentis tout au long de ce cheminement

à ma fille ranya

à mes frères et sœurs

à mon ami herby

à mes collègues

Introduction

Comme dans beaucoup de pays en développement, le système de santé en Haïti correspond plutôt à un non-système. L'État impuissant ou inefficace ne peut que constater le développement d'un labyrinthe déroutant où chevauchent de multiples organisations de santé, sans aucun lien entre elles et non imputables de leurs actions (Dubois,1998). L'aide externe a suivi les discours politiques des années 90 pour la transformation de ce système de santé, mais à date, il reste encore malheureusement inefficace et désarticulé. Ce système de santé évolue dans un contexte social très déséquilibré et les services de santé pâtissent de la crise structurelle chronique qui prédomine depuis plusieurs décennies. Les services de santé ne sont jamais pensés dans une logique de système : on ne peut voir le système de santé qu'à travers un ensemble d'interventions ponctuelles, non planifiées et le plus souvent sans aucun suivi.

Ce système, caractérisé par l'archaïsme et la désorganisation, est dominé par la coexistence de deux types de médecine, la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Cette dernière, bien qu'elle bénéficie d'une reconnaissance constitutionnelle, reste constamment marginalisée. Elle ne tire sa réelle légitimité que de la perception de la population à son égard et de son accessibilité à toutes les couches de la population. La médecine moderne, institutionnalisée depuis 1915 comme élément dominant du système au plan structurel et idéologique (Hess,1983), reste pour de multiples raisons inaccessible à une large part de la population. En son sein, on retrouve quatre grands secteurs: le secteur public, le secteur privé à but lucratif, le secteur privé à but non lucratif et le secteur dit mixte. Chacun de ces secteurs a sa propre spécificité du point de vue de son organisation et de son fonctionnement. Le secteur public ou étatique possède un ensemble d'infrastructures sanitaires (hôpitaux, *centre à lits*, dispensaires) inadéquates et non fonctionnelles pour la plupart.

Ce secteur est aussi responsable, par le biais du Ministère de la Santé, de la formation des personnels médicaux et paramédicaux. Le secteur privé à but lucratif, composé de médecins et autres professionnels de santé, s'adonne, à travers des formations sanitaires telles que cabinets privés, polycliniques, hôpitaux et des laboratoires (d'analyses médicales et pharmaceutiques), à une pratique curative libérale et lucrative qui n'est régie par aucun mécanisme d'ordre normatif, juridique ou fiscal (Raccourt, 1999). Ce secteur intervient aussi dans la formation des personnels médicaux et paramédicaux au travers de quelques écoles et universités privées. La logique qui prévaut à son financement est celle du marché. Il possède les grandes compagnies d'assurance privées installées à la capitale (Port-au-Prince). Le secteur privé à but non lucratif, très puissant financièrement et techniquement, est financé presque exclusivement par les agences de coopération internationale. Il est surtout constitué d'ONGs et du secteur religieux où interviennent de multiples confessions. Enfin, on retrouve le secteur mixte qui représente une forme de coopération public-privé, mais sans aucun cadre réglementaire réel. Il résulte donc de cette diversité d'intervenants une prolifération de plans ou programmes sans aucune cohérence entre eux, puisqu'il n'existe pas d'interface réelle entre les différents acteurs du système.

L'offre de soins est donc assurée dans un système caractérisé par une grande diversité d'acteurs dont les objectifs et les approches ne sont pas concordants. Ceci signifie que malgré tout ce qui se fait, les grands objectifs nationaux de santé ne sont jamais atteints et la situation sanitaire en Haïti reste des plus inquiétantes. Le niveau des taux de mortalité maternelle et infantile et la très faible espérance de vie à la naissance font de Haïti un cas unique en Amérique Latine et le rangent plutôt dans le groupe de pays à très faible revenu d'Afrique subsaharienne.

A cette déficience du système de santé, les autorités publiques en Haïti voulaient apporter des solutions. Ainsi, en 1996, un plan de réforme en profondeur du secteur a vu le jour (HERA, 1999). Il s'inscrit dans le cadre de la nouvelle politique de santé publiée dans la même année. Cette réforme vise l'amélioration de l'état de santé de la population de manière durable par le biais d'*interventions multisectorielles* (Dussault, 1996) et la mise en place d'un système de soins *accessible à tous*. Les objectifs spécifiques de cette réforme incluent:

- la réduction de la mortalité et de la morbidité dues à de graves problèmes de santé publique comme les maladies diarrhéiques, les maladies immuno-contrôlables, la tuberculose, le SIDA;
- la protection et la promotion de la santé à l'échelle de l'ensemble du territoire;
- la rationalisation de la gestion des soins de santé dans le pays.

Pour y arriver, le Ministère de la Santé mise sur les axes stratégiques suivants :

- la décentralisation du système ;
- la rationalisation de la carte sanitaire en vue d'atteindre une couverture optimale du territoire national en établissements de soins et de développer un système de référence adéquat;
- le renforcement de la participation communautaire;
- la coordination inter et intra sectorielle en vue d'harmoniser l'action des différentes instances gouvernementales et des différents acteurs du système de santé;
- l'accessibilité universelle à un paquet minimal de services;
- le développement des ressources humaines;
- une législation défendant les intérêts de la population;
- une recherche qui tient compte des besoins de la population et orientée vers la résolution de problèmes.

De la rationalisation de la carte sanitaire du pays et de la logique de décentralisation a émergé le concept d'unités décentralisées de santé dites *Unités Communales de Santé* (UCS).

Pour opérationnaliser ces UCS qui deviennent l'élément stratégique de cette nouvelle politique sanitaire (Voltaire ,1999), le Ministère de la Santé devait compter sur l'appui d'un nombre importants de partenaires dont des Organisations Non Gouvernementales (ONGs) locales ou internationales.

Dans la logique de cette réforme, les communes Ennery et Marmelade ont été jumelées pour composer un micro système de santé intégré décentralisé. Le lancement de ce *micro système de santé intégré* a eu lieu en 1997. Le Ministère de la Santé a confié, sur la base d'un partenariat, le leadership de la mise en œuvre à une organisation privée à but non lucratif, *PRODEVA*. Cette ONG disposait des ressources financières, du personnel qualifié et des moyens logistiques nécessaires à la réalisation du projet.

L'essentiel de l'architecture de ce système local de santé est fait de quatre dispensaires périphériques qui sont reliés à un *Centre à lits de Référence*. Ce micro système de type public a comme principal objectif la réduction, pour les 70 000 personnes que totalisent les deux communes, des problèmes liés à l'accessibilité dans ses dimensions géographique, économique et organisationnelle. On vise ainsi, en pratique, la prestation de soins globaux, complémentaires et continus (Christopher, Forrest et coll., 1998). Un système de référence et contre-référence permet la liaison et les échanges d'informations médicales entre les dispensaires et le centre à lits de référence. Des moyens de déplacement autonomes (ambulance) permettent d'effectuer le transport des patients graves des dispensaires au *centre à lits* ou de ce dernier à l'hôpital départemental. Un programme de médicaments essentiels est en vigueur sur tout le réseau de façon à faciliter l'accès aux médicaments de base à des coûts

acceptables, c'est-à-dire moins élevés que dans les pharmacies privées. La formation continue du personnel et la supervision font partie des activités les plus importantes de l'Équipe Cadre de ce micro système de santé. Tout ceci confère aux formations sanitaires d'Ennery et de Marmelade un fonctionnement nettement différent de celui qui prédomine généralement dans les institutions publiques de santé en Haïti. En effet, d'une manière générale, ces systèmes de soins portent les caractéristiques de ceux d'autres pays en développement que Sylverman et coll. (1982) décrivent comme s'ils sont mis en place de manière à demeurer le plus loin possible d'une large part de la population qui en demande ou qui en a besoin.

En fait, la logique d'intervention à Ennery et Marmelade était de réduire la morbi-mortalité en garantissant, à travers des structures de santé fonctionnelles et viables, l'accès à un paquet minimum de services, en conformité avec la politique de santé de l'État. Le résultat attendu était que les services disponibles (consultations curatives et activités de prévention) allaient être utilisés par les individus. Quoiqu'ils ne disposent pas de données comparatives, les responsables ont estimé, qu'avec moins de 0,33 consultation par habitant par an, les services sont sous-utilisés (PRODEVA, 1999). Ceci remettait en question les efforts déployés et la pertinence de l'intervention.

Dans les structures de première ligne ou premier échelon comme dans le centre de référence (2ème échelon) de ce micro système de santé, on constate que les personnes malades arrivent très souvent au stade avancé de leur maladie. Ceci compromet le recouvrement de leur santé même avec une intervention adéquate du personnel soignant. Ce sont des communautés rurales très pauvres; l'explication courante fournie par les personnes malades ou leurs proches quant à leur faible niveau de recours aux facilités disponibles se rapporte en général à des difficultés financières. Or, quand on se met à les interroger, on remarque que les gens ont eu recours à des pratiques de soins alternatifs qui coûteraient

plus chers que les consultations dans les institutions du réseau, pour des problèmes similaires.

De plus, une enquête communautaire EMMUS-II (1994-1995) a révélé que le coût n'est pas le principal problème que rencontre la population pour se faire soigner en milieu rural, contrairement à ce qu'on observe en milieu urbain. Il représente un problème pour seulement 5% des enquêtés, alors que l'inexistence des services l'était pour 32.6% des répondants et l'éloignement et la non disponibilité l'étaient respectivement pour 16% et 10.9% des personnes. Cette tendance à la sous utilisation des services ou à utiliser en dernier recours les ressources du système formel de production des soins de santé est prédominante malgré des initiatives visant à sensibiliser les gens à utiliser les services existants. Elle a des conséquences néfastes de plusieurs ordres pour les familles : coût élevé de traitement des pathologies compliquées, apparition de séquelles importantes, augmentation de la mortalité évitable, etc. (Barnes-Josiah et coll., 1998).

Beaucoup de ressources et d'énergie ont été consacrées depuis le début de l'implantation du projet à des activités de sensibilisation et d'information sur les facilités médicales disponibles; mais on n'a pas, jusqu'à présent, remarqué de changements importants de tendance quant à la sous-utilisation des services de soins de santé disponibles dans le réseau. Les raisons du faible recours à ces services ne sont pas connues; si elles l'étaient, des actions pourraient être entreprises pour améliorer l'utilisation des services et, éventuellement, la santé de la population.

La présente recherche tente d'élucider cette question en:

- (1) identifiant les différents modes de thérapies auxquelles recourent les gens quand ils sont malades;
- (2) documentant les raisons de leurs choix de recours au regard de leur perception de la qualité des services offerts au niveau du système formel de prestation des soins.

Chapitre 1

État des connaissances

1.1. Le contexte de l'étude

Haïti se présente toujours comme un des pays où l'État prend moins bien soin de ses citoyens en matière de soins de santé, compte tenu de la situation d'extrême pauvreté qui y est endémique. Selon de récentes estimations (World bank, 1999), 65 % de la population vivent dans la pauvreté, avec un revenu annuel per capita de 460 \$ et des dépenses nationales de santé par habitant ne dépassant pas 9 \$ par an. Selon cette même source, seulement 3.5 % du PIB sont dépensés pour les soins de santé en Haïti et 48.9 % du budget de la santé viennent de l'extérieur, que ce soit sous forme de prêt ou de subvention. On comprend tout de suite, dans un pays aussi instable, secoué par des troubles politiques et soumis souvent à des sanctions économiques internationales qui bloquent ou retardent l'aide financière de l'extérieur destinée au secteur de la santé, qu'il est difficile de répondre aux besoins en matière de soins de santé.

Avec une population d'environ huit millions habitants, la république d'Haïti compte en 1998, 663 installations sanitaires (dont 50 % relèvent du secteur public), 6 473 lits d'hôpitaux avec 9 lits pour 10 000 habitants, et un ratio de 1.1 médecin, 1.2 infirmière et 2.7 auxiliaires pour 10 000 habitants (OMS/OPS, 1999).

Historiquement, le système sanitaire haïtien, n'a jamais répondu aux attentes de la population (MSPP, *Politique Nationale de Santé*, 1998). La situation sanitaire du peuple haïtien demeure donc l'une des plus critiques du continent américain comme en témoignent certains indicateurs: mortalité infantile (74 p.1000), mortalité maternelle (456 p. 100.000), espérance de vie brute à la naissance (56 ans)(OMS/OPS, 1997).

Au regard de la situation sanitaire du pays en général (qui est encore pire dans les zones rurales touchées par une paupérisation croissante et l'isolement), et par rapport aux réformes souhaitées dans le cadre de la Politique Nationale de Santé, le projet conjoint MSPP-PRODEVA paraît tout à fait pertinent. Certaines données disponibles pourraient attester des besoins de santé dans la zone visée (Ennery et Marmelade) (Task Force Lard Haïti, Commission Européenne,1997). L'enquête communautaire réalisée en Haïti en 1994-1995 par EMMUS-II a révélé, entre autres, que l'inexistence des infrastructures sanitaires ou leur éloignement des lieux de résidence ont une incidence immédiate sur le niveau d'utilisation des services de santé et sur le niveau de morbidité et de mortalité des populations enquêtées. Selon cette même enquête, 38 à 45% des personnes en milieu rural vivent très éloignées d'un centre de santé (CS) ou d'un dispensaire; la durée de déplacement pour atteindre un CS ou un dispensaire est longue pour la majorité des personnes (entre 51% et 59%). Ces problèmes ont été pris en considération dans le projet de santé d'Ennery et de Marmelade .

Malgré les limites des études de EMMUS-II, malgré le fait aussi que l'identification des problèmes de santé par les intervenants (Organisations partenaires et le Ministère de la Santé) soit loin d'être complète (HERA, 1999), il reste que le système sanitaire tel que présenté dans ce document est une faillite complète et que ces études pouvaient permettre de déterminer les domaines pour lesquels des interventions précises et urgentes étaient

nécessaires. C'est cette déficience et l'insuffisance des services qui ont justifié l'implantation en 1997 de ce projet de santé dans les deux communes.

Dans ce contexte haïtien où les besoins en soins de santé sont immenses et les services sont trop rares pour y répondre convenablement, il reste paradoxal de s'apercevoir que des services censés répondre à ces besoins sont implantés, mais que les populations ne les utilisent pas autant que l'on pourrait s'y attendre. Ceci n'est pas seulement un paradoxe, c'est également, pour les gestionnaires de ce système de santé, une question préoccupante qu'il est nécessaire de documenter.

La présente revue de littérature cherche à faire le point sur les connaissances que l'on a de l'utilisation des services de santé à des fins curatives en pays en développement. Une critique des études portant sur l'utilisation des services dans ces pays est aussi présentée. Ceci permettra de préciser, en conclusion, les questions de recherche, les variables retenues et présenter le cadre conceptuel qui guidera la démarche.

1.2. Revue de la documentation sur l'utilisation des services de santé dans les pays en développement

Au cours des 25 dernières années, les études en rapport avec l'utilisation des services de santé dans les pays en développement ont connu un développement considérable. En plus des anthropologues qui s'y sont intéressés traditionnellement, économistes, gestionnaires, épidémiologistes, géographes et planificateurs se sont ajoutés pour faire accroître ce champ (Haddad, 1992). Jusque dans les années 50 et 60, il s'agissait pour les anthropologues de la problématique de *l'acceptabilité de la médecine moderne* qui cherchait à s'implanter. Les chercheurs mettaient donc l'accent sur les effets des composantes culturelles sur l'acceptation des services de santé modernes et sur l'identification des moyens permettant de réduire ou de limiter les effets des

barrières culturelles. Plus tard, après l'implantation, cette problématique a cédé la place à la question de *l'acceptabilité des services*. Les recherches se sont alors orientées vers l'analyse des origines de la sous-utilisation des services de santé modernes et des facteurs associés à l'offre des services (coût, accessibilité géographique et organisationnelle et comportements des professionnels de la santé). Après que l'intérêt pour l'utilisation de la médecine moderne se soit manifesté, il s'est agi, pour l'anthropologie médicale d'observer et d'analyser l'utilisation dans un contexte de systèmes médicaux pluralistes et d'alternatives thérapeutiques diversifiées (Slikkerveer, 1982). Dans cette perspective, médecine moderne et médecine traditionnelle sont tantôt en compétition, tantôt complémentaires.

1.2.1. Critiques des études sur l'utilisation des services de santé en pays en développement

Jusqu'aux alentours de 1992, très peu d'études ont été faites dans les caraïbes. La grande majorité se faisait sur le continent africain (Haddad, 1992). Elles s'adressent surtout à des populations urbaines; celles portant sur les populations rurales sont comparativement peu nombreuses. Au plan méthodologique, la majorité de ces études sont de type transversal avec ou sans passages répétés; très peu de recherches longitudinales ont été faites (Kroeger, 1983b). Elles portent soit sur les ménages ou certains membres de la famille. Certaines enquêtes sont réalisées auprès des utilisateurs avec des devis basés sur des 'focus groups' et les études de cas. D'autres puisent leurs informations à partir des registres d'activités des institutions de santé.

Dans la plupart de ces études, trois questions reviennent toujours : (1) avez-vous été malade au cours des X derniers jours ou semaines passés et si oui qu'avez-vous fait? (2) que faites-vous quand vous êtes malade? Et (3) qui préférez-vous aller voir quand vous êtes malade?

Comme choix de réponse, on retrouve un nombre très diversifié de dispensateurs, pouvant s'inscrire dans le champ de la médecine moderne ou de la médecine traditionnelle; ils sont publics ou privés, officiels ou informels, qualifiés ou non qualifiés, etc.

Les itinéraires thérapeutiques analysés sont aussi très variés : un ou plusieurs prestataires, automédication, abstention thérapeutique, etc.(Fassin et Brousselle, 1991).

Cette grande diversité de recours thérapeutiques rend difficile la comparaison des résultats des études sur l'utilisation des services de santé. Kroeger (1983b) souligne des problèmes d'ordre méthodologique qui affectent la qualité de ces études:

- 1) le mode de sélection des sujets: les bases de sondages utilisées sont souvent inadaptées aux unités d'analyse choisies; la rigueur inégale des méthodes d'échantillonnage est aussi soulignée;
- 2) la spécification des variables d'études: les études où l'on se restreint à la collecte d'informations concernant une seule alternative thérapeutique (utilisation des services de santé moderne) présentent des limites en termes d'inférence sur les comportements de santé des populations;
- 3) la mesure et la fiabilité des variables d'étude: des questions trop abstraites où les conduites ne réfèrent pas à un épisode particulier donnent des mesures de peu de validité; il y a aussi souvent des temps de rappel élevés (biais de mémoire);
- 4) la compréhension des questions : la langue et les termes utilisés par les enquêteurs peuvent représenter une barrière entre les répondants et eux-mêmes; la définition des maladies et les classifications de celles-ci peuvent ne pas concorder;
- 5) et les réactions des répondants à l'enquête et aux enquêteurs: les idées que se font les répondants de l'enquête et des enquêteurs sont susceptibles d'influencer

les réponses. Le rapport social qui s'instaure entre l'enquêteur et l'enquêté à travers le questionnaire détermine pour une grande part les réponses faites et donc la qualité de l'information recueillie (Fassin et Brousselle, 1991) .

Il résulte de ces données que l'utilisation des services de santé dans les pays en développement présente de façon globale quatre caractéristiques essentielles: (1) l'utilisation s'inscrit, le plus souvent dans un contexte de systèmes médicaux pluralistes et d'offre de services diversifiée; (2) l'utilisation se répartit entre différents dispensateurs de services susceptibles d'appartenir à une ou plusieurs traditions médicales; (3) au-delà de cette répartition, certains services vont être nettement sous-utilisés en regard des attentes des responsables sanitaires et des normes habituellement retenues et (4) il existe un *groupe thérapeutique* (famille, voisins, etc.) qui influence la décision de l'individu et la diversité des conceptions étiologiques des maladies (ex.: microbes, froid, chaud, *mauvais œil*, *zombies*, *loas*¹, etc.) .

1.2.2. Répartition de l'utilisation des services de santé

La diversité de l'offre de services fait que plusieurs opportunités thérapeutiques vont s'offrir au patient. La répartition de ces différents types de services est particulièrement difficile à cause du nombre élevé d'études et de la différence des résultats obtenus. Haddad (1992) propose une répartition de recours thérapeutiques en cinq catégories qui semble un bon compromis entre la nécessité de rendre compte de la diversité existante et celle de disposer d'une information suffisamment agrégée pour pouvoir conduire une analyse. On distingue : (1) l'abstention d'action thérapeutique (2) le recours à un praticien traditionnel, (3) le recours à des services de santé modernes privés ou publics, (4) le recours à un autre dispensateur de services (vendeur itinérant de médicament, pharmacien, etc.) et (5) l'auto traitement au sens large du terme

¹ Dieux de la religion traditionnelle haïtienne: le vaudou

(ou ressources internes), incluant des personnes de la famille ou de l'entourage.

Environ soixante (60) études traitant de l'utilisation à des fins curatives ont été considérées par Haddad (1992, p.23). Il s'agit d'études qui ont été réalisées surtout en Afrique et en Amérique Latine, utilisant des *devis* quantitatifs et/ou qualitatifs, avec des méthodes et échantillons diversifiés. Les résultats de ces études sont parfois assez différents de l'une à l'autre. Mais, il résulte de l'analyse des tendances centrales concernant les différentes alternatives que:

- l'abstention thérapeutique est le plus souvent un recours minoritaire; la proportion de plaignants s'abstenant de tout recours est en moyenne 23.9%; la fréquence de recours à une ressource interne est comparable à celle de l'abstention (29.3%);
- en général, il y a plus de plaignants qui s'adressent à une ressource externe (58.4%);
- les différentes ressources thérapeutiques sont utilisées dans des proportions variables; 52.1% en moyenne utilisent des services de santé modernes, 18.8 % des praticiens traditionnels et 16.1% les autres dispensateurs; sur 100 plaignants qui ont employé une méthode thérapeutique, 31 ont recouru à l'auto traitement;
- en moyenne, l'utilisation des services de santé modernes est supérieure à l'ensemble des autres moyens thérapeutiques (58.4%).

Quoique les résultats concernant l'utilisation des services de santé modernes, dans les 60 études considérées, soient particulièrement dispersés (l'écart type est de 22,5%), certains auteurs pensent que ces services sont toujours, à quelques exceptions près, les plus utilisés (Woods et Graves, 1976). Cependant, d'autres auteurs pensent qu'il y a une nette sous-estimation de l'utilisation de certaines ressources, notamment des praticiens traditionnels et des dispensateurs du secteur informel (Green, 1985).

C'est pourquoi les résultats susmentionnés doivent être utilisés avec beaucoup de prudence, quoique selon les études, les services de santé modernes, restent quand même le recours thérapeutique dominant.

Woods et Graves (1976) ont observé que l'utilisation des services de santé modernes était plutôt considérée comme un supplément aux services fournis par les praticiens traditionnels que comme des services qui leur étaient substituables. C'est ainsi que Colson (1971) traite de 'Shut gun therapy' les comportements d'utilisation qui, en cas de maladies graves ou dangereuses, se traduit par le recours concomitant à plusieurs ressources de façon à maximiser l'efficacité du traitement. Young (1983) estime que cette complémentarité entre médecine moderne et médecine traditionnelle vient de ce que chacune satisfait et répond à des besoins différents: la médecine moderne est recherchée pour faire disparaître ou diminuer le problème ressenti et les symptômes, tandis que la médecine traditionnelle va servir à identifier et neutraliser la cause du problème. Des observations récentes menées dans certains villages d'Afrique du Sud ont montré que les gens utilisent la médecine moderne pour résoudre des problèmes physiques; par contre la médecine traditionnelle est utilisée pour améliorer le bien-être individuel en général (Cocks et Moller, 2002). Ces auteurs ont identifié 90 'remèdes' dans la 'pharmacopée traditionnelle' destinés à l'amélioration du bien-être individuel.

Cependant, d'autres études montrent qu'il peut y avoir opposition même temporaire entre ces deux traditions: le patient qui reçoit des médicaments de son tradi-praticien ne peut pas recevoir des injections ou autres dans certaines communautés rurales.

Relativement aux séquences thérapeutiques, certains auteurs (Slikkerveer, 1982; Kloos et coll., 1987) estiment qu'en milieu rural, l'utilisation des soins de santé modernes survient habituellement une fois que les autres moyens

thérapeutiques ont été épuisés. Phillips (1990) pense, au contraire, que les patients réalisent plutôt des va et vient entre les différents systèmes et aucun dispensateur dans ces contextes n'a de contrôle sur la demande et les itinéraires thérapeutiques de leurs patients. Les services utilisés traduisent le choix et les décisions des patients et de leurs proches.

1.2.3. La sous-utilisation des services de santé

Cette caractéristique dégagée par l'analyse de l'utilisation dans les pays en développement véhicule de façon implicite ou explicite la référence à des normes d'utilisation. Toutefois, il faut noter que celles-ci sont difficiles à définir. Par exemple, Gish (1990) estime que 3 à 4 contacts par habitant et par an constituent une norme raisonnable et qu'une valeur inférieure à un contact par personne et par an traduit une sous-utilisation évidente; ceci reflète la situation dans les communes d'Ennery et de Marmelade qui fait l'objet de la présente étude. D'autres auteurs définissent la sous-utilisation pour des valeurs de moins de 2.5 contacts annuels par habitant (Kloos et coll.1987). Beaucoup d'études ont donc montré que la sous-utilisation des services de santé apparaît particulièrement fréquente, eu égard aux normes susmentionnées dans les pays en développement, notamment en Afrique. Cependant, on a remarqué que dans ces mêmes régions, le nombre de contacts est plus élevé (4 à 5 /habitant/an versus 5 à 10 contacts /habitant/an dans les pays occidentaux) là où les systèmes de santé sont relativement efficaces (Gish, 1990).

1.2.4. Facteurs liés à l'utilisation des services de santé

Les facteurs susceptibles d'influencer le parcours thérapeutique des gens ont été étudiés par diverses méthodes: (1) les études corrélationnelles analysant les associations et les co-variations de l'utilisation avec une ou plusieurs variables qui peuvent référer aux individus, à leurs maladies et/ou à leurs prestataires de soins (Kroeger, 1983a), (2) les études de cas (peu nombreuses), qui s'appuient

sur une analyse en profondeur des conduites thérapeutiques de quelques individus, sont intéressantes mais confrontées à des problèmes de validité externe, (3) des études basées sur l'analyse des processus décisionnels des utilisateurs et (4) des études reposant sur l'interrogation des personnes ayant réalisé des choix thérapeutiques différents et où les enquêtés sont questionnés sur les raisons de leurs choix de recours. On a pu ainsi soutenir que l'utilisation est le produit d'interactions complexes, *visibles* ou *non visibles*, entre de nombreux facteurs *présents* ou *passés*, intervenant à des étapes différentes et dans différentes directions (Phillips, 1990; Thouez, 1981).

Kroeger (1983a) propose de classer les déterminants de l'utilisation des services de santé en pays en développement en trois catégories selon qu'ils réfèrent aux (1) caractéristiques des sujets, (2) aux caractéristiques de la maladie et aux perceptions qu'ont les patients de la maladie et (3) aux caractéristiques des services offerts aux patients et aux perceptions qu'en ont les patients.

TABLEAU I. FACTEURS ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN PAYS EN DÉVELOPPEMENT

(adapté de Kroeger, 1983a)

Les caractéristiques individuelles

L'âge

Le sexe

Les caractéristiques du ménage

L'ethnie et la religion

L'acculturation, la transition culturelle

L'ouverture à l'innovation

L'interaction avec la famille et le réseau social

L'habitat et le lieu de résidence

L'éducation

Le revenu et statut socio-économique

La protection sociale et la couverture médicale

La maladie et ses perceptions

La nature du problème de santé

La durée de la symptomatologie

La sévérité du problème de santé

La classification des maladies

L'efficacité attendue des thérapeutiques envisagées

Les caractéristiques des services et les perceptions qu'en ont les patients

La qualité

Les composantes techniques

La continuité du service

Les relations inter-personnelles

Les caractéristiques organisationnelles

Les coûts d'utilisation

Les coûts relatifs aux honoraires et traitements

Les coûts de transport

Les coûts d'attente

Les pertes de temps et de revenu

L'accessibilité géographique

Les caractéristiques individuelles

L'âge : Les résultats divergent quant à l'effet de l'âge sur l'utilisation. Certains auteurs pensent que si l'utilisation reflétait fidèlement le niveau de morbidité

des différentes classes d'âge, on devrait observer des niveaux d'utilisation plus importants chez les jeunes enfants et les personnes âgées. La distribution se traduirait alors par une courbe en U (Oshomuwe 1983, cité par Brodeur, 1984). Certaines études le confirment au Sri Lanka (Caldwell et coll., 1989), à Grenade (Poland et coll., 1990). Mais d'autres auteurs affirment que les personnes âgées préfèrent souvent les praticiens traditionnels aux dispensateurs modernes (Belcher et coll., 1976). Par contre, les jeunes adultes, plus réceptifs aux idées nouvelles, auraient plutôt tendance à recourir à la médecine occidentale (Keith et Wickrama, 1990). En fait, l'âge interagit avec d'autres caractéristiques individuelles pour exercer une influence sur l'utilisation.

Le sexe: Plusieurs études supportent que les femmes utilisent plus de services de santé que les hommes. L'explication courante fournie est qu'elles sont en général plus nombreuses dans la population et, entre autres, elles sont exposées à la maternité et à ses complications et elles bénéficient de l'attention spéciale dans les stratégies de développement des soins de santé primaires et de protection de la famille (Haddad, 1992). Mais cette utilisation est orientée souvent vers la médecine traditionnelle à cause des contraintes de déplacement des femmes (Kloos, 1990). Il reste toutefois que, selon les auteurs, le sexe n'est pas toujours un prédicteur de l'utilisation.

Les caractéristiques du ménage: Les auteurs ont associé différents attributs familiaux à l'utilisation des services de santé. Se référant à la taille de la famille, on observe que plus la famille est nombreuse moins les femmes utilisent les services de santé modernes pour un suivi de grossesse et un accouchement. On pense que cela est lié à une baisse de revenus.

D'autres chercheurs (Poland et coll., 1990), montrent, au contraire, que l'utilisation des services modernes est accrue avec la taille de la famille; l'hypothèse proposée pour expliquer ce comportement est que l'expérience d'utilisation est plus grande et que le ménage a une plus grande confiance dans

l'efficacité de la médecine moderne. D'autres composantes familiales, tels le nombre d'enfants et le sexe du chef de famille, sont aussi évoqués, mais ces facteurs ne sont pas des prédicteurs de comportements d'utilisation.

L'ethnie et la religion: Les comportements d'utilisation peuvent varier d'un groupe à l'autre dans les communautés où cohabitent des populations d'origines ethniques différentes. Ces variations, selon les auteurs, traduisent des différences culturelles dans les perceptions et les interprétations des symptômes (Kroeger, 1983a). Elles peuvent traduire aussi les différences dans l'accessibilité des différents groupes de population. De nombreuses études menées dans divers pays ont mis en relief l'influence de l'ethnie sur les comportements d'utilisation, notamment: au Guatemala (Woods et Graves, 1976), au Nigeria (Gesler, 1979) et en Guinée (Glick et coll. 1989).

La religion influe aussi sur l'utilisation. Au Nigeria, les musulmans ne recourent aux services fournis par les missions chrétiennes qu'en cas d'extrêmes urgences (Slock 1983, cité par Haddad 1992). En fait, selon Green (1985) il y a des associations entre l'appartenance religieuse et le comportement d'utilisation. Mais d'autres recherches ne trouvent aucune association (Fassin et coll., 1988). Ceci signifie que ces variables ne sont pas des prédicteurs définitifs des comportements d'utilisation.

L'acculturation et la transition culturelle : Kroeger (1983a) pense que les sociétés traditionnelles ont subi des changements au contact avec les valeurs, les techniques et les idées de la culture occidentale. Cette exposition des populations à la modernité était susceptible de modifier les comportements de santé. Des chercheurs (Uyanga 1983, cité par Haddad, 1992; Ben Youssef 1974) ont estimé que l'éducation a renforcé l'adoption des pratiques médicales modernes; le degré d'imprégnation des populations par la modernité serait une variable-clé pour expliquer le comportement d'utilisation.

Ce changement de culture fournit à l'individu un nouveau cadre dans lequel doivent s'opérer les interprétations touchant les phénomènes du corps et en particulier, la maladie et ses symptômes (Adam et Herzlich, 1994). Par exemple en Tunisie, des chercheurs ont montré qu'en milieu rural la présence d'une télévision conduisait à un renforcement de l'utilisation des formations sanitaires publiques aux dépens des pratiques médicales traditionnelles (Ben Youssef, 1974). Par contre, l'acculturation n'entraîne pas de changements dans les conduites thérapeutiques traditionnelles. Ceci expliquerait la persistance chez ces populations des attitudes pluralistes de recours aux soins.

L'ouverture à l'innovation: Peu d'études ont porté sur ce champ. Cependant, les auteurs qui s'y sont intéressés ont montré qu'il existe une relation entre le degré d'ouverture des individus à l'innovation et leur propension à adhérer aux pratiques médicales modernes (Colson,1971); (Uyanga,1983). Cependant cette disposition à adopter les nouvelles technologies n'est pas nécessairement associée à un abandon des pratiques médicales traditionnelles (Graves, 1976).

L'interaction avec la famille et le réseau social: Beaucoup d'études ont établi l'existence d'une relation importante entre les liens sociaux et les comportements d'utilisation des services de santé. Les décisions de santé revêtent un caractère collectif (Janzen, 1978). Cet auteur illustre cet aspect par le concept de 'therapy management group'. Ce même auteur a montré que cette suprématie de la décision collective sur le choix individuel ne s'arrête pas seulement au domaine de la santé. Par exemple, c'est la famille qui choisit les conjoints et décide des divorces dans beaucoup d'endroits.

À cause des changements sociaux et culturels, ces pratiques tendent à s'atténuer et deviennent très minoritaires. Mais les coûts sociaux liés à l'utilisation des soins modernes quand l'entourage opte pour la médecine traditionnelle sont tellement élevés que beaucoup de gens se soumettent parfois malgré eux à ces pratiques (Foster , 1977).

L'habitat et lieu de résidence: Une large documentation montre que les services de santé modernes sont beaucoup plus utilisés en milieu urbain qu'en milieu rural (Green, 1985; Kloos et coll., 1987; Kloos, 1990). En plus du fait que l'accessibilité est plus limitée en milieu rural qu'en milieu urbain, les populations rurales sont généralement plus pauvres et plus proches des tradi-praticiens dont ils partagent les modes de vie et les valeurs. On estime aussi que les systèmes d'assurance y sont presque inexistantes et la médecine y est implantée depuis moins longtemps qu'en ville.

L'éducation: La relation entre l'abandon de l'abstention thérapeutique et l'amélioration du niveau d'éducation est bien documentée. Pour toutes sortes de recours, Fabrega (1977) observe que les plus éduqués sont les plus grands utilisateurs. Dans certains pays, les chercheurs ont montré aussi que les consultations prénatales augmentent au fur et à mesure que le niveau d'éducation des femmes s'améliore. Ici, les auteurs soulignent le fait que l'éducation (scolarisation) est l'un des principaux moyens d'exposition à la culture occidentale. Cela suppose qu'à mesure que le niveau d'éducation augmente l'utilisation des services modernes se renforce et celle de la médecine traditionnelle décroît (Kroeger et coll., 1988). Il faut noter que le niveau d'éducation interagit avec beaucoup d'autres facteurs tels l'acculturation, le revenu, etc. D'autres études ne trouvent pas d'association (Koana et coll., 1990) ou estiment que les associations n'existent que pour certaines composantes de l'utilisation (Lasker, 1981; Fassin et coll., 1998).

Le revenu et le statut socio-économique : Notons d'abord que la notion de revenu dans certaines populations est difficile à établir. Pour estimer le revenu Okafor (1983) a proposé des *variables approximatives* comme l'éducation et la profession. En général le revenu équivaut à toutes formes de ressources que les gens mobilisent pour avoir accès à certains biens et services. Les études divergent quant à la corrélation entre le revenu et l'utilisation des services. Des auteurs pensent qu'il n'y a pas de relation entre revenu et utilisation en se référant à des systèmes de gratuité des services publics (Lasker,1981). D'autres pensent que quel que soit le système utilisé, quels que soient les dispensateurs de services utilisés, les populations, mêmes pauvres, ont toujours eu quelque chose à payer pour leur santé (Akin, 1987); (Vogel, 1988). Cependant, la grande majorité des études reconnaissent que ce sont les classes défavorisées qui ne se font pas soigner quand ils sont malades (USAID,1986) et que le revenu est une barrière importante au traitement. Aux Philippines, Wong et coll. (1987) constatent que ce sont les femmes les plus pauvres qui ne sont pas suivies pendant leur grossesse ou qui ont le moins de visites prénatales. Des études menées en divers contextes montrent que le revenu et le statut social influent sur l'utilisation des services modernes de santé (et les services privés surtout). Cependant, l'effet du revenu sur l'utilisation des services préventifs est encore plus important. Les catégories sociales pauvres ont très peu de recours aux services préventifs (Heller,1982). Enfin, des études longitudinales ont confirmé l'effet des moyens financiers sur l'accès aux soins en montrant que l'augmentation du prix des services de santé affectent en premier lieu les couches les plus défavorisées de la société (Waddington et coll., 1989; 1990).

La protection sociale et la couverture médicale: Il a été démontré par plusieurs études que les soins de santé modernes sont toujours plus utilisés par les bénéficiaires de l'assurance maladie (Meesook, 1984). Ces gens utilisent moins les tradi-praticiens et ont le plus bas taux d'auto traitement. Certaines études ont montré que, dans un pays où il y a 7 à 8 % de fonctionnaires

(bénéficiant de couverture médicale), ceux-ci sont responsables de 28 % des hospitalisations et 20 % des consultations. Assimilant la couverture à un revenu additionnel, ces données renforcent l'idée que le revenu est une des principales barrières à l'utilisation des services de santé modernes (Haddad, 1992).

La maladie et ses perceptions

Les parcours thérapeutiques sont largement influencés par la maladie et les perceptions que les gens ont de cette maladie. Ces choix vont varier selon la nature du problème ressenti, sa durée et sa gravité, et ils vont être influencés par deux autres composantes que sont les classifications des maladies et l'efficacité attendue des thérapeutiques envisagées (Haddad, 1992).

Dans beaucoup de pays en développement, des études ont établi la relation entre le type d'affection et la conduite thérapeutique. Les personnes interrogées dans ces études disent que la nature de la maladie est le principal critère sur lequel ils fondent leur choix de thérapie. C'est ce que Ofori-Adjei et coll., (1990) ont trouvé dans une étude menée au Ghana. Par exemple, dans certains pays d'Afrique et d'Asie, les fractures et les maladies mentales sont traitées par les médecins traditionnels alors que les personnes atteintes de tuberculose pulmonaire se retrouvent en grande partie dans les centres de santé modernes (Lang et coll., 1986). Des études ont aussi démontré une préférence des patients pour les tradi-praticiens quand ils souffrent d'affections chroniques (Kroeger, 1983a); alors que quand les maladies sont aiguës, ce sont les services modernes qui sont sollicités (Wolffers, 1988). Mais des résultats inverses pour un certain nombre d'études sont aussi trouvés (Gesler, 1979). Par contre, plus d'études montrent que la perception que les patients se font de la sévérité de leur maladie reste un critère majeur qui définit le choix thérapeutique. Dans des enquêtes menées au Nigeria par exemple, les patients ont classé la sévérité de la maladie comme le facteur le plus important (Nnadi et Kabat, 1984). En effet les non

utilisateurs déclarent qu'ils jugent leur problème pas assez grave pour demander des soins (Kamara, 1991 cité par Haddad, 1992) ou qu'ils attendent une résolution spontanée des symptômes. Pour ces patients, les symptômes et les dysfonctionnements ne s'organisent 'en maladie' que dans la mesure où ils introduisent une modification de leur vie et de leur identité sociale (Adam et Herzlich, 1994).

Dans un comportement que les auteurs qualifient de pragmatique, il y a eu en général un glissement de l'utilisation vers les professionnels de santé plus qualifiés (modernes) quand le problème de santé est jugé très sévère (Colson, 1971). Par ailleurs, une documentation importante met en relation l'étiologie attribuée et la démarche thérapeutique, et ceci sur la base d'une classification des maladies par les utilisateurs. Par exemple, Coreil (1983) a fait remarquer qu'en Haïti les croyances ethnomédicales sur la causalité des maladies sont le meilleur prédicteur des dépenses de santé. Les comportements de maladie diffèrent selon que l'origine du problème est considérée *naturelle* ou *surnaturelle*. D'une façon générale, quand la maladie est perçue *naturelle* on s'oriente vers la médecine moderne. Si la maladie est perçue comme la conséquence de la magie, de la sorcellerie, du *désaccord des dieux* ou d'un *ancêtre* (Laënc, 1993; du Toit, 1998), elle est traitée par la médecine traditionnelle (avec l'intervention, en Haïti, d'un prêtre vaudou ou d'un *connaisseur*). Si la maladie résulte d'une combinaison de causes *naturelles* et *surnaturelles*, la démarche thérapeutique *priorise* les moyens de traitement pour les causes *surnaturelles*. Enfin, certains auteurs pensent que cette notion d'antériorité et de postériorité dans l'utilisation d'une ressource ou d'autres est souvent absente dans la recherche de solution aux problèmes de santé (Lesly, 1980; Colson, 1971). En effet, la plupart des individus ont un intérêt pratique plutôt qu'idéologique pour la thérapie, et ne voit rien d'inconvénient à utiliser la médecine moderne et traditionnelle en même temps ou combiner la chimiothérapie avec des rituels pour remédier à la sorcellerie.

Un autre facteur qui revient dans les études est l'efficacité que les gens attendent des moyens thérapeutiques envisagés. Selon Kroeger (1983a), ce serait le déterminant le plus important des choix thérapeutiques. Cette efficacité attendue semble plus importante pour les gens que le type de praticien et les systèmes médicaux auxquels ils se réfèrent. Cette recherche d'efficacité maximale conduit les patients par exemple à court-circuiter le premier échelon (agent de première ligne) pour atteindre les niveaux de référence et consulter des praticiens privés (Sauerborn et coll.,1989). Cette même notion explique la préférence pour les médicaments injectables dans certains endroits. Ceci fait en référence à la réussite des traitements à la pénicilline pour des affections graves d'origine infectieuse.

Caractéristiques des services

La qualité

Jusqu'aux dernières années, peu d'attention a été accordée à la qualité des services de santé en pays en développement. Les études d'évaluation de la qualité publiées en provenance de ces pays sont d'ailleurs peu nombreuses (Haddad, 1995). Le développement des connaissances sur les comportements d'utilisation a permis d'établir que cet attribut des services joue un rôle déterminant dans les décisions des patients. Une vaste enquête conduite auprès de 2000 personnes utilisatrices et non utilisatrices de services publics de santé a montré que la population accorde plus d'importance à la qualité *perçue* de ces services qu'à leur coût (Kloos, 1990). Ainsi, beaucoup d'études montrent que la sous-utilisation des facilités médicales disponibles s'associe directement à une qualité de services jugée déficiente (Kroeger, 1988). Par exemple, Vogel (1988) trouve que les institutions sanitaires des missions religieuses sont souvent préférées aux structures du réseau public en raison de la meilleure qualité de leurs services dont un des attributs est la continuité de la disponibilité des médicaments.

Beaucoup d'études démontrent que le rejet par les patients des structures où travaillent des personnels publics est associé au comportement de ces derniers. En effet, WahidSaeed (1984) souligne qu'un temps de contact de deux minutes dans les centres publics au Soudan ne permet pas d'établir une relation de confiance. Kroeger (1983a) rapporte qu'en Équateur la perception de l'attitude de supériorité des médecins est la principale cause de non-utilisation des services modernes. Certains auteurs parlent souvent du *cadre relativement dépersonnalisé dans lequel la médecine moderne fonctionne [...] comme cause de glissement vers les praticiens traditionnels.*

Là où les services sont jugés de mauvaise qualité, la proximité et l'accessibilité financière ne constituent pas des facteurs favorisant l'utilisation. Les patients sont prêts à payer et à parcourir des distances considérables pour se faire soigner.

Les études portant sur la notion de qualité *perçue* des soins de santé réfèrent à des (1) composantes techniques, (2) à la continuité du service, (3) aux relations interpersonnelles entre patients et prestataires et (4) à des aspects organisationnels des services. Par exemple, des études ont relevé que la compétence et la courtoisie des professionnels, l'attention fournie aux patients et la continuité de la distribution des médicaments sont associées à des services de bonne qualité (Egunjobi, 1983). Par contre la mauvaise qualité *perçue* est attribuée à des ruptures de stock de médicaments, à la rudesse du personnel, au manque d'hygiène et de propreté, etc. (Waddington, et coll.1990). Les attributs de qualité les plus fréquemment rapportés par la population sont cités par Enders (1981) au Brésil. Il s'agit de l'attention portée par les personnels aux patients, du degré de spécialisation, de la présence de services d'urgence fonctionnels, de *bons médecins* et de l'hygiène. Une étude menée au Guatemala et au Chili ajoute le respect, l'empathie et des traitements efficaces, l'absence de temps d'attente et la possibilité de rencontrer le même médecin lors des

différentes visites ou la présence d'une source régulière de soins. Dans une étude réalisée au Sénégal, Unger (1990) a montré que comparativement aux attributs de qualité susmentionnés, celle des infrastructures n'a pas une influence significative sur les comportements d'utilisation. Mais les gens évoquent, dans une autre étude en République de la Guinée, que la propreté et 'les locaux bien aménagés' comme des éléments associés à des soins de qualité (Haddad et coll., 1995).

Les coûts d'utilisation

Dans les pays où des systèmes d'assurance n'existent pas ou sont déficients, ce sont les utilisateurs eux-mêmes qui supportent pour une très large part les dépenses de santé. Hormis les coûts liés aux transports et à l'hébergement, les dépenses de médicaments et les honoraires représentent 76% des dépenses de santé (Kroeger, 1988).

L'effet des coûts sur le processus de soins est assez bien documenté, même dans les services publics et gratuits. Dans une étude menée par l'Unicef (1990) au Mozambique, on a constaté une diminution de la fréquence d'utilisation des centres de santé publics suite à l'introduction d'un système de paiement direct. Les auteurs reconnaissent que l'influence du prix est encore plus forte sur l'utilisation quand il s'agit des services privés. Par exemple, Akin et coll. (1986) soulignent qu'aux Philippines les services sont jusqu'à 28 fois plus chers quand les patients utilisent les dispensateurs privés que publics. Waddington et coll. (1990) pensent que l'effet des prix sur l'utilisation des services est encore plus important et même plus durable en milieu rural où se trouvent les ménages les plus pauvres. Cependant, si les auteurs reconnaissent les coûts liés aux transports, à l'attente, aux pertes de temps et de revenus encourus par les personnes malades et qui influent sur l'utilisation, l'impact des coûts monétaires directs sur les comportements d'utilisation ne font pas l'unanimité. En effet, tandis que Heller (1982) a montré, dans une étude faite en Malaisie,

que la demande pour les soins (hospitalisation et consultation) était indépendante du prix, d'autres études ont montré que les coûts directs sont un des principaux critères que les patients utilisent dans leur décision de santé (Bailey et Philips, 1990).

Ces effets sur l'utilisation sont liés aussi aux revenus des utilisateurs. En effet, des études longitudinales montrent que quand le prix des services augmente, les couches les plus défavorisées sont celles qui modifient leurs comportements d'utilisation (Yoder, 1989).

L'accessibilité géographique

Kroeger souligne, en 1983, que la sous-utilisation des services de santé modernes en milieu rural est attribuable pour une large part à la moindre accessibilité géographique. La distance serait, de l'avis de certains auteurs, 'un facteur limitant majeur à l'utilisation des services de santé' (Kloos, 1990). Des données empiriques montrent que le niveau d'utilisation des services en milieu rural est associé à la densité du réseau de soins. Quand le nombre de formations sanitaires augmente, la distance à parcourir par les patients diminue et le nombre de visites par habitant augmente. (Hogh et Pedersen, 1984). L'association entre la distance et le niveau d'utilisation des services de santé est d'une manière générale bien documentée dans diverses études. Mais d'autres facteurs tels la nature de la maladie, les coûts d'utilisation, le revenu des patients et la qualité attendue des services influencent fortement les effets de la distance sur les comportements d'utilisation.

Résumé

Malgré le développement de tout un champ de recherche autour de ce thème, il s'est avéré pratiquement impossible de dégager une vision d'ensemble de l'utilisation des services de santé en pays en développement. Les chercheurs interprètent différemment les facteurs susceptibles d'influencer le comportement thérapeutique des individus. Pour certains auteurs, le bénéfice attendu est le principal critère de choix des patients dans leurs démarches thérapeutiques. Pour d'autres, les coûts, la nature de la maladie, le niveau socio-économique des patients et leur jugement à l'égard de la qualité des services sont les déterminants essentiels de l'utilisation (Kloos, 1990). Ces divergences de point de vue témoignent de la difficulté qu'il y a à prédire le comportement thérapeutique des individus. Les déterminants de l'utilisation vont donc varier avec le type de service pressenti (soins curatifs ou préventifs) et le contexte dans lequel va s'exercer la démarche de recherche de services, notamment dans ses dimensions culturelle, sociale, économique, sanitaire et médicale (Haddad, 1992).

Malgré leur richesse, les études existantes ne permettent pas de savoir directement pourquoi les services de santé mis en place dans les communes d'Ennery et de Marmelade en Haïti sont sous-utilisés. Il s'avère impossible de rapporter les conclusions de ces études aux contraintes quotidiennes de la vie de ces gens d'une part, ou aux caractéristiques de leurs relations sociales spécifiques, d'autre part. Cependant, ces études suggèrent des variables qui devraient être prises en compte dans la présente étude. La prochaine section examine les modèles employés pour comprendre l'utilisation dans les pays en développement afin d'organiser l'ensemble de ces variables dans un cadre conceptuel approprié au contexte de notre étude.

1.3. Les modèles d'utilisation des services de santé dans les pays en développement

Contrairement à ce qu'on observe dans les études de l'utilisation dans les pays occidentaux, il n'existe pas beaucoup de modèles pour les pays en développement. Le recours à des modélisations *a priori* y est moins fréquent. Les auteurs ont classé les modèles des pays en développement en deux catégories selon que l'accent est mis sur les étapes décisionnelles des individus (Fabrega, 1973; Igun, 1979; et Young, 1981) ou sur les facteurs associés à l'utilisation (Kroeger, 1983a; Stock, 1987; Akin, 1986).

On s'en tient ici aux modèles mettant plus l'accent sur les facteurs associés à l'utilisation, qui semblent plus adaptés au contexte de la présente étude. En effet, le contexte haïtien est dominé par la présence de systèmes médicaux pluralistes avec des dispensateurs de services très diversifiés mettant ainsi les utilisateurs dans une situation de choix multiple.

Le modèle de Kroeger

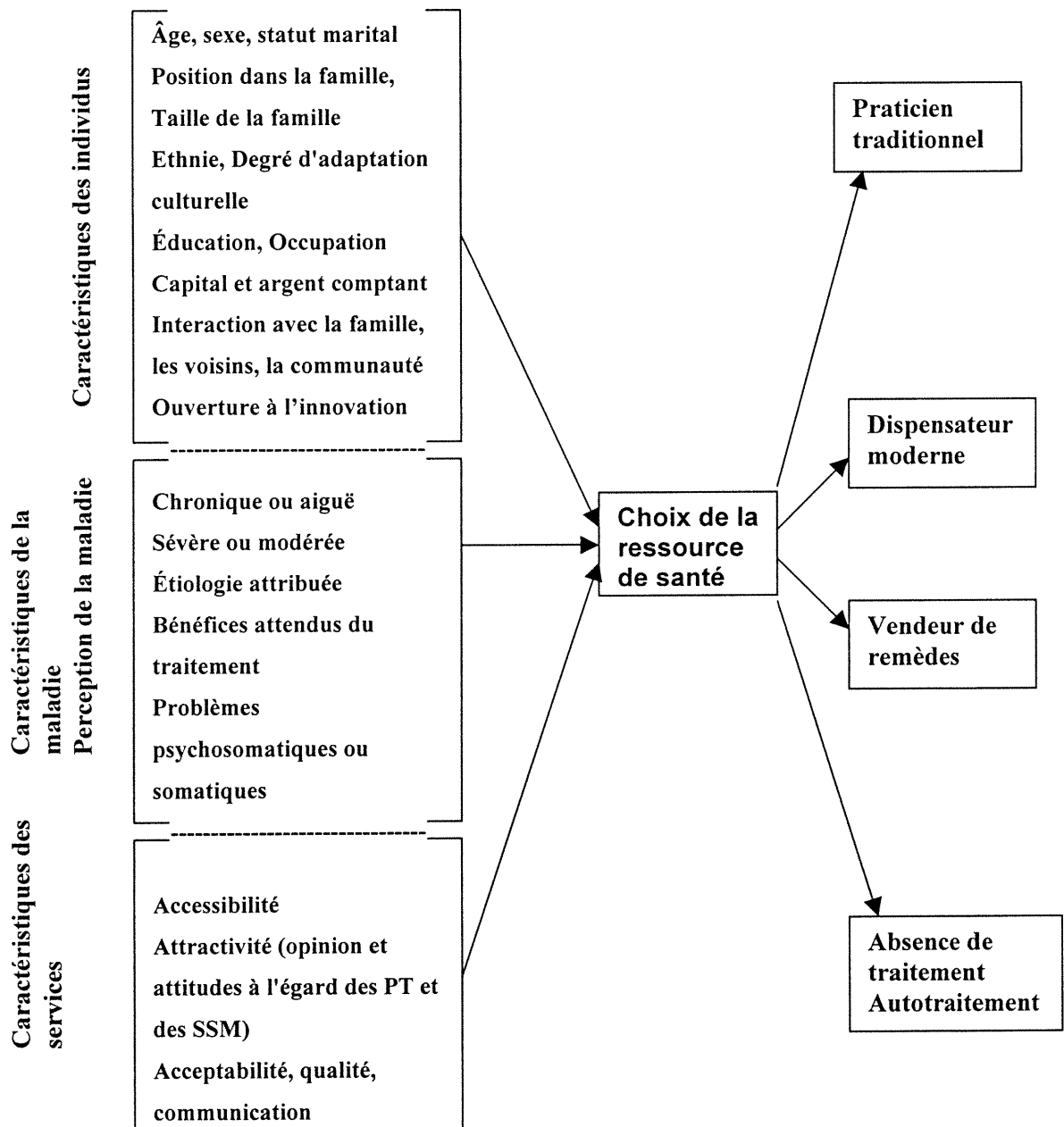
L'utilisation des services dans les pays en développement répond à un processus particulièrement complexe étant donné, d'une part, l'intervention des facteurs additionnels liés à la transition culturelle et, d'autre part, l'existence d'un spectre de services et de fournisseurs qualitativement et quantitativement très large. Kroeger (1983a) classe les facteurs associés à l'utilisation en trois catégories selon qu'ils réfèrent aux caractéristiques des individus, de la maladie ou du système de santé (fig.1). Les caractéristiques des individus sont considérées comme des facteurs prédisposants et incluant l'âge, le sexe, la taille de la famille et l'ouverture à l'innovation. Les gens qui se montrent plus 'ouverts' influent sur les autres membres de la société par leur comportement avant-gardiste en utilisant les services modernes. L'influence de la maladie sur le choix des patients s'exprime par son caractère sévère ou modéré, chronique

ou aigu, ses causes et les bénéfices attendus du traitement proposé par le système de soins utilisé. Dans ce modèle, les *résultats* ou bénéfices attendus du traitement sont présentés comme les principaux déterminants des choix thérapeutiques des gens et sont liés aux perceptions qu'a l'individu ou le groupe social de la cause de la maladie.

Les attributs des services sont aussi susceptibles de faciliter l'utilisation. Ce sont l'accessibilité géographique, la qualité des relations entre patients et prestataires (qui confèrent aux services leur acceptabilité), la qualité des soins et les coûts.

Ces trois catégories de variables explicatives de l'utilisation sont indépendantes les unes des autres et elles influencent le choix que fait le malade de l'une des quatre alternatives thérapeutiques suivantes: un praticien traditionnel, un dispensateur ou une ressource de soins de santé moderne, l'acquisition de médicaments auprès d'un vendeur ou l'auto-traitement, incluant l'absence de traitement.

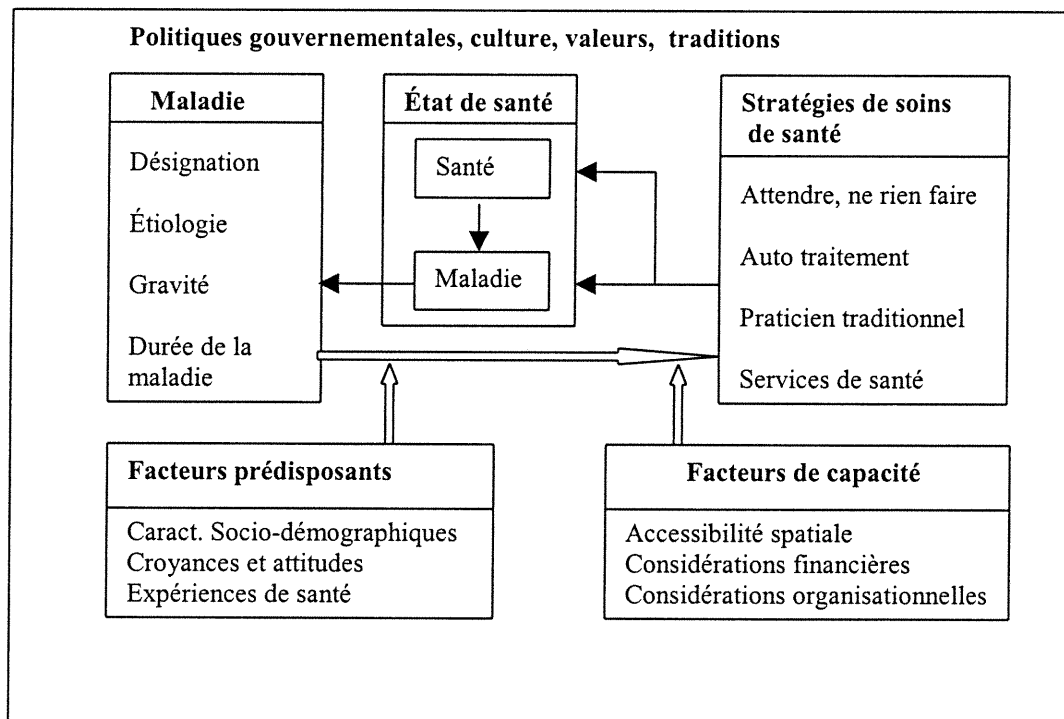
Figure 1. La classification de Kroeger (1983a)



Le modèle de Stock

Stock (1987) a développé son modèle en s'inspirant du modèle d'Andersen et Newman (1973). Il a cependant mis l'accent sur les particularités propres aux pays en développement (fig. 2). Selon lui, les décisions thérapeutiques et les actions de santé sont en étroite relation avec le milieu culturel. Chaque culture a ses propres concepts quant à la nature des maladies, leur origine et les stratégies thérapeutiques qui leur sont adaptées. Le rôle de la famille y est dominant et s'étend des conseils jusqu'à la prise en charge globale. Pour Stock, en pays en développement, on a habituellement trois stratégies thérapeutiques: attendre sans rien faire un rétablissement, s'auto traiter et s'adresser à un professionnel traditionnel ou moderne. L'utilisation est la résultante d'une démarche séquentielle comprenant: la reconnaissance et l'évaluation de la maladie, la sélection d'une stratégie thérapeutique et l'évaluation du traitement en vue d'une nouvelle décision. Les facteurs qui interviennent dans ces différentes étapes sont empruntés aux trois composantes du modèle d'Andersen et Newman (1973). Ces trois composantes sont les facteurs prédisposants, les facteurs de capacité et la maladie, tout en considérant celle-ci comme l'initiateur du processus d'utilisation.

Figure 2. Le modèle de Stock (1987)



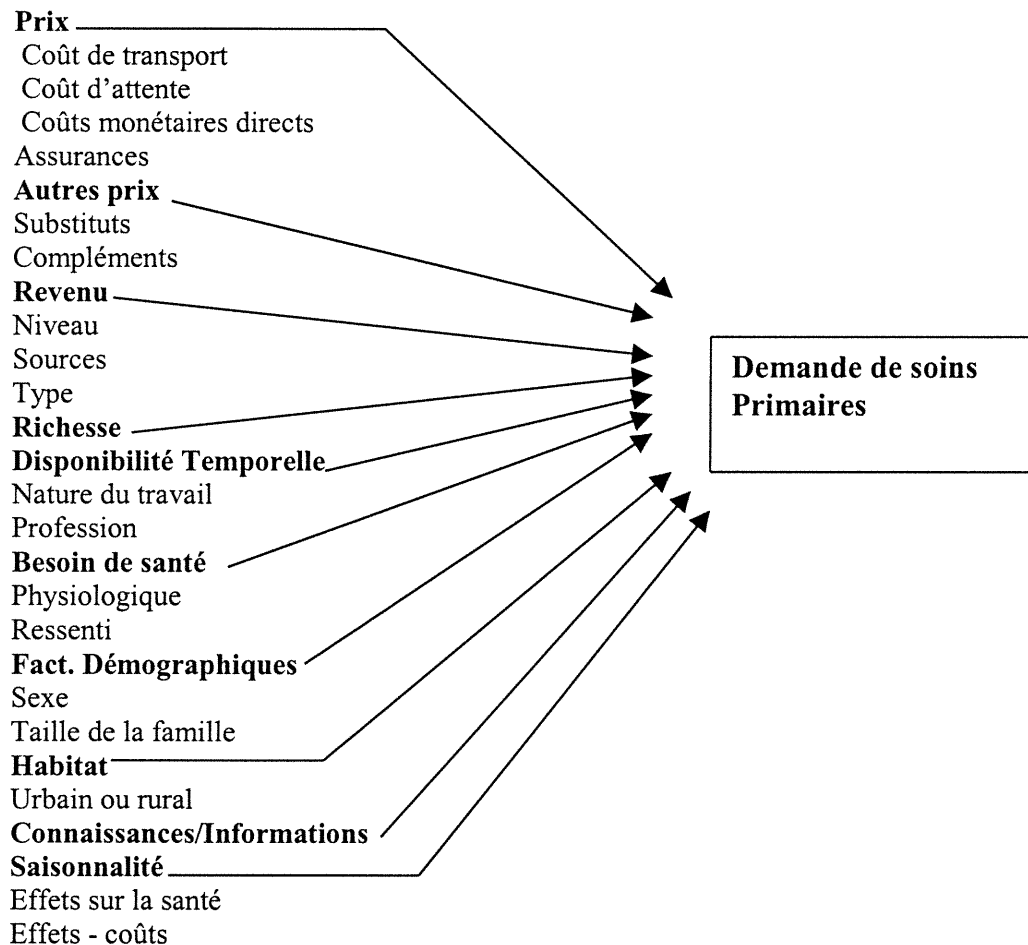
Cependant, toutes les dimensions de ce modèle n'ont pas encore été testées empiriquement.

Le modèle d'Akin

En dernier lieu, nous présentons le modèle d'Akin (fig.3) dans lequel l'individu confronté à un problème de santé fait face à deux possibilités: se soigner seul ou s'adresser à une ressource extérieure qui peut être un service de santé moderne ou un tradi-praticien. Ce choix dépend d'un certain nombre de facteurs tels les contraintes du ménage, le revenu, le nombre de personnes, la structure d'autorité et la base financière. On y ajoute d'autres facteurs: la *distance culturelle* entre patients et professionnels, le transport, les ressources de santé disponibles et le temps d'attente.

D'autres variables comme le sexe, le milieu et l'offre de soins sont aussi susceptibles d'influencer la demande selon ce modèle.

Figure 3. Le modèle d'Akin (1986)



Ces trois modèles d'utilisation et de comportement de maladie ont été empiriquement validés dans le contexte des pays en développement. Les aspects sur lesquels ils se rencontrent représentent une base intéressante pour la construction d'un cadre conceptuel pour la présente étude.

1.5. Objectifs et questions de recherche

Il résulte de l'état des connaissances que les itinéraires thérapeutiques des personnes malades varient de façon considérable dans un même milieu. Même dans des endroits où existent de 'bons systèmes de santé' gratuits et universels (Kroeger, 1983a; Kleinman 1980, cité par Mahamadou, 1995), le recours à des soins alternatifs ou traditionnels reste un phénomène remarquable. Malgré de nombreuses études faites dans les pays en développement, notamment en Afrique, une compréhension nette du problème est loin d'être acquise. Fassin et Brousselle (1991) évoquent, entre autres causes, des problèmes méthodologiques qui affectent les enquêtes de santé et de morbidité faites dans ces pays; ainsi on a pu relever par des études longitudinales des écarts importants entre les préférences déclarées et les recours effectifs. Les facteurs culturels et sociaux qui interfèrent avec les réponses ne sont pas toujours pris en compte.

Ainsi, plusieurs enquêtes réalisées contiennent des biais de déclaration et apportent donc peu de connaissances quant aux différentes ressources utilisées pour résoudre des problèmes de santé et les principales raisons qui sous-tendent le choix des différents types de recours (Fassin et Brousselle, 1991). Selon ces auteurs, les facteurs culturels, l'influence de la famille et la perception qu'ont les communautés de la maladie et de leurs causes possibles (*naturelles et surnaturelles*) déterminent pour une large part les choix thérapeutiques.

Étant donné la problématique haïtienne qui nous intéresse, la présente étude vise à identifier les causes de la faible fréquentation des structures sanitaires dans les districts de santé Ennery et Marmelade. De façon plus précise les objectifs sont de: (1) identifier les différents recours (perceptions et pratiques) thérapeutiques des habitants pour soigner et interpréter leur maladie et (2) documenter les facteurs associés à leurs choix des différents recours

thérapeutiques. Nous porterons un intérêt particulier à la perception de la qualité des services offerts au niveau du système formel de prestation des soins de santé.

L'attention portée sur la 'qualité perçue' des services se justifie par le fait que, dans les institutions de soins de santé en Haïti, la qualité surtout dans ses dimensions humaine et organisationnelle demeure toujours une préoccupation majeure. Il s'avère important, dans une étude visant à documenter les causes de la sous-utilisation, de porter un regard attentif sur cet attribut des services. Ceci aidera à mieux cerner les attentes et insatisfactions éventuelles des communautés et définir les meilleures stratégies pour répondre à leurs besoins. Il sera alors possible d'ajuster la qualité de ces services et assurer la pérennité de ce système local de soins où l'utilisation semble être associée à la qualité perçue.

Les questions de recherche suivantes seront examinées:

- 1. Quelles sont les principales ressources thérapeutiques utilisées par les communautés d'Ennery et de Marmelade pour résoudre ou interpréter leurs problèmes de santé?**
- 2. Quels sont les principaux facteurs associés au choix de ces ressources et, en particulier, la perception de la qualité des services de soins offerts par les différents prestataires y compris le réseau d'institutions (formelles) de santé de la zone?**

Les éléments de connaissance empirique issus de cette démarche et les concepts théoriques du modèle utilisé seront intégrés dans une réflexion d'ensemble dont le produit serait de proposer des pistes en vue de l'amélioration de l'utilisation des soins de santé modernes en Haïti.

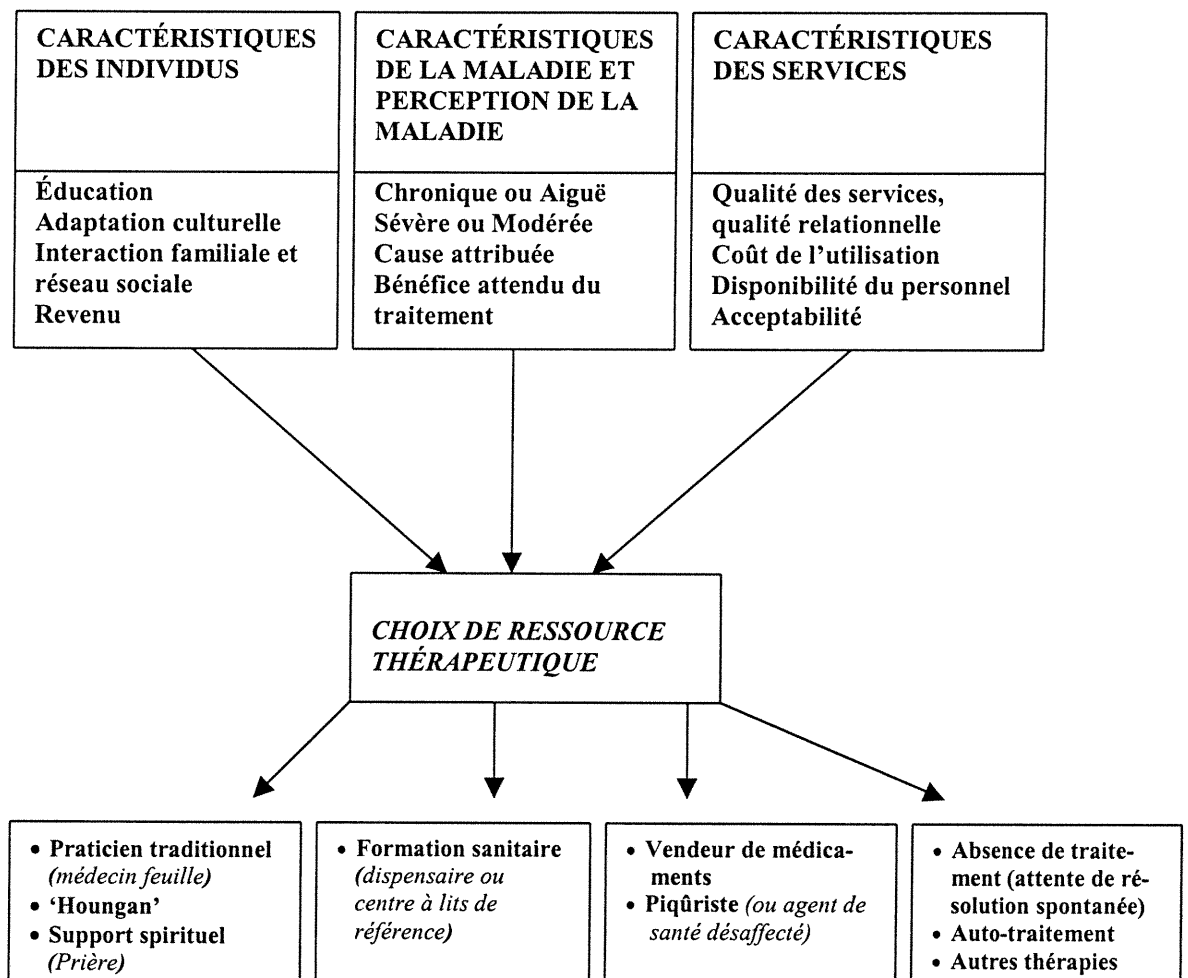
1.4. Le cadre conceptuel de la présente étude

Compte tenu du contexte dans lequel s'inscrit notre problématique de recherche, soit un milieu où s'enchevêtrent de façon complexe plusieurs systèmes et sous-systèmes médicaux, qui sont tantôt en compétition, tantôt en complémentarité, c'est le modèle de Kroeger qui lui semble mieux adapté. Les avantages de ce modèle sont nombreux. Construit à partir d'une importante revue de littérature sur les études d'utilisation dans les pays en développement, les facteurs déterminants qui y sont présentés ont une forte *validité apparente*. L'influence des dimensions socio-culturelles sur l'utilisation est abondamment documentée par la littérature médico-anthropologique. Ce modèle prend en compte l'existence d'alternatives thérapeutiques plutôt que la limitation des choix décisionnels à des situations de type présence-absence d'action de santé ou d'utilisation. Ceci reflète mieux la réalité des conduites thérapeutiques dans le contexte de cette étude, soit une zone rurale d'un pays en développement.

Ce cadre conceptuel, appliqué au contexte haïtien, suggère que le malade peut choisir entre au moins **huit** conduites ou ressources thérapeutiques (fig. 4). Une de ces ressources étant un dispensaire du réseau ou le centre à lits de référence Ennery-Marmelade, lesquels sont censés assurer la couverture sanitaire à l'ensemble de la population visée par cette étude. Ces Établissements sont considérés par les responsables de santé comme les principales ressources que ces gens devraient utiliser pour un problème de santé donné, tant pour le traitement initial que pour le suivi.

Le choix de la ressource est influencé par les caractéristiques de l'individu, les caractéristiques de la maladie et la perception que l'individu en a et les caractéristiques des services.

Figure 4. Le cadre conceptuel de l'étude



Chapitre 2

Méthodologie

Le présent chapitre décrit d'abord la stratégie, le devis de l'étude et la population à l'étude. Ensuite le mode de collecte des données et leur validation seront expliqués. Enfin, les variables retenues seront explicitées, suivies des méthodes d'analyse des données.

2.1. Stratégie et devis de recherche

L'étude est une enquête de type exploratoire avec entrevues semi-dirigées auprès de la population concernée. Les données récoltées ont été réunies en vue de reconstituer les parcours thérapeutiques des gens, d'analyser certains facteurs liés à leur choix de thérapie, en particulier, leurs perceptions de la qualité des services et, en quelque sorte, comprendre le type de prise en charge qu'ils souhaiteraient.

2.2. Planification opérationnelle de la recherche

Pour des raisons logistiques et de budget, la recherche s'appuie sur un échantillon restreint. La population cible est formée des personnes vivant dans les Communes d'Ennery et de Marmelade. La population à l'étude dans cette recherche est constituée de personnes adultes (18 ans et plus), utilisatrices réelles ou potentielles des services de santé, faisant partie depuis au moins 5 ans de la population de desserte de l'une ou l'autre des structures sanitaires implantées dans les quatre zones suivantes: Ennery, Marmelade, Savane Carrée et Rouf qui constituent le 'micro-système de soins Ennery-Marmelade'. Le profil socio-démographique (âge, éducation, niveau économique, etc.) de ces quatre zones est globalement semblable.

On aurait pu décider de choisir les participants au niveau d'un seul *site*. Mais pour permettre une certaine variété dans l'échantillon, on a décidé d'enquêter auprès de personnes des quatre zones.

2.2.1. Taille de l'échantillon et procédure d'échantillonnage

La déficience du système local d'information n'a pas permis d'avoir accès à des listes exhaustives de ménages ou des individus pour sélectionner les sujets. Le recours aux registres disponibles dans les institutions de santé ne pouvait constituer une démarche acceptable dans la mesure où l'étude s'intéresse à la fois aux utilisateurs de services formels de santé et aux gens qui n'ont pas eu recours à ces services.

Les listes électorales, quoique non exhaustives, restent, dans ces circonstances, le recours de choix (Yates, 1981, p.74), d'autant plus que les dernières élections (générales et locales) datent de moins de deux ans (la collecte des données a été réalisée aux mois d'octobre-novembre 2001).

À partir de ces listes, un échantillon aléatoire de 5 personnes a été tiré pour chacune des quatre zones de santé précédemment citées. Ceci a mené à un nombre total de 20 sujets. Ces personnes choisies sur place par tirage au sort ont été par la suite contactées à leur domicile par un agent de santé communautaire rattaché au dispensaire de la zone correspondante. Cette visite de l'agent avait pour but de les inviter à participer à l'étude et de leur annoncer la date et l'heure de notre passage pour la collecte d'informations.

Cet agent de santé communautaire avait reçu une semaine à l'avance une lettre lui expliquant de façon explicite l'objectif de la cueillette d'informations et sollicitant sa collaboration. C'est lui qui nous a conduit par la suite auprès des répondants.

Il était prévu au départ que si la personne sélectionnée refusait sa participation à l'enquête, avait déménagé ou était absente au moment du passage de l'interviewer ou encore pour d'autres raisons, ne pouvait prendre part à l'étude, on allait procéder par la méthode de substitution proposée par Yates (1981, p. 10). Cette méthode consiste à interviewer la personne de la prochaine maison (dans la même direction), si elle répond aux critères d'inclusion, et ceci jusqu'à ce qu'on rencontre une personne qui accepte. Pour causes d'absence, parmi les 20 sujets initialement sélectionnés, quatre ont été effectivement substitués de cette façon.

2.3. Définition des variables

Compte tenu du cadre conceptuel retenu pour l'étude, les variables étudiées se groupent en quatre catégories: le choix de la ressource thérapeutique, les caractéristiques des individus, les caractéristiques de la maladie et perception de la maladie et les caractéristiques des services.

La définition retenue pour chacune des variables étudiées a été proposée par des auteurs qui ont réalisé des études en pays en développement. Ces auteurs ont été cités par Haddad (1992), qui a effectué une importante revue de littérature sur l'utilisation des services de santé dans ces pays. Il est à noter, cependant, que ces définitions ne font pas toutes l'unanimité. La variable 'niveau d'éducation' a été définie selon le système scolaire haïtien.

Il sera défini dans le tableau II qui suit: (1) la ressource thérapeutique qui est le phénomène qu'on tente d'expliquer ; (2) les variables rattachées aux caractéristiques des individus qui sont l'adaptation culturelle, l'interaction familiale et le réseau social, le niveau d'éducation et le revenu; (3) les variables en rapport avec les caractéristiques de la maladie et perception de la maladie: maladie aiguë, maladie chronique, la sévérité, l'étiologie attribuée et les bénéfices attendus du traitement et, enfin, (4) les variables découlant des caractéristiques des services qui sont la qualité des services, le coût de l'utilisation des services, la disponibilité du personnel et l'acceptabilité des services.

TABLEAU II. DÉFINITION DES VARIABLES

CHOIX DE RESSOURCE THÉRAPEUTIQUE	<p><i>Ressource thérapeutique</i> : Tout moyen auquel recourt une personne malade ou son entourage signifiant pour résoudre et/ ou interpréter un problème de santé</p>
CARACTÉRISTIQUES DES INDIVIDUS	<p><i>Niveau d'éducation</i>¹: elle est fonction du nombre d'années passées à l'école (de 0 à 7, primaire; 8-14, niveau secondaire; 15 et +, niveau universitaire)</p> <p><i>Adaptation culturelle</i> : se rapporte au degré de contact de l'individu avec les nouvelles idées et technologies de la santé (à travers éducation et autres facteurs tels voyages, accès aux médias, etc.)</p> <p><i>Interaction familiale et réseau social</i> : se rapporte au fait que l'individu malade peut décider seul du recours ou celui-ci peut être le résultat d'une décision collective</p> <p><i>Revenu</i> : l'estimation directe est difficile à établir dans ce contexte, il combine ici liquidité monétaire, volume de biens fonciers, biens d'épargne (petit bétail) et denrées agricoles</p>

CARACTÉRISTIQUES DE LA MALADIE/PERCEPTION DE LA MALADIE	<p>Maladie aiguë : état de maladie ne dépassant pas 4 semaines</p> <p>Maladie chronique : état morbide persistant au-delà de 3 à 4 semaines</p> <p>Sévérité : la maladie peu être perçue comme peu sévère en fonction d'une anticipation de résolution spontanée sans séquelles graves ou sévères quand cette possibilité est absente</p> <p>Étiologie attribuée : C'est le facteur causal présumé de la maladie qui peut être 'naturel' ou 'surnaturel'</p> <p>Bénéfices attendus du traitement : C'est la probabilité de succès des traitements envisagés quel que soit le praticien qui pose le geste ou le système utilisé</p>
CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES	<p>Qualité des services : réfère à disponibilité des médicaments, niveau d'équipement de l'institution (dimension technique), habiletés relationnelles du personnel, compétence perçue du personnel, courtoisie et accueil (dimension non technique)</p> <p>Coût de l'utilisation : de nature variée : monétaire direct ou indirect (frais de consultation, médicaments, transports et nourriture), et non monétaires: suspension d'activités professionnelles ou autres activités génératrices de revenu</p> <p>Disponibilité du personnel : présence constatée dans les institutions, temps de contact avec les patients et écoute</p> <p>Acceptabilité: réfère à l'absence de 'conflit', lors du rapport qui s'instaure entre le dispensateur et le patient, par le respect de la culture, des croyances et opinions de ce dernier</p>

1. Le plus haut niveau de scolarité que le sujet a complété en relation avec le système scolaire officiel d'Haïti

2.3.1. *La collecte de données*

Le matériel de l'étude est composé des données suscitées par des entrevues individuelles semi-structurées auprès d'un répondant par ménage ayant utilisé ou non le système formel de soins. Ce répondant a parlé pour les autres membres de sa famille.

Ces entrevues ont été réalisées en face à face par le chercheur lui-même pendant deux semaines. Réalisées au domicile des sujets, les entrevues ont duré entre 40 et 90 minutes chacune.

Le questionnaire utilisé pour les entrevues est composé de quatre sections totalisant 61 questions, dont certaines sont ouvertes et d'autres fermées. La première section porte sur les caractéristiques liées aux individus. Elle est subdivisée en deux sous-sections: la première sert à identifier le répondant et comporte 15 questions; la deuxième sous-section concerne le niveau socio-économique du répondant (revenu) et contient six questions. La deuxième section porte sur les caractéristiques de la maladie et perception de la maladie; elle contient sept questions. La troisième section concerne les ressources thérapeutiques; elle est subdivisée en trois sous-sections. La première concerne la *première décision thérapeutique* et contient huit questions; la deuxième sous-section porte sur la *deuxième décision thérapeutique* et comporte sept questions; la troisième sous-section traite de la *troisième décision thérapeutique* du répondant et renferme 11 questions. Certaines questions relatives à la première décision sont reprises dans la deuxième et la troisième décisions thérapeutiques. Enfin, la quatrième section s'intéresse aux caractéristiques des services et compte sept questions.

Les questions 1 à 6 et 8 de ce guide d'entrevue servaient à identifier le répondant et connaître la composition de sa famille. Elles ne figurent pas dans le 'tableau de correspondance entre les variables retenues et les questions d'enquête'. Ce tableau est fourni en annexe A.

Les données recueillies à partir de ces questions ont été complétées par des notes de terrain qui ont été prises à la suite des entrevues et pendant le déroulement des opérations de recherche. Ces notes ont servi d'aide-mémoire lors de la rédaction des résultats de la recherche, d'une part, (Huberman et Miles, 1991) et comme outil de vérification de la *fidélité interne*, d'autre part (Kirk et Miller, 1986).

2.3.2. *Qualité des données et validation de l'instrument de mesure*

Cette étude s'est faite dans un espace rural à faible niveau de scolarité. Le français est la deuxième langue officielle du pays et est accessible à la minorité ayant passé un certain nombre d'années à l'école. Or il était impossible de prévoir que les sujets qui allaient être contactés soient tous nécessairement scolarisés, ni être capables de communiquer en français. Ainsi, pour garantir la qualité de la communication, donc de la relation entre l'interviewer et les répondants, les questions initialement préparées en français ont été traduites en créole. Ce processus de construction du questionnaire s'est basé sur la méthode de traduction à rebours: les questions élaborées en français ont été d'abord traduites en créole par l'enquêteur. Cette version créole du questionnaire a été transmise à un collègue haïtien qui en a effectué une traduction en français. Les deux versions françaises ont été par la suite confrontées en vue de vérifier leur degré de concordance. De petites corrections nécessaires ont alors été apportées. La deuxième version créole du questionnaire issue de cette confrontation a été prétestée, par des entretiens individuels, auprès d'haïtiens (n = 5) de même niveau de culture que les personnes visées.

Ceci a permis de vérifier la validité des questions posées et d'arrêter définitivement le questionnaire ainsi que la séquence du déroulement des entrevues.

2.4. Traitement et analyse des données

Ce processus s'est réalisé en deux étapes principales. Les données quantitatives recueillies ont été saisies et analysées; les données qualitatives ont été transcrites et ont fait l'objet d'une *analyse de contenu* à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative, Atlas.Ti., Version 4.2., par un processus de codage et contre-codage.

Cette *analyse de contenu* a consisté à rechercher et répertorier les *unités de sens* (mots, groupe de mots, thème) puis à évaluer l'intensité et aussi la fréquence avec laquelle ces *unités* étaient utilisées.

Il faut préciser qu'il s'agissait d'une analyse de *contenu manifeste*, c'est-à-dire portant directement et exclusivement sur ce qui a été ouvertement dit, tel quel, par le répondant. Cette analyse qualitative a été, en quelque manière, complétée par une analyse quantitative. En effet, le nombre de sujets présentant des situations similaires et même certains concepts et des faits ont fait l'objet d'un *comptage*. Compte tenu de la taille plutôt restreinte de l'échantillon, il était impossible de s'attendre à une fréquence d'apparition élevée de ces concepts et des faits relatés par les sujets. Cependant, leur regroupement aux fins de comptage était révélateur et pertinent. En effet, cela a renforcé la démarche et a contribué à faire émerger un reflet plus significatif de la réalité entourant la problématique de recherche.

Le codage

On a procédé à un codage mixte; qui correspond mieux, selon Van der Maren (1996, p.336) aux exigences méthodologiques de la recherche exploratoire. À partir des rubriques du cadre conceptuel, on a choisi et défini un certain nombre de codes pour construire une première liste. D'autres codes ont été ajoutés au fur et à mesure du processus de codage. Le choix de ces codes a été basé sur certains des critères suivants proposés par Dépelteau, (2000, p.306-307):

- **L'exhaustivité**

L'ensemble du contenu pertinent des entrevues par rapport à nos questions de recherche aura été codifié. Même des passages qui font émerger des *construits étrangers* à notre cadre conceptuel ont été retenus.

- **La clarté**

Chaque code a été clairement défini de façon précise et concise. *Le lexique des codes* (fourni en annexe B) permet d'anticiper à quelles unités de sens correspondait chacun. Ceci a facilité le travail du contre-codeur.

- **L'objectivité**

Les codes élaborés et ajoutés en cours de codage respectaient le sens donné par le discours qu'ils analysent; ils n'ont fait l'objet d'aucune redéfinition.

- **La pertinence**

En élaborant les codes, on mesure toujours leur capacité, au regard du cadre conceptuel, à mener à des généralisations intéressantes pour expliquer et comprendre le problème étudié.

- **L'homogénéité ou fidélité**

Les mêmes codes ont été attribués de manière systématique aux mêmes énoncés ou fragments significatifs.

À la fin de ces réflexions, on a procédé au codage proprement dit qui a permis de transformer le matériel à caractère *idiosyncrasique* en données *décontextualisées*, de sorte qu'au terme du codage, les discours individuels n'étaient pas reconnus. À la fin du codage, on a procédé au *traitement* par la construction de *réseaux* (*recontextualisation* du matériel), l'examen des relations entre les variables, en vue de dégager des tendances et des '*patterns*'. Cette démarche a été complétée par une *analyse quantitative* portant un peu plus sur les sujets que sur des thèmes (par exemple, compter le nombre de sujets ayant déclaré que la médecine moderne a une compétence relative). Ces calculs et conceptualisations ont conduit aux résultats qui sont discutés au chapitre 5 en rapport avec les questions de recherche. Il s'agit des facteurs qui semblent avoir une influence effective sur l'utilisation des soins de santé modernes à Ennery et Marmelade.

Le contre-codage

Après le premier codage, au terme duquel la liste des codes a été arrêtée, un deuxième codage a été effectué sur le matériel en vue d'évaluer le degré de correspondance *intra-codeur*. Un indice de fidélité de 75 % a été obtenu. Ensuite, un échantillon choisi au hasard de 10 des 20 entrevues a été donné à une autre personne pour un contre-codage. À ce deuxième codeur, il a été soumis aussi les questions de la recherche, le cadre conceptuel ainsi que la liste des codes et leur signification.

La comparaison qui portait sur les passages retenus par chacun des codeurs a permis de calculer la fidélité du codage. L'indice de fidélité était de 90%. On a décidé, à ce moment, d'arrêter le codage pour passer à l'étape de synthèse menant vers les conclusions.

2.5. Justification du choix des méthodes et techniques d'analyse

Le choix d'un instrument, en recherche, implique l'adhésion à une conception et ou à une théorie de l'objet auquel l'instrument sera appliqué (Van der Maren, 1996). Notre démarche a surtout consisté en l'exploration d'une situation particulière qui est difficilement quantifiable d'un point de vue *positiviste*. En effet, les faits sociaux ne sont pas des «choses», mais des interprétations créées par les êtres humains relativement aux choses, aux autres humains et aux relations entre ces derniers (Lessard-Hébert et coll.,1990). Cette difficulté, ou du moins cette impossibilité d'accéder à une *connaissance vraie* et tout à fait *objective* du monde social qui est l'objet de cette étude nous positionne, sur le plan épistémologique, au *paradigme interprétatif* ou *compréhensif*. Ce positionnement épistémologique repose sur le postulat selon lequel on ne peut pas avoir de meilleure porte d'entrée sur les réalités humaines et les pratiques sociales, qu'à travers les interprétations que les humains construisent (Bernier, 1987, cité par Lessard-Hébert, 1990).

Ceci nous amène à un autre pôle des méthodologies qualitatives à savoir la valeur, sur le plan scientifique, de la connaissance qu'elles produisent. Cette dimension *normative* du *paradigme interprétatif* renvoie aux critères de scientificité (objectivité, fidélité et validité) qui ont des incidences sur tous les aspects d'un processus de recherche.

L'objectivité

Van der Maren (1996) propose de définir l'objectivité comme «l'indépendance de la démarche (depuis la délimitation du problème jusqu'à la vérification ou à l'action) par rapport aux présupposés, aux idéologies, aux postulats, aux orientations théoriques ou aux *a priori* du chercheur». Il s'agit donc d'un processus d'explication où on cherche à être objectif par la reconnaissance de la *subjectivité* et par l'objectivation des effets de cette subjectivité. Cette objectivité a été recherchée, tout au long du processus de recherche, par un effort conscient de mettre de côté nos *présupposés* et neutraliser nos idéologies et nos connaissances techniques particulières.

En recherche qualitative, cette objectivité est fonction de la validité et de fidélité des observations.

La validité

Kirk et Miller (1986, cités par Lessard-Hébert et coll.,1990) définissent la validité comme «la capacité d'une procédure de produire la réponse correcte». Pour Contandriopoulos et coll. (1990), la validité d'un instrument traduit sa capacité à 'mesurer le phénomène étudié, c'est-à-dire l'adéquation qui existe entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer'. En fait, elle renvoie au degré selon lequel le résultat est interprété correctement. Il s'agit d'une exigence à laquelle s'astreint le chercheur qui veille à ce que ses données correspondent étroitement à ce qu'elles prétendent représenter, d'une manière véritable et authentique (Gauthier, 1987).

La validité des données issues de l'analyse a été renforcée, dans cette étude, par un retour sur la portion des entrevues qui n'ont pas été codées (matériel rebut) en vue d'une confrontation. Celle-ci a permis de vérifier le rapport de ces

données (ou *traces*) au réel, en tenant compte des cas dits *atypiques*, s'écartant quelque peu de notre cadre conceptuel.

Cette validité interne, dans une démarche *interprétative*, reposera pour une large part sur la logique de l'argumentation et de la démonstration qui supportera et mettra en lien les différentes composantes de la recherche, de la conceptualisation à l'analyse et à l'interprétation des résultats (Van der Maren, 1996) en prenant en compte constamment le contexte des événements. Car la recherche qualitative, selon Popay et coll. (1998), traite les informations non pas comme des événements désincarnés mais comme étant le produit d'interactions. C'est, en fait, ce souci de validité qui sous-tendait les différentes mesures techniques et méthodologiques, qui ont été mises en œuvre tout au long du processus de recherche, depuis la construction de notre cadre conceptuel jusqu'à l'analyse des résultats en passant par la collecte et le traitement des données.

Fidélité

Kirk et Miller (1986) définissent la fidélité des résultats de recherche comme «la persistance d'une procédure de mesure à procurer la même réponse, peu importe comment et quand celle-ci est produite». Elle ne porte pas, selon ces auteurs, directement sur les données mais sur les techniques et instruments de mesure ou d'observation qui produisent ces données.

En recherche qualitative, les chercheurs privilégient la fidélité dite «*synchronique*», qui réfère à la similitude des observations à l'intérieur d'une même période de temps. L'évaluation de ce type de *fidélité interne* repose sur la comparaison de données obtenues sous différentes formes. Les *notes prises sur le terrain* (permettant d'explicitier toutes les phases de la recherche) deviennent, entre autres, un instrument utile de vérification du respect de ce critère

(Lessard-hébert,1990). Cette procédure a été suivie pendant la collecte des données et leur validation (cf. section 2.2.2).

La recherche exploratoire comme démarche

Cette étude de type exploratoire privilégie les méthodes inductives. Elle cherche la compréhension du problème à partir du vécu et de la perception des gens par rapport à la maladie et à son origine ainsi qu'aux moyens de lutte (contre la maladie) que représentent les différentes ressources utilisées. À travers des discours variés, ces méthodes permettent l'émergence des tendances dominantes dont la signification, indépendamment de leur fréquence, mérite qu'on y réfléchisse. Elle s'appuie aussi, dans une certaine mesure, sur les méthodes déductives, à partir d'un état de connaissances qui nous a permis de recueillir des variables issues d'un *modèle validé* (modèle de Kroeger, 1983a voir fig. 1) pour construire le cadre conceptuel de l'étude.

L'entrevue comme méthode de collecte des données

Pour essayer de répondre aux questions de recherche (cf. section 1.5), des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de 20 personnes réparties sur quatre zones de santé (cf. section 2.2), à la recherche d'informations personnalisées et mises en contexte. Cet outil de recherche (entretien) est une situation complexe. Beaucoup de définitions en ont été proposées par les psychologues sociaux. Grawitz (1990, cité par Dépelteau, 2000, p. 314) en a proposé cette définition : «un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé».

De son côté, Blanchet (1997, p. 19) le définit comme: «un échange conversationnel dans lequel une personne **A** extrait une information d'une personne **B**, information incluse dans la biographie de **B**».

Mais cette information contenue dans la biographie de l'interlocuteur B est, selon ces auteurs, modifiable et incomplètement accessible compte tenu des mécanismes en jeu (construction, sélections d'informations, inférences, etc.) lors du processus discursif. Ceci soulève la question de la valeur de l'entretien comme outil de recherche. Sans vouloir ouvrir la voie à un débat épistémologique, qui n'est d'ailleurs pas l'objectif de cette démarche, il nous paraît utile de souligner l'importance et la valeur de cet instrument de collecte de données longtemps utilisé et qui a contribué à l'avancement des connaissances dans diverses disciplines scientifiques.

Bien qu'il soulève un paradoxe dans les sciences sociales: *irrecevable du point de vue de l'idéal scientifique* (d'un point de vue positiviste), l'entretien s'avère être irremplaçable pour accéder à certaines connaissances dont l'intérêt scientifique est manifeste, Blanchet, (1997). Compte tenu de l'accès efficace qu'il permet aux représentations et aux opinions individuelles, l'entretien de recherche est essentiellement l'outil de l'étude qualitative et exploratoire Blanchet (op.cit.).

En général, l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le seul *principal* vecteur. En d'autres termes, il se révèle une technique irremplaçable dans toutes les disciplines scientifiques qui s'intéressent aux contenus véhiculés par la parole, notamment dans sa fonction référentielle (comment sont les choses) et dans sa fonction modale (ce qu'on pense des choses). Ainsi, pour conserver l'originalité de ces *contenus* ou *traces produites par la parole*, nous nous sommes attaché à ne pas paraphraser l'ensemble de l'entretien, mais à résumer les points les plus saillants au regard de notre cadre conceptuel et de nos questions de recherche.

Analyse de contenu comme méthode de traitement

Blanchet (1997) soulève deux inconvénients majeurs à l'analyse de contenu. Premièrement, il s'agit du fait que le discours produit par nos sujets traduit, d'une certaine façon, leurs perceptions de la réalité en rapport à la problématique en question. Il ne reproduit pas la réalité en soi. Le chercheur doit en être conscient pour ne pas prendre la réalité pour ce qui n'est en fait qu'une perception de la réalité. Deuxièmement, les *préjugés* et les *valeurs* du chercheur peuvent influencer son interprétation des *contenus*.

Cependant, les experts de la recherche qualitative soulignent que, grâce au travail de codage minutieux qu'elle implique, l'analyse de contenu demeure un des modes d'investigation de la réalité qui permet d'étudier, en *profondeur*, des phénomènes passés qu'on ne peut pas voir directement, dans le détail, avec attention et précision. (Dépelteau, 2000).

Chapitre 4

Résultats

Ce chapitre présente d'abord une description de l'échantillon. Ensuite, on présente les différentes sources de soins utilisées dans les zones Ennery et Marmelade et on examine l'existence ou l'absence de liens entre différents facteurs et les ressources thérapeutiques choisies par les personnes étudiées.

4.1. Profil des participants à l'étude

Le profil des participants à l'étude est présenté dans le tableau III. L'échantillon présente plus d'hommes que de femmes (11H/9F). À partir de 18 ans, cet échantillon comporte tous les groupes d'âge, mais la proportion d'adultes de deuxième âge y est plus importante: 13 des 20 personnes interrogées sont âgées de 40 ans et plus (la moyenne d'âge est de 40.7 ans). Cette proportion relativement plus élevée des personnes de deuxième âge parmi les répondants s'expliquerait par (1) le fait qu'en cas de maladie, ce sont les plus âgés qui initient le processus de soins, à la fois pour eux-mêmes et pour les autres (Cocks et coll., 2002); (2) le fait que lors des entrevues, ce sont les plus âgées parmi les personnes présentes qui parlent. Près de la moitié des personnes interrogées ne savent ni lire ni écrire (9/20), six ont cumulé moins de six années de scolarité et cinq en ont plus que six années. Les gens sont en majorité des cultivateurs (14/20). Ils font aussi l'élevage à petite échelle (qui est en général associé à l'agriculture de subsistance dans ces milieux) et le petit commerce. Enfin, ce sont en général des gens très pauvres : quatre personnes se disent avoir un revenu satisfaisant, les 16 autres sont des personnes à revenu 'faible' et 'très faible'.

TABLEAU III. PROFIL DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE (n = 20)

Variabes	n	Variabes	n
<i>Sexe</i>		<i>Éducation</i> (années de scolarité)	
Hommes	11	Non scolarisés	9
Femmes	9	Moins de six (6) années	6
	20	Six (6) années et plus	5
<i>Âge</i> (en années)			20
18-24	1	<i>Occupation</i>	
25-29	2	Petit détaillant	2
30-34	2	Cultivateur	5
35-39	2	Enseignant	1
40-44	5	Petit détaillant et cultivateur	4
45-49	3	Petit éleveur et cultivateur	6
50 et plus (moyenne = 40.7ans)	5	Autres ¹	2
	20		20
<i>Revenu</i>			
Très faible	8		
Faible	8		
Suffisant	4		
	20		

¹ Il s'agit d'un chauffeur de taps-taps (camionneur de transport public) et d'un cadre intermédiaire travaillant pour une ONG locale.

4.2. Les principales ressources thérapeutiques utilisées par les populations d'Ennery et de Marmelade

Les principales ressources thérapeutiques utilisées par les participants à l'étude sont présentées dans le tableau IV. Ce tableau montre que quand les gens sont

confrontés à des problèmes de maladie, pour les comprendre ou pour tenter de les résoudre, ils disposent d'une gamme d'au moins neuf possibilités:

- Auxiliaire diplômé exerçant en pratique privée¹
- Feuilles (pour thés, bains ou compresses)
- Formations sanitaires (dispensaires ou centre de référence)
- Houngan
- Matrone (sage-femme traditionnelle)
- Médecin-feuilles ou tradi-praticien
- Piqûriste/ Charlatan
- Support spirituel (prière ou jeûne)
- Vendeurs de médicaments

Il faut noter que d'autres moyens peuvent aussi être pris pour produire de *remèdes-maison*. Un répondant (un homme) parle d'une potion faite de 'clairin' (alcool à 90), de jus de citron et du contenu de quelques capsules de tétracycline qu'il a ingérée pour traiter une IST.

L'abstention thérapeutique est absente chez les participants à cette étude. Les gens veulent, en général, trouver une solution à tout état psychologique ou somatique menaçant leur identité sociale ou leur vie.

Pour pousser un peu plus loin notre démarche vers la compréhension du problème de sous-utilisation, nous nous sommes attardé à comparer les recours réels des gens (pour premier, deuxième et troisième traitement) (tableau IV) à travers l'analyse de leurs discours et leur intention de recours la prochaine fois qu'ils tombent malades. Parmi les 20 personnes interrogées sur leur maladie passée, huit ont utilisé *en premier* les feuilles, quatre les dispensaires, trois un vendeur de médicaments, deux un *houngan* et une personne a eu recours à un

¹ Normalement, il n'est pas autorisé à un auxiliaire d'exercer en privé, en dehors d'une structure organisée, avec supervision.

praticien traditionnel. Les autres ressources citées précédemment peuvent rentrer, à un moment donné de la maladie, dans l'arsenal thérapeutique.

Si l'on combine les feuilles et les vendeurs de remèdes, on constate que dans ce contexte, l'auto-traitement est le comportement d'utilisation dominant en premier recours. Cependant, dans l'ensemble, on remarque que 17 personnes sur 20 ont eu recours aux formations sanitaires. Ce qui ne semble pas être un indicateur de sous-utilisation.

TABLEAU IV. RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES UTILISÉES EN PREMIER, DEUXIÈME ET TROISIÈME RECOURS PAR LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE, ENNERY ET MARMELADE, HAÏTI

<i>Ressources</i>	1er recours	2ème recours	3ème recours	Total ¹
Feuilles	8	-	3	11
Vendeurs de médicaments	3	1	1	5
Formations sanitaires	4	9	4	17
Auxiliaire médical	1	-	-	1
Houngan	2	3	-	5
Matrone	1	1	-	2
Médecin-feuilles	1	2	1	4
Piûriste/charlatant	-	2	-	2
Support sprituel (prière, jeûne)	-	-	1	1

¹ Le total inclut l'ensemble des personnes qui ont eu recours à ces ressources

Dans les trois prochaines sections de ce chapitre on cherchera à identifier les liens entre certaines caractéristiques des individus et les services de santé utilisés. Ensuite, on établira la relation entre les caractéristiques de la maladie,

la perception de la maladie et le type de traitement choisi. Enfin, on verra s'il existe une relation entre le choix thérapeutique des gens et les caractéristiques des services de santé modernes qui sont offerts à Ennery et à Marmelade.

Des citations des entrevues seront fournies à l'occasion pour illustrer les résultats.

4.3. Caractéristiques des individus et ressources thérapeutiques utilisées

Notre cadre conceptuel construit à partir d'une revue de littérature sur les facteurs associés à l'utilisation des services de santé en pays en développement établit un lien entre les caractéristiques de la population à l'étude et le choix thérapeutique. Cette partie présente l'analyse des liens entre l'éducation, l'adaptation culturelle, l'interaction familiale et sociale et le revenu et le choix de traitement.

L'éducation

Les participants à l'étude ont été classés en trois catégories, selon le nombre d'années passées à l'école: ceux qui ne savent pas lire et écrire du tout (zéro année), ceux qui le savent passablement (moins de six années) et ceux qui le savent bien (six années et plus). Sur 20 répondants, neuf ne savent ni lire ni écrire, six le savent passablement et cinq bien. L'analyse des informations recueillies auprès des personnes de chacune de ces trois catégories a permis d'observer qu'il n'y a pas de grande différence entre les groupes quant au recours soit à un tradi-praticien, soit aux feuilles, aux vendeurs de médicaments ou à une formation sanitaire. Deux tendances importantes ont émergé cependant: (1) les moins éduqués ne paraissent pas moins intéressés par leur état de santé que les plus éduqués: l'abstention thérapeutique est absente dans les trois catégories; (2) seul le recours au *houngan* fait la différence.

En effet, sur cinq personnes qui se sont faites soigner par un *houngan* lors de leur dernier épisode de maladie, *une* vient de la catégorie des gens qui savent lire et écrire '*passablement*' et les quatre autres viennent des gens qui ne savent '*pas lire et écrire du tout*', alors que parmi celles qui lisent et écrivent bien, aucune n'a eu recours au *houngan* pour se faire soigner.

L'adaptation culturelle

Le contact avec les idées, les valeurs et les techniques occidentales opèrent des changements de divers ordres dans les sociétés traditionnelles, et peuvent contribuer à l'utilisation des services de santé moderne.

Pour analyser cette notion de transition culturelle dans notre aire d'étude (un milieu rural), nous nous sommes référés aux concepts de voyage (nombre d'années vécues dans d'autres villes d'Haïti ou ailleurs), posséder un appareil radio à la maison et écouter des émissions portant sur la santé. Des 20 personnes interviewées, 6 ont vécu quelques années en ville (pour étudier ou pour apprendre une profession) et dix possèdent un appareil radio à la maison et écoutent des émissions sur la santé. En analysant les informations collectées auprès de ces sujets, il n'apparaît pas de différence majeure dans leurs choix de thérapie. Chez les gens qui écoutent la radio ainsi que chez ceux n'ayant pas de radio, la tendance est la même quant à l'utilisation des services modernes; tous, ils utilisent parallèlement les soins alternatifs telles les feuilles (en infusion ou pour des bains), les vendeurs de médicaments et le tradi-praticien.

Cependant, le *houngan* n'est pas consulté par les gens qui ont un appareil radio et écoutent des émissions de santé. Mais on remarque que ce sont les plus éduqués qui possèdent un appareil radio. Ceci suggère que la non utilisation du *houngan* comme recours thérapeutique ne serait pas liée à l'adaptation culturelle, mais plutôt au niveau d'éducation.

Comme l'éducation est aussi perçue comme facteur de changement de comportement en ce sens qu'elle expose aux idées nouvelles, on peut affirmer que l'adaptation culturelle n'a qu'un effet partiel sur le comportement de maladie des habitants d'Ennery et de Marmelade.

Interaction familiale et réseau social

Pour explorer le rôle de la famille et du réseau social dans la recherche de soins, deux questions ont été posées aux répondants: (1) *Avez-vous pris cette décision seul (e)? ou avez-vous eu des conseils?*

(2) *Si vous avez eu des conseils, de quelle(s) personne(s) ?* Sur les 20 sujets ayant eu recours à une ressource quelconque pour se soigner, dix l'ont fait sur recommandation des membres de la famille, sept ont été conseillés par des amis ou voisins et seulement trois répondants ont décidé seuls du type de traitement utilisé.

L'analyse des déclarations des personnes interviewées révèle que quand la personne a eu plusieurs recours pour un même épisode de maladie, il peut y avoir en même temps l'intervention de la famille (pour un type de recours), l'intervention des amis ou voisins (pour d'autres types), et un choix individuel dépendamment de l'évolution et des caractéristiques de la maladie. Il n'existerait pas de 'monopole' dans la prise de décision.

Le revenu

Dans la présente étude, l'aspect économique de la demande en soins de santé s'est avéré le plus difficile à analyser. Nous avons essayé d'apprécier le niveau économique des répondants au travers, principalement, de ces trois questions:

(1) *Que faites-vous actuellement pour gagner votre vie?*

(2) *Est-ce que cette activité vous permet de subvenir aux besoins de votre famille?* (3) *Comment jugez-vous votre situation économique en général ?*

L'analyse des réponses fournies par les répondants a permis de les classer en personne à revenu très faible, à revenu faible et à revenu suffisant. Aucun répondant n'a pu être classé à revenu élevé. Sur les 20 sujets, seulement quatre personnes ont un revenu suffisant; huit ont un revenu faible et les huit autres ont un revenu très faible (condition de vie correspondant à la misère). En général, les gens de l'échantillon vivent de l'agriculture de subsistance et du petit commerce. Les sujets avec revenu satisfaisant ont d'autres activités en plus de l'agriculture; ce sont: (1) un enseignant de l'école primaire; (1) un cadre intermédiaire travaillant pour une ONG. locale; (3) un petit détaillant (4) et un chauffeur de *taps-taps* (camionneur de transport public).

Il s'est avéré à l'analyse que:

- C'est chez les plus pauvres qu'on retrouve une plus grande consommation des feuilles comme moyen de traitement; ce sont eux aussi qui recourent le plus au *houngan* et au charlatan pour se faire soigner.
- Il n'y a pas de différence notable entre les plus pauvres et les moins pauvres pour le recours aux vendeurs de médicaments, aux tradi-praticiens ainsi qu'aux services modernes.

Cependant, l'égalité d'utilisation des dispensaires ou du centre de référence entre les pauvres et les moins pauvres ne serait qu'apparente. En effet, en approfondissant l'analyse des entrevues, il apparaît que l'effet du revenu sur l'utilisation des soins modernes est indéniable. Les modalités de paiement des deux systèmes sont différentes: rigide dans le système formel, plus flexible dans le système informel. Le fait de conditionner la délivrance du service à un paiement préalable fixe affecte d'abord les personnes à faible revenu:

'Je suis plus à l'aise avec le médecin-feuille, il traite sans argent, on peut faire des arrangements avec lui [...] on lui donne ce qu'on a de temps en temps'.
(répondant no. 12)

Les patients ou leurs proches anticipent les possibilité *d'entente* avant de décider du recours. Ceci expliquerait le fait que le plus grand nombre de gens ayant utilisé le *houngan* ou le charlatan se retrouvent dans la catégorie des très pauvres:

‘...On doit encore de l’argent au *houngan*, mais cela ne pose pas trop de problème.’ (répondant no. 18)

4.4. Caractéristiques de la maladie, perception de la maladie et recours aux soins

Les caractéristiques faisant partie de cette catégorie et identifiées dans le cadre conceptuel sont: la durée de la maladie (chronique ou aiguë), son degré de gravité (sévère ou modérée), son étiologie et l’efficacité attendue du traitement.

Affection chronique ou aiguë

L’analyse des contenus a permis de constater que 11 des 20 personnes interviewées ont été malades pendant plus de 4 semaines (ce qui a été considérée comme chronique), alors que les neuf autres l’ont été pendant moins de 4 semaines (ce qui a été considérée comme aiguë).

Quand la maladie est chronique, la tendance est d’utiliser d’autres ressources que le système formel. Ce sont alors les *houngans* et les tradi-praticiens qui sont surtout consultés. Cette caractéristique de la maladie semble être en étroite relation avec la conception étiologique des *maladies chroniques*, puisque la majorité des personnes ayant eu une maladie chronique (6 sur 11) ont pensé à des causes *surnaturelles*. Par contre, parmi les gens qui ont eu une maladie aiguë (9), seulement 1 y a attribué une cause surnaturelle.

Ce qui ressort en général de l'analyse des informations recueillies, c'est que quand la maladie résiste au traitement soit d'un professionnel moderne, soit d'un médecin-feuille, la cause n'est pas «simple», autrement dit, elle est surmaternelle. Alors la prochaine étape dans la quête de thérapie est le *houngan*.

Quoi qu'elles ne soient pas forcément les premiers recours, les *ressources mystiques* sont plus largement utilisées pour résoudre des problèmes de maladie quand cette dernière est chronique. En effet, l'échec du traitement médical une fois établi, le malade va chez le *houngan* et continue avec lui jusqu'à trouver une solution. Si cette solution n'est pas trouvée, la relation s'estompe au profit d'un autre *houngan* jugé plus *compétent*.

Affection sévère ou modérée

La notion de sévérité ou de gravité définie précédemment (tableau II) par *l'absence de possibilité de résolution spontanée et sans séquelles graves de la maladie* a trouvé une connotation un peu plus riche chez nos sujets. Indépendamment de la cause présumée de la maladie, on a retrouvé chez les sujets de l'étude quatre caractéristiques principales qui définissent une maladie grave. Ce sont: (1) une manifestation brutale avec crises convulsives et agitations (2 sujets) ; (2) délires (1 sujet); (3) une maladie qui maintient la personne au lit et dépendante des autres pour ses activités habituelles (6 sujets) et (4) une maladie qui laisse des séquelles comme une paralysie (2 sujets). Quant aux sujets ayant déclaré que leur maladie n'était pas grave, soit modérée, ils y associent la non modification de leur vie et de leur identité sociale:

'Ma femme n'était pas gravement malade puisqu'elle n'était pas au lit, mais la fièvre tombait et revenait'. (répondant no. 13)

'Au commencement, c'était pas trop grave, je n'étais pas alité; Je continuais à conduire ma moto et faire certaines activités'. (répondant no. 14)

En nous basant sur la perception des répondants de la gravité d'une maladie pour analyser les différents discours, on a pu relever que deux sources de thérapies dominent dans le cas des affections sévères. Ce sont les dispensaires et les houngans. Alors que pour les maladies modérées, ce sont surtout les vendeurs de médicaments et les tradi-praticiens qui sont plus consultés. Mais ces données sont loin d'être concluantes. Il n'existerait pas de réelle cloison entre les différents systèmes. En effet, en poussant un peu plus loin notre analyse de contenu, il émerge un *va et vient* entre les systèmes. À chacun de ces derniers, les gens semblent attribuer une *compétence relative*. Ceci suggère que dans le territoire, les différentes traditions médicales fonctionnent en complémentarité. Certaines personnes (6 répondants) ont déclaré avoir utilisé les services de santé modernes comme complément à d'autres ressources dont ils disposent:

'... Mais après, on l'a amenée à l'hôpital... quand on traite une maladie avec des 'remèdes profanes', il faut toujours aller consulter pour finir le traitement, nettoyer notre corps'. (répondant no. 18)

'Mais après la sortie de l'hôpital, nous lui avons donné aussi des thés et des bains spéciaux tièdes pour éviter le froid et aider son corps à se reconstituer. Les médicaments qu'elle prend ne peuvent pas faire cela, il faut toujours ces soins de maison quand une femme vient d'accoucher; c'est la coutume'. (répondant no.16)

En fait, la sévérité de la maladie a une influence sur le choix thérapeutique des gens, mais elle ne détermine pas à elle seule l'utilisation de la médecine moderne comme recours dominant. D'autres, facteurs comme, la cause de la maladie, interviennent aussi dans le processus de soin.

La cause attribuée

À la question: «*D'après vous, quelle serait la cause de cette maladie?*», sept des 20 personnes qui racontaient l'histoire de leur maladie, pensaient qu'il s'agissait d'une maladie *surnaturelle* (causée soit par la magie, la sorcellerie, le désaccord des dieux ou d'un ancêtre); tandis que les 13 autres souffraient, selon elles, d'une maladie *naturelle* (causée soit par un excès d'activités, une interaction chaud-froid, un microbe, etc.) En analysant le parcours thérapeutique de chacune des deux catégories de répondants, la tendance qui apparaît est que les *houngans* sont les recours principaux pour les individus frappés par une maladie surnaturelle (5 sujets sur 7); alors que les feuilles, les tradi-praticiens et les vendeurs de médicaments constituent les principales sources de soins pour les gens avec maladie perçue comme naturelle.

Il est à remarquer que quelle que soit l'étiologie attribuée, la médecine moderne est toujours largement utilisée; mais pas nécessairement en premier recours. Ce qui renforce l'idée de complémentarité entre la médecine moderne et les autres ressources quand il faut résoudre un problème de santé.

L'analyse des contenus a aussi montré que la cause de la maladie est souvent établie *a posteriori*, en d'autres termes, comme on l'a vu tantôt, c'est l'échec d'un traitement à base de feuilles, ou conduit par un personnel du système formel qui laisse penser que la maladie a une cause *mystique*.

Le bénéfice attendu

L'analyse des résumés des entretiens a montré, que le bénéfice attendu du traitement influe de façon importante sur le choix que le malade ou ses proches peuvent être amenés à faire. Mais c'est la perception de la maladie (sa cause) qui fait que la personne malade ou ses proches puissent présumer lequel des

prestataires en présence donnera le meilleur résultat. Aucun des soignants n'a de l'influence sur le parcours des gens. Si finalement ils décident d'utiliser les dispensaires ou le centre de référence, cette efficacité escomptée est basée soit sur une expérience personnelle antérieure réussie ou celle d'un proche ayant utilisé ces ressources avec succès pour résoudre un problème de santé similaire ou pas:

'On m'a amené au dispensaire parce qu'on pensait que je pouvais trouver une solution, car plusieurs personnes malades très graves sont déjà traitées là-bas'.
(répondant no.12)

4.5. Caractéristiques des services

On a vu que les caractéristiques des individus, les caractéristiques de la maladie et la perception que les gens en ont influent sur le choix de ressources que ces gens vont faire pour tenter d'interpréter ou résoudre leur problème de santé. Mais ce choix est aussi influencé par les caractéristiques des services.

Le cadre conceptuel de cette étude (fig.1) retient quatre caractéristiques des services qui pourront en influencer l'utilisation en Haïti: la *qualité perçue* des soins offerts, le coût de l'utilisation, la disponibilité du personnel et l'acceptabilité des services. Dans cette sous-section, nous chercherons à établir la relation entre chacune de ces variables et l'utilisation des soins de santé modernes dans la population étudiée.

La qualité perçue des services

Ne possédant pas l'expertise pour évaluer la qualité technique des actes médicaux, les usagers se réfèrent surtout au contenu socio-émotionnel comme critère pour juger d'une consultation médicale (Donabedian,1980).

Pour tenter d'examiner un aspect particulier de cette étude, à savoir s'il *existe une relation entre le niveau d'utilisation des services offerts par le réseau d'institutions de santé de la zone et leur qualité perçue par les utilisateurs*, les attributs suivants de la qualité ont été retenus: ce sont la disponibilité des médicaments, les habiletés relationnelles du personnel, la compétence perçue du personnel, la courtoisie et l'accueil, qui en général est perçue dans les institutions publiques de santé en Haïti comme froid, désintéressé, voire inhumain.

À l'analyse des données d'entrevues, 17 répondants sur les 20 qui ont participé à cette étude sont allés dans les institutions de santé à un moment donné de leur dernier épisode de maladie. S'exprimant sur la qualité des services reçus à ce moment- là, 13 ont dit avoir eu un service de qualité, tandis que pour les quatre autres c'était le contraire. Pour comprendre comment ces gens perçoivent la qualité des soins, la question suivante a été posée: «*Pouvez-vous me dire pourquoi le service était de mauvaise (ou de bonne) qualité ?*».

Dans les discours des gens qui ont dit avoir reçu des services de qualité, ce qui apparaît surtout, c'est la compétence 'perçue' du personnel qui leur *a permis d'avoir un bon diagnostic et un traitement efficace*, le fait que le personnel soit disponible pour accueillir le malade, le bon accueil et la courtoisie. Les gens ont en général tendance à déclarer que le service était bon parce qu'ils *ont recouvré leur santé promptement après la consultation*.

'On a reçu un bon service; dès le début de la prise des médicaments que la *miss*¹ a donnés, ma femme s'est rétablie'. (répondant no.13)

'Je n'ai rien à reprocher quant à la qualité du service que j'ai reçu; on m'a donné de bons médicaments qui m'ont vite rétabli'. (répondant no.15)

¹Mot utilisé par le répondant pour désigner un auxiliaire médical de sexe féminin ou une infirmière.

Des facteurs tels le niveau d'équipement de l'institution et l'hygiène des soins ou des espaces n'apparaissent pas dans ces discours.

Une autre caractéristique de la qualité dont ont fait mention deux répondants, c'est la 'réorientation appropriée', qui consiste en la «référence rapide» du malade à un niveau supérieur quand le problème paraît grave et dépasse la compétence du premier soignant.

'D'après moi, on donne un service de qualité; j'ai reçu dès mon arrivée des médicaments pour me soulager [...] et elle a reconnu que la maladie n'était pas pour elle (dépassait sa compétence); elle m'a vite référée'. (répondant no. 10)

'Quant au service au dispensaire, c'était très bien; on n'a pas perdu de temps, on a fait la référence bien vite'. (répondant no. 16)

Enfin, pour les gens qui jugent de qualité mauvaise les services qu'ils ont reçus, ce qui apparaît, c'est surtout la non guérison après un traitement et le fait de ne pas trouver de médicaments pour leur problème. *Un* répondant a évoqué le déficit de la communication.

En fait, on pourrait croire que la perception des gens de la qualité des services jouerait un rôle majeur dans leur démarche thérapeutique. Cependant, l'analyse des informations fournies par les gens qui ont utilisé les services du réseau d'institutions de santé publiques d'Ennery et de Marmelade, n'indique pas que la sous-utilisation de ces services soit imputable à une *mauvaise qualité des soins* perçue par les utilisateurs.

Le coût de l'utilisation

Pour analyser l'influence du coût des services de santé formels sur leur utilisation par la population à l'étude, les questions suivantes ont été posées: *Pour les soins qui ont été donnés, comment jugez-vous ce que vous avez payé? En plus des dépenses de consultation et de médicaments, est-ce que cette maladie occasionne d'autres dépenses ou vous fait perdre de votre revenu? Si oui, Expliquez?*

L'analyse des réponses a permis d'établir trois niveaux d'appréciation du coût. Celui-ci peut être perçu par les utilisateurs comme: 'raisonnable', 'un peu cher' et 'cher'.

Quoique la majorité des personnes interrogées aient un faible revenu (16 sur 20), il ressort que le coût des services (consultation et médicaments) dans les dispensaires et le centre de référence ne serait pas un facteur majeur de la non utilisation. En effet, parmi les 17 personnes qui ont utilisé ces ressources, sept ont trouvé ce coût 'un peu cher'; par contre, les dix autres l'ont trouvé plutôt 'raisonnable'. Aucun répondant n'a déclaré que les services étaient chers.

'On n'a pas trouvé le prix qu'on a payé trop cher. Et même si on devait payer plus, c'est pas cela qui compte, c'est le résultat, on voulait la guérison'.
(répondant no. 4)

Mais cette appréciation des coûts par les patients est influencée par les résultats obtenus (guérison) et est fonction de l'importance que les gens accordent à leur santé et ultimement à leur vie.

'Je n'ai pas trouvé le prix cher au dispensaire; c'était la vie de l'enfant qui importait pour nous'. (répondant no. 18)

Mais quand, dans l'analyse des entrevues, on associe d'autres facteurs tels transport et nourriture pour les personnes devant voyager pour atteindre un dispensaire, la tendance des utilisateurs à considérer que le recours aux soins formels leur impose un coût élevé devient plus forte (11 sujets).

Ceci suggère que le coût de l'utilisation des services de santé modernes apparaît un élément non négligeable dans la compréhension du problème de sous-utilisation qui fait l'objet de cette étude.

La disponibilité du personnel

Le concept de disponibilité du personnel soignant revêt une dimension à la fois physico-temporelle (présence du prestataire quand le patient se présente pour les soins et temps de contact patient-soignant) et psychologique (écoute). Mais ce second attribut de la disponibilité s'applique aussi à la notion de qualité des soins.

Chez les personnes interrogées, la disponibilité du personnel ne semble pas représenter un handicap à l'utilisation des services modernes. En effet, quand on se réfère aux notions de *temps de contact* avec les patients et *écoute*, 13 des 17 personnes qui ont consulté se sont exprimés de manière favorable quant à la durée et à la qualité de l'écoute. Relativement à la dimension physique de la disponibilité, deux (2) répondants n'ont pas trouvé de soignants la dernière fois qu'ils se sont rendus dans un des centres de santé. Ceci ne peut être négligé dans le contexte de cette étude. En effet, la peur d'effectuer, en vain, un déplacement, surtout quand il faut marcher plus d'une heure, ou payer le transport, peut peser dans la décision des gens quand ils doivent choisir la ressource à utiliser. La nouvelle de l'absence du personnel considérée comme un *incident critique* se propage facilement dans ces milieux et pourra favoriser le recours à des soins alternatifs traditionnels.

L'acceptabilité des soins

Jusque dans les années 60, les auteurs ont associé la sous-utilisation des services de santé modernes dans les pays en développement à la question de l'*acceptabilité de la médecine moderne* (au plan idéologique) qui cherchait à s'implanter. Mais après cette période, l'intérêt pour la médecine moderne s'est manifesté, et l'analyse des origines de la sous-utilisation des services de santé modernes s'est tournée vers, entre autres facteurs, l'*acceptabilité des services*.

La notion d'acceptabilité revêt plusieurs connotations. Certains auteurs (Unger, 1990; Kroeger, 1983a) en font une *sous-dimension* de la qualité; elle correspond alors à l'accessibilité psychologique déterminée par la confiance en le technicité du service et par la capacité de dialogue de ses membres. Dans le cadre de la présente étude, on s'en est tenu principalement à l'absence de 'conflit', lors du rapport qui s'instaure entre le dispensateur et le patient, par le respect de la culture, des croyances et opinions de ces derniers. En ce sens, on présume que si les promoteurs de la médecine moderne *se conforment à cette règle* et qu'il existe une réelle relation de confiance, les personnes malade ou leur entourage signifiant vont recourir, en cas de maladie, aux services modernes; si ces services existent et sont financièrement, et géographiquement accessibles.

En général les répondants qui ont rencontré un dispensateur moderne lors de la dernière visite dans une institution de santé à Ennery et Marmelade n'ont pas exprimé d'opinions défavorables par rapport à l'acceptabilité des soins. Ni le mode d'approche, ni les exigences des prestataires ou les types de soins offerts n'ont pas été perçus comme obstacles à une bonne relation soignant-patient. Aux personnes qui n'ont pas utilisé cette médecine lors de leur tout dernier épisode de maladie, il a été posé les questions: *Connaissez-vous l'existence du dispensaire ou du centre de référence?* La réponse était *oui*.

Qu'est-ce qui a fait que vous n'y êtes pas allé ? Ce n'était pas à cause de 'conflit' anticipé, par le mépris ou le non-respect de leurs propres valeurs; la non utilisation est plutôt liée soit à un problème d'argent (1 sujet), soit au fait que la maladie n'était pas assez importante pour entraîner une demande en *soins formels*; elle pouvait être

traitée, selon les gens, à partir *des habitudes thérapeutiques connues et éprouvées*:

'Ce n'est pas la première fois qu'on traite de cette façon ces genres de maladies; beaucoup de gens l'ont fait et on a trouvé des bons résultats'.
(répondants nos. 3 et 5)

Quoique certaines personnes ayant utilisé les deux systèmes (formel et informel) 'se sentaient plus à l'aise' avec le prestataire du système informel, il n'apparaît pas évident que l'acceptabilité, telle que définie dans cette étude, aurait un lien significatif avec la sous-utilisation.

En résumé, l'analyse des réponses fournies par les 17 personnes qui ont consulté, a révélé les éléments suivants:

- il n'y a aucun doute sur la capacité de la médecine moderne à guérir toutes sortes de maladie (9 sujets). Pour ces répondants, la compétence technique des soignants est aussi acceptée; même si le problème ne peut être résolu sur place, ils sont référés (on a vu tantôt que cette capacité du soignant à reconnaître ses limites et à référer à un niveau supérieur est considérée par certains patients comme une bonne prise en charge);
- la médecine moderne est compétente pour certaines maladies, mais ne l'est pas pour d'autres (8 sujets). Cette tendance s'est manifestée dans deux situations: (1) dans certains cas de co-morbidité où les gens pensent qu'il doit y avoir l'intervention de plus qu'un praticien relevant de traditions médicales différentes, puisque le facteur causal est différent pour chacune

des maladies. Cette perception de *compétence relative* produit le chevauchement des différents systèmes et sous-systèmes qui coexistent et qui deviennent complémentaires; (2) dans d'autres cas où la personne souffre d'une maladie *unique*, elle ou son entourage établit soit à l'avance que la maladie ne peut être guérie par l'hôpital, alors les autres ressources seront utilisées. La détermination de la compétence peut se faire *a posteriori*. L'exemple qui illustre cette attitude est un problème d'infertilité (non résolu après quelques consultations à l'hôpital) chez une femme. Cette dernière a rompu ses relations avec l'hôpital pour s'en remettre à un médecin-feuilles qui lui explique qu'il s'agit d'une *perdition*¹ et lui promet qu'elle pourra enfanter sous peu, grâce aux soins qu'il va lui donner:

'Je ne suis pas retournée à l'hôpital [...] ils ne comprennent pas mon problème et ne peuvent pas me dire de quoi je souffre. Par rapport à cela je me sens plus à l'aise avec le médecin-feuille qui me dit qu'il s'agit d'une perdition; l'hôpital ne reconnaît pas ça'. (répondant no. 10)

C'est une croyance très répandue en Haïti, pas seulement dans le monde rural concerné par cette étude, que le problème de perdition relève de la compétence du tradi-praticien.

¹ Croyance (plus présente en milieu rural) selon laquelle une femme peut garder pendant plusieurs années dans son sein un fœtus en 'arrêt de croissance' tout en continuant à *menstruer*. Ainsi, un père absent du foyer depuis **trois ans** par ex., ne peut se refuser à reconnaître un enfant de **un an** trouvé à son retour.

Chapitre 5

Discussion

La première section du chapitre compare les résultats de la présente étude à la littérature existante. Deuxièmement, un retour est effectué sur le cadre conceptuel à la base de l'étude. En troisième lieu, les limites de l'étude sont discutées. Le chapitre se termine avec quelques recommandations.

Le but de cette recherche était d'énumérer les différentes ressources thérapeutiques auxquelles les personnes d'Ennery et de Marmelade ont recours et d'examiner la relation entre cette utilisation et différentes caractéristiques, dont la qualité des soins fournis dans les institutions de santé.

5.1. Les résultats obtenus et la littérature

5.1.1. Les principales ressources utilisées par les personnes interrogées

L'analyse des parcours thérapeutiques des 20 sujets ayant participé à l'étude a permis de répertorier au moins neuf ressources, dont le *prestataire moderne*, qu'ils utilisent habituellement pour se soigner (voir tableau IV). Comme dans beaucoup d'autres études réalisées en pays en développement (Hess, 1983; Simon, 1989, cité par Cocks et Moller, 2002 et Trivedi, 2002), l'auto-traitement apparaît, parmi ces ressources, comme le comportement dominant à Ennery et Marmelade. Ceci est vrai non seulement par rapport à la proportion de gens de l'échantillon qui y ont recours (16/20), mais aussi par rapport à ceux qui l'utilisent en premier quand ils sont malades (11/20). Ces résultats suggèrent, comme l'ont souligné Cocks et Moller (2002), que les gens s'estiment assez 'compétents' pour diagnostiquer et traiter certaines maladies qui les affectent ou qui affectent des membres de leur famille. Il apparaît donc un écart entre le

recours de premier choix observé et l'intention de recours déclarée. En effet, à la question: *Si vous ou un membre de votre famille tombez malade la prochaine fois, qui allez-vous consulter?*, la tendance est inversée: 11 personnes sur 20 iront à l'hôpital en premier; les neuf autres répondants utiliseront d'autres ressources en premier. Ce résultat suggère l'effet d'un biais de *désirabilité sociale*, étant donné la possibilité que les répondants nous considèrent comme des 'représentants' de la médecine moderne. Beaucoup d'autres enquêtes de santé conduites en pays en développement ont trouvé cet écart entre le recours observé et l'intention de recours déclarée (Fassin et Brousselle, 1991).

Par ailleurs, l'abstention thérapeutique rencontrée dans certains modèles d'utilisation en pays en développement et qui est intégrée dans le modèle utilisé pour cette étude, n'est pas une pratique rencontrée dans notre échantillon. Sauerborn et coll. (1989) ont fait la même observation dans une étude au Burkina Faso. En effet, aucune des 20 personnes interrogées ne s'est abstenue de moyens thérapeutiques lors de l'épisode de maladie qui a précédé l'enquête. Ceci suggère qu'en général, les gens accordent de l'intérêt à leur état de santé et cherchent à la recouvrer par les moyens dont ils disposent. Cet écart observé par rapport au modèle de base peut s'expliquer par le type de devis que nous avons utilisé (qualitatif). Les études dont les résultats présentent un taux d'abstention significatif, soit égal à l'auto-thérapie, sont soit de type quantitatif ou ont combiné plusieurs méthodes de collecte des données (Haddad, 1992; Lang et coll., 1986).

De plus, puisque 17 des 20 personnes interrogées ont utilisé, en premier, deuxième ou troisième recours, les services des formations sanitaires, on ne peut parler de sous-utilisation. Ainsi, les présents résultats, malgré la petite taille de l'échantillon, ne soutiennent pas le postulat initial à l'effet qu'il y a sous-utilisation dans les zones sanitaires étudiées. Il semble plutôt qu'il y a une logique d'utilisation: les gens tentent d'abord de s'auto-traiter ou font appel aux

médecines traditionnelles et, selon leurs besoins, vont recourir à la médecine moderne en parallèle ou en complément.

5.1.2. Facteurs associés à l'utilisation des soins de santé modernes à Ennery et Marmelade

Les facteurs qui paraissent avoir une influence effective sur l'utilisation des services de santé des dispensaires et du centre de référence Ennery-Marmelade seront maintenant discutés.

- **L'éducation et l'adaptation culturelle**

L'éducation en tant que facteur de changement (de comportement) semble avoir une influence (partielle) sur le choix de traitement des gens. En effet, les personnes les plus éduquées recourent moins aux *houngans* pour se faire soigner. Mais les autres thérapies alternatives (feuilles, tradi-praticiens, vendeurs de médicaments et prières) ne sont pas pour autant abandonnées. Ceci ne rencontre pas tout à fait le point de vue de Kroeger et coll.(1988) qui suggèrent une association positive entre le niveau d'éducation et la décroissance de l'utilisation de la médecine traditionnelle. Au contraire, comme d'autres études l'ont montré (Masson, 2000), seule, l'éducation ne serait pas un facteur prédictif de l'abandon des pratiques de soins alternatifs traditionnels au profit de l'utilisation des services de santé modernes. Le recours à la médecine traditionnelle semble être une habitude répandue dans toutes les couches de la population quel que soit leur niveau scolaire. Cela rejoint les résultats des études de Hirst (1990, cité par Cocks et Moller, 2002) et de Trivedi (2002).

Par ailleurs, certains auteurs suggèrent que l'imprégnation des populations par la modernité serait une variable explicative du comportement d'utilisation. Selon ces auteurs, cette exposition des populations à la modernité se réalise surtout par le truchement des voyages et des médias et, fournit à l'individu un

nouveau cadre pour interpréter les phénomènes du corps et, en particulier, la maladie et ses symptômes (Hadam et Herzlich, 1994). Cela suppose, en d'autres termes, un abandon des pratiques médicales traditionnelles et l'adoption de la médecine moderne. En effet, en analysant le parcours thérapeutique des répondants qui ont voyagé (6) et de ceux qui ont accès aux médias (10), il apparaît qu'ils utilisent un peu plus les ressources modernes. Mais cette différence dans les choix de thérapie n'est pas assez importante pour confirmer le rôle de l'acculturation dans les modifications des comportements d'utilisation des gens.

Il est vrai que l'on utilise de plus en plus la médecine moderne dans les pays en développement, mais sans pour autant abandonner les ressources habituelles de traitement. On observe plutôt une sorte de *synchrétisme* médical qui s'installe, en ce sens que le phénomène d'acculturation favorise l'assimilation par les populations des concepts, des valeurs et des pratiques de la médecine moderne tout en conservant et protégeant les connaissances traditionnelles. Ferguson (1988, cité par Cocks et Moller, 2002) a fait la même observation en signifiant que l'introduction dans les pays en développement des produits pharmaceutiques n'ont pas produit une modification radicale dans les conceptions étiologiques, ni dans les habitudes de consommation des soins de leurs populations.

Un effet plus significatif de l'acculturation sur le comportement d'utilisation dans ces milieux tarde encore à se manifester.

- **L'interaction familiale et le réseau social**

La décision de recourir à un type quelconque de ressource thérapeutique est, comme l'ont fait remarquer des auteurs, le résultat d'une démarche collective. Ce sont les parents et les amis ou voisins qui dictent, en cas de maladie, 'la

meilleure conduite' à adopter. L'influence des professionnels de la santé est quasiment absente sur la population. C'est ce qui a été observé dans cette étude. En effet, seulement trois des 20 personnes interrogées ont choisi par eux-mêmes leurs sources de soins. La conduite des autres a été dictée soit par des amis ou des voisins. Ceci s'accorde avec beaucoup d'autres études, portant sur l'utilisation des services de santé en pays en développement, suggérant que la famille et les liens sociaux jouent un rôle déterminant dans les comportements d'utilisation des services de santé (Janzen, 1978; Foster, 1977; Hielscher et Sommerfeld, 1985; Heggenhougen, 1980).

L'observation faite dans cette étude concernant le rôle de l'entourage signifiant sur la décision thérapeutique rejoint aussi les résultats d'une étude menée au Kenya. Il s'agit de l'absence des notions de *demande induite* et de *relation d'agence* entre un patient et son prestataire (Mwabu, 1986). En effet, ce sont les parents et les amis du patient qui choisissent le type de fournisseur. Ce dernier ne peut ni décider de la poursuite des soins, ni empêcher l'utilisation concomitante d'autres ressources. Les gens n'ont pas de préférence *a priori* pour une médecine particulière.

- **Le revenu et le coût d'utilisation: accessibilité financière**

Le revenu et le coût ont été combinés pour analyser l'accessibilité financière des services. Quoique peu facile à estimer dans notre contexte, l'effet du revenu sur le recours aux soins modernes s'est avéré réel. Dans notre échantillon, c'est parmi les plus pauvres qu'on retrouve une plus grande consommation des feuilles comme moyen de traitement; ce sont eux aussi qui recourent le plus au *houngan* et au charlatan pour se faire soigner. Ceci rejoint en partie le résultats de Trivedi (2002): dans sa modélisation économique de la demande en soins, ces formes d'auto-médication (surtout les feuilles) apparaissent comme des 'biens inférieurs' en ce sens que leur utilisation décroît avec une augmentation

du revenu. La *rigidité* des modalités de paiement dans le système moderne comparée à la *flexibilité* des autres traditions médicales entraîne un glissement de l'utilisation vers ces dernières quand il s'agit des gens à faible revenu. Ceci renforce l'idée que, selon USAID (1986), le revenu est une barrière importante au traitement chez les couches les plus défavorisées.

Une autre étude plus récente menée dans une zone urbaine en Haïti a montré que les gens avec revenu relativement élevé sont les plus grands utilisateurs des services de santé modernes (Masson, 2000).

Par ailleurs, les participants à l'étude semblent être disposés à payer pour se faire soigner, selon diverses déclarations. Mais, malgré cette apparente disposition des gens à investir dans leur santé, le coût de l'utilisation des services de santé modernes apparaît un élément non négligeable dans la compréhension du problème de sous-utilisation. En effet, il est vrai que la majorité des personnes qui ont consulté (10 personnes sur 17) ont trouvé le montant qu'ils ont payé plutôt 'raisonnable', mais en réalité, les personnes à faible revenu qui tombent malade ont tendance à utiliser les ressources les plus proches. Dans ce contexte, les feuilles, les vendeurs de médicaments et les *houngans* ou les médecins-feuilles sont les plus évidents parce qu'ils sont non seulement plus proches, mais aussi répondent à un critère qui leur est important, à savoir 'l'existence de facilité de paiement', comparée à la rigidité des modalités de paiement dans le système formel. Ceci ne concorde pas avec les affirmations de certains auteurs d'études comme Heller (1982), qui pense, sur la base d'une étude réalisée en Malaisie, que la demande pour les soins était indépendante du prix. Par contre, d'autres études ont montré que les coûts liés à l'utilisation constituent un déterminant majeur du choix de thérapie (Kroeger, 1988; Unicef, 1990).

Waddington et coll. (1990) ajoutent que les effets du coût des services et du niveau de revenu des personnes sur l'utilisation de ces services sont encore plus importants et même plus durables en milieu rural où se trouvent les ménages les plus pauvres.

- **Le caractère aigu ou chronique de la maladie**

Les ressources alternatives, notamment les *ressources mystiques* et les praticiens sont plus largement utilisées dans le cas des maladies chroniques. Kroeger (1983a) a obtenu des résultats similaires, dans une recherche anthropologique et socio-médicale portant sur les soins de santé dans divers pays en développement. Mais, dans la présente étude, c'est surtout l'échec d'un premier 'traitement moderne' qui suggère l'idée que la maladie n'est pas «simple» et que d'autres ressources doivent être consultées. C'est ce qu'a observé également Heggenhougen (1980) dans une étude réalisée en Malaisie.

- **Le bénéfice attendu du traitement**

L'efficacité attendue est un déterminant majeur du choix de traitement. Elle n'est cependant pas basée sur une connaissance réelle de la ressource à utiliser, selon les observations, mais de préférence, sur une expérience d'utilisation réussie d'une personne quelconque de la communauté. Les gens déclarent qu'ils vont utiliser la médecine moderne ou des ressources alternatives s'ils les anticipent efficaces pour la maladie existante. Des observations similaires ont été faites par Young (1981), au Mexique, Kloos (1990), en Éthiopie et Haddad et coll.(1995), en République de Guinée. En général, les personnes que nous avons interrogées attendent un résultat immédiat, mais qui n'arrive pas toujours comme ils le souhaitent après une consultation médicale. Alors ils jugent que les 'soins ne sont pas efficaces' (par manque de connaissance relative à leur problème et/ou en fonction du *référentiel* utilisé pour interpréter les propriétés

curatives de la médecine moderne), et ils réinterprètent la maladie pour décider du prochain recours qui est le plus souvent une 'ressource informelle'. Ainsi, l'efficacité attendue peut fournir quelques explications à la sous-utilisation des services de santé modernes à Ennery et Marmelade.

- **La disponibilité du personnel**

La littérature suggère que l'écoute et le temps accordé aux malades par les professionnels de la médecine moderne représentent une donnée fondamentale pouvant expliquer le fait que, non seulement les gens vont utiliser ces services initialement pour se faire soigner, mais aussi y reviendront la prochaine fois qu'ils tombent malade. En d'autres termes ces facteurs favoriseraient un glissement de l'utilisation vers les services de santé modernes (Bernhart et coll. 1999; Masson, 2000). Contrairement à ces résultats, dans la présente étude, la disponibilité du personnel du système formel, dans ses dimensions temporelle et psychologique, ne semble pas représenter un obstacle à l'utilisation des services. En effet, 13 des 17 personnes qui ont utilisé ces services étaient satisfaits de la durée et de la qualité de l'écoute. Par contre, l'aspect physique de la disponibilité (personnel présent au moment où la demande est exprimée) semble poser problème. Des personnes malades (2) et leurs proches ont dû faire face à l'absentéisme du personnel lors d'un épisode de maladie. Quoique peu fréquents, selon les répondants, ces cas d'absence de personnel au moment de la visite, doivent être pris en considération. En effet, il faut les considérer comme des *incidents critiques* se propageant rapidement dans la communauté. En conséquence, ils peuvent, soit entraîner de façon durable le recours aux soins alternatifs, soit occasionner *une sortie du système* (Ennery-Marmelade) vers des centres de santé ou des hôpitaux dans d'autres villes.

La disponibilité du personnel peut avoir un lien même partiel avec la sous-utilisation des services de santé dans la zone.

L'effet des autres variables comme le caractère sévère ou modéré de la maladie, la qualité perçue des services (selon les sous-dimensions retenues, tableau II) et l'acceptabilité semblent avoir peu de relation avec la sous-utilisation des facilités médicales disponibles qu'on avait anticipée initialement. En effet:

- le comportement d'utilisation des gens ayant souffert de maladie jugée sévère n'est pas différent de celui des gens dont la maladie était modérée, en termes de choix de ressources. Masson (2000) a fait la même observation et affirme que la perception de la personne malade ou de ses proches de la gravité de la maladie n'a d'effet que sur le délai d'attente pour la demande en soins (pour n'importe quel type de prestataire) ;
- les gens qui ont utilisé les services modernes n'ont pas porté de jugements négatifs par rapport à ses qualités;
- et, enfin, les gens semblent *accepter* la médecine moderne avec ses valeurs, ses techniques, ses représentants sans pour autant rejeter les connaissances traditionnelles. En d'autres termes, la rencontre entre un dispensateur moderne et un patient ne produit pas nécessairement de 'conflits', contrairement aux résultats de certaines études citées par Kroeger (1983a). Ceci est vrai même quand la distance sociale entre le patient et le dispensateur est évidente.

Cette démarche n'a pas permis de se prononcer, de façon explicite, sur la relation entre la sous-utilisation des services de santé modernes de la zone d'étude et la perception des gens de la qualité de ces services. Toutefois, elle permet d'identifier certains facteurs qui seraient associés à la sous-utilisation des soins modernes. En considérant, entre autres, la gamme de ressources que les gens utilisent et la faible proportion de ces gens qui recourent en premier au prestataire moderne (tableau IV), le *pluralisme médical* ('désorganisé') apparaît comme le facteur explicatif dominant. En effet, ce contexte d'alternatives thérapeutiques diversifiées est dominé par une situation de *concurrence* entre les différents systèmes et sous-systèmes des soins existants et le système formel de soins de santé n'est pas toujours en meilleure position.

Trevedi (2002) souscrit à cette idée à la suite d'une étude conduite au Vietnam, en soulignant que la très grande disponibilité et accessibilité des ressources alternatives peut être en partie responsable de la sous-utilisation des services de santé modernes.

5.2. Retour sur le cadre conceptuel

Cette recherche s'appuie sur le modèle de Kroeger, qui semblait le plus approprié compte tenu de l'objet et du contexte de l'étude. Ce cadre confronté au cas haïtien propose des réponses aux questions de recherche. En effet, on a observé qu'il n'y a pas une seule explication à la sous-utilisation des services de santé modernes à Ennery et Marmelade mais plusieurs facteurs interviennent. Ce cadre ne permet pas, en dépit de son caractère global, de savoir le poids relatif de chacune des variables indépendantes en regard des différents choix thérapeutiques. De plus, la variable 'absence de traitement' n'a pu être validée : on ne sait pas s'il s'agit d'une faiblesse du modèle ou d'une limite de la méthodologie employée ici. Ceci nous limite dans notre réflexion d'ensemble pour proposer des pistes d'action. Malgré les limites de la présente étude, elle suggère une modification qui pourrait être apportée au modèle de Kroeger, en y introduisant, dans la rubrique 'caractéristique des services', le concept de 'réorientation appropriée'. Ceci vient du fait que des répondants considèrent qu'ils reçoivent des services de qualité quand ils sont vite «référés», en cas de maladie dépassant la compétence du premier niveau de contact médical.

5.3. Limites de l'étude et recherches futures

Cette étude renferme des limites qu'il importe de souligner. La première limite est liée au fait que le mode de collecte des données par entrevue soit rétrospectif. Les participants ont été interrogés sur leur utilisation passée des services de santé: il peut donc y avoir un biais de mémoire. En effet, il est possible qu'ils ne se rappellent pas parfaitement les ressources utilisées, dans

quel ordre, pour quelles raisons, etc. Par contre, l'entrevue est appropriée dans le contexte pour documenter l'expérience de consommation des soins des utilisateurs, puisqu'il s'agit largement de ressources thérapeutiques informelles pour lesquelles il n'y a pas de données administratives.

Deuxièmement, les répondants, en général, ne sont pas trop habitués à être interviewés sur leurs conditions socio-économiques et leurs habitudes de vie ainsi que leurs pratiques de santé. De plus, le fait que l'interviewer soit médecin ayant travaillé dans les institutions (notamment le centre de référence) dont les services sont sous-utilisés a peut-être influencé les réponses. Il est donc possible que les réponses des participants soient empreintes de désirabilité sociale (ex. : ne pas déclarer les pratiques réelles de soins ou exagérer certaines situations comme leur niveau de revenu, etc.).

Troisièmement, compte tenu de la méthode de collecte de données retenue, nous avons utilisé un échantillon assez restreint (20 personnes) et dans une seule zone du pays. Ceci peut limiter la validité externe de l'étude. Par contre, la sélection des participants au hasard parmi la population de la zone vient atténuer cette limite.

Enfin, quatrièmement, malgré l'effort conscient de rendre objective la démarche par rapport aux *a priori* du chercheur, notre proximité et notre connaissance du terrain, peuvent aussi, en quelque sorte, affecter la validité interne des résultats obtenus. En effet, la «neutralité axiologique» de Weber (1992) dont le chercheur en sciences humaines doit faire preuve, est difficile à réaliser complètement dans la pratique. Un sujet ne peut regarder un objet avec une pure objectivité; le regard de chacun peut toujours être influencé par des prénotions culturelles ou autres (Dépelteau, 2000).

Ces limites ne semblent pas, cependant, remettre en cause fondamentalement les résultats obtenus dans cette étude, eu égard à leurs similitudes avec d'autres observations faites, au moyen de devis différents, dans divers contextes.

Compte tenu de ces limites, il serait utile, dans le futur, de réaliser des entretiens complémentaires auprès des professionnels impliqués dans la délivrance des soins au niveau des institutions de santé de la zone d'étude et auprès d'autres acteurs de ce système local de santé. Ces entretiens apporteraient sans doute d'autres informations concernant le recours aux services alternatifs et les raisons de sous-utilisation des services de santé modernes. On pourrait aussi bénéficier des avantages de l'interaction de groupe pour générer plus d'informations intéressantes au travers d'entrevues collectives ('focus group'). Il serait intéressant d'ajouter une étude quantitative (ex. : analyse des données administratives quant à la provenance des patients, à leur profil socio-démographique et aux types de problèmes de santé présentés) avec un échantillon plus large en vue d'une meilleure compréhension du problème de la sous-utilisation des facilités médicales modernes. Aussi, on pourrait répéter l'enquête auprès d'un plus grand échantillon et dans d'autres régions du pays. Enfin, il serait souhaitable, pour bien comprendre les parcours thérapeutiques, de suivre de façon prospective un certain nombre de personnes. On pourrait documenter en 'temps réel' les choix qui s'offrent à elles et les facteurs qui influencent leur décision de recourir à telle ou telle ressource. Bien sûr, une telle approche serait plus exigeante qu'une étude rétrospective.

5.4. Recommandations

Les conditions sanitaires en Haïti, comme présentées au début de ce document, sont très déficientes. Elles le sont encore plus dans les zones très rurales du pays qu'on désigne comme "**le pays en dehors**" selon Barthélemy (1989). Des services de santé (plus ou moins accessibles d'un certain point de vue) non

utilisés par une population en si mauvais état de santé commandent de faire quelque chose. En fait, à notre point de vue, ce n'est pas qu'il ne puisse exister des soins complémentaires, en dehors de la biomédecine, qui contribueraient au bien-être des patients. Au contraire, le système de soins (actuellement dominé par le paradigme biomédical) peut se développer selon une option pluraliste (structurée) qui vise l'intégration des divers niveaux d'intervention, comme l'a suggéré Slikkerveer (1982). Mais le niveau actuel de recours aux soins modernes à Ennery et à Marmelade ne permettra pas un gain de santé pour la population. On devra travailler à son augmentation. Pour ce faire, en s'inspirant des résultats de la présente étude et d'expériences menées ailleurs, on pourrait explorer des pistes comme:

- Prohiber la vente illégale de médicaments à travers des législations sévères avec des mécanismes de suivi appropriés (10 des 20 répondants ont recouru aux 'vendeurs de médicaments');
- Trouver un moyen de composer avec les *réels* tradi-praticiens pour les professionnaliser (favoriser la mise en place d'associations de médecins traditionnels par exemple) et les intégrer dans la lutte contre la vente illicite des médicaments et le charlatanisme comme certains pays d'Afrique ont fait (Masson, 200). Cette démarche pourrait constituer le point de départ d'une approche pluraliste (mais de façon structurée) de l'offre de services qui semble être incontournable dans notre système de soins;
- Intensifier les programmes d'éducation auprès des ménages et de la population en général. En effet, le recours à plusieurs sources de soins est aussi lié à un déficit d'information de la part des patients. En général, puisqu'ils sont incapables de déterminer avec une quelconque certitude lequel des prestataires en présence est capable de les guérir, alors ils font le va et vient entre eux. Ces campagnes d'information et d'éducation vont contribuer à rapprocher et à 'fidéliser' les utilisateurs aux sources de soins modernes disponibles.

Conséquemment, on pourra, par la suite, documenter le mieux possible leurs opinions, leurs perceptions des services et leurs pratiques d'utilisation (Haddad et coll.,1999).

- L'auto-thérapie demeure une pratique très répandue. Cocks et Moller (2002), dans une étude réalisée en Afrique du Sud, ont fait remarquer que 70% des personnes s'auto-soignent. L'OMS cité par Trivedi (2002) reconnaît, de façon explicite, que l'auto-médication joue un rôle important dans les systèmes de soins des pays en développement, et souligne que l'amélioration des connaissances générales et des statuts socio-économiques des populations ont favorisé son intégration avec succès dans les systèmes des soins de beaucoup de pays. Ainsi, les professionnels de la santé en Haïti pourraient aussi assister les ménages dans certaines formes d'auto-traitement en leur fournissant des informations pour le diagnostic et le traitement des petites affections au lieu de les laisser s'exposer à certaines pratiques dangereuses et non éthiques (ex.: utilisation d'excréments humain et animaux comme moyens de traitement, usage multiple de seringues pour des injections faites par des charlatans et achat d'antibiotiques, etc.). Cette stratégie rapprocherait les utilisateurs et les professionnels et renforcerait la relation de confiance entre eux.

La mise en oeuvre de l'ensemble de ces suggestions pourrait contribuer à promouvoir l'intérêt du public pour les bonnes pratiques de soins et ultimement favoriser une meilleure utilisation des services de santé modernes.

Chapitre 6

Conclusion

L'origine de cette étude provient du fait que les services de santé modernes, bien qu'ils soient disponibles, sont sous-utilisés à Ennery et Marmelade. Le but de l'étude était (1) d'identifier les différents recours (perceptions et pratiques) thérapeutiques des habitants pour soigner et interpréter leur maladie et (2) documenter les raisons de leurs choix de recours au regard de leur perception de la qualité des services offerts au niveau du système formel de prestation des soins de santé. Les résultats montrent qu'il n'y a pas une seule explication à la sous-utilisation, mais plusieurs facteurs interviennent. L'outil conceptuel utilisé dans le cadre de cette étude a permis de dégager une explication générale de la sous-utilisation des services de santé modernes. En effet, pendant longtemps, la médecine moderne qui s'est implantée n'a pas entretenu de bonne relation avec les patients. Aujourd'hui les institutions publiques de santé fonctionnent très mal. L'idée d'un *voyage à l'hôpital* a toujours été et est encore, pour le malade comme pour ses proches, une sorte de cauchemar. Cela s'explique par l'environnement globalement peu sain, à la fois sur le plan relationnel ou humain (arrogance et manque de compassion des prestataires), organisationnel (long temps d'attente, absentéisme du personnel, etc.) et sur le plan physique (mauvais état des infrastructures sanitaires, manque d'hygiène, etc.). Une telle situation n'est pas favorable à l'instauration d'une relation de confiance entre la médecine moderne (via ses représentants et ses structures de pratique) et la population. Les gens se sont donc tournés vers les traditions thérapeutiques de leurs ancêtres (qui existaient d'ailleurs avant l'arrivée des méthodes de soins occidentales) et vers d'autres ressources alternatives pour interpréter ou résoudre leurs problèmes de santé. Cela a duré des années. Il s'est donc construit une relation de confiance, qui demeure très forte, entre la population et ces traditions. En conséquence, il n'est pas possible qu'en trois ans, les services

nouvellement implantés à Ennery et Marmelade puissent briser, en dépit de leur 'bonne qualité perçue', cette relation de confiance. Ainsi, les services demeurent en *compétition* avec les autres traditions qui continuent d'absorber une large part de la population du territoire.

En conclusion, malgré les limites de cette étude exploratoire, les données qu'elle produit pourront constituer une explication (même provisoire) à des situations similaires en d'autres endroits du pays. Cette démarche sera toutefois tributaire du niveau de ressemblance entre le contexte de la présente recherche et les situations auxquelles on tentera d'en inférer les conclusions. En effet, pour reprendre Baumgart (1988), cité par Deslauriers et Kerisit (1997 p. 152):

Aucun village ('town') ne peut sans doute représenter tous les villages ('all of suburbia'), ni ne manque de traits particuliers susceptibles de le distinguer des autres lieux. Cependant, l'étude d'un seul village nous donne un moyen accessible de ramasser une information détaillée qui peut jeter une lumière ('offer insights') sur une grande variété d'ensembles analogues.

Au-delà de ses résultats et en particulier, de l'éclaircissement que cette étude a apporté pour ce qui a trait, en particulier, au rôle du pluralisme médical sur le processus d'utilisation, une réflexion d'envergure impliquant plusieurs disciplines scientifiques est nécessaire pour mieux comprendre ce problème dont l'enjeu pour la santé publique en Haïti n'est pas le moindre. Cette démarche offrira la possibilité d'articuler des rapports plus positifs entre les professionnels de la santé, les praticiens des médecines traditionnelles et les populations.

Bibliographie

Adam, P., Herzlich, C. (1994) «Santé, maladies et leurs interprétations culturelles et sociales». In *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Édition Nathan, Paris, Chap. 4, p.57-73.

Akin, J.S., Griffin, C.C., Guilkey, D.K., Popkin, B.M. (1986) «Demand for Adults out patients services in the Bicol region of the Philippines». *Social Science and Medicine*, 22 (3) : 321-328.

Amoa, A.B., Ofori-Adjei. (December 1990) «Baseline survey for implementation of Bamako Initiative in Ghana». *UNICEF Bamako Initiative Technical Report*. New York.

Andersen, R., Newman, J.F. (1973) «Societal and individual determinants of medical Care Utilization in the United States». *Milbank memorial Fund Quarterly/ Health and Society*, 51 : 95-124.

Barnes-Josiah, D., Myntti, C., Augustin, A. (1998) «The 'three delays' as a framework for examining maternal mortality in Haiti». *Social Science and Medicine*, 46 (8): 981-993.

Barthélemy, G. (1989) «Le Pays en Dehors : essai sur l'univers rural haïtien». Éditions Henri Deschamps, Port-Au-Prince, Haïti.

Bayley, W., Phillips, D.R. (1990) «Spatial Patterns of use of health services in the Kingston Metropolitan area, Jamaica». *Social Science and Medicine*, 30 (1) : 1-12.

Belcher, D.W., Newman, A.A; Wurapa, F.K. (1976) «A household morbidity survey in rural Africa» . *International Journal of Epidemiology*, 5 : 113-120.

Ben Youssef, A. (1974) «Utilization of health services in developing countries-Tunisia». *Social Science and Medicine*, 8: 287-305.

Berg, H.; Kroeger, A.; Perez Samawiego, C.; Zurita, A. (1988) «Illness perception and use of health services in north-est Argentina». *Health Policy and Planning*, 3 (2) : 109-118.

Bernhart, M.H., Pohan, I., Wiadnyana, I.G.P., Wihardjo, H. (1999) «Patient satisfaction in developing countries». *Social Science and Medicine*, 48 : 989-996.

Blanchet, A. (1997) « Dire et faire dire: l'entretien» 2^{ème} Éd. Armand Colin, Paris.

Brodeur, J.-M. (1984) «L'utilisation des services dentaires chez les personnes âgées». Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal. Canada.

Caldwell, J., Gajanayake, I., Caldwell, P., Peiris, I. (1989) «Sensitization to illness and the risk of death: an explanation for Sri Lanka's to good health for all». *Social Science and Medicine*, 28 (4) : 365-379.

Cocks, M., Moller, V.(2002) «Use of indigenous and indigenised medicines to enhance personal well-being : a south African case study». *Social Science and Medicine*, 54 : 387-397.

Colson, A.C. (1971) «The differential use of medical resources in developing countries». *Journal of Health and Social Behavior*, 12 : 226-237.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., Boyle, P. (1990) «Savoir préparer une recherche : La définir, la structurer, la financer». Presse de l'Université de Montréal, Canada.

Coreil, J. (1983) «Allocation of family resources for health care in rural Haiti». *Social Science and Medicine*, 7 (11) : 709-719.

Degefa, A. et coll., Etea, A., Kloos, H. (1987) «Illness and health behavior in Addis Ababa and rural central Ethiopia». *Social Science and Medicine*, 31 (2) : 101-114.

Dépelteau, F. (2000) «La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats». Les Presses de l'Université Laval, Canada.

Deslauriers, J.-P., Kérisit, M. (1997) «Le devis de recherche qualitative». In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A.P. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville, Gaëtan Morin, Éd.

Diao, M.; Unger, J.P. (1990) «From Bamako to Kolda : A case study of medicines and the financing of district health services». *Health Policy and Planning*, 5 (4): 367-377.

Donabedian, A. (1980) «The Definition of Quality and Approaches to its Assessment». Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press.

Du Toit, B. (1998) «Modern folk medicine in South Africa ». *South African Journal of Ethnology*, 21 (4) : 145-152

Dubois, C.-A., Galand, C., Ghanem, A. (1998) «Analyse des relations inter-organisationnelles dans le Secteur Haïtien de la santé : le cas du 'Far-West'». *Initiative Développement*, Haïti.

Dussault, G. (1996) «L'analyse du système de santé : Un cadre Conceptuel». *Cours délivré à la maîtrise en Administration des Services de Santé à l'Université de Montréal*. Document Manuscrit.

Egunjobi, L. (1983) «Factors influencing choice of hospital : a case study of the northern part of Oyo state, Nigeria». *Social Science and Medicine*, 27 (7) : 721-735.

Enders, W.T. (1981) «Subjective evaluation and Utilization of hospitals by low income urban residents in Porto Allegre, Brésil». *Social Science and Medicine*, 15d : 525 – 536.

Enyimayew, K.A.; Waddington, C.J. (1989) «A Price to pay : the impact of User charges in Ashanti-Akin district, Ghana». *International Journal of health planning and management*, 4 : 17-47.

Enyimayew, K.A.; Waddington, C.J. (1990) «A Price to pay, part 2 : The impact of User charges in the Volta Region of Ghana». *International Journal of health planning and management*, 5 : 287-312.

Fabbrega, H. (1973) «Toward a model of Illness Behavior». *Medical Care*, 11 : 470-484.

Fabrega, H. (1977) «Perceived illness and its treatment. A naturalistic study in social medicine». *British Journal of Preventive Medicine*, 31 : 213-1-219.

Fassin, D., Brousselle, C. (1991) «Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique, Problèmes Méthodologiques». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 39: 89-99.

Fassin, D., Jeanne, E., Cebe, D., Reveillon, M. (1988) «Sociocultural differentiation in access to health care in urban Africa». *International Journal of Epidemiology*, 17 : 858-864.

Forrest, C.B., Starfield, B. (1998) «Entry Into Primary Care and Continuity: The Effects of Access» . *American Journal of Public Health*, 88 (9) : 1330-1336.

Foster, G.M. (1977) «Medical anthropology and international health planning». *Social Science and Medicine*, 11 : 527-534.

Gauthier, F. (1987) «La validité d'une recherche portant sur des pratiques éducatives». Montréal, faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal. Canada.

Gesler, W.M. (1979) «Illness and health practitioner use in Calabar, Nigeria». *Social Science and Medicine*, 13d : 23-30.

Gish, O. (1990) «Some links between successful implementation of primary health care utilization and the overall utilization of health services». *Social Science and Medicine*, 30 (4) : 401- 405.

Glick, D.C., Gordon, A., Haba, F., Ward, W. B. (1989) «Malaria treatment practice among workers in Guinea». *Journal of Health and Social Behavior*, 30 : 421-435.

Goyette, G., Boutin, G., Lessard-hébert, M. (1990) «La recherche qualitative. Fondements et pratiques». 2^{ème} Éd. Éditions Nouvelles. Montréal, Canada.

Graves, T.D., Woods, C.M. (1976) «The process of medical change in a highland Guatemala town». In *Medical Anthropology*, GrollingHayley Éds, Mouton Publishers.

Green, E.C. (1985) «Traditional healer, mothers and childhood diarrheal disease in Swaziland : the interface of anthropology and health education». *Social Sciences and Medicine*, 20 (3) : 277-285.

Haddad, S. (1992) «Utilisation des services de santé en pays en développement : une étude dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre». *Thèse de doctorat publiée*, Université Claude Bernard, Lyon. France.

Haddad, S., Fournier, P., Potvin, L. (1995) «Participation communautaire, mobilisation sociale et soins de santé primaires en République de Guinée. Projet 1 : Mesure de la qualité des services de santé - Perspectives de la communauté. Rapport final». Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, Unité de santé Internationale, Rapport R95-01.

Haddad, S., Remondin, M., Roberge, D., Potvin, L., Pineault, R. (1999) «Évaluation de la qualité des soins par les utilisateurs de services. Développement et validation d'un instrument de mesure destiné à des services ambulatoires». Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, secteur santé publique, Rapport R99-02.

Health Research For Action (HERA) (1999) «Évaluation à mi- parcours de la stratégie d'appui de l'union Européenne au secteur de Santé en Haïti». *Rapport Provisoire*.

Heggenhougen, H.K. (1980) «The utilization of traditional medicine. A malaysian exemple». *Social Science and Medicine*, 14b: 39-44.

Heller, P.S. (1982) «A model of demand for medical and health services in Peninsular Malaysia». *Social Science and Medicine*, 16: 267-284.

Hess, S. (1983) «Domestic Medicine and Indigenous Medical Systems in Haiti – Culture and Political Economy of Health in a Desemic Society». Thèse de doctorat. Département d'Anthropologie, Université McGill. Montréal. Canada.

Hielscher, S., Sommerfeld, J. (1985) «Concepts of illness and the utilization of health care services in a rural Malian village». *Social Science and Medicine*, 21: 469-481.

Hogh, B., Petersen, E. (1984) «The basic health care system in Botswana : a study of the distribution and cost in the period 1973-1979». *Social Science and Medicine*, 19 (8) : 783-792.

Huberman, M.A., Miles, M.B. (1991) «Analyse des données qualitatives, Recueil de nouvelles Méthodes». Collection Pédagogies et Développement, Méthodologie de la recherche, Bruxelles: De Boëck Université.

Igun, U.A. (1979) «Stages in health seeking : a descriptive model». *Social Science and Medicine*, 13a : 445-456.

Institut Haitien de l'Enfance (1995) «Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS II)». *Rapport réalisé avec la collaboration de Cayemittes M., Rival, A., Barrère, B., Lerebours, G., Gédéon, M.A.*

Janzen, J. (1978) «The quest for Therapy in lower Zaire». University of California Press, Berkely: 266 pp.

Kaona, F.A.D., Mushangam, M., Siziya, S. (1990) «The problems of social survey in epidemiology : an experience from a Zambian rural community». *African Journal of Medicine and Medical Science*, 19 (3b) : 219-224.

Keith, P.M. et Wickrama, K.A.S. (1990) «Use and Evaluation of health services by women in a developing country : Is age important?». *The Gerontologist*, 30 (2) : 262-268.

Kloos, H. (1990) «Utilization of selected hospitals, health centers and health stations in Central, Southern and Western Ethiopia». *Social Science and Medicine*, 31 (2) : 101-114.

Kroeger, A. (1983b) «Health Interview Surveys In Developing Countries: A Review of The Method And Results». *International Journal of Epidemiology*, 12 (4) : 465-478.

Kroeger, A. (1985) «Erreurs de réponse et autres problèmes liés aux enquêtes sanitaires par interrogatoire dans les pays en développement». *World Health Statistics Quarterly*, 38.

Kroeger, A. (1983a) «Anthropological and Socio-Medical Health Care Research in Developing Counties». *Social Science and Medicine* 17 (3) :147-161.

Laë nec, H. (1993) «Les mystères du Vaudou». Paris, Gallimard.

Lang, T., Lafaix, C., Fassin, D. et coll. (1986) «Acute respiratory infections. A longitudinal study of 151 children in Burkina Faso». *International Journal of Epidemiology*, 15 : 553-561.

Lasker, J.N. (1981) «Choosing among therapies: illness behavior in the Ivory Coast». *Social Science and Medicine*, 15a: 157-168.

Lesly, C. (1980) «Medical pluralism in world perceptive». *Social Science and Medicine*, 14b : 191-195.

Leydecker, M., Philip, R.L., Sylverman, M. (1982) « Prescription for death, the drugging of the third word ». University of California Press, California.

Mahamadou, T. (1995) «Utilisation des services de santé dans les pays en développement: le cas des services de vaccination au Mali ». Thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal, Montréal. Canada.

Masson, C. (2000) «Facteurs influençant l'utilisation des services de santé modernes : le cas de Haïti» *Mémoire de maîtrise*, HEC - Université de Montréal, Montréal. Canada.

Meesook, O.A. (1984) «Financing and Equity in the Social Sector in Indonesia. Some policy options». *World Bank Staffing papers*.

Ministère de la Santé Publique et de la Population- Haïti - (1998) «Politique Nationale de Santé».

Mwabu, G.M., (1986) «Health care decision at the household level: results of a rural health survey in Kenya» *Social Science and Medicine*, 22 (3) :315-319.

Nnadi, E.E., Kabat, H.F. (1984) «Choosing Health care services in Nigeria: a developing nation». *Journal of Tropical Medicine and hygiene*, 87 : 47-51.

Okafor, S.I. (1983) «Factors affecting the frequency of hospital trips among a predominantly rural population». *Social Science and Medicine*, 17 (9) : 591-595.

OMS/OPS (1999) «Situation sanitaire en Haïti».

Phillips, D.R. (1990) «Health and health care in the third world». *Longman Scientific and Technical* . Longman House, Burnt Mill, Harlow, Essex, 334 pp.

Poland, B.D., Taylor, S.M., Hayes, M.V. (1990) «The ecology of health services utilization in Grenada, West Indies». *Social Science and Medicine*, 30 (1) : 13-24.

Popay, J., Rogers, A., Williams, G. (1998) «Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research». *Qualitative health Research*, 8 (3) : 341-351.

PRODEVA (Septembre,1999) «Rapport annuel d'activités».

Raccourt, C.P. (1999) «Haïti : quelle santé pour un des pays les plus pauvres de la planète» *Revue de Médecine Tropicale*, 59 (2): 129-136.

Sauerborn, R., Nougara, A., Diesfeld, H.J. (1989) «Low utilization of Community Health Workers: Results from a household interview survey in Burkina Faso». *Social Science and Medicine*, 29 (10): 1163-1174.

Slikkerveer, L.J. (1982) «Rural health development in Ethiopia. Problems of utilization of traditional healers». *Social Science and Medicine*, 7: 1859-1872.

Stok, R. (1987) «Understanding health care behavior. A Model, together with Evidence from Nigeria». In *health and Disease in Tropical Africa*, Raï Akhtar Ed., Harwood Academic Publishers, pp. 279-292.

Task Force Lard Haïti (1997b) «Analyse du Secteur de la Santé en Haïti : Stratégie pour un appui de la Commission Européenne». Commission Européenne, Port-Au-Prince.

Thouez, J.M. (1981) «Facteurs associés avec l'utilisation des soins de santé en milieu rural». *Social Science and Medicine*, 15: 379-387.

Trivedi, P.K. (2002) «Patterns of Health Care Utilization in Vietnam: Analysis of 1997-98 Vietnam Living standards Survey Data». World Bank, Working paper No 2775, Health & Population/Poverty/Social Development.

UNICEF (Avril, 1990) «Revitalisation des SSP/SMI. Initiative de Bamako. Rapport d'activités présenté au conseil d'administration de l'UNICEF en 1990». UNICEF.

USAID/KINSHASA (1986) «Étude sur le financement des zones de santé au Zaïre». Project Reach: 62 pp.

Van der Maren, J.M. (1996) «Méthode de recherche pour l'Éducation». 2^{ème} Édition, PUM. Montréal, Canada.

Vogel, R. J. (1988) «Cost Recovery in the health care sector. Selected country studies in West Africa». *World Bank Technical papers no. 82* : 192 pp.

Voltaire, H.-C. (1999) «Les Unités Communales de Santé : Principes et Orientations Stratégiques». Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti.

WahidSaeed, A.A. (1984) «Utilization of primary health services in Port Sudan». *Tropical and geographical Medicine*, 36 : 267-272.

Weber, M. (1992) «Essai sur la théorie de la science». Paris, Plon.

Wolffers, T. (1988) «Illness Behavior in Sri Lanka: Results of a survey in two Sinhalese communities». *Social Science and Medicine*, 27 (5): 545-552.

Wong (1987) «Accessibility, quality of care and prenatal care use in the Philippines».». *Social Science and Medicine*, 24 (11): 927-944.

World Bank (Mai 1999) « Socio-economic differences in health, nutrition and population in Haiti». *HNP/Poverty thematic Group*.

Yates, F. (1981) «Sampling methods for censuses and surveys». 4^{ème} Ed. Londres : Charles Griffin et coll., Editeurs.

Yoder, R.A. (1989) «Are people willing and able to pay for health services». *Social Science and Medicine*, 29 (1) : 35-42.

Young, A. (1973) «The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care». *Social Science and Medicine*, 17 (16) : 1205-1211.

Young, J.C. (1981) «Non use of physicians : Methodological approach, policy implementations and the utility of decision Models». *Social Science and Medicine*, 15b : 499-507.

**ANNEXE A : TABLEAU DE CORRESPONDANCE ENTRE
LES VARIABLES RETENUES ET LES QUESTIONS
D'ENQUÊTE.**

ANNEXE A: TABLEAU DE CORRESPONDANCE ENTRE LES VARIABLES RETENUES ET LES QUESTIONS D'ENQUÊTE.

<i>Niveau d'éducation</i>	<p>7'. Niveau d'éducation ? : nombre d'années d'études (réf. : dans ce contexte, savoir lire et écrire : pas du tout, passablement, bien, très bien)</p>
<i>Adaptation culturelle</i>	<p>9. Avez-vous déjà quitté la zone ou vécu en d'autres places?</p> <p>10. Si oui, où et pendant combien de temps?</p> <p>11. Possédez-vous un appareil de radio à la maison?</p> <p>12. Avez-vous déjà écouté des émissions sur la santé?</p> <p>13. Avez-vous déjà regardé des programmes sur la santé à la télévision?</p> <p>14. Avez-vous déjà assisté à des réunions faites par les personnels de la santé (Médecin, Infirmière, Auxiliaire, Agent de santé Communautaire) au cours desquelles on a parlé des maladies et de la santé?</p> <p>15. Si oui, est-ce que ces réunions vous aident à savoir qui consulter quand vous ou un membre de votre famille tombez malade?</p>
<i>Interaction familiale et réseau social</i>	<p>30. Avez-vous pris cette décision seul(e)? ou avez - vous eu des conseils?</p> <p>31. Si vous avez eu des conseils, de quelle(s) personne(s) (réf. : parents, voisins, amis, confrères religieux)?</p>
<i>Revenu</i>	<p>16. Que faites-vous actuellement pour gagner votre vie? (réf. : cultivateur, éleveur, enseignant, petit commerce, autres)</p> <p>17. Depuis combien de temps le faites-vous?</p> <p>18. Qu'est-ce que vous faisiez avant?</p> <p>19. Est-ce que cette activité vous permet de subvenir aux besoins de votre famille?</p> <p>20. Recevez-vous du soutien financier de parents vivant en pays étrangers ou dans d'autres villes d'Haïti ?</p> <p>21. Comment jugez-vous votre situation économique en général (réf. : difficile, plus ou moins satisfaisante, satisfaisante)?</p>

¹. Les questions 1 à 6 et 8 servent à identifier le répondant et à obtenir des informations concernant la composition de sa famille.

(SUITE 1) TABLEAU DE CORRESPONDANCE ENTRE LES VARIABLES RETENUES ET LES QUESTIONS D'ENQUÊTE

<i>Chronique ou aiguë</i>	<p>22. Qui dans votre famille a été malade la dernière fois?</p> <p>23. Quand est-ce?</p> <p>24. Combien de temps cette maladie a-t-elle duré?Jours.Semaines.Mois.....Années.</p> <p>25. D'après vous, de quelle maladie s'agissait-il?</p>
<i>Sévérité</i>	<p>26. D'après vous, cette maladie était-elle grave?</p> <p>27. Pourquoi?</p> <p>34, 41 et 47. Croyez-vous qu'il était probable que des complications surviennent si le problème n'était pas traité?</p> <p>33, 40, 46. Et comment la maladie a-t-elle évolué?</p>
<i>Étiologie attribuée</i>	<p>28. D'après vous, quelle serait la cause de cette maladie?</p>
<i>Bénéfices attendus du traitement</i>	<p>32. Pouvez-vous me dire pourquoi ce choix a été fait ?</p> <p>35, 42, 48. Êtes-vous satisfait du traitement?</p> <p>36, 43, 49. Pour quelle(s) raison(s) ?</p>
<i>Satisfaction</i>	<p>55. (Si la personne est allée au dispensaire ou au centre de référence), comment avez-vous trouvé la qualité du service? Bonne ou mauvaise?</p> <p>56. Pouvez-vous me dire pourquoi ? (réf. : médicaments, équipements, habileté du personnel et compétence perçue, courtoisie et accueil...).</p> <p>60. Qu'est-ce qui devrait être amélioré (ou fait) pour que les gens consultent plus le dispensaire ou le centre?</p>

(SUITE 2) TABLEAU DE CORRESPONDANCE ENTRE LES VARIABLES
RETENUES ET LES QUESTIONS D'ENQUÊTE

<i>Coût de l'utilisation</i>	<p>57. Pour les soins qui ont été donnés, comment jugez-vous ce que vous avez payé? (ref.: raisonnable, un peu cher, très cher)</p> <p>58. En plus des dépenses de consultation et de médicaments, est-ce que cette maladie occasionne d'autres dépenses ou vous fait perdre de votre revenu? Si oui, Expliquez?</p>
<i>Disponibilité du personnel</i>	<p>59. Est-il déjà arrivé à vous ou à quelqu'un que vous connaissez d'aller au dispensaire ou au centre et de ne pas trouver du monde pour répondre à vos problèmes ?</p>
<i>Acceptabilité des services</i>	<p>53. Pensez-vous qu'il y a des aspects de la maladie en question pour lesquels les soins donnés au dispensaire ou au centre ne seraient pas efficaces?</p> <p>54. (Si la personne a eu recours à plusieurs prestataires), Avec laquelle de ces ressources-là avez-vous été le plus à l'aise? Pourquoi?</p>
<i>Ressources thérapeutiques</i>	<p>29. Qu'est-ce que vous ou la personne qui était malade avez fait en premier pour traiter cette maladie? (réf.: tradi-praticien, houngan, dispensaire ou centre de référence, achat de médicaments, injections, abstention, auto traitement, autres)</p> <p>37. Avez-vous eu recours à d'autre(s) ressource(s) ?</p> <p>38. Si oui, la ou laquelle(s)?</p> <p>39. Pour quelle(s) raison(s) ?</p> <p>44. Qu'est-ce que vous avez fait d'autres ?</p> <p>45. Pouvez-vous me dire pour quelles raisons vous avez fait ce choix?</p> <p>50. (Si la personne n'est pas allée au dispensaire ou au centre de référence), Connaissez-vous l'existence du dispensaire ou du centre?</p> <p>51. Avez-vous pensé à aller au centre?</p> <p>52. Qu'est-ce qui a fait que vous n'y êtes pas allé ?</p>
<i>Prochains recours</i>	<p>61. Si vous ou un membre de votre famille tombez malade demain, qui allez-vous consulter? Et pourquoi?</p>

ANNEXE B : LEXIQUE DES CODES

ANNEXE B : LEXIQUE DES CODES

01. Groupes d'âge = 18-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50 et plus
02. Lire et écrire pas du tout = 0 année de scolarité cumulée
03. Lire et écrire passablement = Moins de six années de scolarité cumulées
04. Lire et écrire bien = Six années de scolarité cumulées ou plus
05. Subir influence culturelle = Avoir appareil radio à la maison, a vécu dans des villes, a voyagé beaucoup
06. Décision collective = Décision médicale discutée soit par parents, amis ou voisins
07. Décision individuelle = Décision médicale prise seule par la personne malade
08. Avoir un revenu très faible = Ne peut pas répondre aux besoins de la famille
09. Avoir un revenu faible = Répondre difficilement aux besoins de la famille
10. Revenu suffisant = Répondre aux besoins de la famille
11. Maladie Chronique = maladie évoluant depuis plus de 4 semaines
12. Maladie aiguë = Maladie évoluant depuis moins que 4 semaines
13. Maladie sévère = Qui ne se guérit pas seule ou qui laisse des séquelles graves
14. Maladie modérée = Se guérit seule, n'implique pas d'alitement
15. Maladie naturelle = Peut être guérie avec ou sans remèdes
16. Maladie surnaturelle = Ne se soigne ni au moyen des thés, ni par la médecine
17. Traitement efficace = Qui induit la guérison
18. Service de bonne qualité = Qui fournit bon accueil, donne des médicaments et entraîne la guérison
19. Service cher = Que le patient juge cher
20. Service un peu cher = Que le patient juge un peu cher

21. Service raisonnable = Que le patient trouve raisonnable
22. Personnel disponible = Être présent et prendre le temps pour écouter
23. Service acceptable = Se donne avec respect, ne provoque pas de conflit
24. Ressource thérapeutique = Ce que la personne malade utilise pour soigner
25. Satisfait du traitement = Être bien traité et guéri
26. Prochain recours = Soins qui sera utilisé en 1^{er} si la maladie arrive demain
27. Autres dépenses = Faites pour autres choses que médicaments et consultation
28. Maladie 'docteur' = Pour laquelle la bio-médecine est compétente
29. Maladie 'feuilles' = Se soigne sans l'intervention de la médecine moderne
30. Être plus à l'aise avec un dispensateur = Apprécier la communication, comprendre les explications qu'il donne
31. Connaître les 'centres' = Connaître l'existence du dispensaire et du centre de référence
32. Cause attribuée = Facteur naturel ou surnaturel responsable de la maladie
33. Émission santé = Émission de radio à caractère éducatif portant sur la santé et la maladie
34. Occupation principale = Activité qui permet de vivre
35. Autres occupations = Activité qui apporte revenu additionnel
36. Auto-traitement = Thé, bains spéciaux, comprimés ou autres produits pharmaceutiques achetés et consommés, sans lien avec un dispensateur
37. Service de mauvaise qualité = N'est pas suivi de guérison
38. Bio-médecine compétente = Peut guérir la maladie en question
39. Bio-médecine non compétente = Ne peut guérir la maladie en question
40. Bio-médecine a une compétence relative = Peut aider en partie à guérir la maladie en question
41. Praticien traditionnel = Médecin utilisant ses mains et les feuilles pour soigner
42. Houngan = Prêtre vaudou qui guérit par puissance surnaturelle
43. Être satisfait pour médicaments = avoir reçu sur place les médicaments pour

le traitement

44. Être satisfait pour accueil = Avoir reçu un bon accueil
45. Être satisfait pour la guérison = Être rétabli après la consultation
46. Soignant compétant = Qui consulte bien et prescrit les bons médicaments
47. Soignant non compétant = qui consulte pas bien et ne prescrit pas les bons médicaments
48. Vendeurs de médicaments = Boutiquier ou marchand ambulant qui vend les remèdes
49. Personnel non disponible = Être absent lors de la consultation
50. Absence de traitement = N'a eu recours à aucune ressource lors de la dernière maladie
51. Charlatan/piqûriste = Personne sans formation médicale donnant des soins de la médecine moderne (*injections*, pansements, solutés, etc.)
52. A recouru au support spirituel = Session de prière, jeûne spirituel en quête de guérison.