



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Equidade de Gênero nos Serviços de Saúde no Haïti

Équité de Genre dans les Services de Santé en Haïti

Nadège Jacques

Orientadora: Professora Dra. Stela Nazareth Meneghel

Copyright ©

2016

Jacques, Nadège.

Equidade de Gênero nos Serviços de Saúde no Haiti/Nadège Jacques;
orient. Stela Nazareth Meneghel. -2015... f. : Il color.

Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
Porto Alegre. BR. RS, 2015.

1. Equidade de gênero 2. Equidade e integralidade.

Catálogo Biblioteca da Enfermagem / UFRGS

PORTO ALEGRE

Janeiro 2016



Equidade de Gênero nos Serviços de Saúde no Haïti

Nadège Jacques

Orientadora: Professora Dra. Stela Nazareth Meneghel

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do título de mestre.

Porto Alegre

Julho 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. José Geraldo Damico – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Joyce Mendes Schramm – FIOCRUZ

Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel (orientadora) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**A ma mère Lisette et ma tante Evena Bélizaire
qui toutes deux, ont fait de moi celle que je suis
devenue aujourd'hui et qui veillent encore sur
moi de là-haut.**

Merci à tous les membres de ma famille pour leurs amours et soutiens de toujours.

Mes remerciements vont spécialement à :

Roger Ceccon Flocon

Doutorante em Saúde coletiva (UFRGS)

Ian Danilevicz

Etudiante em estatísticas (UFRGS)

A tous mes collègues du cours d'Épidémiologie (TRIPATITE) en Haïti pour leurs précieuses aides d'enquêteurs.

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 – Variables démographiques, d'accès et de qualité, Haïti, 2013

Tableau 2- Distribution des variables d'accès aux services de santé, Haïti, 2013

Tableau 3 – Distribution de variables de qualité : préjugé, Haïti, 2013

Figure 1. Temps de marche pour arriver aux services de santé par région, Haïti, 2013

Sommaire

RÉSUMÉ.

1. JUSTIFICATION ET DÉFINITION DU PROBLÈME	
1.1 Santé des Femmes.....	3
1.2 Équité de genre dans le cadre de soins de santé.....	5
2. OBJECTIF GENERAL.....	9
2.1 Objectifs Spécifiques.....	9
3. Présentation en brève de la république d’Haïti.....	10
4. POLITIQUE ET SYSTÈME DE SANTÉ HAÏTIEN	
4.1 Politique Nationale de Santé.....	14
4.2 Système de santé.....	16
4.3 Evaluation du Système de santé.....	18
5. METHODOLOGIE.....	20
5.1 Scène de recherche.....	20
5.2 Sujets de recherche.....	21
5.3 Sources d’informations et Génération de données.....	21
5.4 Analyse des données	23
5.5 Considérations éthiques.....	24
6. Resultats	
6.1 Chemin de la recherche.....	25
6.2 Article quantitatif.....	29
Resumé.....	29
Introduction.....	30
Méthodologie.....	33
Résultats.....	34
Discussions.....	39
Considerations finales.....	44
Références.....	45
6.3 Article qualitatif.....	48

Résumé.....	48
Introduction.....	49
Méthodologie.....	52
Résultats.....	53
Discussions.....	54
Considerations finales.....	57
Références.....	58
7. ANNEXE.	
7.1 Annexe I.....	61
7.2 Annexe II.....	62
7.3 Annexe III.....	63
7.4 Références.....	72

1. JUSTIFICATION ET DÉFINITION DU PROBLÈME

1.1 La santé des femmes

Dans le contexte mondial, depuis la 1ère Conférence mondiale sur le statut des femmes à Mexico en 1975, plusieurs rencontres et conférences ont marqué le besoin d'élaborer des politiques et des programmes de soins pour les femmes sous le prisme de l'égalité des sexes. Les conférences ont été d'une extrême importance pour que les inégalités et les injustices perpétrées contre les femmes ne soient plus traitées comme une affaire privée et qu'elles soient considérées comme un problème public, une question de droits humains et de recherche d'équité sur laquelle les États doivent assumer leur responsabilité.

La mise en problème des inégalités entre les sexes dans la société s'est généralisée et, au cours des dernières années, dans plusieurs pays, des prévalences élevées d'inégalités ont été identifiées (Ellsberg, 2008). Les rôles dévolus aux femmes et aux hommes, l'inégalité des relations entre les sexes interagissent avec d'autres variables sociales, économiques et se traduisent par des situations différentes, parfois inéquitables, pour ce qui concerne l'exposition aux problèmes de santé, l'accès à l'information et aux services de soins et l'utilisation de ces derniers. Ces différences ne sont pas évidemment sans conséquences pour la santé. Les données attestant des liens multiples qui existent entre l'appartenance sexuelle et la santé ne cessent de s'accumuler (OMS, 2002).

A ce cadre est accru d'autres vulnérabilités, telles que la féminisation du VIH/Sida; la traite des femmes et des filles pour l'exploitation sexuelle à des fins commerciales; la prostitution des filles en situation économique précaire, l'augmentation de la mortalité féminine en raison de l'avortement et l'accouchement à risque; la mauvaise qualité de la santé des femmes pauvres ainsi que la difficulté d'accès aux services; la violence répartie dans tous les secteurs; les institutions sociales et l'idéologie de genre comme un mécanisme pour maintenir l'oppression et la soumission de la femme.

Au Brésil, la Politique Nationale de Soins Intégraux à la Santé des Femmes, à partir de la proposition du Système Unique de Santé (SUS), est alignée sur les principes d'intégralité, d'équité et d'universalité et considère le genre comme une catégorie transversale aux programmes et services (BRASIL, 1984).

Le 2ème Plan National de politiques des femmes, établi en 2008, propose une intervention publique de caractère multisectoriel pour développer des actions qui: 1) combattent les inégalités et

les discriminations de genre; II) combattent dans les normes sexistes encore présentes dans la société brésilienne; III) promeuvent l'autonomisation des femmes; et IV) assurent une participation qualifiée et humanisée à toutes les femmes et dans toutes les institutions sociales (BRASIL, 2008).

En Haïti, la Politique Nationale de Santé définit un ensemble d'options visant à améliorer la situation sanitaire de la population et de l'adapter aux exigences de développements du pays en fonction du niveau actuel de santé de la population, de ses déterminants et du degré de développements du Système National de Santé (MSPP, 2012).

Les soins spécifiques donnés aux femmes se réfèrent principalement à la santé maternelle. En 2008, le Ministère de la Santé Publique et Population a lancé le programme de soins obstétricaux gratuits pour garantir l'accessibilité économique de ces services aux femmes défavorisées et marginalisées, faisant de la santé maternelle la porte d'entrée pour la réforme du système de santé (MSPP, 2008).

Cependant, le manque d'accès à l'information et à la formation relative aux droits reproductifs se fait sentir. Rare sont les programmes de santé qui intègrent une perspective de genre et de renforcement du pouvoir de négociation sexuelle des femmes et des filles. La reconnaissance limitée des droits reproductifs dont, l'interruption volontaire des grossesses non désirées est illégale en Haïti, l'absence de politique publique à l'égard de la violence sont autant de points qui méritent d'être pris en compte dans le processus d'équité de genre dans les services de santé.

1.2. L'équité de genre dans le cadre des soins de santé

Le principe de l'équité renvoie à la compréhension qu'il existe des individus ou des groupes populationnels plus vulnérables en raison de leur condition socioéconomique ou une autre condition spécifique et que, pour cela, ils doivent avoir la priorité dans les processus d'intervention étatique (Silva e Lima, 2005). Ainsi, le principe de l'équité définit que des groupes sociaux distincts

comme les femmes, les enfants, les personnes âgées, peuvent avoir des besoins de santé différents, impliquant des demandes d'action gouvernementale également différenciées (Mello et al., 2011)

Le concept de genre est originaire des sciences sociales et se réfère à la construction sociale du sexe, le distinguant de la dimension biologique qui désigne le mot sexe uniquement dans la caractérisation anatomique et physiologique des êtres humains et l'activité sexuelle proprement dite (Heilborn, 2002 ; Ávila, 1999 ; Bandeira, 2005).

Nous utilisons le concept de Joan Scott (1990) qui définit le genre comme un élément constitutif des relations sociales de pouvoir fondées sur les différences entre les sexes, basés sur quatre éléments: 1) les symboles culturellement disponibles sur les représentations symboliques sur chacun des deux sexes; 2) un ensemble de normes pour définir le féminin et le masculin; 3) le binarisme du genre et; 4) l'identité sexuelle subjective basée sur les prescriptions.

L'équité de genre est un concept éthique associé aux principes de justice sociale et des droits de l'homme, proposant d'examiner attentivement la situation des femmes qui subissent des iniquités dans la vie quotidienne, provoquant l'indignation et des alternatives de transformation. Équité n'est pas égalité, l'équité dans le domaine de la santé se réfère à la notion de différences dans les besoins en soins de l'homme et de la femme. La notion d'iniquité se réfère aux inégalités jugées inutiles, évitables et injustes (Fonseca, 2005). L'équité de genre ne peut être identifiée avec une seule valeur ou tendance, mais avec une pluralité de principes normatifs couvrant les aspects associés aussi bien au droit à l'égalité qu'à la différence. L'iniquité de genre dans la santé aborde les différences injustes dans l'état de santé des hommes et des femmes, dans les obstacles à l'accès aux soins et aux environnements favorisant la santé et le traitement (OPAS, 2008).

Une analyse critique sur l'équité de genre dans les états contemporains suppose que les politiques publiques gouvernementales prédominantes dans la plupart des pays ne visent pas à promouvoir un processus qui modifie les structures du pouvoir. Les états proposent des politiques publiques de genre comme une innovation organisationnelle, mais ne les mettent pas en œuvre que s'ils sont sous pression. Et quoique le mouvement féministe ait obtenu des modifications dans la législation de plusieurs pays, elles n'ont pas été suffisantes pour l'allocation de fonds à ces demandes. En outre, l'état est une entité masculine et patriarcale (Pateman, 1988 ; Connell, 1995), qui ne met pas en cause et ne considère pas comme une priorité d'agir sur les inégalités de genre, étant donné que le statu quo est bénéfique pour leurs intérêts (Stromquist, 1996).

L'un des déterminants sociaux les plus importants dans la santé de la population est l'équité à l'accès aux biens et aux services. En Amérique Latine et aux Caraïbes, en analysant ces inégalités du point de vue du genre, de l'ethnie et de la race, il s'avère que les femmes pauvres, les indigènes et les descendants d'africains ont des désavantages comparatifs à l'accès aux services de santé. L'autonomie des femmes et l'équité de genre sont reconnus comme un des objectifs des fondamentaux dans la déclaration du Millénaire. Pour les pays d'Amérique Latine et des Caraïbes, l'équité et la pertinence des services pour les indigènes et les communautés d'origine africaine et les communautés rurales est une dette sociale inajournable et un moyen efficace de lutter contre la pauvreté, la faim, les maladies et de stimuler un développement véritablement durable (OPAS, 2007). En Haïti le problème se pose surtout dans l'accès aux services de santé et de la qualité des soins donnés d'une manière générale aux femmes pauvres qui vivent dans les zones rurales ou dans les montagnes. Mais aussi du point de vue socio-économique et de l'autonomie de ces femmes.

Sur le plan de l'exploitation, l'équité de genre dans le secteur de la santé ne vise pas à obtenir le même taux de mortalité et de morbidité pour les femmes et pour les hommes mais plutôt l'élimination des déterminants évitables de maladie et de la mort. L'égalité de genre dans les soins de santé ne se manifeste pas par des parts égales de ressources et de services pour les hommes et les femmes, elle exige, au contraire, que les pratiques de santé soient offertes de façon différentielle, selon les besoins particuliers de chaque sexe et dans chaque contexte socioéconomique (Gómes, 2002).

L'analyse des conditions de santé dans une perspective d'équité de genre souligne les problèmes qui sont exclusifs à l'un ou à l'autre sexe; ils répondent à de différents risques selon le sexe; ils atteignent différemment les hommes et les femmes et sont évitables. Les catégories qui généralement répondent à ces critères sont: la santé sexuelle et reproductive (réglementation de la fécondité, la grossesse pendant l'adolescence, la santé maternelle, le VIH/Sida et d'autres infections de transmission sexuelle); les tumeurs malignes (cancer du sein et l'utérus, cancer de la prostate, cancer du poumon); et un certain nombre d'autres conditions qui présentent de nettes différences selon le sexe en matière de prévalence et les risques différentiels tels que les accidents et la violence (meurtre, suicide, violence contre les femmes), les maladies du système circulatoire, les problèmes nutritionnels, le diabète et la cirrhose du foie (OPAS, 2007).

La morbidité et la demande de services de santé sont plus élevées chez les femmes, cependant, cette hausse de consommation n'est pas nécessairement une expression de privilèges

sociaux. Les différences dans l'utilisation des services selon le genre résultent de différents types de besoins de soins et de facteurs structurels et institutionnels qui facilitent ou entravent l'accès aux services. La socialisation du genre, par lequel les hommes sont éduqués à être forts, agressifs et à minimiser les symptômes de la maladie, agit également dans cette distribution différentielle d'accès aux services. D'autre part, les attentes sociales concernant le rôle des aidants font que les femmes apprennent à se familiariser avec la détection précoce des signes et des symptômes et recherchent des services de santé dans une proportion plus élevée (Giffin, 2002). L'utilisation accrue des services par les femmes n'est pas une constante dans tous les groupes sociaux. Au contraire, les différences par sexe dans l'utilisation des services de santé peuvent représenter des iniquités et doivent être évaluées selon les facteurs économiques, l'âge, l'ethnie et le lieu de résidence. Car cette utilisation accrue des services par les femmes peut se produire non seulement quand il y a des barrières à l'accès au service, mais quand la participation n'est pas adéquate (en termes d'accueil, de lien et de résolution des problèmes de santé), quand sont présents le manque de respect, la discrimination ou le préjugé concernant l'utilisatrice, quand il existe des moyens efficaces de traitement et qui n'ont pas été utilisés pour des raisons liées au genre, quand des conduites sans renseignements ou consentement y compris l'omission d'orientations concernant les droits sexuels et reproductifs, sont imposées. À noter qu'il existe des inégalités de genre selon les étapes du cycle vital, de la race/ethnie, de l'orientation/identité sexuelle, du statut socioéconomique et de l'utilisation des technologies et des services de santé.

Les femmes ont des besoins spécifiques par rapport à la santé, en vue des questions reproductives qui génèrent des demandes afférentes à la contraception, la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Cependant, un des préjugés courants dans les services de santé est de les traiter simplement comme des reproductrices. Ce fait a été constaté en ce qui concerne le diagnostic du VIH qui se concentre sur le groupe des femmes enceintes, encouragées à utiliser des médicaments pour protéger le bébé et pas elles-mêmes (Bastos, 2000). Il en est de même pour les pratiques d'allaitement maternel, de soins aux enfants et l'imposition tacite que toute grossesse est la bienvenue.

La notion de besoin a un rôle central pour la proposition d'équité de genre dans l'utilisation des services de santé, puisque, conformément aux principes d'équité distributive, les services de santé devraient prendre en charge en plus grande proportion les groupes plus démunis (Gómez, 2002).

L'équité de genre dans les services de santé présuppose une évaluation du modèle de soins en santé et aussi les relations entre les professionnels de la santé et les utilisatrices des services (Bodstein, 2002; Campbell, 2000; Canesqui, 2002; Conill, 2002; Costandriopoulos, 1997; Holland, 1983; Kessner, 1992; Madureira, 1989; Medina, 2000; Starfield, 2000, 1992, 2001, 200; Sawyer, 2002, Turris, 2005; Villalbi, 2003).

Dans ce contexte et en possession des outils théorico-opérationnels basés sur la catégorie d'équité de genre, cette étude est réalisée aux fins de savoir si les services de santé réussissent à prendre en charge les femmes dans une perspective d'équité de genre. Comment les services de santé prennent-ils les femmes en charge? Les femmes, reçoivent-elles les soins selon leurs besoins spécifiques dans les services de santé en Haïti ?

Nous espérons que cette recherche pourra contribuer à la visibilité des inégalités de genre produites et conservées dans les services de santé comme un problème social et de santé publique en Haïti.

2. OBJECTIFS

2.1 Objectif general

- Connaitre l'équité de genre dans les services de santé en Haïti.

2.2 Objectifs spécifiques

- Identifier la perception des professionnels de santé qui prennent en charge les femmes dans les services de santé à propos de l'équité de genre, de l'intégralité dans les services et des droits sexuels et reproductifs ;
- Entrevoir la perception des femmes sur l'équité et quant aux soins qu'elles reçoivent dans les services de santé;
- Connaitre les soins fournis aux femmes par les services de santé.

3. HAÏTI : CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE

Haïti, jadis le joyau des caraïbes se situe dans le tiers occidental de l'île Hispaniola, les deux autres tiers constituent la République Dominicaine. Dix-huit ans après la découverte de l'île par Christophe Colomb, l'esclavage fut instauré par les colons espagnols qui faisaient travailler durement les aborigènes de l'île dans des mines d'or pour assoupir leur désir de richesse. Ce n'est qu'avant le début du dix-septième siècle que les français se sont appropriés la partie occidentale de l'île par le traité de Ryswick en 1697, elle fut alors Baptisée « Saint-Domingue ». Avec la mort par milliers des Indiens Arawak dû par des travaux forcés auxquels ils n'étaient pas habitués, les colons français ont fait venir de l'Afrique des hommes, des femmes et des enfants qui constitueront la main d'œuvre esclavagiste sur des plantations de Saint-Domingue.

La première grande révolte des esclaves de Saint-Domingue contre l'esclavage se déclencha le 14 août 1791 à partir de la cérémonie du bois caïman dans le nord du pays et sera suivi par plusieurs autres notamment celle de la grande bataille de Vertières qui aboutira à la proclamation de l'indépendance de Saint-Domingue le 1er janvier 1804, l'île est alors rebaptisée « Haïti », terme

emprunté à la langue des Indiens Arawak. Ainsi Haïti est devenu la première république noire et le second pays indépendant de l'Amérique.

Considérant par plus d'un que la manière de prendre son indépendance fut un mauvais exemple pour les autres colonies esclavagistes, la nouvelle république a connu des difficultés à se faire accepter plus par des puissances de l'époque sur le plan commercial et diplomatique (James, 2011).

Haïti s'étend sur une superficie totale de 27,750 km². Selon l'Article 8 de la Constitution d'Haïti de 1987, le territoire de la République d'Haïti comprend la partie Occidentale de l'île d'Haïti ainsi que les îles adjacentes: la Gonâve, La Tortue, l'île à Vache, les Cayemites, La Navase, La Grande Caye et les autres îles de la Mer Territoriale. Il est limité à l'Est par la République Dominicaine, au Nord par l'Océan Atlantique, au Sud et à l'Ouest par la mer des Caraïbes ou mer des Antilles (Haïti, 1987).

Administrativement, le pays est subdivisé en dix (10) départements géographiques, quarante-deux (42) arrondissements, cent quarante (140) communes, soixante-quatre quartiers (64) et cinq cents soixante-dix (570) sections communales. Les départements géographiques sont: Le Nord, le Nord-est, Nord-Ouest, Centre, l'Artibonite, le Sud, le Sud-Est, les Nippes, la Grand'Anse et l'Ouest, l'Aire Métropolitaine est constituée de zones urbaines des six (6) communes du département de l'Ouest y compris la capitale du pays, Port-au-Prince (IHSI, 2009).

Environ les deux tiers de la superficie d'Haïti est montagneuse avec en totale deux grandes vallées : la vallée de l'Artibonite et celle de l'Étang Saumâtre. Ses sous-sols contiennent des ressources naturelles des minerais de cuivre, bauxite, d'or, d'argent, de fer et d'étain. Le climat d'Haïti est tropical, la température au long du littoral est d'environ 27⁰C avec de légère variation entre l'hiver et l'été. La température au sommet des montagnes peut osciller entre 18⁰ et 22⁰C.

On distingue deux périodes pluvieuses, l'une qui dure d'avril à juin et l'autre d'octobre à novembre. Le seuil de la pluviométrie moyenne d'Haïti est de 1400mm, variant entre 700mm et 2000mm. L'abondance annuelle des pluies marque des variations allant du simple au quintuple. Le débit des rivières haïtiennes est susceptible de subir des variations saisonnières ou annuelles en rapport avec l'abondance et la période des pluies (Haïti, s.d).

La population estimée en 2013 est de 10.579.230 habitants, avec une densité de 381 habitants par km². Les femmes représentent 50,46% de l'estimation 2013. 49,5% de la population sont des citoyens (UNFPA/Haïti, 2013). Le taux d'urbanisation au niveau de l'ensemble du pays s'est élevé à 47%. La population n'est pas uniformément répartie sur le territoire, l'ouest est le département le plus peuplé : 36,9% de la population totale viennent ensuite les départements de l'Artibonite avec 15,8% de la population et le Nord 9,7%. (IHSI, 2012).

Deux langues sont officiellement parlées en Haïti, le français et le créole Haïtien. Tout comme la richesse, le français et le créole sont illégalement distribués selon les classes sociales d'Haïti, la langue parlée exclusivement par 80% de la population est le créole. Seulement une minorité appartenant à la bourgeoisie et la classe moyenne élevée, parle français. La langue écrite administrativement reste le français. Qu'on soit bilingue ou monolingue, le créole oral est utilisé massivement par tous dans des situations à caractères non solennels.

La fréquentation scolaire est l'un des facteurs déterminant l'état de santé et le niveau économique d'une population. L'Etat Haïtien s'engage à investir dans l'éducation pour améliorer la santé et faire un pas pour sortir de la pauvreté extrême. La fréquentation scolaire au niveau primaire est 77,2% (EMMUS V, 2012)

Haïti est le pays le moins développé de l'hémisphère occidental et l'un des pays les plus pauvres du continent Américain. Plus de la moitié de sa population 57% vivait avec moins de 2 dollars par jour (IHSI, 2001) et d'après l'enquête menée en 2011 par la coordination nationale de sécurité alimentaire, 41% de la population vivait en insécurité alimentaire (Haïti, 2011). Pour comprendre cette pauvreté chronique il faudrait remonter à l'époque de l'indépendance.

Haïti aurait perdu les principales plantations et irrigations au cours de la révolte des esclaves. Par la suite, les habitants les moins fortunés gagnaient les montagnes et pratiquaient l'agriculture de subsistance. Ces situations avaient pour conséquence la diminution de la production agricole dans un pays considéré comme essentiellement agricole. Il y a le fait aussi que, déjà à son très jeune âge, cette première République noire du monde c'était vu s'appliquer le système néocolonialiste tout d'abord, par son isolement forcé avec les puissances d'alors sur le plan diplomatique et des relations commerciales internationales, l'obligeant à vendre ses produits à des

boursicotiers étrangers à vil prix, qui a leurs tours vont les vendre aux prix du marché international aux autres pays . D'un autre côté, la mauvaise répartition des biens, le versement des 150 millions de francs or, que le pays devrait verser à la France pour la reconnaissance de son l'indépendance alors que cette somme pouvait servir à aider la jeune nation à prendre son élan de développement; l'exclusion sociale; les instabilités politiques répétée à nos jours, les mauvaise politique et gestion des systèmes, la défaillance dans la gouvernance sont autant de facteurs liés à la situation de pauvreté actuelle.

Autre fois, le pays exportait par année environ 3 millions m/t de sucre de canne; 31000 m/t de café; 5000 m/t de sisal; 5000 m/t de cacao. D'autres produit comme le riz, la noix de coco, le maïs, la banane, le tabac, le coton. Le vétiver et les huiles essentielles faisaient aussi parti des produits exportées. A l'époque, trois quart de la population active travaillaient dans l'agriculture (Haïti, s.d)

Aujourd'hui, on est en plein de ce que nous pouvons appeler le système d'exploitation mise en place par d'autre pays sur le marché national avec la complicité des gouvernements. On est pris dans l'engrenage du contrôle de nos marcher par des capitalistes étrangers, difficile à sortir de ce labyrinthe. Les produits de première nécessité dépendent presque exclusivement de l'étranger. L'érosion du sol causé par des déboisements massifs, les mauvaises politique agricole nationale, l'absence de technologie et de structure permettant de grande production, réduit le paysan haïtien a une très faible récolte qui ne peut pas répondre à la demande de la population en terme de consommation, ni à ses demandes personnelles sur le coût de la vie. Aussi les petites entreprises familiales liées à l'agriculture ne sont pas encouragées. La centralisation de presque tout le secteur industriel dans la capitale ne favorise pas le développement économique dans les autres parties du pays. Parmi les conséquences directes de toutes ces situations on peut citer: l'exode rural qui engendre la bidonvilisation des grandes villes, ou l'immigration massif des paysans dans des pays voisins ou même plus loin à la recherche de vie meilleure.

On a vu naitre de cette situation économique précaire, une multitude de petites entreprises informelles tenues particulièrement par des femmes qui dans la majeure partie des cas sont chefs de famille monoparentale, elles représentaient déjà 42% des femmes de la population en 2007 (UNFPA/Haïti, 2013). Ces petites entreprises qui sont en majorités des commerces de toutes sortes installés aux travers des rues et à proximité des marchés des grandes villes, donne une sensation

d'indépendance économique aux femmes, bien que ne rapporte que peu, cette activité leur permet de nourrir au moins une fois par jours leurs familles et permet à leurs enfants de fréquenter l'école.

4. POLITIQUE ET SYSTEME DE SANTE EN HAÏTI

4.1 Politique National de Santé

L'actuelle Politique Nationale de Santé d'Haïti est une version reformulé par rapport aux quatre (4) objectifs du millénaire qui appellent a des améliorations précises dans le domaine de la santé, mais aussi, aux indicateurs de santé qui mettent en évidence la précarité sanitaire de la plupart des ménages Haïtienne. Cette Politique de Santé est construite sur les normes et les principes suivants: L'universalité, la globalité, l'équité et la qualité :

Universalité: garantit a tout individu vivant sur le sol Haïtien un accès facile à la santé dans sa totalité sans distinction de sexe, d'appartenance sociale, religieuse et de lieu de résidence.

Globalité: « garantit à chaque individu des soins compréhensifs visant l'ensemble de ses besoins en matière de santé »

Equité: garantit des soins de qualité égale sans préjugés socio-économique et de lieu de résidence à tous le bénéficiaire du Système.

Qualité: fait obligation aux prestataires de prodiguer des soins de santé de qualité maximale dans la mesure que le développement technologique et les ressources financières du pays le permettre,

Pour mieux comprendre l'objectif et les grands axes sur lesquelles se base cette politique, il faut situer Haïti dans le contexte de ses indicateurs de santé de 1990. Avec une espérance de vie de 54 ans tout sexe confondu; un taux de mortalité de moins de 5 ans de 144/1000 naissances vivantes; un taux de mortalité adultes (15 et plus de 60 ans) de 352 hommes et 299 femmes pour 1000 habitants; une mortalité maternelle de 670 pour 100.000 naissances vivantes. Il ne fait pas de doute qu'avec ses chiffres, Haïti a montré un tableau sombre de l'état de santé de sa population. Faisant

parti des 194 Etats membres des Objectifs du millénaire coordonné par OMS, des adaptations et des changements dans la Politique de Santé s'imposaient pour améliorer le niveau de santé de la population mais aussi pour atteindre les Objectifs du Millénaire des Etats Membres de OMS.

L'objectif général de la Politique de Santé est d'assurer la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux principaux problèmes de santé identifiés à partir d'un système de santé adéquat, efficient, accessible et universel (MSPP, 2012).

Cette Nouvelle Politique met accent sur trois (3) grand axes dans le but d'améliorer les indicateurs du Système de Santé :

1- Les axes spécifiques intègrent les actions visant la production des services et s'orientent vers:

- Le développement d'infrastructure sanitaire renforçant le réseau de soins primaire de santé
- La gestion rationnelle des ressources humaines avec normes et standards d'allocation par catégorie d'institution de santé
- L'assurance de la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentielles de qualité pour la population Haïtienne.

2- Les axes globaux qui visent les ressources nécessaires à la mobilisation des facteurs pour la production de services à savoir, le financement et le contrôle financier du système de santé.

3- Les axes transversaux qui intègrent les mesures et interventions ciblant l'ensemble des composantes du système à savoir, gouvernance, intégration, information/surveillance, protection sociale et intersectoriel (MSPP, 2012).

La composante protection sociale en santé fait partie des grands engagements pris par l'Etat Haïtien. Cette composante vise l'assurance à un accès équitable et universelle à des soins de qualité centrée sur la personne à partir de ces actions:

- Réduction de l'inégalité dans l'accès aux services et soins de santé
- Protection des individus et des familles des conséquences économiques liées à la prévention de la maladie, de la grossesse et à la récupération de la santé
- Garantir l'accès universel et gratuit aux services et soins spécifiques pour les groupes vulnérables
- Création de mécanismes innovants de financement social

- Développement des modèles d'assurances sociales et communautaires pour éliminer progressivement le paiement direct effectués par les patients
- Protection des citoyens contre les abus, les négligences de toutes sortes dans la fourniture de soins, l'acharnement thérapeutique, l'enrôlement dans des projets de recherche sans consentement informé, l'euthanasie (MSPP, 2012).

4.2 Système de Santé Haïtien

Le Système de Santé Haïtien est coordonné par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). La configuration actuelle de la structure administrative du système de santé Haïtien comprend 3 niveaux:

Les deux premiers sont des niveaux opérationnels:

1- La coordination de l'unité Communale de Santé qui supervise l'ensemble des institutions sanitaire placé dans son champ.

2- Les directions départementales sanitaires qui Planifient, supervisent la coordination de l'unité Communale de Santé, et l'ensemble des Organisations Sanitaire respective à chaque département. Elles sont responsables du suivi et l'évaluation selon les nouvelles directives du MSPP

3- Le niveau central représente à la fois:

- le niveau stratégique qui gère le système sur le plan national et représenté par le Ministre de la Santé et le Directeur Général.
- Le niveau tactique qui est chargé d'élaborer les normes et procédure mais aussi de veiller à leur application, il appui les Directions Départementaux, ce niveau est représenté par les directions centrales. (MSPP, 2011)

Le modèle de prestation des services comprend trois niveaux: Primaire, Secondaire et Tertiaire.

Le niveau primaire de soins comprend trois échelons: les centres communautaires (dispensaires); les centres de santé sans lit ou a lits et les cabinets médicaux de soins. Ces institutions constituent la porte d'entrée du système; les Hôpitaux communautaires dotés des quatre services de base: la Médecine interne, la Chirurgie, l'Obstétrique/Gynécologie et la Pédiatrie.

Le niveau secondaire regroupe les hôpitaux départementaux qui sont des institutions de référence pour le département et les cabinets médicaux spécialisés. Le niveau tertiaire qui comprend les hôpitaux universitaires et les hôpitaux spécialisés, ce sont des institutions de référence nationale.

Dans l'ensemble, le Système de Santé Haïtien compte 908 institutions sanitaires repartis en trois catégories: Dispensaires, 51,76% ; centres de santé a lit et sans lit, 35,79%; Hôpitaux, 11,67%. Deux secteurs dispensent des soins et services de santé:

1. Le secteur public, représenté par un ensemble d'institution ou organisation relevant de l'Etat, il représente 30,62% des institutions
2. Le secteur privé, divisé en deux sous-secteurs: le secteur privé non lucratif (23,24%)< composé pour la majorité par la coopération internationale, d'ONG et missionnaires et le secteur privé lucratif (45,81%) qui est exclusivement basé sur la rentabilité, il est composé d'un ensemble d'institutions et de professionnels.

Cependant, un autre secteur s'est imposé sur le marché, c'est le secteur des soins traditionnels, représenté par les guérisseurs, «bokor», «hougan». Ce secteur occupe une place très importante dans le système car il est souvent le premier que la population consulte en cas de maladie, indépendamment de sa croyance religieuse, de son statut socio-économique et du niveau d'éducation. En plus, ce secteur reste disponible et accessible dans toutes les régions géographiques du pays (DESS, 2011).

Le secteur strictement public est caractérisé par son manque de professionnel et son sous-équipement. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population, conscient de ces problèmes et bien d'autres concernant la lenteur administrative et aussi sa dépendance face aux ONG, a redéfini les niveaux de santé en les regroupant par Unité Communale de Santé (UCS), elle est décrite comme unité de base de la décentralisation de la santé et occupe un territoire défini d'environ 150 000 à 250 000 personnes. Cette décentralisation fonctionnelle du MSPP a pour but de permettre à favoriser l'implantation du Paquet Minimum de service qui devrait être disponible dans toutes les institutions et a tous les niveaux mais aussi permet dans un rayon définit la disponibilité d'un réseau de soins et services de qualité a la population. Ainsi le pays compte 58 UCS. Les UCS sont constituées de l'ensemble des échelons du niveau primaire de services de santé (MSPP, 2011). Cependant, ce projet d'UCS reste un défi énorme pour le système puisque dans les dix (10) Départements Sanitaire du

pays, c'est seulement un qui arrive à implémenter le PMS avec l'appui économique des ONGs travaillants dans ce département.

Le Paquet Minimum de Santé (PMS) est un ensemble minimal d'interventions essentielles intégrées, choisit parmi les plus efficaces que, l'état, en fonction des ressources, s'engage à rendre accessible à l'ensemble de la population en vue d'élever son niveau général de santé (MSPP, paquet minimum de services 1^{er} niveau).

Le PMS inclus: la prise en charge globale de la santé de l'enfant; la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de la santé reproductive; la prise en charges des urgences médico-chirurgicales; la lutte contre les maladies transmissibles; les soins dentaires de base; l'éducation sanitaire participative; l'assainissement du milieu et l'approvisionnement en eau potable; la disponibilité et l'accès aux médicaments essentiels.

Bien que toutes les institutions dépendamment de leur niveau ne soient pas appelée à fournir tout le PMS, ce projet reste sur les papiers par faute de moyens structurels et financiers permettant sa mise en œuvre dans tous les départements sanitaire du pays.

4.3 Evaluation du système de santé

Les concepts suivis et évaluation sont souvent difficiles à cerner. Dans la majorité des cas, les acteurs de la santé confondent l'objectif de ces deux outils de gestion en un seul élément.

Dans le document de rapport des Etats-Généraux de la santé (MSPP, 2012), le MSPP défini les concepts Suivi et Evaluation selon les termes suivant: « le Suivi et l'Evaluation est un examen exhaustif et régulier des ressources, des régulations et des résultats de l'intervention. Il repose sur un système d'informations cohérent comprenant comptes rendus d'activités, bilans et batteries d'indicateurs.»

Le Suivi est un processus systématique et continue qui consiste à collecter, analyser des données recueillis dans le cadre de l'avancement d'un programme avec l'objectif de fournir des informations pertinente et opportune aux parties prenantes afin qu'elles réagissent promptement au problèmes ou écart qui pourrait entraver l'exécution harmonieuse des objectifs. C'est outils est très important pour tout gestionnaire de programme de santé et à tous les niveaux d'interventions.

L'Évaluation est un outil de gestion qui permet à une période donnée d'examiner l'efficacité de la gestion d'un système, d'un programme; d'identifier les impacts positifs ou négatifs et de comparer les résultats obtenus et prévus. L'évaluation doit être faite par des personnes indépendantes du système et des programmes.

Le suivi est fait à tous les niveaux du système de santé Haïtien et pour toute programme de santé. Cependant, il n'y a pas un organisme défini pour l'évaluation des programmes ou du système de santé, toutefois, l'Enquête sur la Mortalité, Morbidité et l'Utilisations des Services (EMMUS) réalisée tous les cinq ans par l'institut Haïtienne de l'Enfance (IHE) informe sur le niveau de certains indicateurs sociodémographique de la population et fournit des données de suivi/évaluation dans les domaines Sanitaires de base et de la population. La Carte Sanitaire d'Haïti se veut une complémentarité de l'EMMUS quand elle se propose de mettre à la disposition du gouvernement Haïtien et de ses partenaires des informations sur la distribution des institutions et des soins. Ces deux enquêtes combinées devraient permettre à l'Etat Haïtien par le biais du MSPP de définir de manière rationnelle la politique de santé sur une durée. Mais, l'évaluation de la gestion du système reste une question problématique qui mérite d'être approfondie.

Le Rapport des Statistiques Sanitaires Mondiales (OMS, 2014) montre une différence de probabilité de certains indicateurs entre 1990 et 2012, entre 2000 et 2012. Ces différences signifient que bien d'efforts ont été fait dans le but d'améliorer la santé de la population Haïtienne. L'espérance de vie à la naissance est passée de 52 ans pour les hommes et 56 ans pour les femmes en 1990 à 61 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes en 2012. Le taux de mortalité des moins de 5 ans passe de 105/1000 naissances vivantes en 2000 à 76 /1000 naissance vivantes en 2012. Le taux de la mortalité chez les adultes de 15 et plus de 60 ans passe de 352 pour les hommes et 299 chez les femmes pour 1000 habitants en 1990 à 268 hommes et 227 femmes pour 1000 habitants en 2012, à ce niveau, il n'y a pas beaucoup de différence en 22 ans, il faudra d'avantage travailler sur les facteurs déterminants des causes de décès pour pouvoir améliorer de façon significative cet indicateur. La mortalité maternelle passe de 510 /100.000 naissances vivantes en 2000 à 380/100.000 naissances vivantes en 2012. On constate aussi une diminution du taux d'incidence du VIH qui passe de 160/100.000 habitants en 2001 à 84/100.000 habitants en 2012; le taux d'incidence de la tuberculose chez des personnes séronégatives pour le VIH passe de 271/100.000 habitants en 2000 à 213/100.000 habitants en 2012, là aussi il n'y a pas de diminution spectaculaire en 12 ans. Le Paludisme figure parmi les plus morbide en avec un taux d'incidence de 1299/100.000 habitants en 2012.

5. MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une recherche exploratoire d'abordage qualitatif et quantitatif de coupe transversale, qui analyse l'équité de genre en ce qui concerne les soins donnés aux femmes dans les services de santé en Haïti (Denzin, 2006 ; Minayo, 1998 ; Pope, 2005). Cette recherche est imbriquée dans une étude transversale intitulée : « L'évaluation des soins de santé primaires au Brésil : études multicentriques intégrées sur l'accès, la qualité et la satisfaction des utilisateurs », qui évaluera les soins primaires grâce au Programme d'Amélioration de l'Accès et de la Qualité des Soins de Santé Primaires (PMAQ) au Brésil. Le PMAQ est une étude d'évaluation de coupe transversale qui vise à recueillir des informations dans le cadre des unités primaires de santé y compris le cadre, les professionnels et les utilisateurs. Le PMAQ-AB est une étude d'évaluation et de recensement des conditions d'infrastructure d'un échantillon d'Unités Primaires de Santé.

Au cours de cette recherche nous avons interviewés des utilisatrices des services de santé et organisés des groupes focales avec des professionnels de la santé par département, dans le but de connaître les soins fournis aux femmes et de comprendre la perception des prestataires et des utilisatrices sur l'équité de genre dans les services de santé.

5.1. Scènes de recherche

En Haïti, l'étude est réalisée dans les dix (10) départements géographique et sanitaire du pays par une équipe d'étudiants du cours de surveillance de la santé dispensé par les professeurs des Universités du Brésil (UFRGS, FRIOCRUZ) dans le cadre du projet TRIPATITE entre le Brésil-Haïti-Cuba (Brasil, 2012; Pessoa et al, 2013) .

Ce groupe d'étudiants est composé de professionnels de la santé: Médecins, Infirmières, Technologiste médical et des informaticiens, tous travaillant aux directions départementales de santé. Les institutions sanitaires de catégories centre de santé et clinique externe non spécialisée de certains hôpitaux, définis par les investigateurs locales constituaient les scènes de l'étude aux travers du pays.

5.2-. Sujets de l'étude

Les sujets de l'étude constituent un échantillon intentionnel d'environ cinq travailleurs de santé qui soignent des femmes dans chaque service. Des médecins, des infirmières, des techniciens-

infirmiers, des agents de santé ou similaires seront choisis préalablement, soit un total de 50 professionnels en 10 unités de santé primaires qui composent l'étude.

Les utilisatrices interviewées comprennent un total de 10 femmes en âge de reproduction qui utilisent le service il y a au moins un an.

Dans la réalité Haïtienne, les sujets de l'étude constituent un échantillon 73 professionnels de santé. Le tout repartis en une valeur médiane de 9 participants par département.

Les utilisatrices des services de santé préalablement choisis par les investigateurs par département, ont été interviewées en Haïti. Ces utilisatrices ont été choisi au hasard parmi les patients ambulants en attente pour consulter un prestataire de soins, soit un total de 10 femmes en âge de procréer qui utilisent les services il y a au moins un an par département, Sauf le département de l'Ouest qui compte 23 Utilisatrices à cause du test pilote réalisé a Diquini quelque mois avant. Les données du département du Centre ne sont disponibles. Cet aspect de l'étude compte un total de 114 utilisatrices de santé pour tous les départements du pays.

5.3. Sources d'Informations et Génération de Données

Les données sont générées au moyen d'entretiens, des groupes de discussion et l'analyse de données secondaires bibliographiques (Bogardus, 1996; Merton, 1990; Morgan, 1988). Dans le cas d'Haïti, les données sont générées aux moyens d'entretiens avec les utilisatrices de services, et de groupe focale ou discussion de groupe avec les prestataires de soins. Ces données sont transcrites à partir de l'enregistrement audio pour la partie qualitative et la construction d'une base de données sur Excel pour la partie quantitative avant de les analyser.

La partie quantitative de la recherche se compose de l'entrevue individuelle avec des femmes fréquentant les services de santé. Cette entrevue a été faite à partir d'un questionnaire semi-structuré de 40 questions regroupant les thèmes pré établis dans la grande recherche. Ce questionnaire a été traduit en créole pour faciliter l'entendement des participants et testé dans le groupe de chercheur local avant son utilisation (Annexe 3). Les femmes ont été choisit au hasard dans les salles d'attente des services de santé. Une fois la mise en contexte faite, les chercheurs ont lu la fiche de consentement pour chacunes des participantes en vue d'avoir son concentement avant de commencer avec l'entrevue. Au total 114 femmes utilisatrices des services de santé ont été interviewées en Haïti.

Les neuf départements sont regroupés en trois régions: Ouest (Artibonite et Ouest), Nord (Nord, Nord-Est et Nord-Ouest) et Sud (Sud, Sud-Est, Nippes et Grand-Anse) pour un meilleur résultat des analyses. Les variables démographiques sélectionnés sont: l'alphabétisation, la migration, le statut matrimonial, la violence et lieu d'habitation dans les régions géographiques.

Pour analyser l'équité de genre, nous avons utilisés deux groupes d'indicateurs: les indicateurs d'accès aux services: temps de marche pour arriver au service, paiement et temps dans la file d'attente et les indicateurs de qualité: connaître le nom du prestataire de soins de santé, durée de la consultation et préjugé des prestataires avec les femmes.

Une base de données est construite sur Excel et ensuite transférée sur SPSS pour analyse. Les tests statistiques utilisés sont: Anova, le test de Tukey et le Chi-carré pour les variables qualitatives.

Les méthodes qualitatives se caractérisent par une procédure ouverte visant à déterminer: qu'est-ce qui existe et pourquoi il en est ainsi, en permettant aux gens d'exprimer librement leurs opinions, point de vue et expériences. Cette méthode vise à cerner la réalité telle qu'elle est perçue par l'individu ou le groupe étudié sans leur imposer un cadre pré-structuré (Darda et N'jamena, 1997). Elle peut-être définie comme une activité qui permet à un individu ou un groupe d'acquérir des connaissances précises sur la réalité culturelle et sociale vécue quotidiennement (Darda et N'jamena, 1997).

Des groupes de discussions ont été réalisés aux travers des 10 départements du pays avec une fréquence médiane de 9 personnes par groupe. Ces discussions de groupe avaient pour but de déterminer la perception des travailleurs de la santé qui prennent en charge les femmes dans les services de santé, à propos des soins équitables de genre. Elles ont eues une durée moyenne d'une heure et ce sont démarrées avec l'accueil du chercheur suivi de propos de bienvenues, de remerciements aux participants et de la présentation des chercheurs et participants. La mise en contexte du groupe focal et l'explication du déroulement de l'activité a été faite par le coordonnateur de chaque groupe par département sanitaire.

Le consentement que chaque participant a été requis tout en garantissant l'anonymat de tout un chacun dans le cadre de l'enregistrement audio des discussions, Une fois la réquisition accepté, les discussions se sont entamées à partir de huit questions guidées préétablies dans la

recherche. Ces activités se sont réalisées les après-midi pour faciliter la participation des prestataires et aussi pour ne pas trop perturber le service en ajoutant aux heures d'attente des utilisatrices.

Le sujet de groupe de discussion est constitué des thèmes suivants (Annexe 2):

- soins dispensés à des groupes spécifiques de femmes (pauvres, migrantes, prostituées, lesbiennes);
- difficultés de prise en charge (communication, barrières linguistiques et/ou culturelles, perceptions sur la santé/maladie, autres);
- qualité de l'examen physique, conduites préventives, thérapeutiques et acheminements;
- questions relatives à la vie sexuelle et reproductive (contraception, grossesse, avortement, MST/Sida;
- sujets controversés ou difficiles (violences, viols, harcèlement moral/sexuel au travail).

5.4. L'analyse des données

Le processus d'analyse de cette recherche est faite par la construction d'un *corpus* à partir des textes obtenus des groupes de discussion avec les professionnels de la santé et les données recueillis des entretiens avec les utilisatrices de service, produits dans les différents moments de la recherche au travers les Départements.

La transcription des audios des discussions de groupes a été écrite dans leurs moindre détails par Département Sanitaire, les categories ont été ensuite définis et précisées. Des points communs et des différences ont été développés entre chaque groupe par départements.

Pour évaluer l'équité de genre dans les services de santé, nous nous sommes concentrés sur les aspects afférents à l'accès communicationnel, à l'accueil, aux pratiques de santé liées aux droits sexuels et reproductifs et à la non-discrimination concernant le genre, la classe sociale et l'orientation/identité sexuelle.

Les services des différentes institutions choisis sont étudiés pour vérifier la présence d'équité de genre dans les soins donnés aux femmes. Nous n'avons eu aucun intérêt à les comparer entre eux, sachant à l'avance qu'ils sont tous les services de soins de santé, mais qui ont des spécificités particulières qui les rendent uniques dans l'étude. Dans ce sens, l'étude de cas ne prétend pas généraliser les résultats, mais plutôt approfondir la compréhension concernant les iniquités de

genre et permettre l'émergence des diversités et des singularités particulières de chaque contexte socioculturel et régional.

La limitation de la recherche est que cette étude a été faite seulement au niveau d'un poste de soins de santé dans chaque département, Elle ne pourra pas être extrapolée à toutes les institutions sanitaires du pays.

5.5 Considérations éthiques

Le consentement libre et éclairé des professionnels de la santé et des utilisatrices de service a été obtenu. La note de demande de consentement a été inscrite à la tête de chaque questionnaire, les chercheurs l'ont lue à chaque sujet faisant partie de la recherche pour avoir leur approbation. Les renseignements concernant les procédures de la recherche sont donnés à tout participant (Annexe 1).

Cette étude est anonyme donc il n'y a pas de risque physique mais il y a un risque que les utilisateurs de services attendent plus longtemps pour bénéficier des services au moment du focus groupe, raison pour laquelle on va faire le focus en fin d'après-midi. Le principal bénéfice pour les participants à l'étude c'est que les professionnels de la santé et les utilisatrices de services peuvent être sensibilisés en répondant aux questions.

Ce projet a été approuvé par le CEP/UFRGS sous le numéro 188.515 en 06.12.2012. Toutes les femmes interviewées ont signé le consentement.

6. Résultats et chemin de la recherche

Cette étude sur l'équité de genre réalisée dans les services de santé en Haïti, constitue ma dissertation de Maîtrise en Santé Collective et est imbriquée dans une Recherche de l'Université Fédérale de Rio Grande do Sul, intitulée : Equité de genre comme indicateur d'intégralité aux services primaires de santé. C'est une étude qui se base sur l'accès, la qualité et la satisfaction des utilisatrices de services. Le résumé de la recherche est le suivant:

Este é um estudo qualitativo que será realizado em serviços básicos de saúde localizados no Brasil, Haiti, Costa Rica e Itália. O objetivo da investigação é estudar a equidade de gênero nos serviços de saúde como um marcador de integralidade na

atenção primária. Serão realizadas entrevistas em profundidade com cinco profissionais de saúde que atendem mulheres em cada uma das 10 unidades de saúde selecionadas. Serão convidadas 10 mulheres atendidas em cada um dos serviços há pelo menos um ano para participar de grupos de discussão. Também serão observadas as interações naturalísticas em encontros de profissionais e usuárias nos serviços de saúde. A análise dos dados gerados na pesquisa – discursos de profissionais, usuárias e diálogos entre ambos - buscará identificar a presença de marcadores discursivos (silêncios, atravessamentos, tomada de turnos de conversação) e/ou conteúdos (desqualificações, preconceito, menorização, culpabilização, normatização, medicalização) que indiquem tanto a equidade quanto a iniquidade de gênero, potencializada pelas inserções de raça/etnia e orientação/identidade sexual. Um dos parâmetros a considerar é a adequação dos serviços segundo indicadores de equidade de gênero: acolhimento, ações preventivas/educativas e atenção clínico-ginecológica isentos de discriminação; planejamento familiar; atenção a mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais e em situação de violência ou outras vulnerabilidades; encaminhamento efetivo e existência de redes de apoio. Pensar a equidade de gênero na atenção básica como um marcador de integralidade da saúde da mulher contribuirá para uma atenção mais humanizada e igualitária nos serviços de saúde.

Dans le cadre de la Coopération Tripartite Brésil-Haïti-Cuba, des professeurs de l'Université Fédérale de Rio Grande du Sud et de FRIOCRUZ se sont rendus à Haïti pour dispenser un cours d'Épidémiologie des Services de Santé et de Surveillance Epidémiologique aux professionnels des départements sanitaires. Au cours de cette période, nous avons fait une recherche sur la sous notification des décès dans la ville de Saint Marc, une ville d'environ 200.000 habitants. Un article a été publié à ce sujet dans la revue *Ciência e Saúde Coletiva*, où nous sommes chercheurs.

**Recherche sur les sous-declarations de décès,
Saint Marc, Haiti, 2012**

Pesquisa sobre subregistro de mortes em Saint Marc, Haiti, 2012

Stela Nazareth Meneghel ¹
Joyce Mendes de Andrade Schramm ²
Alcindo Antonio Ferla ¹
Mercedes Joseph Philogène ³
Marie Edgard Saint-Val ³
Cupidon Manice ³
Jethro Guerrier ³
Nadège Jaques ³
Marie Françoise Carmel Valcin ³
Marie Rose Bonnet ³
Jimmy Pierre Louis ³
Daniella Azor ³
Anide Compère ⁴

Trouvez l'article à partir de ce lien:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104505&lng=en&nrm=iso&tlng=fr

Résumé de la «Recherche sur la sous-notification de décès, Saint Marc, Haïti, 2012»

Ce travail se réfère à une étude exploratoire menée dans la ville de Saint Marc, une commune d'environ 257,863 habitants en 2012, localisée dans le département de l'Artibonite/Haïti. L'objectif est de rechercher le flux d'informations concernant le système d'enregistrement de mortalité et l'existence de non-déclarations de décès. Les décès survenus dans le mois de janvier 2013 ont fait l'objet d'une enquête dans cinq institutions de la ville de Saint Marc: l'Hôpital Saint Nicolas (HSN), la Mairie, le Bureau d'État Civil (BEC), le Cimetière et la Cathédrale. L'hôpital a été l'institution où l'on a rencontré le plus grand nombre de décès enregistrés. On a procédé au comptage des décès, à partir de la liste nominale des registres hospitaliers, en ajoutant les décès enregistrés dans les autres institutions faisant l'objet de la recherche. Ainsi nous avons obtenu un total de 88 décès au mois de janvier 2012 pour une projection mensuel de

193 décès, calculé à partir d'un taux de mortalité général de 9/1000 habitants. La couverture de décès signalés était de 45,6% et le pourcentage de non-déclaration de décès de 54,4%. Les résultats de la recherche permettent de déduire que les données se référant à la mortalité des institutions de santé et d'état civil peuvent être utilisées même avec des restrictions quant au calcul des indicateurs de mortalité.

Key words: Mortalité; Sous-notification de décès

Quelques mois avant la fin du cours de Surveillance Épidémiologique et d'Épidémiologie des Services de Santé, le Projet de la recherche sur l'équité de genre en Haïti a été présenté à la classe. Nous avons fait la collecte de données dans les 10 départements de santé d'Haïti. Avec la collaboration de mes collègues de cours, les entrevues et groupes focaux ont été réalisés dans une institution de chaque département du pays.

En même temps il y avait la proposition d'une bourse d'étude à l'UFRGS pour la maîtrise en santé publique. Il avait été déterminé que l'étudiant qui obtiendra la bourse aura à réaliser l'analyse des données de la recherche faite en Haïti. C'est ainsi que j'ai eu le privilège d'avoir été la chercheuse de l'étude pour Haïti. En voici le résumé:

Le projet "Équité de genre pour les femmes dans les services de santé en Haïti" fait partie d'une étude plus large appelée "Équité de genre comme un marqueur d'intégralité dans les soins de santé primaires», réalisée au Brésil. L'équité de genre dans les services de santé signifie offrir des soins en fonction des besoins spécifiques de chaque sexe et pour les femmes, le respect des droits sexuels et reproductifs. Cette étude quantitative et qualitative de coupe transversale a été réalisée en Haïti et vise à connaître l'équité de genre dans les services de santé. Les données ont été produites par des entrevues de 10 utilisatrices des services de santé dans chaque département sanitaire du pays, totalisant 114 femmes et 10 groupes de discussion avec des professionnels de la santé. L'analyse quantitative des entretiens a identifié la présence d'inégalités liées à l'accès et à qualité de soins de santé fournis aux femmes. L'analyse thématique des discours des participants des groupes de discussion a montré les difficultés, les inégalités et les limites dans la prestation de soins de santé des femmes. Il y a peu d'études sur l'équité de genre dans les services de santé en Haïti, donc même en

utilisant un échantillon volontaire et petit, Nous espérons que l'enquête va contribuer à considérer façon pratique, l'équité quant aux soins de santé fournis aux femmes haïtiennes.

Enfin, je vous invite à prendre connaissance des résultats:

Ce document comprend:

1. Le projet de recherche pour la maîtrise: « Équité de genre dans les services de santé en Haïti».
2. Le Processus d'analyse de données
3. Article 1: Equité de genre dans les services de santé en Haïti, qui montre les résultats quantitatifs.
4. Article 2 : Équité et Intégralité dans les soins et services de santé en Haïti, telle que perçu par les professionnels de la santé, montrant les résultats qualitatifs

EQUITE DE GENRE DANS LES SERVICES DE SANTE EN HAITI EQUIDADE DE GENERO NOS SERVIÇOS DE SAUDE NO HAITI

Nadège Jacques

Enfermière. Programa de Pós-graduação Saúde Coletiva/UFRGS.

Stela Nazareth Meneghel

Orientatrice. Programa de Pós-graduação Saúde Coletiva/UFRGS.

Résumé

Cette recherche étudie l'équité de genre dans les services de santé primaire en Haïti. C'est une étude transversale exploratoire dans laquelle 10 utilisatrices ont été interviewées dans chacun des dix départements de santé du pays. La plupart des 114 femmes interrogées est jeune, noir, migrante et pauvre. Pour analyser l'équité de genre nous utilisons deux groupes d'indicateurs: d'accès (temps de marche pour arriver a les services, temps dans la file d'attente et paiement) et de la qualité de soins (connaissance du nom du prestataire; durée de la consultation et préjugé dans les services). 88% des consultations dure moins de 5 minutes; 63 % des consultations ont été payés et les utilisatrices ne connaissent le nom du professionnel consulté dans 72% des cas. Les femmes alphabétisées, celles qui souffrent de violence et qui ont eu consultations plus courtes, étaient silencieux quant à l'existence de préjugé dans les services. Cette recherche peut contribuer à améliorer l'équité dans les soins donnés aux femmes en Haïti.

Mots clés : équité de genre, équité dans les services de santé, équité aux femmes, Haïti.

Resumo

Esta pesquisa estuda a equidade de gênero nos serviços de saúde primária no Haiti. Trata-se de um estudo exploratório de corte transversal em que foram entrevistadas 10 usuárias em cada um dos dez departamentos sanitários do país. A maior parte das 114 mulheres entrevistadas era jovem, negra, migrante e pobre. Para analisar a equidade de gênero utilizamos dois grupos de indicadores: de acesso (tempo a pé para chegar aos serviços, tempo de espera na fila e pagamento) e de qualidade na atenção (saber o nome do prestador, duração da consulta e preconceito nos serviços). 88% das consultas duraram menos que 5 minutos; 63% das consultas foram pagas e 72% das usuárias não sabiam o nome da pessoa que as atendeu. As mulheres alfabetizadas, em situação de violência e que tiveram consultas mais curtas calaram-se em relação à existência de preconceito nos serviços. Esta pesquisa pode contribuir para melhorar a equidade na atenção a mulheres no Haiti. Palavras chave: equidade de gênero, equidade nos serviços de saúde, equidade a mulheres, Haiti.

Introduction

Les problèmes liés à l'équité de genre dans le monde entraînent des situations différentes et parfois inévitables dans les relations entre les sexes. Ces différences interagissent avec les variables sociaux-économiques et culturelle et peut produire l'inégalité. En ce qui concerne la santé on peut constater des différences dans l'exposition aux problèmes de santé, dans l'accès à l'information et aux services de santé, mais aussi à l'utilisation des soins (OMS, 2002).

La Conférence Mondiale sur les femmes à Mexico (1975) à aborder ce sujet et a souligné des pratiques d'équité et d'inégalité faites aux femmes. Des conférences se sont suivies dans le but de sensibiliser les gouvernements et d'élaborer des politiques de soins pour les femmes sur le prisme de l'équité de genre. Toutefois, aux cours des dernières années, les iniquités entre les sexes sont généralisés et on pouvait identifier des prévalences élevées de problèmes comme: l'augmentation de la mortalité maternelle; la féminisation du Sida; la mauvaise santé des femmes pauvres; les difficultés d'accès aux services de santé; la nécessité de payer les services; la précarité des soins et services de santé liés aux femmes (United Nations, 1976).

Le principe d'équité renvoie à la compréhension qu'il existe des individus ou des groupes populationnels plus vulnérables et que, pour cela, ils doivent avoir la priorité dans les processus d'intervention d'État. Ainsi, le principe de l'équité définit que des groupes sociaux distincts comme les femmes, les enfants, et les personnes âgées, peuvent avoir des besoins de santé différents, impliquant des demandes d'action gouvernementale également différenciées (Silva e Lima, 2005).

Pour parler d'équité de genre, Il est nécessaire de conceptualiser la catégorie genre, originaire des sciences sociales et qui se réfère à la construction sociale du sexe. La dimension biologique est désignée par le mot sexe et se réfère uniquement à la caractérisation anatomique et physiologique des êtres humains et l'activité sexuelle proprement dite (Heilborn, 2002 ; Ávila, 1999 ; Bandeira, 2005 ; Giffin, 2002).

Nous utilisons le concept de Joan Scott (1990) qui définit le genre comme un élément constitutif des relations sociales de pouvoir fondées sur les différences entre les sexes, basés sur quatre éléments: les symboles culturellement disponibles sur les représentations symboliques pour chacun des deux sexes; un ensemble de normes pour définir le féminin et le masculin; le binarisme des sexes et; l'identité sexuelle subjective basée sur les prescriptions.

L'équité de genre ne peut être identifiée avec une seule valeur ou tendance, mais avec une pluralité de principes normatifs couvrant les aspects associés aussi bien au droit à l'égalité qu'à la différence (Giffin, 2002). L'autonomie des femmes et l'égalité de genres sont reconnues comme une des objectifs fondamentaux dans la déclaration du Millénaire.

L'un des déterminants les plus importants dans la santé de la population est l'équité à l'accès aux biens et aux services. En Amérique Latine et aux Caraïbes, en analysant les inégalités du point de vue de genre, de l'ethnie et de la race, s'il s'avère que les femmes pauvres, les indigènes et les descendants d'africains ont des désavantages comparatifs à l'accès aux biens et services de santé. L'équité et la pertinence des services pour les indigènes et les communautés d'origine africaine est une dette sociale inajournable et un moyen efficace de lutter contre la pauvreté, la faim, les maladies et de stimuler un développement véritablement durable (OPAS, 2007). En Haïti le problème se pose surtout dans l'accès aux services de santé et de la qualité des soins donnés aux femmes pauvres qui vivent dans les zones rurales, dans les montagnes et dans les bidonvilles.

L'équité de genre dans le domaine de la santé se réfère à la notion de différences dans les besoins en soins de différents types de femmes. La notion d'iniquité se réfère aux inégalités jugées

inutiles, évitables et injustes (Fonseca, 2005). L'iniquité de genre dans la santé aborde les différences injustes dans l'état de santé, dans les obstacles à l'accès aux soins et aux environnements favorisant la santé et le traitement (OPAS, 2008). L'équité de genre dans le secteur de la santé vise à obtenir l'élimination des déterminants évitables de la maladie et de la mort et, exige que les pratiques de santé soient offertes de façon différentielle, selon les besoins particuliers de chaque groupe et dans chaque contexte socioéconomique (Gómes, 2002)

Haïti est situé dans le tiers occidental de l'île Hispaniola, il est divisé administrativement en 10 départements géographiques, 42 arrondissements, 140 communes, 64 quartiers et 570 sections communales. Sa population estimée, en 2013, est de 10.570.230 habitants avec une densité de 381 habitants par km². Les femmes représentent 48% de la population. Deux langues officielles sont parlées en Haïti: le Créole parlé exclusivement par 80% de la population et le Français. En 2012, l'espérance de vie à la naissance est 61 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes; le taux de mortalité des moins de 5 ans est 76/1000 naissance vivantes; la mortalité maternelle est 380/100.000 naissances vivantes et le taux d'incidence du VIH est 84/100.000 habitants en 2012 (HAÏTI, 2012a; OMS, 2013).

Le pays figure parmi les plus pauvres du continent américain, 78% de la population survit avec moins de deux dollars (US) par jour et une grande partie vit en insécurité alimentaire. La principale source d'économie du pays reste l'agriculture. Une agriculture a technologie archaïque et surtout endommagée par de multiples catastrophes naturelles et handicapée par l'envahissement du marché haïtien par des produits de premières nécessités importées. De ce fait, bon nombre de ces agriculteurs migrent vers les grandes villes et se livrent aux petits commerces informels aux travers des rues et en majorité ce sont des femmes qui tentent de subvenir aux besoins de leurs familles (Banque Mondiale, 2012; PNUD, s.d).

L'actuelle Politique Nationale de Santé d'Haïti est une version reformulé par rapport aux objectifs du millénaire qui appellent à des améliorations précises dans le domaine de la santé, mais aussi, aux indicateurs de santé qui mettent en évidence la précarité sanitaire de la plupart des ménages haïtiennes. Le modèle de prestation des services de santé a été réorganisé en accord avec le découpage territorial et les principes d'équité et d'universalité. Ce modèle est organisé selon trois niveaux de complexité du système de soins: Primaire, Secondaire, Tertiaire (HAÏTI, 2012b).

Le niveau primaire de soins comprend trois échelons: les centres communautaires (dispensaires) qu'on trouve dans les quartiers ou sections communales; les centres de santé sans lit

ou a lits et les cabinets médicaux de soins qu'on trouve au niveau de la commune. Ces institutions constituent la porte d'entrée du système et les Hôpitaux communautaires qui siègent au niveau du chef-lieu de l'arrondissement et sont dotés des quatre services de base à savoir, la Médecine interne, la Chirurgie, l'Obstétrique/Gynécologie et la Pédiatrie.

Le niveau secondaire regroupe les hôpitaux départementaux qui sont des institutions sanitaires de référence départementale et les cabinets médicaux spécialisés. Le niveau tertiaire comprend les hôpitaux universitaires et les hôpitaux spécialisés, ce sont institutions de référence nationale.

Les soins spécifiques donnés aux femmes se réfèrent principalement à la santé maternelle. En 2008, l'OPS en coopération avec le Ministère de la Santé Publique et Population a lancé le programme de soins obstétricaux gratuits pour garantir l'accessibilité économique de ces services aux femmes défavorisées et marginalisées, faisant de la santé maternelle la porte d'entrée pour la réforme du système de santé (OPS/MSPP, 2008).

Cependant, le manque d'accès à l'information et la formation relative aux droits sexuel et reproductifs se fait sentir. Rare sont les programmes de santé qui intègrent une perspective de genre et de renforcement du pouvoir de négociation sexuelle des femmes et des filles. La reconnaissance limitée des droits sexuel et reproductifs a besoin d'être prisent en compte dans le processus d'équité de genre dans les services de santé en Haïti (HAÏTI, 2013b)

Dans ce contexte, cette étude est réalisée aux fins de comprendre le dynamique d'équité dans les services de soins de santé primaires en Haïti, principalement en ce qui concerne les femmes.

Méthodologie

Il s'agit d'une recherche exploratoire d'abordage quantitatif (Medronho, 2003; Barros, Victora, 1991), qui analyse l'équité de genre en ce qui concerne les soins donnés aux femmes dans les services de santé en Haïti. Cette recherche est imbriquée dans une étude transversale intitulée: «L'évaluation des soins de santé primaires au Brésil: études multicentriques intégrées sur l'accès, la qualité et la satisfaction des utilisateurs », qui évalue les soins primaires grâce au Programme d'Amélioration de l'Accès et de la Qualité des Soins de Santé Primaires (PMAQ) au Brésil (BRASIL, 2011).

Cette étude a été développée au contexte d'Haïti dans le but de connaître les pratiques d'équité de genre dans les services de santé primaire à partir d'entrevues réalisées avec des utilisatrices. L'étude est réalisée dans les dix (10) départements géographique et sanitaire de Haïti dans le cadre de la coopération Tripartite entre le Brésil-Haïti-Cuba (Brasil, 2012; Pessoa et al, 2013). Les interviewers sont des professionnels de santé qui travaillent aux directions départementaux de santé et les institutions sanitaires sélectionnées sont: centres de santé, cliniques externes non spécialisées des hôpitaux.

L'échantillon des femmes comprenait les 10 départements sanitaires du pays. Les entrevues ont été réalisées avec des utilisatrices choisies au hasard par les investigateurs, parmi les patients ambulants se trouvant dans la salle d'attente de consultation. Cette entrevue est réalisée à partir d'un questionnaire semi-structuré préétabli dans le protocole de la grande recherche (Meneghel, 2012) et a été traduit en créole par l'équipe locale. Un test pilote a été fait pour tester le formulaire dans la commune de Carrefour .

Le questionnaire est une adaptation d'un questionnaire d'une autre recherche (Avila, 2001) et comprend 40 questions réparties en quatre grandes sections: caractéristiques démographiques et socio-économiques des femmes, l'accès géographique et économique aux services de santé, la santé sexuelle et reproductive, la qualité des soins.

Un total de 10 femmes en âge de procréer par département, utilisant les services il y a au moins un an ont été interviewées, on compte un total de 114 entretiens pour neuf départements sanitaires du pays.

Les neuf départements sont regroupés en trois régions: Centrale (Artibonite et Ouest), Nord (Nord, Nord-Est et Nord-Ouest) et Sud (Sud, Sud-Est, Nippes et Grand-Anse) pour un meilleur résultat des analyses. Les variables démographiques sélectionnées pour l'analyse sont: l'alphabétisation, la migration, le statut matrimonial, la violence et le lieu d'habitation dans les régions géographiques. Les variables comme langue, race et religion ne sont pas utilisées à cause de l'homogénéité des données.

Pour analyser l'équité de genre, nous avons utilisé deux groupes d'indicateurs: les indicateurs d'accès aux services: temps de marche pour arriver au service, paiement et temps dans la file d'attente et les indicateurs de qualité: connaître le nom du prestataire de soins de santé, durée de la consultation et préjugé des prestataires avec les femmes.

Une base de données est construite sur Excel et ensuite transférée sur SPSS (version 19,0) pour analyse. Les tests statistiques utilisés sont: Anova pour l'analyse quantitative, le test de Tukey et le Chi-carré pour les variables qualitatives. Ce projet a été approuvé par le CEP/UFRGS sous le numéro 188.515 en 06.12.2012. Toutes les femmes interviewées ont signé le consentement.

Résultats

Les résultats présents ci-dessous se rapportent à 114 femmes interrogées dans neuf départements du pays. Le département de l'Ouest a la plus forte concentration de la population et représente 29,8% des femmes faisant partie de l'étude, les autres départements représentent chacun respectivement 8,8% de l'échantillon. Le Tableau 1 présente les variables démographiques, d'accès et de qualité de l'échantillon des femmes.

Les femmes sont toutes de nationalité Haïtienne, noir à 92%, relativement jeune, 74 % sont entre 20-39 ans (l'âge moyen est 31 ans). Concernant l'état civil, 70 % vivent dans une forme d'union. Parmi ces femmes, 56 % ont entre 1 à 3 enfants et 20% n'ont pas d'enfants. La religion protestante est prédominante (56%). En ce qui concerne l'éducation, 83% sont alphabétisées. La langue parlée par la majorité est le créole (91%); le reste parle créole et français.

On note une forte migration interne, de petites localités vers les grandes villes (63%), ou même vers d'autres départements géographiques. Seulement 21% des femmes connaissent combien est le revenu familial. Ces femmes sont à 41 % des petites commerçantes qui vendent des articles divers aux travers des rues ou dans des marchés. 34 % sont sans travail. 44% des femmes dit avoir souffert de violence.

Tableau 1 – Variables démographiques, d'accès et de qualité, Haïti, 2013

Variables	n	%		n		
% Total						
Variables démographiques						
Age (moyen= 31;dp=11)						
<30 ans	68	59,0	>30ans	46	41,0	114
Race						
noir	105	92,1	mulate	7	7,1	112
Anées etude (moyen= 6,4)						
alphabétisées	93	83,1	non	19	16,9	112
Religion						
protestant	61	53,5	autre	53	46,5	114
Langue						
Crèole	104	91,2	français	10	8,8	114
Revenu						
Sans ou ignorée	89	78,7	oui	24	21,3	113
Conjugalité						
Celibataire/sans copain	53	50,5	mariée	52	49,5	105
Nombre enfants (moyen=2,6)						
San enfants	23	20,2	enfants	91	79,8	114
Migration						
oui	69	62,7	non	41	37,3	110
Violence						
oui	49	44,5	non	61	55,5	110
Région où habite						
Nord	28	25,3				
Sud	40	36,0				
Centre	43	38,7				
Variables d'accès						
Temp pour arriver au service (moyen=68m; dp= 71m)						
Temp a la fille d'attente						
< 1heure	70	66,0	>1h	36	34,0	106
Paiement						
oui	68	63,0	non	40	37,0	108
Variables de qualité						
Savoir le nom du profes.						
oui	30	27,3	non	80	72,7	110
Durée de la consultation						
< 5min	101	88,6	>5min	13	11,4	114
Prejugé						
oui	10	8,8				
non	23	20,1				
pas de reponse	81	71,1				

Tableau 2- Distribution des variables d'accès aux services de santé, Haïti, 2013

		Paiement				p
		Oui (70)	%	Non (42)	%	
Migration	Oui	46	65.7	25	59.5	0,548
	Non	24	34.3	17	40.5	
		Oui (32)		Non (59)		
Alphabétisation	Oui	24	75,0	30	50.8	0,069
	Non	8	25,0	29	49.2	
		Oui (70)		Non (41)		
Régions	Centrale	27	38.6	16	39.0	0.016
	Nord	12	17.1	16	39.0	
	Sud	31	44.3	9	22,0	
		Oui (66)		Non (40)		
File d'attente	< 1 h	38	57.58	32	80	0,021
	> 1 h	28	42.42	8	20	
		Oui (63)		Non (39)		
Durée de la consultation	< 10 mns	35	55.56	35	89.74	0,000
	> 10 mns	28	44.44	4	10.26	
		Oui (68)		Non (40)		
Nom du professionnel	Oui	15	22.06	15	37.5	0,087
	Non	53	77.94	25	62.5	

Le Tableau 2 montre que la majorité des femmes interviewées paient les services de santé, cependant, les femmes de la région Sud paient plus. La relation entre paiement et temps d'attente dans la file est paradoxale, les deux types - femmes qui paient et qui ne paient la consultation - restent moins d'une heure dans la file d'attente. Habituellement, la durée de la consultation est courte, mais les gens qui ne paient pas restent moins de temps en consultation.

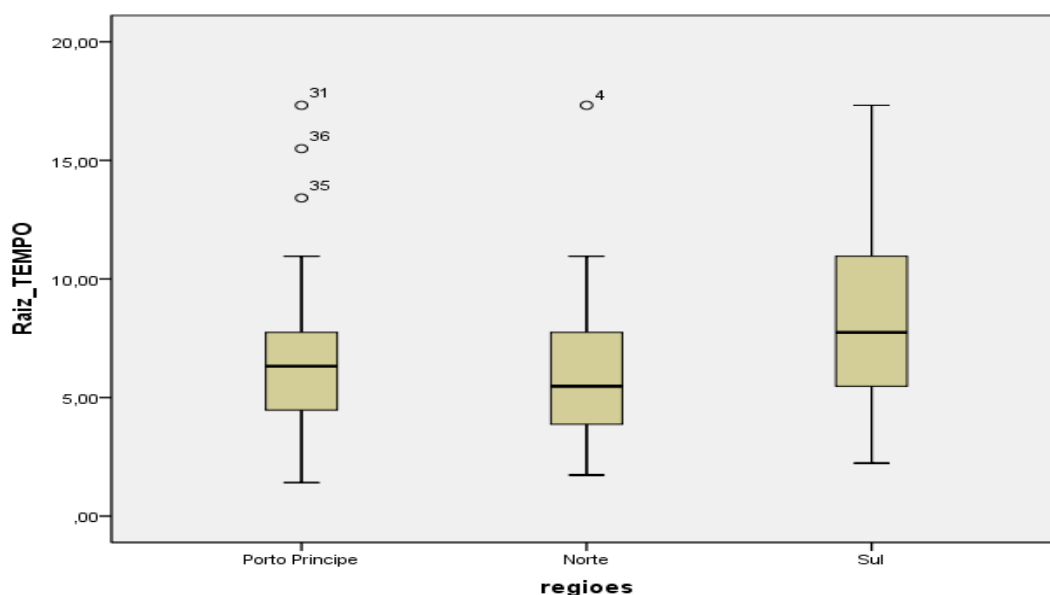
La majorité de ces femmes ne connaissent pas le nom du professionnel qu'elles ont consulté, Il n'y a aucun lien entre le faite de connaitre le nom du prestaire et de payer ou pas la consultation .

Tableau 3 – Distribution de variables de qualité : préjugé, Haïti, 2013

		Préjugé				p		
		Oui (9)	%	Non (60)	%		NR (17)	%
Alphabétisation	Oui	3	33,3	36	60,0	15	88,2	0,004
	Non	6	66,7	24	40,0	2	11,8	
		Oui(10)		Non (81)		NR (23)		
Migration	Oui	7	70,0	53	65,4	12	52,2	0,272
	Non	3	30,0	28	34,6	11	47,8	
		Oui (9)		Non (78)		NR (21)		
File d'attente	< 1 h	6	66,7	51	65,4	15	71,4	0,942
	> 1 h	3	33,3	27	34,6	6	28,6	
		Oui (10)		Non (79)		NR (23)		
Paiement	Oui	7	70,0	54	68,4	10	43,5	0,065
	Non	3	30,0	25	31,6	13	56,5	
		Oui (9)		Non (74)		NR (21)		
Durée de la consultation	< 10 mns	4	44,4	47	63,5	20	95,2	0,002
	> 10 mns	5	55,6	27	36,5	1	4,8	
		Oui (9)		Non (78)		NR (23)		
Nom du profesionnel	Oui	0	-	22	28,2	8	34,8	0,132
	Non	9	100,0	56	71,8	15	65,2	
		Oui (9)		Non (78)		NR (23)		
Violence	Oui	5	55,6	25	32,1	19	82,6	0,011
	Non	4	44,4	53	67,9	4	17,4	

En ce qui concerne le préjugé institutionnel (Tableau 3), 20% des femmes a préfère ne pas répondre a cette question, la plupart de ces utilisatrices était alphabétisées, avaient eu des consultations courtes ou des antécédents de violence.

Figure 1. Temps de marche pour arriver aux services de santé par région, Haïti, 2013



La comparaison entre les trois régions du pays (Figure 1) a été réalisée avec la racine-carré de temps de marche qu'une femme met pour arriver dans un service de santé. Ce résultat indique que dans la région Sud, les femmes ont besoin de marcher plus de temps que dans les autres régions. Les tests Anova puis le Turkey montrent les résultats suivants : comparaison Nord et Sud ($p=0,031$) ; Centrale et Sud ($p=0,084$).

Discussion : équité de genre, accès et qualité dans les services de santé

Cette étude montre qu'il y a des problèmes en ce qui concerne l'équité de genre dans les soins de santé pour les femmes qui utilisent les services de santé et les soins primaire en Haïti. Il faut noter que l'échantillon de l'étude comprenait seulement les femmes qui utilisent les services et, nous savons, qu'une grande partie de la population n'a pas accès aux soins de santé.

En Haïti, 50 % de la population vit en milieu rural et comme dans la plupart des pays pauvres, l'accès aux services de santé est plus limité dans les zones rurales que dans les zones urbaines

(HAÏTI,2013a). Les femmes de la recherche ont dit que le temps de marche moyen pour arriver a un service de santé est 68 minutes, une duration trop longue pour une personne malade. Les résultats de cette étude mettent en évidence la persistance d'une situation déjà connu: quand il y a besoin de consulter un service de santé, les femmes qui habitent le milieu rural, peuvent marcher jusqu'à 6 heures en escaladant des montagnes et peuvent passer la nuit avant d'atteindre un service de santé souvent sous-équipés en ressources matériels, humaines et financières.

La majorité des femmes que nous avons interviewé dit obtenir une consultation le même jour et qu'elles restent sur la file d'attente moins d'une heure. Mais cela ne reflète pas la réalité du pays, peut-être que les femmes ont eu peur de dire ce qu'elles pensent ou elles ont répondu ce qu'elles pensaient que les chercheurs voulaient entendre.

Les problèmes des femmes pauvres, dans la pluparts des régions en Haïti, se concentre sur le logement, la nourriture et le chômage. L'émergence de questions couvrant autres horizons de la vie, tels que le droit aux soins de santé ne sont toujours considérés comme des questions importantes lorsque la situation de la vie est très précaire (Stomquist, 1996).

Au cours de l'EMMUS-V¹, ils ont demandé aux femmes des problèmes qui pouvaient constituer un obstacle pour qu'elles se fassent soigner ou pour qu'elles reçoivent un avis médical. Un peu plus des trois quarts des femmes (76 %) ont cité la disponibilité d'argent pour le traitement, 43 % la distance pour atteindre un service de santé, 21 % la crainte de devoir se rendre seule au service de santé et 9 % la permission d'aller se faire soigner. Les proportions des femmes qui ont déclaré, au moins, un de ces problèmes d'accès aux soins de santé sont plus élevées parmi celles ayant cinq enfants ou plus (93 %), celles qui sont en rupture d'union (87 %), celles qui vivent en milieu rural (89 %), celles n'ayant aucun niveau d'instruction (92 %) et parmi celles que sont plus pauvres (94 %). Globalement, un peu plus de huit femmes sur dix (82 %) ont déclaré qu'au moins un des quatre problèmes cités pouvait constituer un obstacle important pour recevoir un traitement ou un avis médical.

¹ En Haïti, une enquête sur la mortalité, la morbidité et l'utilisation des services (EMMUS) est exécutée environ tous les cinq ans : la première ayant eu lieu en 1987, la deuxième en 1994-1995, la troisième en 2000, la quatrième en 2005- 2006, la cinquième en 2012. L'EMMUS-V est une enquête démographique et de santé ciblant les ménages, la population en général, en particulier les femmes de 15 à 49 ans, les hommes de 15 à 59 ans et les enfants de moins de cinq ans. Elle a été conçue pour fournir des estimations actualisées sur les principaux indicateurs démographiques et sanitaires de base

Un autre aspect important dans l'accès aux services de santé est le paiement direct de services par les utilisateurs. Dans cette recherche, la plupart des femmes avaient fait certain type de paiement. Les études sur le payement des services ont indiqués que ce pratique constitue un obstacle à l'accès universel, même lorsque les taux sont petits ou symbolique (Viana e cols, 1998). En Haïti, la Politique Nationale de Santé est contruite sur le principe de l'universalité, qui garantit a tout individu vivant sur le sol Haïtien un accès facile à la santé dans sa totalité sans distinction de sexe, d'appartenance sociale, religieuse et de lieu de résidence. Mais, une grand partie des services publiques, privées e ONGs facturent des frais, qui même petit, peuvent signifier une restriction d'accès.

Nombreuses barrières peuvent expliquer les difficultés et inégalités d'accès à la santé (éloignement des centres de santé, transport cher et difficile, qualité des soins insuffisante, dysfonctionnement des structures sanitaires), mais Il y a déjà une évidence de lien existant entre accès payant et la mauvaise condition de santé de la population. L'obligation de payer pour accéder aux soins de santé a des conséquences négatives sur l'état sanitaire et le niveau de vie des populations, en particulier dans les pays à faible revenu, comme Haïti (Médecin du Monde, 2008). Dans notre étude, nous avons constaté que les femmes qui n'ont pas payés les services, étaient restées plus longtemps dans la file d'attente et ont eu une durée de consultation plus courte, ce qui peut signifier qu'il n'avait pas équité de la prise en charge.

En Haïti les difficultés financières d'accès aux soins de base constituent une barrière particulièrement prédominante sur l'ensemble du territoire. Selon l'enquête EMMUS IV (2006), 41 % des personnes sérieusement blessées ou malades n'ont pu être amenées à des institutions de soins en raison du coût très élevé et 40 % des malades ont déclarés que le choix de la structure de santé avait été déterminé par le coût des soins. Ces informations montrent comment la stratégie de paiement direct renforce les inégalités entre riches et pauvres. Le problème économique est d'autant sérieux en Haiti que l'EMMUS V (2013) révèle que la moitié des femmes enquêtées n'ont pas travaillées durant les 12 mois précédant l'enquête, et une plus grande partie des femmes travaillent aux petits commerces dans les rues. Les données concernant notre recherche montrent que 34% des femmes sont sans travail et 41% travaille dans commerce libre de la rue, un type de travail mal vu, pas rentable et dangereux.

Le financement du système national de santé Haïtien repose en grande partie sur le principe du recouvrement des coûts auprès des usagers, c'est-à-dire le paiement à l'acte de la consultation et

des médicaments prescrits au cours de la visite médicale. Les plus pauvres ne bénéficient d'aucun système d'exemption, sauf au cas par cas et pour quelques indigents. Actuellement, la politique de santé Haïtienne vise l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire en garantissant un paquet minimum de soins primaires. Cependant, faute de moyens financiers pour maintenir effectif cette mesure, elle n'est pas appliquée dans nombres d'institutions sanitaires (HAITI, 2013a). Un système de santé équitable doit pouvoir offrir des services de santé qui prend en compte l'individu, non ses capacités à payer les services de santé avant de les lui fournir.

Dans le cadre de notre étude, une grande partie des femmes ne connaissent pas le nom du professionnel qu'elles ont consultées et elles n'ont dit pas tout ce que veulent dire au cours de la consultation soit par timidité, soit par manque de temps, parce que le temps de la consultation est trop court; soit parce qu'elles pensent qu'on ne pose pas de question au médecin. Le fait que les utilisatrices ne connaissent pas le nom du médecin fait révenir ces questions: elles ne le mémorisent pas ou le médecin ne se donne pas la peine de se présenter aux patients?

Il n'y a pas de définition actuelle en ce qui serait considéré comme approprié pour le temps d'une consultation médicale. L'une des situations éthiques dans laquelle les patients se sentent lésés en relation à leurs droits, est quand le temps de la consultation est trop court ou quand le médecin n'a pas répondu aux attentes du patient (Tavares, 2008). L'étude montre que les consultations sont expéditives, moins de 5 minutes. En général il manque de médecin en consultation pour le nombre de malade en attente cependant, pour un pays où il manquent des médecins et des ressources, ce temps de consultation est très petite pour garantir les soins globale et de qualité et (HAITI, 2012b).

Les faits discutés plus haut concernant le temps le temps de la consultation et le nom du prestataires de soins rappels aussi un épisode vécu en clinique externe de consultation générale. Un malade s'est présenté au cabinet de consultation et à la demande des motifs de sa consultation, il a répondu : « Vous êtes le docteur, c'est à vous de chercher les problèmes qui m'amènent à la consultation ». Cela montre tout simplement que le patient se remet totalement au prestataire et lui donne plein pouvoir de décider sur sa condition de santé, sans qu'il n'a pas à participé au processus de la recherche du problème ni meme s'intéressé a son nom vu le nombre le temps disponible pour la consultation.

Dans un pays comme Haïti, où la disparité économique et sociale peut être énorme au sein d'une même population, il est essentiel que les utilisateurs se sentent en confiance par rapport à leur droit à la santé équitable indépendamment de leur statut socio-économique, genre, race/couleur, religion et orientation sexuelle. Les résultats montrent que 9% des femmes disent avoir souffert des préjugés dans les services de santé. Les causes les plus courantes de ces préjugés, selon elles, seraient leurs statut socio-économique et/ou leurs professions.

La stigmatisation a été décrite comme un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres. Les caractéristiques sur lesquelles se portent la stigmatisation comme la couleur de la peau, le genre, la pauvreté, la manière de parler et la préférence sexuelle sont totalement arbitraires (ONUSIDA, 2005). Les services de santé dans de nombreuses régions du monde et aussi en Haïti sont des endroits où les violences institutionnelles et symboliques, les préjugés, l'abus entre les prestataires et les femmes se produisent.

En ce qui concerne la question sur le préjugé dans les services de santé, un groupe d'utilisatrices ne répond pas à ce question et cela paraît montrer que ce silence a une signification. Les femmes alphabétisées, ceux qui ont eu une consultation de moins de 10 minutes et ceux qui ont souffert de violence ont fait silence. Ces non réponses, sont-elles des affirmations muettes au préjugé manifeste dans les services de santé? Préfèrent-elles garder le silence puisqu'elles continuent à fréquenter l'institution? Ou gardes-t-elles le silence par peur d'être ridiculiser ou mal reçu en dénonçant le problème?

Nous vivons dans une société où les hiérarchies de pouvoir et de la violence entre les hommes et les femmes sont élevés (Pateman, 1993; Saffioti, 2004). Dans la cadre de notre étude, 44% des femmes ont subi de violences. Une femme qui a été violée ou victime de violence domestique peut souffrir des préjugés dans les services de santé, ces préjugés peuvent provenir du personnel soignant ou d'autres personnels de l'institution sanitaire. Selon EMMUS V (2013) il arrive que des hommes et des femmes Haïtiens soutiennent encore et justifient la violence domestique faite à l'encontre des femmes quand elles ne prend pas soins de leurs enfants, quand sortent sans prévenir son mari, refusent d'avoir de rapport sexuel, quand elles laissent brûler la nourriture ou argumentent lors d'une discussion. La violence domestique est faite aux femmes jeunes, aux femmes qui travaillent sans rémunération, aux femmes de bas niveau d'instruction et de classe sociale pauvre. Ces femmes sont principalement du milieu rural, considéré le plus conservateur à l'influence patriarcale.

Cette enquête sur l'équité de genre en Haïti montre l'existence de nombreux obstacles à l'accès et aux soins pour ces femmes. Les femmes ont utilisé beaucoup de temps pour arriver aux services, avec le risque de ne pas recevoir les soins nécessaires. La plupart des services sont payés, même lorsque ces taux sont petits, ils représentent une difficulté supplémentaire pour les utilisatrices. Les consultations sont rapides et les femmes ne connaissent pas les noms des médecins qui les ont assistés, montrant qu'il n'y a pas de dialogue entre les médecins et les patients. Elles ne parlent pas de l'existence de préjugés, peut-être par peur des réactions du personnel.

Ces résultats mettent à jour les contradictions présentes dans la politique de la santé haïtienne qui propose des services et soins de santé basés sur les principes de l'universalité, de l'intégralité et de l'équité et qui en est incapable d'assurer leurs applications dans les services et soins offerts à la population.

Le fait que cette étude s'est réalisée seulement au niveau d'une institution sanitaire de chaque département géographique constitue une limitation de la recherche, puisqu'elle ne pourra pas être extrapolée à toutes les institutions de santé du pays. Cependant, les résultats ne diffèrent pas des autres sources (EMMUS, MSPP) et ils ont apporté une perspective de genre dans les indicateurs d'accès et de qualité des soins.

Cette recherche constitue un rapprochement entre la discussion sur le genre et des études de la qualité des services et d'évaluation de l'accès. Il est crucial de réduire les inégalités de genre, évitables, inutiles et injustes dans les services de santé en Haïti.

Références

AVILA MB, CORREA S. O movimento da saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L & Diaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 70-104.

ÁVILA, MB. Évaluation de la mise en œuvre du Programme d'Assistance Intégrale à la santé de la femme (PAISM) dans les villes. SOS Corpo, Género e Cidadania; 2001.

BANDEIRA L. Avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres; 2005.

BANQUE MONDIALE. ÉGALITÉ DES GENRES ET DÉVELOPPEMENT Rapport sur le développement dans le monde. ABREGÉ, Banque Mondiale, 2012 disponible: www.banquemondiale.org/fr/country/haiti accès: 15 juin 2015

BARROS F, VICTORA C. Epidemiologia da Saúde Infantil. Rio de Janeiro: Hucitec; 1991.

BRASIL. Projeto pedagógico. Curso de Epidemiologia, Cooperation Tripartite Brasil-Cuba-Haiti. Porto Alegre/ Rio de Janeiro; 2012.

BRASIL. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde ; 2011.

EMMUS V. Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services. Institut Haïtien de l'Enfance/Measure DHS ICF International: Pétiion-Ville, Haïti; Calverton, Maryland, USA, 2013.

EMMUS IV. Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services. Measure DHS ICF International: Pétiion-Ville, Haïti; Calverton, Maryland, USA ; 2006.

FONSECA, RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39 (4):450-9.

GIFFIN K. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: Considerações a partir de uma Ótica de Gênero Transversal. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ),2002; 18, suppl:103-112.

GÓMES EG. Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2002; 11(5/6).

HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Rapport Statistique. Por-au-Prince : MSPP, 2013a.

HAITI. Ministère de la Santé Publique et da Population. Evaluation de la Prestation de Services de Soins de Santé. Haïti: MSPP; 2013b.

HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Annuaire Statistique. Por-au-Prince: MSPP; 2012a.

HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Politique Nationale de Santé. Port-au-Prince: MSPP ; 2012b.

HEILBORN ML. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: Goldenberg P (org) O Clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciência sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.

MEDECIN DU MONDE. L'accès gratuit aux soins de santé primaire une stratégie payante. Appel au G8. Medecin du Monde; 2008.

MENEGHEL SN. Equidade de gênero como um marcador de integralidade na atenção básica em saúde. [Projeto de pesquisa selecionado no edital Universal CNPq/2012] Porto Alegre: UFRGS; 2012.

MEDRONHO,R. (editor) Epidemiologia. Sao Paulo: Ed. Atheneu; 2003.

OMS. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Statistique Sanitaires Mondiale. Genève: OMS; 2013.

OMS. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANT. Intégrer dans l'action de l'OMS des approches soucieuses d'équité entre les sexes. Politique de L'OMS en matière de genre. Geneve; 2002.

ONUSIDA. Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH : études de cas des programmes réussis. (ONUSIDA collection meilleures pratiques). Geneve: ONUSIDA, 2005.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Brasil: Organización Panamericana de Saúde, 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana de Salud. Salud en las Américas. Washington ; OPAS. 2007.

OPS. Organization Mondiale de santé. MSPP. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Projet des soins obstétricaux gratuits (SOG). Projet des soins infantiles gratuits (SIG). Haiti: OPAS/MSP; 2008.

PATEMAN, C. O contrato sexual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PESSOA LR, FERLA A A, SCHRAMM JMA, MENEGHEL SN, LINGER CA, KASTRUP EA. Educação Permanente e a Cooperação Internacional em Saúde: um olhar sobre a experiência de fortalecimento da Rede Haitiana de Vigilância, Pesquisa e Educação em Saúde, no âmbito do Projeto TRIPARTITE Brasil-Haiti-Cuba. Divulgacao em Saude para Debate 2013; 49:159-165.

PNUD. A propos d'Haiti. s.d. disponible:

<http://www.ht.undp.org/content/haiti/fr/home/countryinfo.html> accès: 15.06.2015

SCOTT J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* 1990; 16 (2):5-22.

SILVA JPV, LIMA JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2005. p. 43-73.

SAFFIOTI H. *Gênero, patriarcado, violência*. 1ªed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

STROMQUIST NP. Políticas públicas de Estado e equidade de gênero Perspectivas comparativas. *Revista Brasileira de Educação* 1996; 47(1):27-49.

TAVARES MS. Aspectos éticos da quebra da relação médico-paciente. *Revista Bioética* 2008; 16 (1): 125 – 31.

UNITED NATIONS. Report of the World Conference of the international women year. México. UM; 1976.

VIANNA SM, PIOLA, SF, REIS COO. *Gratuidade no SUS: Controvérsias em Torno do Co-Pagamento*. Brasília : IPEA; 1998. Texto para discussão 587.

Équité et Intégralité dans les Services et Soins de Santé donnés aux femmes, Telle que perçue par des professionnels de santé Haïtiens

Nadège Jacques

Enfermière. Programa de Pós-graduação Saúde Coletiva/UFRGS.

Stela Nazareth Meneghel

Orientatrice. Programa de Pós-graduação Saúde Coletiva/UFRGS.

Résumé

Les concepts d'équité et d'intégralité restent au cœur des débats actuels sur la santé. Ces deux concepts sont étroitement liés au concept de qualité dans les services et soins de santé. Aussi bien que l'équité présuppose une évaluation du modèle de soins et les relations entre les professionnels santé et les utilisateurs des services, l'intégralité nécessite une parfaite articulation entre les professionnels interdisciplinaire, capable de donner des soins complets pouvant produire dans l'ensemble des résultats déterminants pour la qualité de vie des patients. Cette étude est imbriquée dans une étude transversale sur l'évaluation des soins primaire au Brésil. Elle fut réalisée en Haïti

dans ces 10 départements sanitaires à partir de groupe focal avec des professionnels de santé afin d'examiner l'équité et l'intégralité dans les soins et les services de santé pour les femmes en Haïti, selon leurs perceptions des concepts, basé sur les soins qu'ils fournissent. Les résultats montrent que les inégalités dans l'accès et dans la fourniture des soins existent, pour cela L'Etat Haïtien à travers le Ministère de la Santé et de la Population(MSPP) a lancé un Paquet Minimum de service qu'ils n'ont pas arrivé à implanter dans tout le pays. Le problème du Paquet Minimum de Santé est qu'il n'est pas une option pour l'équité dans les soins et service de santé. Il n'existe pas de politique d'intégralité dans les services et soins de santé et le concept n'est pas clairement défini par le MSPP. Ces manques de politique et de définition du concept se traduisent par la verticalité des services de santé, par la fragmentation du Système d'Information Sanitaire.

Mots clés: équité de genre, integralité dans les services de santé, Haïti.

Introduction

Les concepts d'équité et d'intégralité n'ont cessés d'être au cœur des débats en ce qui concerne les soins et service de santé, depuis que la question a été posée et débattu lors de la première conférence sur la situation des femmes en 1975 à Mexico. Quarante an après, le sujet reste d'actualité dans les différents pays où les problèmes sociaux cruciaux tels que l'inégalité raciale, sociale et de sexe sévit et constitue une réelle crise de société et d'intégration. Les résultats liés à ces problèmes sont désastreuses sur le plan sanitaire de ces pays, les différences les plus palpables se voient dans la condition de vie de la population, dans l'accès aux soins de santé de qualité, dans la mortalité évitable concernant les femmes pour ne citer que ceux-là.

Le principe de l'équité renvoie à la compréhension qu'il existe des individus ou des groupes populationnels plus vulnérables en raison de leur condition socioéconomique ou une autre condition spécifique et que, pour cela, ils doivent avoir la priorité dans les processus d'intervention étatique (Silva e Lima, 2005). Ainsi, le principe de l'équité définit que des groupes sociaux distincts comme les femmes, les enfants, les personnes âgées, peuvent avoir des besoins de santé différents, impliquant des demandes d'action gouvernementale également différenciées (Mello et al., 2011)

La notion de besoin a un rôle central pour la proposition d'équité dans l'utilisation des services de santé, puisque, conformément aux principes d'équité distributive, les services de santé devraient prendre en charge en plus grande proportion les groupes plus démunis (Gómez, 2002).

L'équité dans les services de santé présuppose une évaluation du modèle de soins en santé et aussi les relations entre les professionnels de la santé et les utilisateurs des services Bodstein, 2002; Campbell, 2000; Canesqui, 2002; Conill, 2002; Holland, 1983; Kessner, 1992; Madureira, 1989; Starfield, 2000, 1992, 2001, 200; Sawyer, 2002).

Des politiques de santé se sont mise en places pour pouvoir mieux répondre a certaines préoccupation de santé concernant les femmes. Les résultats montrent une certaine amélioration de la santé mais, les pays les plus pauvres n'arrives toujours pas satisfaire leurs besoins primaires en santé.

L'intégralité des soins est un ensemble d'actions articulé et continus des services préventifs, curatifs, individuels et collectifs, requis pour chaque cas à tous les niveaux de complexité du système (Brésil, 1990, alinéa II de l'article 7).

Carvalho et Santos (1995) soulignent que l'intégration des soins et de la prévention indiquent l'orientation au SUS de ne pas séparer les deux modalités de protection de la santé, connaissant les résultats négatifs de la priorisation de l'assistance médico-hospitalière au détriment des actions de promotion de la santé.

L'intégralité de soins commence à partir du travail intégré des équipes comme par exemple, les agents de santé, la santé familiale, la santé buccale etc.. qui, s'articulent avec des lignes de soins comme les centres de santé communautaire, les hôpitaux et les services spécialisés afin de donner des soins complets capables de produire dans l'ensemble des résultats déterminants pour la qualité de vie des patients (De Negri, 2001). D'un autre côté, une bonne pratique de première ligne avec des praticiens qui connaissent bien leurs patients et la collectivité; qui adoptent des directives cliniques et offrent des services fondés sur des données probantes; et des soins dispensés en collaboration par des équipes interprofessionnelles avec un dossier commun leur permettant d'échanger des informations pertinentes. Ces conditions et pratiques de travail augmente la qualité des services et est plus bénéfique pour les patients (FCRSS, 2009). La Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé dans son enquête sur les caractéristiques et avantages fondamentale des services de santé de première ligne de qualité à relever une liste de caractéristiques concernant l'intégralité et leurs avantages. Selon la fondation, les services de santé offrant des soins intégraux doivent :

- Avoir du personnel, de l'installation, des équipements, de services de soutiens adéquats
- Fournir une prise en charge d'une vaste gamme de problèmes de santé courants.
- Avoir des services interdisciplinaires et des intervenants conforme aux besoins de la population.
- Adopter des principes, des directives cliniques et des prestations de services fondés sur des données probantes
- Avoir un programme global de gestion de la maladie chronique
- Avoir collaboration entre intervenants
- Informer le patient en vue de son autogestion
- Avoir une mise en commun des dossiers cliniques longitudinaux

Ces mesures visant des soins intégrales permettrait d'améliorer la qualité des soins; d'augmenter le nombre de dépistage et d'activités préventives; Réduire la morbidité et mortalité; Améliorer la qualité de vie, réduire les hospitalisations évitables; améliorer les connaissances et l'expérience du patient pour ne citer que ceux-là (FCRSS, 2009).

Composé d'institutions publiques à 30,62%, d'institutions privées à 46,14% et d'institutions mixte à 23,24% (Annuaire Statistique, 2010), le Système de Santé Haïtien compte au total 908 structures de services et soins, couvrant seulement 47% de la population en ce qui concerne la santé. Il compte en moyenne 5,9% médecins et infirmières et 6,5% de professionnels de santé au total pour 10,000 habitants. Les offres en soins de santé sont fragmenté, peu accessible, de faible qualité et les programmes de santé sont verticaux (PNS, 2012).

Le réseau de santé est découpé en 58 Unités Communales de santé (UCS) desservant chacune une population de 80,000-140,000 habitants. Chacune de ces unités devrait offrir un Paquet Minimum de Service (PMS) et a le mandat de coordonner le réseau sanitaire du premier échelon. Mais, ce modèle de service n'est pas arrivé à être appliqué dans tout le pays en plus que les UCS ne correspondent pas au découpage administratif national et que le modèle de décentralisation n'a pas été suivi par l'ensemble des secteurs.

Le Paquet Minimum de Santé (PMS) est un ensemble minimal d'interventions essentielles intégrées, choisit parmi les plus efficaces que, l'Etat, en fonction de ses ressources, s'engage à rendre accessible à l'ensemble de la population en vue d'élever son niveau général de santé (PMS, s.d.).

Le PMS inclus :

- La prise en charge globale de la santé de l'enfant
- La prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de la santé reproductive
- La prise en charge des urgences médico-chirurgicales
- La lutte contre les maladies transmissibles
- Les soins dentaires de base
- L'éducation sanitaire participative
- L'assainissement du milieu et l'approvisionnement en eau potable
- La disponibilité et l'accès aux médicaments essentiels

L'objectif de l'étude est de connaître les pratiques d'équité et d'intégralité dans la prise en charge des femmes dans les services et soins de santé en Haïti.

Méthodologie

C'est une recherche d'abordage qualitatif, qui examine l'équité et l'intégralité selon la perception des professionnels de santé en ce qui concerne les soins qu'ils fournissent dans les services de santé dans lesquels ils travaillent en Haïti. Cette recherche est imbriquée dans une étude transversale intitulée: «L'évaluation des soins de santé primaires au Brésil: études multicentriques intégrées sur l'accès, la qualité et la satisfaction des utilisateurs », qui évalue les soins primaires grâce au Programme d'Amélioration de l'Accès et de la Qualité des Soins de Santé Primaires (PMAQ) au Brésil (BRASIL, 2011).

L'étude est réalisée dans les dix (10) départements géographique et sanitaire de Haïti, aux travers des institutions fournissant des services et soins primaires choisis au préalable dans le cadre de la coopération Tripartite entre le Brésil-Haïti-Cuba (Brasil, 2012; Pessoa et al, 2013).

Les sujets de l'étude constituent un échantillon de quatre-vingt-deux (82) personnes soit 73 professionnels de santé représentant 89% de l'ensemble de l'échantillon et autres catégories travaillant dans les hôpitaux et centre de santé telles que : comptable, Statisticiens, Secrétaire, Administrateur, Officier de Surveillance Epidémiologique, au nombre de 9, représentant 11% de l'échantillon. Le tout repartis en une valeur médiane de 9 participants par département. Ces discussions de groupe réalisées à partir de 8 questions guides avaient pour but déterminé la

perception des professionnels de santé à propos de l'intégralité et de l'équité dans les soins qu'ils fournissent aux femmes qui fréquentent leurs services. Ces questions traitaient sur: les raisons les plus communes des consultations; la prise en charge des femmes dans les services; le profil des femmes; les services offerts aux femmes; comment se discute les droits sexuels et reproductifs avec les femmes; les obstacles à l'accès; l'intégralité dans la prise en charge; discussion sur l'existence d'équité dans les soins donnés aux femmes dans les services de santé.

Les données sont générées aux moyens de discussion de groupe avec les prestataires de soins et autres catégories de professionnels travaillant dans les institutions sanitaires choisis pour l'étude. Les données ont été enregistrées avec le consentement des professionnels et sont transcrites sur Microsoft Word puis regroupées et analysées à partir de cinq grands thèmes: Profil des femmes prises en charge dans les services de santé; Demande des femmes venues en consultation et les services offerts par les institutions qu'elles fréquentent; Obstacles à l'accès aux services de santé; Droits sexuels et reproductifs; Intégralité et équité dans la prise en charge des femmes telle que perçue par les professionnels de la santé..

Résultats

L'équité et l'intégralité dans les services et soins de santé n'ont pas toujours été étudiés avec le regard et la vision des professionnels de la santé en Haïti, cette étude leur a offert l'opportunité d'exprimer leurs points de vue sur le sujet. Ces résultats sont la réflexion du groupe de travailleurs et professionnels de santé travaillant directement avec les utilisatrices des services et connaissant mieux que quiconque les difficultés techniques et matérielles existantes dans la pratique de la quête des soins de qualité que cherche à offrir le Ministère de la Santé à la population Haïtienne.

Les services de Santé publique sont fréquentés par une population à niveau économique précaire. Venant de couches défavorisées, ce sont pour la majorité des femmes entre 13 à 49 ans venant des communes et localités proches des centres de santé.

L'accès au service dans les centres de santé commence par l'accueil et l'accueil commence par le service de la comptabilité et des archives. Déjà, commencer l'accueil par le service de la comptabilité constitue une barrière à l'accès aux services et aux soins pour cette couche défavorisée de la population, parmi les autres obstacles importants figurent les tabous, les valeurs culturelles et la religion, la pression sociale en cas de violence sexuelle.

Les services et soins les plus demandés par les utilisatrices sont: les services de santé de la reproduction; les services de sons et imageries médicales; les services d'infectiologie; les services de préventions; les services de laboratoires médicales et de pharmacie; les services de nutritons; La physiothérapie; la chirurgie; la consultation générale; la prise en charge des maladies chronico-dégénératives; la prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles. Généralement, le patron standard des centres de santé est qu'ils soient dotés des quatre services de base à savoir: la pédiatrie, la médecine interne, la chirurgie et la maternité les services de prévention, de laboratoire et de la pharmacie. Les hôpitaux offrent une plus large gamme de services. Cependant, il n'est pas rare de trouver des centres sans les services de la chirurgie et de la maternité et des hôpitaux avec quelques un de ces services non fonctionnel.

Les professionnels estiment que, pour donner des soins équitable et intégrale aux utilisateurs de services, les institutions dans lesquelles ils travaillent doivent-être équipées en ressources humaines, matérielles et financières pour pourvoir répondre a la demande. D'après eux, on ne peut pas parler d'intégralité dans les services et soins qu'ils offrent dans leurs institutions car d'un côté, les soins sont fragmentés par services, la quête de l'interdisciplinarité dans les soins est loin d'être accompli, il n'y a pas de continuité dans les soins car souvent les archives perd les dossiers des patients, alors dans ce cas tout est à refaire. D'un autre côté, La rupture fréquente des stocks de médicaments, l'absence de matériels, l'incapacité des patientes d'acheter médicaments et matérielles requérant aux soins qu'ils nécessitent, le manque de ressource humaines constituent un obstacle majeure a livré des soins de équitables, de qualité et intégrale aux patientes.

Bon nombre de ces situations se voit souvent obliger de transférer le femmes vers une institution mieux équipés. Ce choix implique une autre complication liés aux femmes qui non pas toujours les moyens économiques pour pourvoir répondre a un transfert encore plus loin de chez eux impliquant plus de dépense. Selon les professionnels de la santé, ce sont des situations frustrants aussi bien pour le patiente et sa famille que pour eux-mêmes qui sont conscient du danger qu'encourt la femmes surtout en cas de complications, mais par faute de moyen, ne peuvent pas exercer correctement leur professions qui est celle de sauver des vies.

Discussions

Le Paquet Minimum de Service pourrait être un excellent moyen pour pouvoir donner un niveau de soins standard qui aurait de grands bénéfices dans les zones périphériques et les quartiers pauvres des grandes villes où généralement les services et soins de santé sont vraiment d'une qualité douteuse par rapport aux besoins des populations qui y résident et les moyens disponibles existants pour que les professionnels délivrent des services. Les soins et services proposés par ce paquet sont un minimum basique dont tous les citoyens ont droit mais, qui malheureusement fait défaut à la majorité de la population haïtienne. Il est regrettable que le MSPP par son budget non adapté aux besoins réels en santé, aggravé par son manque de leadership lié forcément aux problèmes de financement, n'est pas capable de faire fonctionner la logique du Paquet Minimum de Santé qui, n'aurait pas été le meilleur choix d'offre de santé à la population car elle mérite plus qu'un PMS mais, s'aurait été une meilleure option dans les conditions actuelles dans lesquelles se trouvent la santé du peuple haïtien.

Certains pays d'Afrique comme la République Démocratique du Congo et le Rwanda, en raison des problèmes similaires à Haïti, ont optés pour un Paquet Minimum d'Activités en vue d'améliorer la santé des citoyens. Ce paquet contient la Promotion de la santé, la Prévention des maladies et les soins Curatifs (RDC, 2006; Rwanda). Le Paquet Minimum de Service permet aux plus pauvres d'avoir un accès restreint mais essentiels aux besoins en santé, cependant cela soulève un problème d'équité par rapport au reste de la population capable de se payer un service bien meilleur et plus complet que les services auxquels les plus pauvres ont droit.

Le Ministère de la Santé a réalisé un essai pilote dans la commune de Carrefour ayant pour but de délivrer un paquet essentiel de soins de santé de qualité et gratuit, intégrant les soins curatifs, préventifs et la promotion de la santé. Ce Paquet essentiel basé sur l'approche de la médecine familiale avec pour acteurs principaux les agents communautaires de santé comprend les soins suivants: la santé maternelle, le prénatale, la santé infantile, la planification familiale, la prise en charge des maladies transmissibles infectieuses et des maladies chroniques. Ce Paquet Essentiel de Soins, est-il un volet à base communautaire du Paquet Minimum de service, permettant d'utiliser les agents communautaires pour pouvoir faire une médecine préventive adéquate et initié l'approche à la santé intégrale de la population? Puisque ce réseau communautaire reste en contact permanent avec les institutions de santé dans l'axe géographique de leurs travaux, créant ainsi un système de référence et de contre référence fondamentale à toute équipe de professionnels qui ont des patients en commun.

Cet essai pilote montre des résultats probants à certains égards. La couverture médicale de la population pilote passe de 12,5% à 39% entre mars 2011 à avril 2015, le taux d'accouchement réalisé à l'hôpital est passé de 12% en 2012 à 80% en aout 2013. (PAHO, 2015).

Haïti, en ce qui concerne l'intégration dans les soins et services, n'a pas une politique définit et harmonisé du concept. Si on regarde les caractéristiques de l'intégration des services et soins citées plus haut, nous avons de multiples problèmes identifiés dans le rapport des Etats Généraux sur la Santé (Haïti, 2012) montrant qu'on est encore loin du jour où Haïti pourra fournir des soins et services intégrés à sa population. Pour commencer, fournir des soins basé sur des données fiables révèle d'un déficit car, la couverture nationale en matière de santé est inadéquate, seulement 47% de la population est couverte, et les données disponibles sur les indicateurs de santé recueillis dans le Système d'Information Sanitaire et les autres sous –systèmes ne sont pas tout a fait fiables, autrement dit, nous ne connaissons pas les besoins réels de la population en ce qui concerne la santé. De plus, la population manque de confiance dans la qualité de soins qu'elle reçoit dans les services de santé, et par conséquent ne fait pas de confiance aux professionnels de la santé, ni au système de santé. Le manque d'information des utilisateurs sur les services offerts, et aussi sur ses problèmes personnels de santé maladie constitue aussi un handicap majeur. Ce manque d'information du patient sur sa maladie ne lui permet pas de faire l'autogestion de sa santé, ce qui l'amène à avoir recours à la médecine traditionnelle qui parait-il sait mieux gagner la confiance des utilisateurs.

Chaque service de santé est indépendant et vertical, ils recueillent ses propres données, et surtout ne les partages pas avec les autres services qui soignent le même patient, par soucis de confidentialité, alors que le partage des informations est essentiels parmi les équipes multidisciplinaires qui s'occupent du même patient à partir d'outils communs de soins. La mauvaise tendance du service des archives à égarer souvent les dossiers des patients, sont des situations ne qui ne garantissent pas la continuité des soins.

Il faut prendre en compte aussi le ressenti des professionnels de santé face à la situation d'infrastructure inadaptés dans lesquelles ils sont obligés de travailler, avec une ressource humaines et matérielles insuffisantes. Ces situations sont très frustrantes pour eux, principalement en présence des cas où ils sont supposés agir en urgences, mais en sont incapables à causes de ces restrictions structurelles. Même le transfert du patient est pénible car soit il n'y a pas de système d'ambulance pour le transfert des urgences, soit il y a des problèmes liés aux patients et à sa famille car ils ne peuvent pas se payer le coût qui revient à un transfert qui souvent implique d'aller dans une autres

villes où ils ne connaissent personnes et surtout ils seraient très pénible de tenir financièrement. Dans la pire des cas, ils préférèrent retourner chez eux laissant le malade mourir.

Le Paquet Minimum de Soins engendre des inégalités entre ceux qui peuvent se payer des soins complet et ceux qui ne peuvent pas. Dans les pays pauvres, et où l'Etat n'investit pas beaucoup dans la santé, le Paquet Minimum de Santé est une bonne solution pour pouvoir permettre à la grande majorité pauvres de la population d'avoir le minimum de services et soins de nécessaire au maintien de leur santé. Toutefois, Haïti a besoins de réviser, adapter, élargir et appliquer le Paquet Minimum de Santé sur tout son territoire afin d'améliorer la santé des plus démunis.

La verticalité des services de santé, le manque de fiabilité des données du Système d'Informations Sanitaire et les sous système d'informations, l'insuffisance des ressources humaines et matérielles, les infrastructures inadaptés, le manque de communications entre les différentes équipes et surtout l'absence de politique qui définit clairement le principe d'intégration des soins et services montre qu'il y a un long chemin à parcourir avant que Haïti puisse offrir des soins intégrales incluant le réseaux communautaire, bien que la pilote de carrefour a plutôt montrés de bon résultat de la démarche au niveau communautaire, le plus dure reste à faire pour pouvoir organiser et intégré tout le système afin de faire de nos services et soins de santé un paquet complet bénéfique aux patients.

Référence

BODSTEIN R. Atensão Básica na agenda da saúde. *Cienc. Saúde coletiva*. 7(3),2002.

BOGARDUS ES. The group interview, *Journal of Applied Sociology*, 10: 372-382, 1926.

BRESIL, 1990, alinéa II de l'article 7

BRASIL. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

CAMPBELL SM, ROLAND MO, BUETOW SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, England, 51(11):1611-1625, 2000.

CANESQUI AM. Sobre a avaliação da Atenção Básica. *Cienc. Saúde coletiva*. 7(3), 2002.

CONILL EM. Complementando a discussão sobre a Atenção Básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? *Cienc. Saúde coletiva*. 7(3), 2002.

DE NEGRI A. Au Brésil, la santé comme droit politique, 2011. Disponible sur www.maisonmedicale.org dernier accès 30/11/2015.

DENZIN NK, LINCOLN IS. Planejamento da Pesquisa Qualitativa. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas , 2006.

FCRSS/CHSR, Quelles sont les caractéristiques et avantages fondamentaux de services de santé de première ligne de qualité ?2009. Disponible sur www.fcrss.ca

FONSECA, RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39 (4):450-9.

GIFFIN K. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: Considerações a partir de uma Ótica de Gênero Transversal. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, 18, suppl:103-112, 2002.

GÓMES EG. Equidad, gênero y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(5/6), 2002.

HAITI. Annuaire Statistique MSPP, 2012 (www.mspp.gouv.ht) .

HAITI. Politique Nationale de Santé, 2012 (www.mspp.gouv.ht).

HAITI, Rapport des Etats Généraux de la Santé ,2012. Disponible. sur internet.

HOLLAND WW. Evaluation of health care. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press, 1983.

KESSNER DM, KALK CE, SINGER J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: Organización Panamericana de la Salud, organizador. Investigaciones sobre servicios de la salud. Brasília: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 555-63.

MADUREIRA PR, CAPITANI EMC, SOUZA GW. Avaliação de qualidade da atenção a saúde na rede básica. Cad. Saúde Pública. (1):45-59, 1989.

MERTON RK, FISKE M, KENDALL PL. The focused interview: a manual of problems and procedures. New York, Free Press, 1990.

MORGAN D. Focus group as qualitative research. Newbury Park, Sage Publication, 1988.

MSPP, Paquet- Minimun-de-services-1er niveau, sd. Disponible sur www.mspp.gouv.ht

PAHO, Atelier réflexions sur le modèle de soins de santé fonctionnel, 2015. Disp sur www.paho.org dernier accès 30/11/2015.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Brasil: Organização Panamericana de Saúde, 2008.

POPE C, MAYS N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Artmed: Porto Alegre, 2005.

PORIGNON D. Inégalité et soins de santé primaire, 2001. Disponible sur www.maisonmedicale.org dernier accès 30/11/2015.

RDC. Stratégie de Renforcement du Système de Santé le RDC, 2006.

RWANDA. Présentation du Système de Santé du Rwanda, sd. Disponible sur www.dhsprogram.com Dernier accès 12/07/2015.

SADC, Pacote mínimo de serviços para orfãos e outros crianças e jovens vulneráveis, s.d. Disponible sur www.repssi.org

SILVA JPV, LIMA JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. p. 43-73, 2005.

STARFIELD B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

STARFIELD B. *Primary Care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD B, XU J, SHI L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, United States, 50(2):161-175, 2001.

STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SAWYER DO, LEITE IC, ALEXANDRINO R. Perfis de utilização do serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde*, Rio de Janeiro, 7(4):757-776, 2002.

ANNEXE I

TERME DE CONSENTEMENT LIBRE ET INFORMÉ

Nous invitons Mr./Mme. _____ à participer d'une enquête intitulée « **Équité de genre dans les services de santé en Haïti** ».

Nous croyons que votre participation sera extrêmement importante, puisque l'échange d'informations sur le sujet pourra subventionner la création de pratiques spécifiques d'équité de genre. Cette recherche vous permettra de signaler les situations difficiles rencontrées dans les

services de santé, pour que l'on puisse penser à des actions qui peuvent aider à faire face aux problèmes. La façon de participer à cette recherche est d'autoriser la réalisation d'un entretien où seront abordées des questions relatives à l'équité de genre.

Nous tenons à ajouter que tous les aspects moraux seront respectés, principalement en ce qui concerne votre anonymat, la confidentialité et le secret des informations que vous nous fournirez. Les données seront stockées dans un endroit spécifique, dont l'accès ne sera fourni qu'aux participants de la recherche. La divulgation des données sera faite sans identifier les participants. Nous précisons également que la personne qui vous interrogera a une formation scientifique et professionnelle pour vous aider et vous fournir tous les renseignements. La participation à cette étude est volontaire et, même si vous acceptez de parler avec nous, vous pourrez y renoncer à tout moment sans aucune conséquence ni perte. La participation à la recherche n'aura aucun coût financier.

Lors de l'entretien, nous serons soigneux et prudents, évitant les jugements de valeur et les contraintes. Le partage d'expérience ne veut nullement vous exposer ou vous causer de malaise, seulement aider à comprendre ce qui s'est passé et accueillir les émotions douloureuses qui peuvent éventuellement survenir, en aidant et en facilitant leur surpassement. Je me sens suffisamment informée et je donne mon consentement pour participer à la recherche et, par conséquent, je signe ou je confirme ci-dessous: _____

Local _____ Date _____

ANNEXE 2

Plan de Groupe discussion avec des Professionnels des Services de Santé qui font partie du réseau de services publics

1. Quelles sont les raisons (ou les causes) les plus communes pour que les femmes aillent aux services de santé dans votre région ?
2. Comment les femmes sont-elles prises en charge (traitées) dans les services ? (au triage, à l'accueil, aux consultations, réalisation de procédures ?)

3. Quel est le profil des femmes prises en charge (âge, lieu où elles vivent, état socioéconomique, situations de risque ou de vulnérabilité) ?
4. Quels services sont-ils offerts aux femmes (examens préventifs, soins à la vie sexuelle et reproductive, prénatal, accouchement, post-partum, maladies spécifiques) ?
5. Comment sont discutés les droits sexuels et reproductifs (contraception, grossesse, accouchement, avortement, violences sexuelles) ?
6. Quels sont les obstacles à l'accès des femmes (géographiques, culturels, religieux, économiques, autres) ?
7. Dans le service de santé où vous travaillez, les femmes sont-elles prises en charge dans leur intégralité (santé physique, psychologique et sociale) ?
8. Qu'est-ce que l'équité pour vous ? Existe-t-il une équité des soins aux femmes dans le service où vous travaillez?

ANNEXE III

ENTREVUE - FEMMES DANS LES SERVICES DE SANTE

Chercheur Enquêteur: _____

Personne de contact / Superviseur _____

Lieu Ville : _____ Commune _____

Date de l'entrevue: ___ / ___ / 2013

Numéro d'identification : _____

A) IDENTIFICATION CARACTERISTIQUES SOCIO - DEMOGRAPHIQUES

Prénom / Non: _____

Nom / **Siyati**: _____

Age / **Laj** : _____

Adresse / **ki kote'w rete**: _____

Pays Commune / **Kominn** : _____

Lieu de naissance / **Kote'w fet**: _____

Langue parlée: _____

1. Migration.

Vous avez déjà laissé votre ville de naissance? / **Ou te kite vil kote'w te fet la ? Oui /Wi () Non ()**

Pendant Depuis combien de temps? / **Depi konbyen tan ?** _____

2. Race / couleur

() Noir

() Mulatre

() Blanc

() Autres:

3. **Éducation.** Combien d'années vous avez étudié? _____

Quel est votre niveau de scolarité? / **Ki pi gwo klas ou fè lekol?**

4. Etat civil

Êtes-vous actuellement? **Nan moman n ap pale a eske ou :**

Célibataire - *ne vit avec aucun partenaire* / **Pa gen mari ()**

Mariée - *vit avec l'époux* / **Marye, ap viv ak mari'l ()**

Divorcé (), veuve () ou séparée () **Divòse (), mari'W mouri (), wap viv pou kont ou ()**

Union libre / **Plase ()**

Non-réponse / **San repons ()**

5. Nombre d'enfants

Combien d'enfants avez-vous? **Konbyen ti pitit ou genyen ?** ____

Combien de personnes compte votre famille? / **Konbyen moun kap viv avek ou?** ____

Combien de personnes de votre famille exerce un travail rémunéré? **Konbyen moun nan kay la kap travay ? _____**

Combien gagnent-ils? / **Konbyen yo touche pa mwa? _____**

Ne sais pas / **Pa konnen ()**

Non-réponse / **San repons ()**

6. Présentement, quelle est votre profession *ou* *quelles sont vos activités de travail principales* ?/ **Ki sa wap fè pou'w viv?**

Commerçant, vendeur / **machann ()**

Ménagère / **menajè ()**

Couturière / **koutyryè ()**

Sans travail – chômage / **Pap travay ()**

Autre-préciser / **Lot bagay – di sal Ye : _____**

Non-réponse / **San repons ()**

7 Religion

Catholique / **katolik ()**

Protestante / **potestan ()**

Vaudouïsante / **vodouyizan**

Sans religion Non croyant / **Pa gen relijyon ()**

Autre-préciser / **Lot bagay – di sal ye _____**

Ne sait pas / **Pa konnen ()**

Non-réponse / **San repons ()**

B) L'ACCES ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SOINS

8. Accès géographique.

Combien de temps vous mettez pour arriver à pied au service de santé? /

konbyen tan ou fè pou'w rive isit-la (nan sant –la, lopital-la) ? _____

Ne sait pas / **Pa konnen ()**

9.L'accès linguistique.

Vous comprenez la langue parlée dans les services de santé? /

lè yo pale avè'w esxke'w konprann sa yo diw ? Oui / Wi () Non / Non ()

10. Vous comprenez les orientations qu'on donne dans les services de santé?

Eske'w konpran lè yo voye'w nan youn lot sèvis ? Oui / **Wi** () Non / **Non** ()

11. Accès culturel. Les services de santé vous imposent des procédures que votre culture, religion ou l'orientation sexuelle n'autorise pas? / **eske yo konn di'w fè de bagay ke konsyans ou / oubyen relijyon'w / oubyen ou pa Konn fè ?**

Oui / **Wi** () Non / **Non** ()

Si oui, quelles sont ces impositions? **Si wi, se ki sa ?** _____

12. Informations. Vous avez accès aux informations sur les horaires des services de santé?

Eske'w konn lè sant-la, lopital-la ap travay ? Oui / **Wi** () Non ()

13. Accès Économique. Vous devez payer quelque chose dans le service de santé? **Eske'w peye pou sevis yo ba ou isit-la (nan sant-la, lopital-la) ?** Oui/Wi () Non ()

C) UTILISATION DU SERVICE

14. Quel type de consultation vous faites? /

Pou ki sa'w vinn isit-la (nan sant-la, lopital-la) ?

Clinique Pre-natale / **konsiltasyon pou fanm ansent** ()

Planification familiale / **planin** ()

Prévention du cancer / **maladi kansè** ()

Gynécologie / **konsiltasyon pou fanm** ()

Clinique médicale / **konsiltasyon pou gran moun** ()

Pédiatrie / **konsiltasyon pou ti moun** ()

Éducation à la santé / **konsèy sante**()

Autre, préciser / **lòt bagay, di sal ye :** _____

Vous avez réussi la consultation? / **Ou reyisi fè konsiltasyon an**

Oui / **Wi** () Non / **Non** () Pourquoi?/ **Pou ki sa** _____

15. Qui vous a consulté? / **ki yes ki te konsylte'w ?**

Médecin /**doktè** ()

Infirmière / **enfimyè** ()

Psychologue / **sykològ** ()

Dentiste / **dantis** ()

Auxiliaire / **oksilyè** ()

Autre, préciser / **lòt bgay, di sal ye** : _____

Ne sait pas / **Pa konnen** ()

16. Comment avez-vous fait pour marquer la consultation ? /

kijan'w fè pou te ka konsilte ? :

Attendu dans la file d'attente / **Ret tann nan sal la, chita sou ban-an** ()

Planification (agenda) / **te gen rande vou** ()

Paiement / **peye youn moun** ()

Référé par / **te gen youn referans** ()

Autre, préciser / **lòt bgay, di sal ye** : _____

Ne sait pas / **Pa konnen** ()

Non-réponse / **San repons** ()

17. Combien de temps faut-il attendre pour la consultation? /

konbyen tan ou fè ap tann avan 'w konsilte ?

Le même jour / **menm jou-a** ()

Moins de (1) semaine / **mwens ke youn semenn** ()

D'une semaine à un (1) mois / **plis ke youn semenn** ()

Plus de 1 mois / **plis ke youn mwa** ()

Pourquoi ? / **poukisa ?** _____

Autre, préciser / **lòt bgay, di sal ye** : _____

18. Combien de temps vous avez passé à la file d'attente? /

konbyen tan ou fè ap tann nan lin nan ?

Moins de 1 heure / **mwens ke inèd tan** ()

1 à 2 heures / **plis ke inèd tan** ()

3 à 4 heures / **twa zè ou katrèd tan** ()

5 à 6 heures / **sen kè ou si zèd tan** ()

Plus de 6 heures / **plis ke si zèd tan** ()

Autre, préciser / **lòt bgay, di sal ye** : _____

8. Ne sait pas / **Pa konnen** ()

19. Combien de temps a duré la consultation? /

konbyen tan ou te fe ap konsilte ?

Moins de 5 minutes / **mwens ke senk minit** ()

5 à 10 minutes / **yon dis minit** ()

11 à 15 minutes / **kenz minit** ()

Plus de 15 minutes / **plis ke kenz minit** ()

Autre, préciser / **lòt bgay, di sal ye** : _____

8. Ne sait pas / **Pa konnen** ()

20. Vous savez le nom du professionnel qui vous a consulté? /

Eske ou konnen non moun ki te konsilte'w la ? Oui / **Wi** () Non / **Non** ()

21. Vous avez dit tout ce que vous souhaitiez au professionnel de santé qui vous a reçu? /

Eske ou te gen tan di'l tout sa'w santi ()

Oui / **Wi** () Non / **Non** () Pourquoi? / **Pou ki sa ?** _____

Non-réponse / **San repons** ()

22. Les professionnels qui vous ont reçu, vous ont expliqué toute la procédure?

Moun ki te resevwa'w yo, te explike'w tout sa pou'w fè ?

Oui, très bien expliqué / **Wi, li banm bon esplikasyon** ()

Oui, bien expliqué / **Wi, li byen esplikem** ()

Oui, un peu expliqué / **Wi, youn ti esplikasyon tou piti** ()

Pas bien expliqué / **Pat byen esplikem menm** ()

Autre, préciser / **lòt bgay, di sal ye** : _____

Ne sait pas / **Pa konnen** ()

D) SOINS PRE-NATALS

23. Vous êtes enceinte, ou bien vous l'avez déjà été ? **Ou ansent kounye-a oubyen ou fè pitit deja ?**

Oui / **Wi** () Non / **Non** () (passez à la question 30)

24. Vous avez fait de pré-natal? **Ou te vinn nan konsyiltasyon pou fanm ansent ?**

Oui / **Wi** () Non / **Non** ()

25. Combien de consultations vous avez fait durant la dernière grossesse? **Konbyen fwa ? _____**

26. Comment s'est passé votre dernier accouchement? **Dènye fwa'w te akouche-a kijan sa te pase ?**

Césarienne / **Yo te fè'w sezariyenn** () Couche normale / **kouch nòm**al ()

27. Y a t-il eu des complications? / **Eske te gen ti konplikasyon ?**

Oui / **Wi** () Non / **Non** () Lesquelles? / **Ki sal te ye** _____

28. Où a eu lieu l'accouchement? / **Ki kote'w te akouche ?**

Maison / **Lakay ou** ()

Hôpital / **Lopital** ()

Autre, préciser / **lot kote, di ki kote:** _____

29. Qui a effectué l'accouchement? / **Ki yes ki te akouche'w ?**

Sage-femme / **fanm say / matronn** ()

Infirmière / **enfimyè** ()

Médecin / **doktè** ()

Autre, préciser / **lot moun, di ki les:** _____

E) DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

30. Utilisez-vous des méthodes contraceptives? / **Eske'w fè planin ?**

Oui / **Wi** () Non / **Non** () (Passez à la question 36)

31. Quel méthode contraceptive utilisez-vous? / **Ki sa'w pran ?**

Contraceptif oral / **grenn planin** ()

Contraceptif injectable / **piki twa mwa** ()

DIU / **esterilè** ()

Condom / **kapòt** ()

Ligature des trompes / **ligati** ()

Autre, préciser / **lòt, di ki sa** : _____

32. Faites-vous un contrôle médical pour accompagner l'utilisation des contraceptifs? / **nan fe planing nan, wap swiv doktè ?**

Oui / **Wi** () Non / **Non** ()

33. Obtenez-vous gratuitement ces contraceptifs? / **yo ba'w planing nan gratis ?**

Oui / **Wi** () Non / **Non** ()

34. Avez-vous eu une ou plusieurs grossesses non-désirées?

Eske sa konn rive, ke'w tonbe ansent san'w pa vle ?

Oui / **Wi** () Non / **Non** () Si oui, Combien? / **Si se Wi Konbyen fwa** _____

35. Avez-vous eu un ou plusieurs avortements? / **ou te konn fè avòtman ?**

Oui / **Wi** () Non / **Non** ()

Si oui, C'était / **si se Wi, se te** : Naturel / **timoun nan tonbe pou kont li** (), Provoqué / **jete pitit la** ()

Comment cela s'est-il passé? / **ki jan sa te pase ?** _____

G) VIOLENCE

36. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une de ces formes de violence:

Eske'w te konn sibi youn nan bagay sa yo ?

Physique / **kale'w / bat ou / frape'w** ()

Sexuelle / **vyole'w** ()

Économique / **pa ba'w kob** ()

Emotionnelle / **joure'w / di'w gro mo / di'w betiz** ()

Institutionnelle / **patwon'w vle'w pou fanm** ()

Non / **Non** () (Passez à la question 39)

37. Qui est / a été l'agresseur? / **ki moun ki te fe'w sa-a ?**

Conjoint / partenaire / **mari'w / menaj ou / patnè'w / papa pitit ou ()**

Famille / **paran'w ()**

Inconnu / **pa konenn'l ()**

Voisins connus / **vwazen'm ()**

Chef / **patwon'm ()**

Services ou institutions / **biwo, sèvis, legliz ()**

Autre, préciser / **lòt, di ki sa :** _____

38. Le service de santé vous a demandé si vous avez déjà subi une forme quelconque de violence? / **eske yo te poze'w kesyon sa-a nan sant / lopital, ?**

Oui / **Wi ()** Non / **Non ()**

H) ATTEINTE DISCRIMINATION, STIGMATISATION

39. Vous avez souffert de préjugés ou d'abus des services de santé à cause de votre: /

Eske yo konn pa sèvi'w nan sant la, lopital-la, poutet :

Religion / **Relyjyon'w ()**

Race / couleur / **koulè'w ()**

Profession :

Exerçant un commerce dans les rues / **machann nan lari ()**

Travaillant dans un bordel / **wap travay nan makrèl ()**

L'orientation sexuelle / **poutèt wap fè bagay ak plizyè neg pou viv ()**, **Poutèt ou renmen fi parèy ou ()**

Maladie / **maladi'w ()**

Le statut socio-économique / **Poutèt ou malerèz ()**

Vices / Habitudes (drogues)/ **ou konn pran dròg ()**

Tatouages / **ou gen tatou sou kò'w ()**

Manière de se vêtir/ **jan'w abiyie ()**

Raconte-nous comment cela s'est passé ? / **Di'm ki jan sa te pase** _____

40. Connaissez-vous un membre de votre famille ou un voisin qui est mort parce qu'il n'avait pas eu de soin en ce qui concerne /

Eske gen yo paran'w oubyen vwazen'w ki te mouri paske'l pat jwenn swen nan sant-la / lopital-la pandan bagay sa yo ?:

L'accouchement / **akoucheman** ()

Accident / **aksidan** ()

Maladies infantiles / **timoun malad** ()

SIDA / **maladi sida** ()

Tuberculose / **maladi tebe / pwatrinè** ()

Manque de soins de santé / **Pa konn al lopital** ()

Autre, préciser / **lòt bagay, di sal ye** : _____

Ne sait pas / **Pa konnen** ()

Non-réponse / **San repons** ()

Vous voulez dire quelque chose d'autre?/ **Eske ou yon lòt bagay ou te vle di'm ?**

Merci beaucoup / **Mèsi anpil**

Adapté de : Ávila, MB. Évaluation de la mise en œuvre du Programme d'Assistance Intégrale à la santé de la femme (PAISM) dans les villes. SOS Corpo, Gênero e Cidadania. 2001.

Références

AGUILAR MJ, ANDER EGG E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes, 1995.

AVILA MB, CORREA S. O movimento da saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: Galvão L & Diaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 70-104.

BANDEIRA L. Avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, 2005.

BASTOS FI; SZWARCOWALD C. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1): 65-76, 2000.

BODSTEIN R. Atenção Básica na agenda da saúde. Cienc. Saúde coletiva. 7(3),2002.

BOGARDUS ES. The group interview, Journal of Applied Sociology, 10: 372-382, 1926.

BRASIL. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

BRASIL. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo enfrentamento da violência contra a mulher. 2007.

CAMPBELL SM, ROLAND MO, BUETOW SA. Defining quality of care. Social Science & Medicine, England, 51(11):1611-1625, 2000.

CANESQUI AM. Sobre a avaliação da Atenção Básica. Cienc. Saúde coletiva. 7(3), 2002.

CONILL EM. Complementando a discussão sobre a Atenção Básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? Cienc. Saúde coletiva. 7(3), 2002.

CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ ZM. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

CONNELL, RW. Masculinities. Berkeley, CA: University of California Press, 1995.

DENZIN NK, LINCOLN IS. Planejamento da Pesquisa Qualitativa. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

ELLSBERG M, JANSEN HAFM, HEISE, L, WATTS CH, GARCIA-MORENO C. Intimate partner violence and women 's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. Lancet 371, apr. 5, 2008:1175-1172.47.

FONSECA, RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39 (4):450-9.

GIFFIN K. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: Considerações a partir de uma Ótica de Gênero Transversal. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), 18, suppl:103-112, 2002.

GÓMES EG. Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002.

HAITI. Annuaire Statistique MSPP- 2012 (www.mspp.gouv.ht)

HAITI. Politique Nationale de Sante (www.mspp.gouv.ht)

HEILBORN ML. Articulado gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: Goldenberg P (org) O Clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciência sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

HOLLAND WW. Evaluation of health care. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press, 1983.

INSTITUT HAITIEN D'STATISTIQUE ET INFORMATIQUE. Analyse demographique. Port-au-Prince:IHSD, 2012.

KESSNER DM, KALK CE, SINGER J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: Organización Panamericana de la Salud, organizador. Investigaciones sobre servicios de la salud. Brasília: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 555-63.

MADUREIRA PR, CAPITANI EMC, SOUZA GW. Avaliação de qualidade da atenção a saúde na rede básica. Cad. Saúde Pública. (1):45-59, 1989.

MEDINA MG, AQUINO R, CARVALHO ALB. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Saúde debate. 21:15-28, 2000.

MERTON RK, FISKE M, KENDALL PL. The focused interview: a manual of problems and procedures. New York, Free Press, 1990.

MINAYO MC. Desafio do conhecimento. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1998.

MORGAN D. Focus group as qualitative research. Newbury Park, Sage Publication, 1988.

OMS. Intégrer dans l'action de l'OMS des approches soucieuses d'équité entre les sexes, Politique de L'OMS en matière de genre, 2002.

OPAS. SALUD EN LAS AMÉRICAS. 2007.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Brasil: Organização Panamericana de Saúde, 2008.

PATEMAN, C. O contrato sexual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

POPE C, MAYS N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Artmed: Porto Alegre, 2005.

SCOTT J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, 16 (2):5-22, 1990.

SILVA JPV, LIMA JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. p. 43-73, 2005.

STARFIELD B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

STARFIELD B. *Primary Care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD B, XU J, SHI L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, United States, 50(2):161-175, 2001.

STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STROMQUIST NP. Políticas públicas de Estado e equidade de gênero Perspectivas comparativas. *Revista Brasileira de Educação* 47(1), jan abril 1996:27-49.

SAWYER DO, LEITE IC, ALEXANDRINO R. Perfis de utilização do serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde*, Rio de Janeiro, 7(4):757-776, 2002.

TURRIS MSN. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing* Volume 50, Issue 3, pages 293–298, May 2005.

VILLALBI JR, PASARIN M, MONTANER I, CABEZAS C, STARFIELD B. Evaluation of primary health care. *Aten Primaria*. 31(6):382-5, 2003.52