

Comment améliorer l'accès aux soins buccodentaires en Haïti :

Points de vue de dentistes et futurs dentistes en Haïti

Linda Lubin-Jerome

Faculté de médecine dentaire et des sciences de la santé orale

Université de McGill, Montréal

Décembre 2021

Mémoire présenté à la Faculté de médecine dentaire et des sciences de la santé orale

de l'Université McGill

En vue de l'obtention du grade de

Maîtrise en Sciences (M.Sc.)

Buccodentaires

Option recherche

© Linda Lubin-Jerome, 2021

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	II
LISTE DES TABLEAUX	VII
ABSTRACT	VIII
RÉSUMÉ	IX
DÉDICACE	XI
REMERCIEMENTS	XII
ABRÉVIATIONS	XIV
INTRODUCTION	1
1 CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	2
1.1 HAÏTI : GÉOGRAPHIE, POLITIQUE ET ÉCONOMIE	2
1.1.1 MODES DE COMMUNICATION	2
1.1.2 POPULATION	3
1.1.3 SITUATION POLITIQUE	4
1.1.4 ÉCONOMIE, INÉGALITÉ SOCIALE ET FAILLITE DE L'ÉTAT	5
1.1.4.1 Déboisement et ses conséquences	5
1.1.4.2 Cyclones, ouragans et tremblements de terre	5
1.1.4.3 Absence d'industrie de production et manque de définition du rôle de l'état	6
1.2 SYSTÈME DE SANTÉ HAÏTIEN	7
1.2.1 SECTEUR PUBLIC DE SOINS	7
1.2.1.1 Organigramme du Ministère de la Santé publique et de la population (MSPP)	7
1.2.1.2 La pyramide de sanitaire et l'intégration des soins dentaires de base	8

1.2.2	SECTEUR PRIVÉ MÉDICAL À BUT LUCRATIF	9
1.2.3	SECTEUR PRIVÉ MÉDICAL À BUT NON LUCRATIF	9
1.2.4	FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	9
1.2.5	FORMATION DES DENTISTES EN HAÏTI	10
1.2.6	FAIBLESSES DU SYSTÈME FORMEL DE SOINS	10
1.3	ÉTAT DE SANTÉ DES HAÏTIENS	11
1.4	ACCÈS AUX SOINS	12
1.4.1	CADRES CONCEPTUELS DE L'ACCÈS AUX SERVICES ET SOINS DE SANTÉ	12
1.4.1.1	Dimensions d'accessibilité	12
1.4.1.2	Capacités de la population	14
1.4.1.3	Déterminants de la santé	15
1.4.2	ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ EN HAÏTI	15
1.4.3	ACCÈS AUX SOINS BUCCODENTAIRES EN HAÏTI	16
1.4.4	ACCÈS AUX SOINS BUCCODENTAIRES DANS LE MONDE	17
1.4.5	SOLUTIONS PROPOSÉES INTERNATIONALEMENT AUX PROBLÈMES D'ACCÈS	18
1.4.5.1	Ressources humaines pour supporter l'intégration	19
1.4.5.2	Futur de l'intégration	20
1.4.5.3	Comment réussir l'intégration ?	20
1.5	CONCLUSION DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	21

2 CHAPITRE 2 : OBJECTIF ET MÉTHODOLOGIE **22**

2.1	OBJECTIF DE LA RECHERCHE	22
2.2	DEVIS DE RECHERCHE	22
2.3	COLLECTION DE DONNÉES	22
2.3.1	ÉCHANTILLONNAGE	22
2.3.2	RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	23
2.3.3	ENTREVUE AVEC LES PARTICIPANTS	24
2.3.3.1	Première étape de l'entrevue	24
2.3.3.2	Deuxième étape de l'entrevue	25
2.3.3.3	Troisième étape de l'entrevue	27
2.4	ANALYSE DES DONNÉES	27

2.4.1	TRANSCRIPTION DES ENTREVUES	27
2.4.2	ANALYSE THÉMATIQUE DES DONNÉES	29
2.4.2.1	Lecture des entrevues à plusieurs reprises	29
2.4.2.2	Établissement des codes de départ	29
2.4.2.3	Proposition des premiers thèmes	29
2.4.2.3.1	Réorganisation des sous- thèmes et thèmes	29
2.4.2.3.2	Définition des thèmes et sous-thèmes	30
2.5	CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTHIQUE	31
2.6	MA POSITION COMME CHERCHEUSE	32
2.7	CRÉDIBILITÉ DE LA RECHERCHE	33

3	CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	35
----------	-------------------------------	-----------

3.1.1.1	Impacts de la situation économique du pays et du financement des soins sur l'accès	36
3.1.1.1.1	Conséquences du manque de financement	36
3.1.1.1.2	Limitations dans le développement professionnel des dentistes	38
3.1.1.1.3	Incapacité de payer de la population	38
3.1.1.2	Impacts de l'indifférence nationale et internationale sur l'accès aux soins	40
3.1.1.2.1	Absence d'intérêt pour la santé buccodentaire localement	40
3.1.1.2.2	Indifférence internationale envers l'accès à la santé buccodentaire	41
3.1.2	OBSTACLES INHÉRENTS AU SYSTÈME DE SANTÉ BUCCODENTAIRE	41
3.1.2.1	Absence de rigueur dans la gestion des ressources humaines et matérielles	42
3.1.2.2	Carence de données et faible partage d'informations pertinentes	43
3.1.2.2.1	Limitations dans la prise de décisions administratives et politiques	43
3.1.2.2.2	Carence de communications entre les principaux acteurs du système de santé	44
3.1.2.3	Manque de leadership des dirigeants du Service de Soins Buccodentaires	45
3.1.2.3.1	Défaillance de définition d'une politique nationale de santé buccodentaire	45
3.1.2.3.2	Manque de grandes lignes directrices dans le système	45
3.1.2.3.3	Absence de maximisation des potentiels des ressources humaines du système	47
3.1.3	OBSTACLES INHÉRENTS AUX INCAPACITÉS DE LA POPULATION	48
3.1.3.1	Carence en littératie de la population	48
3.1.3.1.1	Incapacité à identifier les causes des maladies orales	48

3.1.3.1.2	Incapacité à identifier les prestataires et les lieux de services	49
3.1.3.1.3	Incapacité à se servir des solutions existantes	49
3.1.3.1.4	Incapacité à atteindre les centres de soins	50
3.1.3.2	Stratégies utilisées par la population pour gérer le manque d'accès	50
3.1.3.2.1	Soins d'urgence et pratiques d'automédication	50
3.1.3.2.2	Utilisation des services des « charlatans »	50
3.2	PARTIE 2 : SOLUTIONS À L'ACCÈS	52
3.2.1	SOLUTION 1 : INTERVENTIONS DU SYSTÈME POUR CHANGER LES COMPORTEMENTS DÉFAVORABLES À LA SANTÉ BUCCALE	52
3.2.1.1	La littératie comme outil du système de santé pour changer les comportements	52
3.2.1.2	Termes utilisés par les dentistes et étudiants finissants consultés	53
3.2.1.3	Qui sensibiliser ?	53
3.2.1.4	Contenu des informations à partager	54
3.2.1.5	Stratégies de partage d'informations	55
3.2.1.5.1	Ressources humaines pour la sensibilisation	55
3.2.1.5.2	Outils de transmission de l'information	56
3.2.1.5.3	Sensibilisation individuelle	56
3.2.1.5.4	Sensibilisation de groupe	57
3.2.1.6	Programme national de sensibilisation	57
3.2.2	SOLUTION 2 : INTERVENTIONS ORGANISATIONNELLES POUR OPTIMISER LES RESSOURCES	58
3.2.2.1	Interventions pour modifier les services à offrir à la population	58
3.2.2.2	Interventions pour augmenter les ressources humaines	59
3.2.2.3	Organisation des ressources matérielles pour optimiser les cliniques de traitement	60
3.2.3	SOLUTION 3 : INTERVENTIONS STRUCTURELLES POUR RÉGULER LE FONCTIONNEMENT DES INSTITUTIONS	62
3.2.3.1	Nouveaux règlements et actions pour renouveler le leadership du MSPP	62
3.2.3.2	Collaboration entre le MSPP et les autres entités du système de santé	63
3.2.3.3	Augmentation du financement de la santé buccodentaire en Haïti	66
3.2.3.4	Maximisation des ressources humaines et organisationnelles du secteur dentaire	66
3.3	RÉSUMÉ DES RÉSULTATS	68
4	CHAPITRE : DISCUSSION	69

4.1 SOLUTIONS DES PARTICIPANTS ET LEURS RELATIONS AVEC LE CADRE CONCEPTUEL	69
4.1.1 DOMAINES D'ACCESSIBILITÉ DU SYSTÈME ET CAPACITÉS DE LA POPULATION DE LEVESQUE ET AL.,	69
4.1.1.1 Services et soins visibles, identifiables et capacité de percevoir de la population	69
4.1.1.2 Services et soins acceptables et capacité de chercher de la population	70
4.1.1.3 Centres de services et soins disponibles et capacité de la population à les atteindre	71
4.1.1.4 Services et soins à prix abordables et capacité de payer de la population	71
4.1.1.5 Adéquation des soins et services offerts & la capacité de la population à interagir	72
4.1.2 AVANTAGES ET LIMITES DU CADRE CONCEPTUEL DE LEVESQUE ET AL.	74
4.2 SOLUTIONS AUX DÉTERMINANTS MAJEURS DE L'ACCÈS AUX SOINS BUCCODENTAIRES	75
4.2.1 DÉFIS ACCOMPAGNANT UNE AUGMENTATION DU BUDGET DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE	76
4.2.2 DÉFIS LIÉS AU FINANCEMENT EN PROVENANCE DES BAILLEURS INTERNATIONAUX DE FONDS	76
4.2.3 DÉFIS ACCOMPAGNANT LA SOLIDARITÉ OU LE BÉNÉVOLAT DES DENTISTES	76
4.2.4 LEADERSHIP ET MARGINALISATION DE LA MAJORITÉ	77
4.3 INFLUENCES DU MODÈLE OCCIDENTAL DE SOINS ET MANQUE D'APPROCHES EN SANTÉ PUBLIQUE	78
4.4 SIMILITUDES ENTRE HAÏTI ET D'AUTRES PAYS EN DÉVELOPPEMENT	79
4.5 LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE	80
4.5.1 LIMITES DE L'ÉTUDE	80
4.5.2 FORCES DE L'ÉTUDE	81
 5 CHAPITRE 5 : RECOMMANDATIONS	 82
 5.1 RENFORCEMENT DU LEADERSHIP DES POTENTIELS ACTEURS	 82
5.1.1 LEADERSHIP DES DENTISTES	82
5.1.2 LEADERSHIP DES COMMUNAUTÉS ET INSTITUTIONS VERS LA COUVERTURE DE SANTÉ UNIVERSELLE	83
5.1.2.1 Églises et lakous	83
5.1.2.2 Bénévolat et service social des étudiants	84
5.1.2.3 Institutions de formation	84
5.2 OPTIMISATION DU FINANCEMENT DES SERVICES ET SOINS BUCCODENTAIRES	84
5.2.1 IMPLICATION DU SECTEUR POLITIQUE DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE	84
5.2.2 RÔLES DU SERVICE DE SOINS BUCCODENTAIRES LOGÉ AU MSPP	85
 CONCLUSION	 87

Liste des tableaux

Tableau 1 : Symboles utilisés dans la transcription28

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques et expériences de travail des participants ...35

Tableau 3 : Solutions proposées par les participants dans le cadre de Levesque et al.73

Tableau 4 : Résumé des recommandations85

Abstract

In Haiti, the majority of the 11 million citizens live with unmet oral care needs. Those living outside of large cities face major challenges in accessing dental care. Our study focused on dentists and dental student's perspectives regarding access to oral health in Haiti. More specifically, we wanted to identify their perspectives on major obstacles to access dental services and their proposed solutions to improved access.

We conducted a qualitative exploratory study, with a purposive sample of nine dentists and three State-University senior dental students from the Faculté d'Odontologie de l'Université d'État d'Haïti. This sample was also diverse as participants worked in various regions of Haiti and in different settings (academic, private and public clinics, NGOs). We collected data from July to August 2019 through face-to-face, semi-structured interviews that were audio-recorded and then transcribed verbatim. We conducted a thematic analysis and adopted a constant-comparison-analysis approach.

Participants revealed three main barriers to accessing dental services in Haiti: 1) local and international determinants, 2) lack of organization of the Haitian health care system and 3) the majority of Haitian's lack of literacy and their incapacity to pay for dental health care.

Participants proposed three main types of interventions as solutions to overcome those obstacles : 1) behavioral interventions intended to the Haitian population and local or international authorities; 2) organizational interventions to increase the human and material resources' efficiency; 3) and structural interventions restructuring the dental profession's leadership, prohibiting "charlatans" engaged in the fraudulent practice of dentistry and regulating local and international institutions' relationship.

Professionals therefore stressed the importance of improving access to oral health care in Haiti. Many of their solutions are incredibly challenging though, as strong governmental support, important financial resources and engagement of the dental community and private sector would be required. Finally, dentists' recommendations surprisingly revealed a lack of understanding about common dental public health approaches, such as alternative tooth decay treatments.

Résumé

En Haïti, la majorité des 11 millions de citoyens présente des besoins inassouvis en soins buccodentaires. Ceux habitant en dehors des grandes villes, notamment, font face à des défis majeurs pour accéder aux soins buccodentaires. L'objectif de notre étude était de recueillir les perspectives des dentistes et étudiants finissants sur l'accès aux soins buccodentaires en Haïti. Plus précisément, nous souhaitons identifier leurs perspectives concernant les obstacles à l'accès et leurs propositions pour l'améliorer.

Nous avons mené une étude exploratoire qualitative à partir d'un échantillonnage à choix raisonné qui comprenait neuf dentistes et trois étudiants de la Faculté d'Odontologie de l'Université d'État d'Haïti. L'échantillon était diversifié dans la mesure où les participants avaient pratiqué dans diverses régions du pays et différents types d'institutions ou centres de soins (centres de soins publics ; cliniques privées ou non gouvernementales ; universités). Les données ont été recueillies en Haïti de juillet à août 2019 au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées qui étaient enregistrées et transcrites verbatim. Nous avons alors conduit une analyse thématique et adopté une méthode de comparaison constante entre les entrevues.

Les participants ont rapporté trois catégories d'obstacles à l'accès aux soins buccodentaires en Haïti : 1) des déterminants locaux et internationaux ; 2) un manque d'organisation du système de santé haïtien ; et 3) un manque de littératie des Haïtiens et leur incapacité à payer les soins.

Les participants ont alors suggéré trois types d'interventions pour surmonter ces obstacles : 1) des interventions pour modifier les comportements de la population haïtienne, des autorités locales et internationales envers la santé buccodentaire ; 2) des interventions organisationnelles pour une gestion plus efficace des ressources humaines et matérielles ; 3) des interventions structurelles pour développer le leadership de la profession dentaire, contrer les activités frauduleuses des « charlatans », mais aussi réguler les interactions entre les institutions locales et internationales.

Les professionnels ont donc souligné l'importance d'améliorer l'accès aux soins buccodentaires en Haïti. Nombre de leurs solutions, cependant, semblent difficilement réalisables, car elles nécessiteraient un solide soutien gouvernemental, d'importantes ressources financières, et l'engagement de la communauté dentaire et du secteur privé. Enfin, leurs recommandations ont

révélé de manière surprenante un manque de compréhension des approches courantes de santé publique dentaire, telles que les traitements alternatifs de la carie dentaire.

Dédicace

Je dédie ce travail à ma mère, mon mari et mes trois enfants.

Remerciements

J'exprime à mon Dieu, le père de Jésus-Christ, toute ma gratitude, pour son soutien tout au long de cette étude. Il m'a aussi permis de rencontrer tant de belles âmes dans le cadre de ce projet.

Je remercie le Dr Christophe Bedos, mon superviseur pour sa gentillesse, sa patience, son support continu et ses conseils judicieux tout au long de cette étude.

Un remerciement spécial va à la Dre Marie Christina Hyppolite-Lafontant pour son inlassable dévouement à mon endroit pendant toutes les étapes de la recherche.

Je remercie également, le Dr Richard Hovey, membre du comité de la recherche.

Mes remerciements sont également adressés aux membres du Laboratoire Bedos, notamment à la Dre Nora Nader Makansi pour avoir orienté les discussions du laboratoire vers des topiques qui ont anticipé les besoins de la recherche et à mes collègues du laboratoire Bedos : Egle, Reenu et Homa.

Un mot de remerciement à Amarjot pour avoir partagé avec moi sa joie de vivre et son amitié.

Je remercie tous les professeurs du département de Santé buccodentaire et société de la faculté dentaire de l'Université McGill, qui m'ont d'une manière ou d'une autre inspiré pendant mon travail de recherche.

Je remercie également, la doyenne de la Faculté de Médecine dentaire et des sciences de la santé orale de l'Université de McGill, Dre Elham Emami qui m'a écoutée, conseillée et orientée.

Je remercie le « Graduate Mobility Award » d'avoir financé les activités de terrain et facilité ce travail de recherche.

J'adresse un chaleureux merci à la Dre Alissa Levine pour son amabilité et son discret, mais constant soutien. Merci aussi à Maria Palumbo.

Enfin et non des moindres, je présente toute ma gratitude aux docteurs Mari Kaartinen, Nicole Prudent et Mona Dorsainville Phanor pour m'avoir encouragé à entamer et continuer des études de maîtrise.

J'adresse aussi mes remerciements à la Faculté d'Odontologie de l'Université d'État d'Haïti, le décanat : Dr Prophète, Dr Denis, Dre Noël, mes collègues, les professeurs pour leur support avant,

pendant et après la collecte de données. Un mot de gratitude est dédié au Dr Jeannot Roland, mon mentor, qui a guidé mes premiers pas dans la profession. Finalement, une attention singulière à Miss Rosemary Boisguéné, pour avoir toujours été une secrétaire efficace à la faculté.

Je remercie tous mes confrères dentistes en Haïti particulièrement ceux qui ont rendu possible le travail de terrain en acceptant de participer allègrement aux entrevues.

Merci à ceux qui ont aidé dans la planification des activités de terrain et facilité mon séjour de deux mois en Haïti, Max et Moïse mes frères, Osé mon ami, Joca et Michel, Calixte le chauffeur.

Merci à mon mari qui attend avec impatience la fin de la rédaction du mémoire pour célébrer à la gloire du Dieu très haut.

Puissent tous ceux qui m'ont soutenu trouver en ces mots l'expression de ma sincère gratitude.

Abréviations

ADH : Association Dentaire Haïtienne

EMMUS : Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services

FO : Faculté d'Odontologie

MNT : Maladies Non Transmissibles

MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population

OFATMA : Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité

OI : Organisation Internationale

ONG : Organisation non gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPS : Organisation Panaméricaine de la Santé

PES : Paquet Essentiel de Services

PIB : Produit Intérieur Brut

USAID : United States Agency for International Development

IADR : International Association for Dental Research

SSBD : Le Service de Soins Buccodentaires

Introduction

Les difficultés d'accès aux soins buccodentaires existent partout dans le monde, pays développés ou non. Mais la majorité des cas de carie dentaire à traiter se trouve chez les personnes les plus économiquement défavorisées de ces pays (Baelum et al., 2007). Les barrières à l'accès sont généralement associées aux conditions socio-économiques dans lesquelles « les hommes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (Bedos et al., 2018). Plus les citoyens sont proches du bas de l'échelle sociale, plus les obstacles bloquant l'accès sont nombreux (Marmot, 2005).

Pour faciliter l'accès aux soins dentaires, et ainsi prévenir et traiter les maladies les plus courantes de la cavité buccale, les organisations internationales suggèrent une approche globale. Elles proposent une plus grande collaboration entre les professionnels dentaires et ceux d'autres secteurs médicaux ainsi qu'une participation de plusieurs composantes de la société afin d'adresser « les causes fondamentales » (Bedos et al., 2018) des problèmes d'accès et de santé. Ces solutions mettent l'accent sur des interventions en amont et structurelles.

Ces solutions devraient particulièrement interpeler les dentistes haïtiens, acteurs centraux de l'élaboration des politiques de santé buccodentaire dans le pays. Ils sont en effet les seuls à fournir des services de santé buccodentaire, car il n'existe pas d'hygiénistes dentaires légalement reconnus dans ce pays. Il faut aussi noter qu'ils sont peu nombreux, environ 500 pour une population de 11 millions d'habitants, si bien que l'accès aux services de santé bucco-dentaire est limité à une minorité de la population.

Cette recherche s'intéresse aux perspectives des dentistes haïtiens relativement aux obstacles à l'accès aux soins buccodentaires en Haïti, mais principalement aux solutions que ces derniers perçoivent appropriées. Avec cette étude, nous espérons promouvoir l'élaboration de nouvelles approches ou politiques de santé buccodentaire en Haïti. Nous souhaitons également l'ouverture d'un dialogue entre les différents professionnels de la santé en Haïti, dentistes, médecins, infirmières, auxiliaires, étudiants en sciences de la santé sur les possibilités de collaboration pour faciliter l'accès aux services de santé buccodentaire.

1 Chapitre 1 : Revue de la littérature

1.1 Haïti : géographie, politique et économie

La République d'Haïti fait partie des Grandes Antilles et occupe la partie ouest de l'Ile Hispaniola qu'elle partage avec la République Dominicaine. La Tortue, La Gonâve, La Navase sont des îles adjacentes faisant partie du territoire haïtien. La République d'Haïti est baignée par la mer des Caraïbes au sud et à l'ouest, l'Océan Atlantique au nord et possède ainsi plus de 1000 km de côte. Haïti dispose aussi d'une superficie de 27 750 km² et présente un relief accidenté, couplé de quelques grandes plaines, le plus souvent côtières et dédiées à l'agriculture (Ministère de l'Environnement, 2019).

1.1.1 Modes de communication

En Haïti, on utilise deux langues officielles, le français et le kreyòl ayisyen. Cependant, les opinions des auteurs sont partagées sur le pourcentage des Haïtiens bilingues (français et kreyòl). Le français est parlé par une minorité, 10 % selon ces auteurs (Léger, 2020 ; Théodat, 2004), alors que le kreyòl ayisyen (créole haïtien), la langue « natif natal » est parlée par la majorité, 99,99 % - parmi ceux qui sont nés et élevés en Haïti (Léger, 2020). L'éducation s'offre dans les deux langues depuis 1987, toutefois les productions écrites sont majoritairement en français (Thélusma, 2021).

Le service internet ne couvre pas tout le territoire national, environ 32 % de la population a accès à l'internet (Banque mondiale, 2018). Comme la majorité de la population est en dessous de 30 ans, les jeunes sont attirés par les attraits du téléphone portable. Des compagnies téléphoniques, très dynamiques, ont attiré une clientèle de jeunes Haïtiens dans des interactions culturelles variées, afin de promouvoir leur produit. Ces publicités ont poussé un fort pourcentage de jeunes à rester connectés et à utiliser ces outils technologiques.

La quasi-absence de voies routières goudronnées dans les grandes villes comme en dehors des zones urbaines enclavent des départements comme la Grande-Anse ou le Nord-Ouest. Le relief montagneux ajoute sa touche de difficulté lors de la construction et le maintien des routes. Néanmoins, ces 10 dernières années, plusieurs routes, notamment, celle reliant la Grande-Anse à nombreux départements du pays ont été construites (Comité interministériel d'aménagement du territoire, 2010).

1.1.2 Population

La population haïtienne est évaluée à 11 244 774 habitants (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2018) dont plus de la moitié est constituée par des jeunes de moins de 24 ans, avec une espérance de vie à la naissance autour de 64 ans (Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017). Les enfants de 0 à 14 ans constituent 3,8 % des Haïtiens vivant sur le territoire.

Le pays est réparti en 10 départements géographiques et administratifs, chacun étant dirigé par un délégué désigné par le pouvoir central. Le département de l'ouest le plus peuplé compte 30,7 % de la population totale. Il héberge également les principales institutions de l'État et absorbe presque la moitié des dépenses publiques (Comité interministériel d'aménagement du territoire, 2010).

Cependant, une géographie socio-économique diviserait le pays en deux parties, le pays urbain auquel appartient, Port-Au-Prince, la capitale, et le pays rural où vivent environ 60 % des Haïtiens (Merilus, 2015). Selon Mérius (Merilus, 2015), la plus petite unité administrative du pays serait véritablement le Lakou contrairement à la section communale prônée par la Constitution du pays. Dans la paysannerie haïtienne, le Lakou est souvent constitué d'un ensemble de logements appartenant à une même famille. Il est dirigé par un patriarche ou un chef spirituel, jouant le rôle de père, de docteur, de juge et de conseiller de ces familles.

La diaspora haïtienne, appelée couramment le « 11ème département », compte 2 millions de personnes. L'émigration, d'abord politique dans les années 60 pour fuir le régime des Duvalier, est devenue économique jusqu'à aujourd'hui. Des Haïtiens ont majoritairement émigré aux États-Unis, à Cuba, en République Dominicaine et au Canada (Klimovich & Thomas, 2014).

Cette diaspora supporte 35 à 50 % du PIB haïtien. La majorité de ces fonds, 2,1 millions dollars américains en 2015 (Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017), a été directement transférée à de proches parents et le reste a financé des organisations représentant les localités d'origine des donateurs (Audebert, 2020). En plus du financement, la diaspora assure la défense des Haïtiens ou participe au bénévolat à travers des organisations professionnelles ou communautaires en Haïti ou à l'étranger (Esnard, 2016).

Presque la moitié de la population ne sait ni lire ni écrire selon l'OMS (OMS, 2021). Actuellement, la majorité des enfants (84 %) « ayant l'âge scolaire du primaire fréquentent l'école primaire » contre 46 % au secondaire (Institut Haïtien de l'Enfance et ICF, 2017). Le niveau moyen

d'éducation de la population ne dépasse pas le certificat d'étude primaire. Ainsi le développement individuel est limité et la main-d'œuvre n'est pas assez qualifiée, donc compétitive sur le marché mondial.

L'insécurité alimentaire touche 60 % des Haïtiens et 55 000 enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition sévère (Institut Haïtien de l'Enfance et ICF, 2017). Plus de la moitié de la population a un accès limité à l'électricité et l'eau potable et vit avec moins de 2 dollars américains par jour (Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017).

1.1.3 Situation politique

Près de 40 ans après la fin du régime des Duvalier, régime autoritariste ayant dirigé le pays de 1957 à 1986, la situation politique d'Haïti continue de se dégrader. Une « disjonction » ou un conflit entre l'État (gouvernement, bourgeoisie marchande et alliés) et la nation (la paysannerie haïtienne) perdure depuis l'indépendance d'Haïti (M. -R. Trouillot, 1990).

Cette séparation se manifeste dans les décisions de l'État, qui souvent sont prises à l'encontre des intérêts de la nation. Elle s'exprime aussi dans la manière dont l'État se sert du pays en dehors (paysans et habitants des bidonvilles) pour atteindre ses objectifs politiques. Le gouvernement des Duvalier a notamment offert des portions de terre à des paysans comme récompense pour avoir soutenu son élection. Pourtant, le partage équitable des terres, essentiel, après l'indépendance n'a jamais été réalisé, même par Duvalier, pour développer la paysannerie haïtienne (Chochotte, 2017).

De plus, la démocratie à l'occidentale paraît ne pas pouvoir s'implanter au pays, toujours d'après Trouillot (M. -R. Trouillot, 1990). Haïti a hérité d'une tradition de totalitarisme vieille de 500 ans en tant qu'ancienne colonie. Cette tendance à ne pas vouloir partager le pouvoir, inéluctablement, se faufile dans les actions de la classe politique actuelle. Les longues périodes de contestations faisant suite aux élections de ces 10 dernières années semblent confirmer cette tendance. Les politiciens sont aussi divisés sur la définition et la gestion des priorités du pays. Ils ne peuvent ou ne veulent pas coopérer sur des solutions à long terme devant agir sur les multiples facettes des problèmes haïtiens, spécialement les inégalités sociales.

Dans l'intervalle, un contexte d'insécurité, artificielle ou enracinée dans le marasme socio-économique, sévit dans la capitale et ses environs. Ponctuée de kidnapping ou autres actes de banditisme (Human Rights Watch- Rapport mondial 2021, 2021), elle stresse et complique

davantage la vie et la santé des citoyens. Selon Étienne, l'État, tel que défini par Trouillot (M. - R. Trouillot, 1990), a tout simplement fait faillite (Étienne & Hurbon, 2018).

Alors, la population en général, particulièrement les plus démunis, paie les conséquences de cet effondrement de l'État (manque d'accès aux soins) et l'absence de stratégies de relèvement collectif et de recherche d'équité.

1.1.4 Économie, inégalité sociale et faillite de l'État

1.1.4.1 Déboisement et ses conséquences

Actuellement, Haïti possède seulement 0,5 à 1 % de sa couverture végétale originale en raison d'un déboisement à outrance, principalement des flancs des montagnes. Cette déforestation selon cet auteur (Merat, 2012) s'est particulièrement accentuée au cours des 50 dernières années. Des raisons historiques (colonisation, occupation étrangère), socio-économiques (besoins énergétiques) (Comité interministériel d'aménagement du territoire, 2010), militaires et politiques partagent conjointement la responsabilité de la perte de la couverture végétale d'Haïti.

Le déboisement fragilise l'écologie et l'infrastructure du pays. Pendant la saison des pluies, les eaux de ruissèlement, riches en alluvions, dégringolent les pentes et fréquemment causent des inondations dans les plaines sous-jacentes. Ces eaux de ruissèlement se jettent aussi dans la mer, fragilisent l'écosystème marin et diminuent les produits de pêche, ou dans les barrages hydroélectriques, dont Péligre. Ce barrage est ainsi devenu prématurément improductif à cause de l'accumulation des alluvions (Frenette, 1982).

Le déboisement affecte la santé des Haïtiens. Il réduit la disponibilité de produits alimentaires et limite l'accès à l'eau potable (pollution et assèchement de sources). Le déboisement facilite aussi la recrudescence de maladies hydriques, épisodes de fièvres récurrentes (Ministère de l'Environnement, 2019) et ankylostome à Léogane (Seymour & Busch, 2016). Il constitue donc un puissant déterminant de la santé des Haïtiens avec ses multiples impacts environnementaux et économiques.

1.1.4.2 Cyclones, ouragans et tremblements de terre

Cette fragilité de l'écosystème, dû au déboisement du pays, est exacerbée par la fréquence des cyclones ou ouragans particulièrement dans les départements du Sud, du Sud-Est, des Nippes et de

la Grande - Anse (Comité interministériel d'aménagement du territoire, 2010). En 2016, l'ouragan Mathieu a détruit l'économie et l'écosystème de ces régions.

D'autres régions du pays ne sont pas non plus épargnées par les effets dévastateurs des intempéries. En mai 2004, Fonds-Verrettes, un village situé dans le département de l'Ouest a disparu sous des coulées de boue tuant ainsi 1059 personnes, blessant 153 et affectant 6226 (Brandimarte, 2009) citant USAID 2004. Lors du passage du cyclone Jeanne, l'eau a atteint deux mètres de hauteur dans la ville des Gonaïves, chef-lieu du département de l'Artibonite, causant à `peu près 3000 morts, 846 disparus et 2620 blessés (Derivois, 2014).

Deux récents tremblements de terre sont survenus au pays. Celui du 12 janvier 2010 a tué approximativement 300 000 personnes et assommé l'économie de la région métropolitaine avec des répercussions sur le pays tout entier. Puis le 14 août 2021, les départements du Sud, de la Grande Anse et des Nippes ont à leur tour connu un tremblement de terre d'une magnitude de 7,2. Selon le bureau de la Protection Civile (Protection civile, 2021), plus de 2000 personnes ont été tuées, plus de 12 000 autres blessées ; près de 53 000 maisons sont détruites et 77 000 autres endommagées.

Bien que certaines des catastrophes naturelles demeurent inévitables, l'acuité de leurs impacts sur la vie et les biens ; la persistance de leurs séquelles résulteraient de cet effondrement de l'État dont parle Etienne (Étienne & Hurbon, 2018). Ces catastrophes ruinent les plus démunis et renforcent les inégalités.

1.1.4.3 Absence d'industrie de production et manque de définition du rôle de l'état

Le déboisement affecte multiples aspects de l'économie haïtienne. Ainsi, à cause des bouleversements environnementaux, le secteur primaire de production s'est fragilisé au fil des ans. Les paysans, qui dépendent de l'agriculture de subsistance, et de la pêche artisanale, grossissent le taux de chômage, endémique au pays. Ce taux se situe autour de 40,6 % selon l'Organisation Internationale du Travail (Organisation Internationale du Travail, 2021). Avec un pouvoir d'achat diminué, le fossé entre la minorité des possédants et la majorité des défavorisés (plus de six millions d'habitants) continue de se creuser.

Le manque de richesses naturelles du pays entraîne aussi un déséquilibre des échanges commerciaux si bien que les importations se révèlent trois fois supérieures aux exportations

(Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017). En devenant surtout consommateurs de produits exportés, la majorité des Haïtiens se paupérise au bénéfice de la bourgeoisie marchande importatrice de biens. L'État et ses alliés, en faillite, n'interviennent pas pour équilibrer la balance ni pour développer le secteur secondaire ou tertiaire de production.

1.2 Système de santé haïtien

Bien que des critères définissant un système de santé performant ne soient pas clairement établis (Ahluwalia et al., 2017), le but de tout système de santé est de maintenir ou d'améliorer la santé d'une population donnée. Plusieurs stratégies contribuent à y parvenir, les plus communes étant la prévention des maladies et l'élimination des facteurs de risques (Kandelman et al., 2012).

Le système officiel de soins haïtien couvre seulement 53 % des besoins en services de la population (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2012). C'est une des raisons pour laquelle approximativement la moitié de la population, particulièrement celle de l'arrière-pays, se tourne vers la médecine traditionnelle (Bien-Aimé, 2020) en cas de problème de santé.

La législation relative au corps médical et aux dentistes est vieille de 80 ans. « Le décret - loi du 9 juillet 1940 réglant l'exercice de la médecine, de la pharmacie et de l'art dentaire » (Bellerive, 1954) ne prévoit pas la présence d'auxiliaires/hygiénistes dentaires ni de cadre légal pour la formation de l'Ordre des Dentistes. Ce dernier a été finalement autorisé dans un décret du 7 Aout 2020 promulgué par le président Jovenel Moïse (Moïse, 2020) moins d'un an avant son assassinat perpétré le 7 juillet 2021.

Trois principaux acteurs offrent des services et soins dans le système officiel de santé haïtien. Ce sont : le secteur public, le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif, constitué majoritairement par des organisations non gouvernementales (ONG).

1.2.1 Secteur public de soins

1.2.1.1 Organigramme du Ministère de la Santé publique et de la population (MSPP)

Comme son nom l'indique, le MSPP, planifie et gère les services de santé destinés aux Haïtiens, incluant la santé buccodentaire. Il définit les rôles et positionne chaque secteur du système de santé dans son organigramme. Le Service de Soins Buccodentaires (SSBD) est placé sous la supervision de la Direction d'Organisation des Services de Santé (DOS). Cette direction gère la construction,

l'équipement et l'évaluation des bâtiments de santé ; elle étudie des contrats de l'État en vue de leur agrément (Direction d'Organisation des Services de Santé, 2021).

1.2.1.2 La pyramide de sanitaire et l'intégration des soins dentaires de base

Le secteur public de soins s'organise sur trois niveaux. À la base de la pyramide sanitaire se trouvent 795 Structures de Santé de Premier Échelon (SSPE) et 45 Hôpitaux Communautaires. Le niveau intermédiaire de la pyramide contient 10 Hôpitaux Départementaux. Finalement au sommet de la pyramide se trouvent l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti et des établissements de soins spécialisés (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2012).

Depuis 2015, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a suggéré des modifications concernant les soins dentaires, à la base de la pyramide (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2015). Le document du ministère décrit le nouveau Paquet Essentiel de Service (PES) et informe, entre autres, à quels niveaux de la pyramide, il souhaite intégrer des soins dentaires de base aux autres soins médicaux.

Cette intégration commencera dès le Centre Communautaire de Santé (CCS) destiné à desservir une population de 1000 personnes. Le CCS constitue le premier point de contact de la population avec la médecine officielle. Les prestataires de soins des CCS recevront une formation de 1 à 2 ans comme auxiliaire - infirmier/ère, les habilitant à informer la population sur la santé buccodentaire.

L'intégration se trouvera également au deuxième niveau de la base de la pyramide qui est le Centre de Santé (CS). « Au Centre de Santé (CS) la prestation des services buccodentaires sera confiée à un/e auxiliaire en soins buccodentaire, formé/e à l'exécution d'une série de gestes techniques essentiels » (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2015). Ces gestes techniques comprennent : l'examen de la bouche, la prise en charge des urgences dentaires, la pose d'obturations provisoires et des extractions simples de dents.

D'après le Paquet Essentiel de Services (PES), le dentiste offrira des services et soins au troisième échelon de la base de la pyramide (Hôpital Communautaire de Référence) et au niveau intermédiaire de celle-ci (Hôpital départemental). Le dentiste sera chargé, en plus des extractions et des restaurations dentaires, du traitement des traumatismes, des maladies parodontales et des tumeurs.

1.2.2 Secteur privé médical à but lucratif

Les services reçus au niveau du secteur privé à but lucratif sont directement payés par les ménages. Ceux-ci sont, toutefois, peu couverts par les compagnies d'assurances de santé. Seulement 4 % des employés de la fonction publique bénéficient de la couverture de l'OFATMA (Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité), et 0,36 % de celle des assurances privées (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2020). Comme la majorité des dentistes pratiquent en privé, ils appartiennent donc à ce secteur.

1.2.3 Secteur privé médical à but non lucratif

D'après le MSPP, le secteur privé médical à but non lucratif, fréquemment des organisations non gouvernementales (ONG), joue un important rôle dans la production de soins de santé. Les ONG, très nombreuses au pays, surtout après le tremblement de terre de 2010, offrent des soins et services dans les endroits peu desservis par le système public de soins. Elles sont toutefois peu engagées dans la promotion de la santé et des soins buccodentaires en Haïti, comme ailleurs ainsi que le soulignent ces auteurs (Beaglehole & Beaglehole, 2019).

Ces organisations à quelques exceptions près s'impliquent dans des interventions verticales ou ciblées. Elles accordent la priorité à la production de rapports basés sur les statistiques à destination des bailleurs de fonds, alors que des changements locaux demeurent moins pertinents (Schuller, 2012]. Plusieurs de ces ONG manquent de continuité dans leurs activités de terrain, en raison de l'instabilité de leurs sources de financement.

Fréquemment, l'aide internationale à Haïti passe par ces ONG et agences internationales, situation que Lionel Trouillot assimile à « une dictature humanitaire » (L. Trouillot, 2016). D'importantes ressources financières, plus de 13 milliards de dollars américains, leur ont été destinées, au nom d'Haïti après le tremblement de terre du 12 janvier 2010. En raison du maigre changement constaté au pays, Katz (Katz, 2013) a conclu que le système lié à l'aide internationale a failli en Haïti.

1.2.4 Financement du système de santé

Le système national de santé est financé localement à 31 % par les familles, 10 % par l'État et 4 % par le secteur privé haïtien. Les partenaires étrangers, les organisations internationales et les agences de développement (USAID, ACDI, etc.), supportent 55 % du budget de santé (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2020). L'État investit un ténu pourcentage de son budget

annuel dans les soins et services sociaux, dans les 5,5 % en 2014 pour les dépenses de santé (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2018) et 2 % en 2017 d'après l'OPS (Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017). Pourtant, cette même année, le Sénat et la Chambre des députés s'étaient fait octroyer un budget surpassant celui du Ministère de la Santé (Duval, 2017).

Une importante tranche du budget de la santé couvre les salaires des employés, dont 80 % en 2009-2010 (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2012), si bien qu'il reste très peu des fonds disponibles pour prévenir ou soigner les maladies. Dans le futur, le MSPP souhaiterait accroître les fonds nationaux devant financer la santé et impliquer fortement la diaspora dans les dépenses de santé (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2013b).

Des documents officiels, sur le financement de la santé buccodentaire en Haïti, sont indisponibles. Le manque de ressources économiques du pays affecte largement le financement des services et soins dentaires selon ces auteurs (Bedos & Brodeur, 2000). À partir des données sur le système de santé d'Haïti, nous estimons que le secteur dentaire (professionnels, milieux de formation, Service de Soins Buccodentaires logé au MSPP) reçoit également un minimum de financement de l'État haïtien.

1.2.5 Formation des dentistes en Haïti

Selon le site de l'Université d'État d'Haïti (UEH), la Faculté d'Odontologie, vieille de 94 ans, est la seule institution officielle qui forme des dentistes sur le territoire national (Université d'État d'Haïti, 2022). Elle décerne un diplôme à environ 20-25 étudiants par année (Estupiñán-Day et al., 2011). Les étudiants de la Faculté d'Odontologie sont des boursiers de l'État et, à ce titre, reçoivent gratuitement leur formation, même s'ils sont tenus d'acheter du matériel et des matériaux de laboratoire. Le cycle d'étude universitaire est de 5 ans, suivis d'une année obligatoire de service social ou communautaire. Quelques institutions privées, non reconnues par l'État et peu documentées (Estupiñán-Day et al., 2011), formeraient aussi des dentistes en Haïti.

1.2.6 Faiblesses du système formel de soins

En matière de gouvernance, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) éprouve des difficultés à exercer un leadership pouvant coordonner les activités des acteurs du système de santé. Ce ministère n'a pas implémenté une vision globale des objectifs de santé pour les

Haïtiens en impliquant ces différents acteurs (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2012). De plus, il n'est pas parvenu à gérer efficacement les ressources humaines et matérielles disponibles ni à évaluer les résultats obtenus par les acteurs évoluant dans le système. Le MSPP, donc l'État, a failli à sa mission de maintenir et d'améliorer la santé des Haïtiens ; une faillite aussi évoquée par Etienne (Étienne & Hurbon, 2018).

Le MSPP manque de capacité pour contrôler les interventions verticales des ONG. Ces organisations, fréquemment, s'intéressent à une maladie ou une condition unique. Ainsi, en 2010, le budget alloué au VIH représentait le double des dépenses publiques annuelles de santé du pays (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2012). Selon Benton et Dionne (Benton & Dionne, 2015), les ONG n'auraient ni la « motivation ni le mandat d'aider à développer le système de santé ». Bien qu'une approche ciblée soit considérée comme efficace pour prendre en charge un problème aigu ; sur le long terme, elle s'avère plus onéreuse, car n'utilisant pas les ressources humaines et matérielles déjà disponibles (Cairncross et al., 1997).

1.3 État de santé des Haïtiens

EMMUS VI, l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, a été réalisée entre 2016 et 2017 sur un échantillon de familles haïtiennes (Institut haïtien de l'Enfance et ICF, 2017). D'après cette enquête, près de la moitié des femmes haïtiennes et environ un cinquième des hommes (18 %) âgés de 35 à 64 ans souffraient d'obésité. Les résultats ont par ailleurs indiqué que 49 % des femmes, souffraient de l'hypertension, plus fréquente chez celles qui fumaient, contre 38 % des hommes fumeurs ou non. Pourtant, seulement un quart de ces personnes recevaient un traitement. Parmi les hommes ou femmes de 35 à 64 ans, 8 % et 14 % respectivement souffraient de diabète qui était associé à l'obésité des femmes, mais sans relation claire avec le surpoids des hommes. Bien que plus de trois quarts des femmes aient reçu des informations sur le cancer du col et le test de dépistage, seulement 11 % d'entre elles se sont fait dépister.

Par contre, des informations sur l'état de santé buccodentaire des Haïtiens sont rares. Les deux études les plus récentes ont été réalisées sur l'incidence de la carie dentaire chez les adolescents (Bedos & Brodeur, 2000), dans le département du Nord-ouest et (Psoter et al., 2005) au niveau national.

Ces deux études ont révélé que la carie dentaire ne constituait pas un problème majeur pour les adolescents haïtiens. Mais « une dent cariée est une dent perdue » (Bedos & Brodeur, 2000), car, en raison du manque d'accès aux soins dentaires, la carie restera sans traitement. La dent sera finalement extraite, causant avant cette ultime action chirurgicale beaucoup d'inconfort et de douleur évitables (Psoter et al., 2005). Pour les autres maladies de la bouche, les maladies parodontales par exemple, aucune étude ne semble avoir été produite jusqu'à présent.

1.4 Accès aux soins

1.4.1 Cadres conceptuels de l'accès aux services et soins de santé

Avoir accès se définirait par l'opportunité pour le demandeur d'obtenir, en temps réel, des services et soins appropriés du système de santé, afin d'adresser un problème de santé et être satisfait des résultats obtenus (Campbell, 2000 ; Penchansky & Thomas, 1981 ; Peters et al., 2008).

Avoir accès voudrait aussi dire que les services essentiels doivent se trouver à la portée de la personne qui en a besoin. À propos de services, Guay (Guay, 2004) conditionne l'accès aux soins buccodentaires simplement à ces trois facteurs ou dimensions : 1) Besoins de services, 2) Disponibilité de services et 3) Coût des services. De son côté, Penchansky et Thomas ajoutent qu'avoir accès aux soins signifie que les services offerts par le système de santé sont taillés sur mesure et englobent plus de domaines que ceux mentionnés par Guay (Penchansky & Thomas, 1981). Levesque et al., en offrant un modèle centré sur les patients, classent ces domaines en cinq grandes dimensions d'accessibilité du système de santé qui correspondent à cinq capacités de la population (Levesque et al., 2013). L'accès se situerait donc, selon Levesque et al à l'intersection des dimensions d'accessibilité du système de santé et les capacités des solliciteurs de services et soins.

1.4.1.1 Dimensions d'accessibilité

D'après Levesque et al., plusieurs étapes, correspondantes aux dimensions d'accessibilité, conduisent vers l'accès. Donc, la route vers l'accès se prépare lorsque les services offerts par le système de santé présentent les caractéristiques des cinq dimensions d'accessibilité énumérées ci-dessous.

1. **Services et soins de proximité visibles et identifiables.** La visibilité signifie que le système de santé s'efforce d'accroître le niveau de littératie des solliciteurs de service. Il

leur permet d'obtenir des informations sur les types de services et soins disponibles, les localisations géographiques de ceux-ci, et les coûts associés ou les moyens de paiement (Levesque et al., 2013).

2. **Services et soins acceptables par la population.** Pour Levesque et al., obtenir des services et soins acceptables signifie que le système de santé emploie des prestataires de services qui tiennent compte des valeurs culturelles (Shengelia et al., 2003) et sociales de la population concernée. Le système évalue aussi à quel point les bénéficiaires sont satisfaits des services reçus (Penchansky & Thomas, 1981 ; Peters et al., 2008).
3. **Centres de services et soins disponibles et joignables.** Par disponibilité, Levesque et al. sous-entendent une équitable distribution géographique de centres de soins équipés et de services fonctionnels. Selon eux, les services sont qualifiés de disponibles quand les ressources humaines compétentes se trouvent régulièrement présentes à leur poste de travail (Shengelia et al., 2003), quand le service à la clientèle est performant (prise de rendez-vous aisée, horaires appropriés des services) (Margolis et al., 1995), enfin quand le système de santé ne priorise pas le développement des soins spécialisés aux dépens des soins primaires (Levesque et al., 2013). Le concept disponibilité implique également la capacité du système à accommoder les enfants, les personnes âgées ou à mobilité réduite (Rashid-Kandvani et al., 2015).
4. **Services et soins à prix abordables.** D'après Levesque et al, les soins abordables dépendent de la capacité du système de santé à offrir un barème de coût (Shengelia et al., 2003) réalisé à partir d'un calcul économique (Russell, 2004) qui tient compte des revenus et mode de vie de la population. Selon Ranson, le système doit s'assurer que les coûts directs et indirects des traitements ne dépassent pas 10 % du revenu annuel des familles défavorisées (Ranson, 2002). Pour les patients financièrement vulnérables, le système devrait donner accès à des assurances communautaires de maladies (Ranson, 2002). Il devrait entre autres subventionner les services et soins pour réduire au minimum le reliquat à payer et ainsi permettre à toute la communauté de partager le fardeau de la maladie (Peters et al., 2008).
5. **Services et soins en adéquation aux besoins de la personne.** D'après Levesque et al., l'adéquation des soins et services se réfère au contenu de ceux-ci, quand ils sont adaptés aux besoins de la population desservie. Les soins et services sont considérés comme

adéquats quand des structures du système de santé contrôlent la qualité de ces derniers, leur régularité et leur permanence (Levesque et al., 2013). Le système régule aussi la formation académique des prestataires. De ce fait, il s'assure que des citoyens ne soient pas obligés de recourir aux services de prestataires incorrectement formés ; contrairement à d'autres concitoyens qui jouissent de privilèges associés à leurs positions sociale ou économique et reçoivent leurs traitements de professionnels adéquatement préparés (Levesque et al., 2013 ; Margolis et al., 1995).

1.4.1.2 Capacités de la population

L'accès se réalise, selon Levesque et al., lorsque les solliciteurs de service sont capables de percevoir ou d'identifier leurs besoins, de rechercher, de trouver des solutions, de pouvoir payer et d'utiliser les services et soins. Pour Nutbeam (Nutbeam, 2008), beaucoup de capacités dépendent de la littératie de la personne concernée c'est-à-dire sa « compréhension de ce qui est en jeu et sa prise de décision ». Ainsi, les capacités de la personne dépendent d'un ensemble de facteurs, de ses croyances en matière de santé, de sa confiance dans le système de santé, de son environnement et de sa communauté (Levesque et al., 2013).

1. **La capacité de percevoir.** La personne est considérée comme capable : de discerner, de sentir, de saisir, de distinguer un besoin de soins buccodentaires, si elle possède suffisamment d'informations pour connecter ses symptômes à un service (Levesque et al., 2013).
2. **La capacité de chercher services et soins.** La personne est estimée disposer de capacité pour chercher des solutions à ses problèmes de santé si elle sait quand, où, comment et pourquoi rechercher de l'aide. En conjonction avec tous les facteurs personnels et environnementaux, la personne s'enquerra immédiatement ou non des possibilités de solutions disponibles (Levesque et al., 2013).
3. **La capacité de trouver des lieux et des prestataires de soins.** Cette capacité en particulier se rapporte à l'autonomie physique de la personne et sa capacité à pouvoir se libérer de ses occupations pour se faire soigner. Elle dépend largement de la présence de services de proximité ou de moyens de transport desservant sa communauté (Levesque et al., 2013).

4. **La capacité de pouvoir payer les soins et services reçus.** Cette capacité est liée à la solvabilité de la personne, ses possessions, sa couverture d'assurance. Elle résulte également de l'implication de sa communauté ou du système de santé à partager les coûts des soins ou finalement des modes de paiement imposés (Levesque et al., 2013).
5. **La capacité d'utiliser les services disponibles.** Pour s'impliquer dans la dynamique de son traitement, la personne doit être en mesure de se motiver, se prendre en charge. Elle y parvient si le système ou sa communauté l'invite à agir (Levesque et al., 2013).

Cette interaction avec le système de santé, grâce à ces capacités, renforcera l'état de santé de la personne, diminuera les risques de maladies (Shengelia et al., 2003). Elle procurera aussi à l'individu un sentiment de satisfaction (Peters et al., 2008).

1.4.1.3 Déterminants de la santé

Cependant, avoir accès se matérialiserait pleinement lorsque l'impact des déterminants, « conditions dans lesquelles les hommes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (Bedos et al., 2018), est contrôlé. Ces conditions socio-économiques, culturelles et environnementales propres à un pays, une région ou une communauté guident les comportements, actions et décisions des individus.

Elles façonneraient autant les dimensions d'accessibilité du système de santé que les capacités des potentiels demandeurs de services et soins. Ces déterminants, comme des sculpteurs, continuellement modèleraient la morbidité et la mortalité des habitants de la planète Terre, influençant à un fort degré l'état de santé ou de maladie des populations. Ainsi, « Health is determined not so much by what doctors do for patients, but by arrangements in society » (Marmot, 2017).

1.4.2 Accès aux soins de santé en Haïti

En Haïti, les soins de santé ne sont ni disponibles géographiquement, ni abordables (Alfred, 2012 ; J.-M. Bernard, 2012). Seulement 53 % de la population haïtienne a accès aux soins médicaux (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2012). Plus de trois quarts des femmes de 15-49 ans (78 %) ont déclaré qu'elles rencontrent au moins un problème par rapport à l'accès aux soins de santé. Parmi ces femmes, 73 % s'estiment incapables de payer pour les soins de santé qu'elles devraient recevoir (Institut haïtien de l'Enfance et ICF, 2017). Les soins ne sont pas jugés

équitable non plus, la couverture vaccinale de base par exemple est plus élevée en milieu urbain (50 %) qu'en milieu rural (37 %).

Les centres fournissant les services de santé de base, se situent en moyenne à environ 5 km des lieux d'habitations de la population. Pourtant, même quand l'établissement de santé se trouve à proximité, la qualité des soins produite est considérée comme inadéquate, en raison de problèmes structureaux, de sous-équipement par exemple (Gage et al., 2017).

Puisqu'environ la moitié de la population n'est pas couverte par le système officiel de soins, elle se tourne donc en premier recours, vers la médecine traditionnelle. Il s'agit généralement de pratiques d'automédication par l'utilisation de savoirs transmis dans les familles (Bien-Aimé, 2020). Habituellement, les feuilles, les racines, les écorces d'arbres, les fleurs, les fruits, l'huile de palmakristi, le clairin (alcool local obtenu à partir de la canne à sucre), l'amidon de manioc sont concoctés pour traiter les symptômes de maladies. Récemment, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a initié des activités pour regrouper et optimiser ce secteur.

1.4.3 Accès aux soins buccodentaires en Haïti

Comme vu précédemment, l'accès aux soins médicaux est très limité en Haïti ; il l'est encore plus pour les soins buccodentaires et pour plusieurs raisons. Le nombre restreint de dentistes en fonction constituerait la principale raison. En effet, il y a un ratio dentistes/population de 0,12 pour 10 000 habitants, le plus bas de l'hémisphère sud (Psoter et al., 2005). Environ 80 % de ces dentistes travaillent dans les grandes villes, la majorité à la capitale (Estupiñán-Day et al., 2011).

Autre limitation à l'accès aux soins buccodentaires se trouverait dans l'absence d'auxiliaires aux dentistes. En effet, il n'y a ni hygiénistes dentaires ni auxiliaires dentaires qui légalement peuvent prodiguer des soins à la population. Seuls des dentistes sont autorisés à pratiquer la dentisterie en Haïti (Bedos & Brodeur, 2000). Bien que, depuis 2015, le Paquet Essentiel de Services (PES) prévoit la formation et l'introduction d'auxiliaires dans la pyramide de santé, ces changements, selon des sources non-officielles, n'auraient pas encore été mis en œuvre.

En Haïti, dans les régions rurales l'accès aux soins buccodentaires s'avèrerait plus difficile à cause des infrastructures désuètes, du manque de personnel de soins, de l'absence de moyens de locomotion et de longues distances à parcourir (Bedos & Brodeur, 2000 ; Estupiñán-Day et al., 2011).

De plus, les centres de soins buccodentaires publics offrent majoritairement des extractions. Sur 60 060 traitements dentaires effectués au pays en 2012, 70 % ont été des extractions (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2013a).

Finalement, les moyens économiques très précaires de la population (World, 2016) et le manque d'engagement du gouvernement représenteraient aussi des raisons limitant l'accès aux soins buccodentaires.

1.4.4 Accès aux soins buccodentaires dans le monde

Le nombre de personnes souffrant de maladies buccodentaires non traitées a augmenté de 40 % depuis 1990, pour atteindre 3,5 milliards de personnes en 2015 (Righolt et al., 2018). La grande majorité de ces personnes vivent en situation de privation économique dans des pays développés ou non.

Les familles vivant dans des conditions de dénuement dans les pays peu avancés ou en développement sont enclines à développer beaucoup plus fréquemment des Maladies Non-Transmissibles (MNT) incluant les maladies buccodentaires (Williams et al., 2018).

Plusieurs raisons pourraient expliquer leur vulnérabilité aux MNT, dont la carie dentaire et les maladies parodontales. L'OMS cite quelques-unes d'entre elles : « le manque de moyens pour se procurer le nécessaire, le stress en général, les comportements risqués, les habitudes sanitaires inappropriées, l'accès limité à des soins de santé de haute qualité et le manque de possibilité pour prévenir les complications » (World Health & Public Health Agency, 2005).

Le manque de moyens économiques est souvent, considéré comme la première barrière qui limite l'accès aux soins buccodentaires dans le monde (Ghorbani et al., 2017). Généralement les traitements des maladies orales sont très coûteux (Petersen, 2009) alors que les citoyens doivent le plus souvent payer leurs soins eux-mêmes (Mathur et al., 2015). Ceux, économiquement faibles ont donc plus de difficultés à prévenir les maladies dentaires ou à se faire soigner à cause des conditions dans lesquelles ils vivent (Fisher et al., 2018). Ils n'ont pas toujours les moyens de choisir les aliments devant protéger leurs dents et celles de leur famille (Petersen, 2010). Ces citoyens ne peuvent pas se procurer les produits d'hygiène de base (dentifrice au fluor et brosse à dents adéquate) selon ces auteurs (Watt et al., 2019).

L'accès aux soins dépendrait aussi de la position géographique où vit le solliciteur de service. En effet, les services et soins ne sont pas pareillement disponibles entre les zones urbaines et rurales, pays développés ou non (Ogunbodede et al., 2015 ; Skillman, Doescher et al., 2010).

1.4.5 Solutions proposées internationalement aux problèmes d'accès

D'après l'OMS, le nonaccès aux soins buccodentaires coûterait beaucoup à l'économie des pays. Les coûts indirects associés au non-traitement des maladies buccodentaires sont globalement très élevés. Ils pourraient être évalués à 144 milliards de dollars américains par an dans le monde (Galloway et al., 2015). Donc améliorer la santé buccodentaire des citoyens permettrait à un pays de garder sa population en santé, d'économiser substantiellement du temps et de l'argent (Galloway et al., 2015). L'amélioration de la santé buccodentaire éliminerait par ailleurs la morbidité associée à la présence des maladies orales chroniques et son association à l'absentéisme au travail, ou en classe (Galloway et al., 2015).

Pour guider les pays dans le choix de solutions, des organisations et auteurs (Beaglehole & Beaglehole, 2019) ont suggéré plusieurs approches impliquant nombre d'acteurs. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en voulant jouer le rôle de leader (Schwendicke et al., 2015) propose des programmes de prévention et l'engagement de tous les professionnels de la santé toutes spécialités confondues (Petersen, 2010).

Comme modification dans les systèmes de santé, l'OMS supporte l'intégration. Elle consiste à « intégrer les activités de prévention et de soins buccodentaires de base dans l'ensemble des services et soins de santé primaires » (Fisher et al., 2018). Elle soutient également les traitements de la carie sans fraisage (Atraumatique Restorative Treatment) par des professionnels de la santé non dentaires. Pour ce faire, le système de santé offrirait une formation de courte durée, en considérant les besoins urgents de la population (Gould, 2013). Knevel et al (Knevel et al., 2017) de leur côté considèrent que former plus de dentistes coûte beaucoup plus en temps et en argent. Alors, des auteurs (Daniel & Kumar, 2017) proposent la télémédecine pour faciliter le diagnostic à distance.

La Fédération Dentaire Internationale (FDI) de son côté promeut des actions de plaidoiries par les professionnels dentaires. À cet effet, elle propose une nouvelle définition de la santé buccodentaire qui embrasse les multiples facettes de ce concept (Glick et al., 2012). « Oral health is multifaceted

and includes the ability to speak, smile, smell, taste, touch, chew, swallow, and convey a range of emotions through facial expressions with confidence and without pain, discomfort, and disease of the craniofacial complex ». Cette définition, selon la Fédération, serait mieux adaptée pour rapprocher les différents acteurs concernés et faciliter les actions de plaidoirie du secteur (Glick et al., 2016).

D'autres organisations proposent un engagement plus conséquent des gouvernements. L'intégration de la santé buccodentaire dans toute décision de politique sanitaire devrait être privilégiée. Cette approche suggère de proposer des lois devant adresser précisément les déterminants des maladies buccodentaires. L'International Association for Dental Research (IADR) met en relief les responsabilités des gouvernements qui doivent prendre les grandes mesures politiques pour adresser « les causes des causes » (Marmot & Wilkinson, 2006) des maladies. Ces auteurs (Bedos et al., 2018 ; Watt et al., 2019 ; Watt & Sheiham, 2012) recommandent de considérer les facteurs de risque communs entre les maladies buccodentaires et les autres maladies affectant la personne.

Toutes ces suggestions de solutions représentent des aspects de médecine dentaire sociale, qui, en plus de considérer l'aspect biologique de la maladie, s'intéresse aussi à ses déterminants. Bedos et al, (Bedos et al ; 2018) ont proposé un cadre comportant trois niveaux d'actions dans lequel interagiraient tous les secteurs (individus et famille, communauté, société) devant déjouer ces déterminants. Ils ont aussi suggéré de former en médecine dentaire sociale les futurs professionnels et ceux déjà en exercice les rendant ainsi aptes à considérer les besoins pluridimensionnels de la population à desservir.

Finalement, selon ces auteurs (Beaglehole & Beaglehole, 2019), des universitaires et professionnels devraient organiser un mouvement mondial, indépendant et radical qui inclurait des organisations internationales (FDI, OMS) et des organisations locales de dentistes. Ce mouvement devrait supporter la prévention et l'addition des soins buccodentaires dans la couverture universelle de santé et insister sur les dommages causés par l'industrie sucrière afin de les contrôler.

1.4.5.1 Ressources humaines pour supporter l'intégration

Comme vu précédemment, le Ministère de la Santé Publique et de la Population dans le Paquet Essentiel de Services a proposé l'intégration des soins dentaires de base aux soins médicaux en

Haïti. Ce ministère prévoit l'utilisation de nouvelles catégories de professionnels non dentaires, formées pour promouvoir la santé buccodentaire et réaliser des traitements de base.

Ailleurs dans le monde, ces professionnels sont appelés thérapeutes dentaires (Canada, États - Unis et Australie). Ils prodiguent des soins aux patients sans être supervisés par un dentiste. Ils sont utilisés pour pallier la carence de dentistes (Cane & Butler, 2004 ; Masoe et al., 2016 ; Nash et al., 2014). Aux États-Unis et dans des pays de l'Amérique du Sud, des hygiénistes dentaires diagnostiquent et soignent les caries dentaires, sans utiliser des tours à grande vitesse (Gould, 2013 ; Massara et al, 2002).

1.4.5.2 Futur de l'intégration

Nombre d'obstacles selon Harnagea et al., (Harnagea et al., 2017) nuiraient à l'intégration dont certains sont classés comme politiques, notamment le manque d'intérêt des dirigeants et l'absence de lois claires définissant les priorités. D'autres sont jugés d'ordre administratif comme les complications liées à la mise en œuvre du projet et l'absence de formation pour les nouvelles catégories de professionnel.

Plusieurs facteurs faciliteraient l'intégration, par exemple : la préparation, le vote et l'application de lois supportant l'intégration ; la disponibilité de budgets pour rendre l'intégration possible ; la mise en œuvre de formation interdisciplinaire et une étroite collaboration entre les professionnels de la santé buccodentaire et d'autres professionnels de la santé. Toutefois, l'intérêt des dirigeants politiques occupant des positions stratégiques demeure incontestablement un facteur clé favorisant toutes les facettes de l'intégration (Harnagea et al., 2018).

1.4.5.3 Comment réussir l'intégration ?

Puisque c'est un domaine récent, il n'y a pas actuellement assez de données pour évaluer les bienfaits de l'intégration (Harnagea et al., 2018). Cependant, Harnagea indique des lacunes à combler pour corriger les programmes d'intégration et faciliter leur mise en œuvre. Il suggère de définir et établir des pratiques de collaborations interprofessionnelles et de développer des types de soins mieux appropriés aux besoins de la population.

1.5 Conclusion de la revue de la littérature

Haïti, pays des Caraïbes densément peuplé, connaît régulièrement des catastrophes naturelles et des perturbations politiques. D'un côté, aidés par le déboisement à outrance des mornes, les cyclones et les ouragans souvent détruisent les infrastructures du pays et fragilisent les ressources économiques, surtout des plus vulnérables. Entre 2010 et 2021, deux puissants tremblements de terre ont tué plusieurs milliers de personnes et fragilisé davantage l'économie du pays. D'un autre côté, les pouvoirs publics semblent impuissants face à l'instabilité politique, la violence, l'inégalité sociale, et le kidnapping qui affectent toutes les couches sociales.

L'état de santé buccodentaire des Haïtiens est préoccupant, notamment en raison du peu d'accès aux soins. La faible distribution géographique des centres de soins et leur sous-équipement diminuent la disponibilité des services et soins. Bien que le Ministère de la Santé Publique et de la Population héberge un Service de Soins Buccodentaires (SSDB), peu d'informations sont disponibles sur l'état de santé buccodentaire des Haïtiens.

Des organisations internationales ont proposé des solutions au manque d'accès à la santé buccodentaire mondiale. L'OMS, notamment, soutient l'intégration des soins dentaires de base aux soins médicaux. Elle soutient l'utilisation de professionnels autres que des dentistes pour soigner les caries, par exemple, et prône les restaurations sans fraisage comme l'ART. De son côté, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a présenté en 2016 le Paquet Essentiel de Soins (PES) et a introduit officiellement l'intégration dans la pyramide de santé du pays. Ce Ministère n'a pas toutefois recommandé les traitements sans fraisage.

Nous avons entrepris cette étude, car il est important que la profession dentaire s'implique pour améliorer l'accès à la santé buccodentaire. Pour cela, mieux comprendre les perspectives des dentistes à ce sujet est essentiel. Bien que la majorité des citoyens haïtiens soient financièrement limités, donc incapables de payer des soins buccodentaires réputés chers, leurs besoins en soins ne méritent-ils pas d'être partagés, les ressources disponibles présentées, et les éventuelles solutions discutées et analysées ?

2 Chapitre 2 : Objectif et méthodologie

2.1 Objectif de la recherche

Notre objectif était de mieux connaître les perspectives des dentistes et futurs dentistes haïtiens sur les problèmes d'accès aux soins buccodentaires dans leur pays et sur les manières de l'améliorer (Voir Annexe A).

2.2 Devis de recherche

Nous avons conduit une recherche qualitative, car cette approche est appropriée pour comprendre les comportements et perspectives des humains sur des sujets complexes (Bedos, 2009). La recherche qualitative permet aussi d'explorer des domaines inconnus ou de trouver des informations que les données chiffrées sont incapables de fournir. Notre recherche est de type exploratoire, car elle vise à comprendre une situation que nous connaissons mal (Miles et al., 1994), en l'occurrence comment les dentistes haïtiens perçoivent l'accès aux soins buccodentaires en Haïti et les manières de l'améliorer.

2.3 Collection de données

Pour atteindre notre objectif, nous avons choisi de conduire des entrevues individuelles. En recherche qualitative, l'entrevue est très souvent utilisée, car elle permet d'explorer en profondeur le problème étudié et de comprendre le vécu des participants (Patton, 1990). Plus spécifiquement, nous avons choisi de réaliser des entrevues semi-structurées. L'entrevue semi-structurée constitue un moyen privilégié pour obtenir, lors d'une conversation légèrement orientée par l'interviewer, des réponses profondes, variées et spontanées des participants (Bedos, 2009). Ainsi les participants, grâce à des questions ouvertes, ont été amenés à répondre aux « comment et pourquoi » (Rubin & Rubin, 2011) sur les sujets à l'étude.

2.3.1 Échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage ciblée a été choisie en vue d'obtenir des informations riches et variées (Ritchie & Lewis, 2003). Pour cela, nous avons été en quête de participants pouvant apporter leurs points de vue professionnels sur le sujet à l'étude. Ainsi la sélection a été réalisée,

non en fonction de la disponibilité des participants, mais afin d'obtenir des réponses aussi diverses que possible (Miles et al., 1994). À cette fin, Dre Lafontant-Hyppolite, notre co-chercheuse en Haïti, nous a procuré quatre listes de dentistes, totalisant environ 200 dentistes et étudiants joignables par téléphone ou par courriel. Ces listes proviennent des registres de l'Association Dentaire Haïtienne et de la Faculté d'Odontologie.

La sélection des probables participants a été réalisée suivant des critères d'inclusion établis dans le protocole. Les dentistes devaient être diplômés depuis au moins 5 ans, avoir étudié en Haïti ou non ; travaillant dans des cliniques privées, des centres publics de soins, des organisations non gouvernementales ou encore enseignant à l'université. Quant aux étudiants, ils devaient être des finissants ayant été exposés aux problématiques de l'accès aux soins buccodentaires.

Cette partie du travail a été ardue puisqu'il fallait réaliser toutes les entrevues en quatre semaines alors que c'était la période des vacances. Pour réaliser certaines entrevues, il a fallu prévoir 3 jours d'affilée afin de pouvoir voyager sur plus de 500 km. Heureusement, avoir travaillé au pays comme dentiste pendant plus de vingt ans m'a conféré une effective habileté dans la sélection de ma première liste de participants potentiels. J'ai pu ainsi jongler avec la disponibilité des confrères et consœurs.

2.3.2 Recrutement des participants

J'ai procédé à un recrutement ciblé des personnes sélectionnées (Patton, 1990), avec une approche de variation maximum des participants (Bedos, 2009). Dans l'échantillon de dentistes et futurs dentistes, nous avons cherché à intégrer des caractéristiques et expériences particulières des participants (Ritchie & Lewis, 2003).

Pour sélectionner la liste initiale de 22 participants, j'ai utilisé plusieurs méthodes. J'ai été aidé par ma co-chercheuse, la Dre Hyppolite-Lafontant, qui m'a permis de présélectionner des professionnels dentaires et des étudiants de la faculté d'odontologie. En outre, grâce à mes connaissances du terrain – j'ai travaillé comme dentiste pendant plus de 20 ans au pays et ai longtemps participé aux activités de l'Association Dentaire Haïtienne ainsi qu'à des activités d'enseignement à la faculté d'Odontologie – j'ai commencé par classer les noms par genre et groupe d'âge. Puis, pour diversifier au maximum les participants, j'ai priorisé ceux possédant des expériences de travail en dehors des grandes villes. Par ailleurs, lors de conversations anodines

avec des confrères ou consœurs, je m'enquerrais des nouveaux spécialistes établis au pays et ajoutais des noms sur ma liste. Cette liste fut donc modifiée à maintes reprises.

Un des participants avait été choisi selon une stratégie « boules de neige » (Marshall, 1996 ; Miles et al., 1994). Il nous avait été référé par d'autres participants, car son expertise s'avérait nécessaire pour enrichir les données de terrain (Marshall, 1996).

Cette liste initiale contenait autant d'hommes que de femmes dentistes et couvrait diverses tranches d'âge variant entre 22 et 70 ans. J'avais aussi pris en considération le lieu où ces sélectionnés offraient leur service. Ils avaient accumulé des expériences de travail dans huit des dix départements géographiques du pays. Ils travaillaient ou avaient travaillé dans de grandes villes aussi bien que dans des régions éloignées de celles-ci.

Certains étaient enseignants d'Université en Haïti, d'autres avaient accumulé de longues expériences de travail avec les ONG ou au niveau des structures de soins de l'État. Cependant, la majorité d'entre eux possédait leur cabinet privé (**Voir Tableau 2**). Les étudiants pour leur part étaient tous des finissants à la Faculté d'Odontologie.

2.3.3 Entrevue avec les participants

J'ai conduit à Port-au-Prince et dans des villes de province d'Haïti, des entrevues semi-structurées avec 9 dentistes et 3 futurs dentistes du 29 juillet au 23 août 2019. Je n'ai pas pu réaliser des entrevues individuelles en trois étapes (Seidman, 2013) comme souhaité dans le protocole parce que le temps alloué était réduit à quatre semaines, donc, insuffisantes pour y parvenir.

2.3.3.1 Première étape de l'entrevue

Une fois l'autorisation du Comité d'Éthique National reçue, j'ai commencé la première étape de l'entrevue : les appels téléphoniques.

À travers une première conversation informelle au téléphone, je me suis assurée que les personnes sélectionnées correspondaient aux critères d'inclusion. Je leur ai expliqué les objectifs de la recherche, en utilisant les informations contenues dans le formulaire de consentement et leur ai aussi présenté les futures étapes de l'étude (**Voir Annexe A**).

C'était une prise de contact cordiale incluant le partage de souvenirs entre confrères. Nous nous sommes entretenus des changements survenus dans nos carrières respectives ces dix dernières années. Avec les étudiants, j'ai abordé leur perspective pour leur future carrière. Ce fut un temps propice aux personnes sélectionnées pour poser des questions sur l'étude, leur participation et leur droit de se retirer à n'importe quel moment.

À cette étape, j'ai proposé à ceux ayant accepté de participer de leur envoyer par courriel le dossier d'invitation (lettre, formulaire de consentement), afin qu'ils le lisent et soient mieux informés des détails de l'étude. J'ai aussi discuté avec eux des dates et lieux probables de l'entrevue et pris des rendez-vous.

Alors que plusieurs confrères ou consœurs ont répondu favorablement, un petit nombre (4) a décliné l'invitation en raison de la période des vacances. Un dentiste, par exemple, a décidé de ne pas participer à la recherche quelques minutes avant l'entrevue, car il ne voulait plus d'enregistrement audio de son entrevue.

2.3.3.2 Deuxième étape de l'entrevue

Suivant le protocole, les entrevues devaient durer 90 minutes de longueur (**Voir Annexe A**), mais la moitié d'entre elles a excédé le temps prévu. Avant chaque entrevue, le participant avait rempli et signé son formulaire de consentement. Très peu de participants avaient contesté le processus ou émis des commentaires sur la durée de l'entrevue.

L'entrevue proprement dite comprenait trois parties dont la première était consacrée aux informations démographiques du participant. La deuxième partie concernait les opinions du participant sur l'accès. La troisième et dernière partie offrait au participant la possibilité de suggérer avec détails des solutions à l'accès et commenter celles proposées par la communauté internationale. J'avais utilisé des questions semi-dirigées, globales, additionnées de sous-questions permettant aux participants d'avancer des précisions sur le sujet à l'étude et fournir des réponses aussi profondes que possible (**Voir Annexe B**).

Les réponses des participants dépendaient de l'approche que j'avais utilisée pendant l'entrevue. C'était un échange, pendant lequel je partageais mes émotions, sentiments ou encore j'appréciais une de leur déclaration (Ritchie & Lewis, 2003).

J'échangeais également des informations avec les participants sur des solutions de santé publique dentaire, inexplorées ou inconnues. Puis, je leur demandais de réagir à ces informations, comme l'ont suggéré McGrath et al. : « Therefore, we urge interviewers to make use of their background, albeit, in a considerate way » (McGrath et al., 2019). Il est alors arrivé que des participants posent des questions pour comprendre le sujet avant de se positionner (Nunkoosing, 2005).

Leurs réponses découlaient également de leur envie de collaborer avec l'interviewer (Nunkoosing, 2005). Cette collaboration demeure essentielle puisqu'elle conduit à l'élaboration de la connaissance qui constitue le résultat du travail de concertation entre les deux parties (Ritchie & Lewis, 2003).

Tous les participants ont répondu plaisamment à mes questions. Certains ont pris des pauses entre les différentes parties, d'autres non. Toutefois, les solutions proposées par les participants pour améliorer l'accès aux soins buccodentaires en Haïti sont disséminées un peu partout dans l'entrevue, et pas seulement dans la troisième partie dont c'était le sujet central.

Les entrevues ont été conduites dans des lieux publics, pas toujours calmes, surtout au début, mais c'étaient tous des espaces propices à des conversations confidentielles. Nous avons tantôt utilisé un bureau privé dont les persiennes, ouvertes, laissaient pénétrer les bruits des rues avoisinantes, par ailleurs très fréquentées et achalandées à ce moment de la journée. Bien que choisis en accord avec les participants, comme suggéré par Butler-Kisber (Butler-Kisber, 2010), les espaces sélectionnés n'étaient pas toujours parfaits. Dans un restaurant, par exemple, bien que nous ayons demandé un coin tranquille, les bruits de fond du téléviseur ou les voix distinctes des clients sont ressortis dans l'enregistrement audio de l'entrevue. Autre exemple, dans un hôtel en dehors de la capitale, nous avons réservé une terrasse en plein air située au troisième étage. Là, le vent nous a forcés à hausser le ton et parfois l'interviewé a dû reprendre quelques réponses que je n'entendais pas.

J'ai utilisé le Kreyòl et/ou le Français (langues officielles du pays) pendant les entrevues, le choix étant laissé aux participants. Un seul d'entre eux a choisi de s'exprimer complètement en Kreyòl, même si, finalement, quelques sections se sont déroulées en français, car le participant parlait clairement cette langue.

Un enregistrement audio de chaque entrevue a été réalisé. J'ai pris peu de notes pendant les entrevues, comme recommandé par Butler-Kisber (Butler-Kisber, 2010), plutôt occupée à suivre le flot des conversations. Immédiatement après l'entrevue, j'ai acheminé l'audio au chercheur principal, Dr Bedos. Puis, j'ai réécouté l'enregistrement et lui ai rédigé un rapport dans lequel j'ai partagé quelques détails de l'entrevue et décrit les principaux thèmes abordés par le participant. La rédaction de ce rapport a encouragé la comparaison constante entre les différents sujets évoqués par les participants (O'Connor et al., 2008). Ce va-et-vient entre les thèmes récurrents m'a aussi permis d'appréhender le point de saturation.

À la fin des entrevues, la liste de participants était constituée de dentistes généralistes ou spécialistes, propriétaires de cliniques privées, d'enseignants à l'université, d'employés du secteur public ou d'ONG (**Voir Tableau 2**).

2.3.3.3 Troisième étape de l'entrevue

Suivant le protocole, une troisième étape devait clore les activités de terrain. Il a été prévu d'appeler chaque participant au téléphone afin de confirmer avec lui les informations obtenues. Cette communication téléphonique devrait permettre au participant d'ajouter un sens à une expression utilisée ou d'expliquer une réponse produite auparavant ou d'annuler une réponse déjà enregistrée. Cette étape a été annulée, faute de temps.

2.4 Analyse des données

2.4.1 Transcription des entrevues

De retour au Canada, j'ai transcrit les données de terrain de façon littérale, mot à mot. J'ai utilisé un format Word pour enregistrer les transcriptions sur le bureau de mon ordinateur, sur une clé USB et sur le système One Drive de l'Université McGill.

Pour nommer les fichiers audio, les participants ont été classés par des numéros de 1 à 12 suivant la date de leur interview. Le numéro de l'entrevue et le nom du participant étaient inscrits dans le dossier préliminaire. Puis lors de la transcription anonyme, des lettres alphabétiques à partir de A ont été choisies pour identifier les participants. Dans cette transcription, la première entrevue, n° 1, correspond au Dr A et est noté n° 1 Dr A et la dernière, n° 12 au Dr L. Le nom de l'interviewer est représenté par WW.

Toutes les dates figurant dans les transcriptions sont enregistrées de la même façon : année, mois et jour. Dans la transcription anonymisée, en plus des noms, j'ai enlevé les parties faisant référence aux lieux géographiques pour éliminer les possibilités d'identifier des participants. J'ai également retiré les expressions ou onomatopées superflues comme : OK, bien sûr, oui, les répétitions de phrases ainsi que les HUM, HUM ou des exclamations à l'intérieur d'une phrase.

J'ai gardé les fautes d'orthographe dans la première transcription intégrale, mais dans celle qui est anonymisée pour l'analyse, j'ai utilisé les règles suivantes suggérées par Rioufreyt (Rioufreyt, 2016). Les accords non respectés sont suivis de « sic ». Pour des erreurs flagrantes, des informations vérifiées plus tard et se révélant incorrectes, je porte (cf. notes) à côté et j'écris des notes à la fin de la page. Je transcris également les hésitations, les arrêts par... les tics de langage (onomatopées) par leur correspondant phonétique : euh, hum, wouah, sans ajouts de : « ». Les expressions, proverbes ou bouts de phrase en kreyol ayisyen sont laissés comme tels dans le texte et traduits entre parenthèses alors que les conversations en kreyol sont traduites et transcrites en français.

Les mots prononcés en même temps par les interlocuteurs sont précédés du signe =, comme indiqué dans le tableau ci-dessous (**Voir Tableau 1**). L'expression (Bruit excessif) est placée dans la transcription quand un bruit couvre la voix des interlocuteurs et les force à ralentir ou arrêter la conversation. Trois points d'interrogation (???) indiquent qu'un mot ou un bout de phrase ne peut être entendu pour être transcrit. Un mot ou un bout de phrases, entre parenthèses et suivi d'un point d'interrogation signifie que ce n'est pas clair.

Tableau 1 : Symboles utilisés dans la transcription

(Bruit excessif) signifie que la voix du participant a été rendue inaudible.	MOTS EN MAJUSCULES indiquent un changement d'intonation devant accentuer une déclaration.	... signifie une pause ou une hésitation dans la conversation.
(mot ?) utilisé pour indiquer que ce mot n'est pas clair.	= signifie que le participant et l'interviewer ont prononcé ces mots ensemble.	??? Signifie qu'un segment n'est pas clairement audible et n'est pas transcrit.

J'ai transcrit des mots en MAJUSCULE pour montrer une hausse de ton ou une situation où l'interlocuteur élève la voix ou donne une intonation particulière à un mot ou un groupe de mots pour une mise en relief. Je considère que les rires font partie de la conversation, donc je ne les ajoute pas entre guillemets.

2.4.2 Analyse thématique des données

Guidée par Braun et Clarke (Braun & Clarke, 2006), j'ai conduit une analyse thématique des données qui comprenait plusieurs étapes décrites dans les prochaines sections.

2.4.2.1 Lecture des entrevues à plusieurs reprises

J'ai d'abord relu plusieurs fois les transcriptions puis comparé toutes les entrevues entre elles. L'analyse avait donc commencé tout de suite après chaque entrevue, avant même sa transcription (O'Connor et al., 2008).

2.4.2.2 Établissement des codes de départ

Dr Bedos et moi avons choisi le cadre conceptuel de Levesque et al. (Levesque et al., 2013) pour conduire notre analyse et notre interprétation. J'ai utilisé des sous-catégories, descriptives, constituées par les domaines d'accessibilité et les capacités de la population, obtenues du modèle de Levesque et al. (Levesque et al., 2013). Les déterminants ont été trouvés progressivement en codant les entrevues. J'ai codé les cinq premières entrevues ligne par ligne (Gale et al., 2013) en groupant les codes à l'intérieur de ces sous-catégories. Après avoir retrouvé la majorité des codes, j'ai progressivement codé les sept autres transcriptions.

2.4.2.3 Proposition des premiers thèmes

Ces sous-catégories, descriptives, constituent une phase de transition vers des sous-thèmes et thèmes plus conceptuels. Après plusieurs tentatives de regroupement de ces sous-catégories, nous avons trouvé des sous-thèmes et thèmes.

2.4.2.3.1 Réorganisation des sous-thèmes et thèmes

En utilisant des schématisations conceptuelles faites à la main ou à l'aide du logiciel MAXQDA, nous avons progressivement établi des connexions entre les différentes sous-catégories. Puis, nous les avons groupés pour mieux les représenter de façon de moins en moins descriptive et de plus en

plus conceptuelle. Ce fut un long processus pendant lequel Dr Bedos et moi avons recommencé la schématisation plusieurs fois de suite afin de créer une cohésion entre les thèmes construits.

2.4.2.3.2 Définition des thèmes et sous-thèmes

Finalement, les thèmes ont émergé. Nous avons obtenu deux thèmes et six sous-thèmes.

Thème 1 : Les obstacles à l'accès, ayant trois sous-thèmes :

- Barrières inhérentes aux déterminants locaux et internationaux

Des facteurs locaux et internationaux impactent la vie des Haïtiens et nuisent à leur santé, comme l'explique Marmot (Marmot, 2017) dans cette phrase : « Health is determined not so much by what doctors do for patients, but by arrangements in society ».

- Barrières inhérentes au système de santé

Les caractéristiques organisationnelles du système de santé diminuent l'accès aux soins buccodentaires en Haïti.

- Barrières inhérentes au manque de littératie de la population et son incapacité à payer

Le manque d'information sur la santé et l'incapacité de la majorité de la population à payer les soins affaiblissent l'accès aux soins buccodentaires en Haïti.

Thème 2 : Les solutions à l'accès comprenant trois sous-thèmes :

- Interventions sur les comportements

Cette intervention vise à changer les comportements négatifs de la population, des personnes en position d'autorités locales ou internationales envers la santé buccodentaire.

- Interventions organisationnelles

À travers cette intervention, les participants ont souhaité modifier la façon dont les soins buccodentaires sont offerts par le système de santé.

- Interventions structurelles

Des interventions structurelles ont été proposées pour contrer le déséquilibre institutionnel du système de santé haïtien.

2.5 Considérations sur l'éthique

Nous avons obtenu l'autorisation du comité d'éthique de la Faculté de médecine de l'Université McGill le 10 juin 2019, le numéro : A06-B40-19B nous a été assigné. Puis, le 22 juillet 2019 en Haïti, Dre Marie Christina Hyppolyte-Lafontant, co-chercheuse et moi avons obtenu du Comité National d'Éthique d'Haïti (CNEH) une autorisation, répondant au numéro de référence : 1819-57.

Le formulaire de consentement des participants était rédigé en français courant (**Voir Annexe A**). J'avais informé les participants que tout le matériel utilisé, notamment les formulaires de consentement et les documents relatifs aux entrevues, serait gardé en sécurité. J'avais aussi indiqué aux participants que leur identité serait tenue confidentielle et ne serait révélée à aucun moment de l'étude ; seuls le superviseur et l'étudiante chercheuse auront accès aux formulaires de consentements, enregistrements audio, transcriptions verbatim et données analysées. J'avais aussi expliqué aux participants qu'ils avaient le droit de se retirer de l'étude à n'importe quel moment et souligné qu'ils ne recevraient aucune compensation pour leur participation.

Nous avons écrit le mémoire en synthétisant les informations obtenues dans les entrevues. Nous avons soigneusement choisi quelques segments des entrevues à citer afin que l'on ne puisse identifier le participant à travers ses citations. Le lecteur ne sera donc pas en mesure d'identifier les participants ni les personnes auxquelles ils auraient fait allusion. Tous les noms ont été effacés de même que toutes les informations permettant d'identifier ou de localiser les participants. Il est à souligner que le Comité d'Éthique de l'Université McGill (IRB) et le Comité National d'Éthique d'Haïti ont le droit de vérifier si les règles d'éthiques avaient été respectées.

Pour nous assurer de la sécurité des données obtenues sur le terrain, les informations collectées avaient été rendues anonymes. Je suis l'unique utilisatrice de mon compte OneDrive auquel j'accède à partir d'un mot de passe personnel. Je permets néanmoins à mon superviseur Dr Christophe Bedos d'avoir accès aux données de l'étude. À ma graduation, les données seront transférées au compte OneDrive du Dr Christophe Bedos et seront détruites après sept ans d'après les règlements en vigueur à l'Université McGill.

Pendant ma carrière de dentiste en Haïti, j'avais déjà rencontré ou travaillé avec nombre des participants. Cependant, en tant qu'interviewer, il n'y a pas eu d'influence inconvenante, abusive ou illégitime ; la participation à l'étude, des collègues ou étudiants, a été volontaire.

2.6 Ma position comme chercheuse

J'avais commencé cette recherche dans le but d'explorer un problème crucial et complexe dans mon pays, mais ce que je ne savais pas, c'est que ce projet allait me conduire à m'explorer. Je connais bien Haïti pour y être née et y avoir vécu pendant plus de 40 ans. J'y ai fait mes études primaires, secondaires, et universitaires. Je me suis mariée en Haïti avec un Haïtien et je suis mère de trois enfants. Je voulais que mes enfants grandissent en apprenant l'histoire de ce grand peuple et en découvrant la beauté cachée de ce pays.

Issue de la classe des paysans, de grandes privations ont caractérisé mon enfance, j'en garde des souvenirs mitigés, parfois douloureux, parfois inspirants. Mais ces privations ont laissé une marque indélébile dans mon cœur, dans mon corps et dans mon âme qui me rappelle sans cesse de me ranger du côté des laissés pour compte.

Ayant travaillé comme dentiste en Haïti pendant plus de vingt ans, je demeure consciente que la majorité des Haïtiens manque d'accès aux soins buccodentaires. Je suis aussi troublée par l'épineuse question : existerait-il des solutions à la portée d'Haïti ? C'est avec cet esprit que, le 30 juin 2019, je suis rentrée au pays avec la détermination de conduire des entrevues de recherche.

Et j'ai choisi de ne pas trop m'investir émotionnellement dans la réalité qui m'entourait. J'ai essayé d'oublier ce que je voyais et comprenais, j'ai essayé de filtrer au maximum les images, les sons, les cris de détresse silencieux de nombre de mes compatriotes. J'ai essayé de me concentrer au maximum sur la rigueur qui devait accompagner mon travail.

Cependant, écouter des dentistes et étudiants s'exprimer sur cette réalité et partager leurs expériences, leurs désillusions, leurs succès, ou leurs souhaits allait développer des ondes de choc qui, petit à petit, m'ont fragilisée. Ces ondes m'ont heurté si puissamment qu'avant de laisser Haïti, je me suis sentie vidée et vulnérable.

Je me suis sentie si blessée que j'avais besoin de recul. Je me suis sentie trop impliquée. J'ai décidé de ne pas continuer avec les transcriptions tout de suite. Ce qui fut une erreur, car j'ai accumulé beaucoup de retard dans mon agenda. D'un autre côté, j'avais besoin de ce temps pour me questionner et me positionner.

Heureusement, ce projet m'a permis de regarder en moi-même aussi loin que possible, et encore aujourd'hui, je me demande si j'ai fini de m'interroger.

Après tout... Que me reste-t-il ?

Des données, des émotions, des sentiments à partager. Une histoire devant résonner dans le cœur d'autres professionnels du monde, comme un déjà vu, déjà vécu, qui mérite d'être partagée. C'est une histoire qui offre un visage au manque d'équité à la santé buccodentaire. Elle est construite à partir de données provenant d'un pays où les infections liées à la carie dentaire trop souvent infligent des peines accablantes ou tuent encore.

2.7 Crédibilité de la recherche

La crédibilité est un concept important en recherche qualitative. Pour quelques auteurs, elle se rapporte à la justesse de la méthodologie sélectionnée (Bernard & Bernard, 2013) ou à la singularité des résultats qui résonnent dans d'autres contextes (Donmoyer, 2009). D'après Bedos, une « recherche est crédible lorsque les résultats sont plausibles pour les participants à l'étude et les lecteurs des résultats de la recherche » (Bedos, 2009).

Plusieurs critères permettent d'apprécier la crédibilité ou plausibilité d'une recherche qualitative. Hiles (Hiles, 2008), cite la rigueur qui constitue une « capacité à mesurer avec consistance » la transparence.

Selon Lincoln et Guba (Lincoln & Guba, 1985), une série de stratégies permet de parvenir à une recherche qualitative de qualité et crédible.

L'une d'entre elles consiste à être connecté au milieu d'étude et à passer du temps en compagnie des participants. Pour ma part, étant moi-même dentiste, j'ai gardé contact avec des dentistes en Haïti. Concernée par les problèmes de manque d'accès aux soins buccodentaires en Haïti, pendant plus de 20 ans, j'organisais régulièrement des activités de bénévolat dans les provinces et autour de la capitale. Les besoins de soins apparaissaient si grands que la frontière entre la satisfaction de servir et le sentiment de réaliser si peu semblait bien mince. Donc, je connais bien le milieu haïtien.

L'autre stratégie consiste à échanger avec les autres chercheurs sur le contenu des résultats et leur interprétation. Dr Bedos, le chercheur principal, possède une longue et riche expérience en

recherche qualitative. Il a écouté toutes les entrevues et échangé des commentaires sur celles-ci rapidement après chacune d'entre elles. Il m'a aussi encouragé à écrire un rapport après chaque entrevue, ce qui m'a permis de pratiquer une comparaison constante entre celles-ci (O'Connor et al., 2008). Il a par ailleurs guidé le travail de schématisation conduisant aux thèmes et sous-thèmes.

J'ai aussi contacté à maintes reprises la co-chercheuse, Dre Hyppolite-Lafontant. Elle connaît les parcours administratifs liés à la recherche en Haïti et possède des expériences de recherche en santé publique dentaire. Elle fut consultante des Nations Unies sur les problématiques de la santé buccodentaire en Haïti. Elle n'a toutefois pas eu accès à aucun moment aux entrevues audio ou transcrites ni avec les formulaires de consentement des participants. Dre Hyppolite-Lafontant a répondu à nos questions sur les points ambigus discutés par des participants comme le manque de communication entre les dentistes et le service buccodentaire du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Elle nous a aussi conseillé lors de la préparation des recommandations.

Toutes ces étapes nous ont dirigés vers un degré de crédibilité, car les résultats obtenus découlent des données recueillies sur le terrain et leur plausible interprétation.

3 Chapitre 3 : Résultats

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats des données de l'étude obtenues à partir des entrevues réalisées avec 9 dentistes et 3 futurs dentistes en Haïti, âgés de 22 et 65 ans. La moitié d'entre eux était des femmes. Ces participants ont accumulé des expériences de travail dans la majorité des dix départements du pays, dans de grandes villes ou dans les campagnes.

Certains sont enseignants à l'Université, d'autres ont accumulé une longue expérience de travail avec des ONG ou au niveau des structures de soins de l'État. Cependant, la majorité des dentistes travaillent en privé et possèdent leur cabinet. Les étudiants pour leur part sont tous des finissants à la Faculté d'Odontologie.

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques et expériences de travail des participants

Caractéristiques démographiques et expériences de travail des participants (n=12)	
Caractéristiques	Nombre de participants
Genre	
Hommes	6
Femmes	6
Age	
20-30	3
31- 40	4
41-50	1
51-60	3
61-70	1
Années de pratique	
0	3
1-10	2
11-20	2
21-30	3
31-40	2
Statut	
Étudiants	3
Généralistes	5
Spécialistes	4
Enseignants	3
Lieux de travail	
Privé	8
Publique	8
ONG	5
Expériences en province	10

3.1.1.1 Impacts de la situation économique du pays et du financement des soins sur l'accès

Selon les interviewés, la production nationale de biens et richesse serait insuffisante pour permettre l'État de financer des services et soins buccodentaires adéquats et abordables aux citoyens. La condition économique du pays constituerait donc un puissant déterminant de la santé des Haïtiens et affecterait l'offre des soins ainsi que la solvabilité de la population.

Nous vivons dans un pays où le minimum viable n'existe pas pour la grande majorité... (n° 5 Dr E : 219 - 219)

Cette carence en richesse du pays, donc en capacité de financement du système de santé, réduirait intégralement la disponibilité de soins et services dentaires sur tout le territoire national, de l'avis des participants.

L'État haïtien manque de ressources pour offrir aux enfants, aux écoliers un service de prévention comme l'application de fluor et même des brosses à dents. (n° 2 Dr B : 5 : 145 - 5 : 324)

L'offre en termes de bon marché est extrêmement limitée. (n° 1 Dr A : 11 : 397 - 11 : 491)

Cependant, les maigres ressources existantes au pays seraient inéquitablement réparties dans le budget national ; « très peu » financeraient la santé ou les services sociaux (**Voir Tableau 3**). Ainsi, les plus désavantagés sont privés de subventions de l'État.

Le budget de la santé publique, c'est très peu. Santé publique, éducation, c'est toujours très peu. C'est le palais national, la primature qui ont la grosse part. (n° 5 Dr E, POS. 291)

3.1.1.1.1 Conséquences du manque de financement

Comme conséquences du maigre financement de la santé, Haïti connaîtrait une faible distribution géographique de centres de soins. L'absence de soins de proximité serait due également à l'enclavement de plusieurs localités privées d'accès par voies terrestres. Même les cliniques mobiles organisées par des ONG atteindraient difficilement, avec leur structure motorisée, ces zones enclavées.

Les routes seraient vraiment en mauvais état. Il n'y a qu'à dos d'âne ou à moto qu'on peut accéder d'une localité à une autre. C'est difficile. (n° 6 Dr F, POS. 172)

Il n'y a pas de routes. Donc l'accès dans cette zone est déjà difficile, ce qui rend la construction ou bien le transport de matériel très compliqué. (n° 10 Dr J : 234 - 234)

De l'avis de la majorité des participants, l'offre limitée de soins sur le territoire national favoriserait la prolifération de « charlatans » (dentistes autoproclamés). Ne stérilisant pas leurs instruments avant de réaliser des extractions dentaires, ils provoqueraient donc des transmissions croisées d'infection comme l'Hépatite ou le VIH (**Voir Tableau 3**).

[Le] charlatan, c'est quelqu'un qui essaie de faire... il sait voir le traitement. Il voit, il connaît les instruments, il connaît les matériaux, les étapes, il va le faire, mais sans pour autant [avoir] été formé, enfin n'a pas fait des études... (n° 4 Dr D : 227 - 227)

J'en ai approché plusieurs : l'hygiène c'est zéro, l'asepsie c'est zéro. Il ne m'a pas dit qu'il changeait les seringues, les aiguilles. Non, il m'a dit qu'il les nettoyait avec de l'alcool. (n° 1 Dr A, P. 16 : 1193)

Les centres de soins buccodentaires publics seraient sommairement équipés : une autre conséquence du manque de financement, selon les participants. Le mobilier de beaucoup de cliniques dentaires publiques se résumerait à une chaise dentaire, le matériel de stérilisation serait réduit au strict minimum ou inexistant ; même les anesthésiques, les gants et le matériel de base feraient parfois défaut.

J'ai visité beaucoup de cliniques dentaires dans les institutions publiques, c'est généralement une chaise et il n'y a pas d'équipements. (n° 10 Dr J, POS. 116)

Il y a un dentiste, mais il n'y a pas d'équipement (n° 6 Dr F, POS. 170)

Des participants ont expliqué qu'en raison du nombre insuffisant et du sous-équipement des centres de soins, les dentistes, souvent, n'y offriraient que des extractions dentaires, rarement des soins de restauration ou de réhabilitation.

Quand on parle de soins dentaires, au niveau des soins buccodentaires publics, ce ne sont pas des soins. Ce sont des extractions (n° 1 Dr A, P. 0 : 1607)

À l'hôpital de l'État, on ne fait que les extractions (n° 6 Dr F, POS. 202)

Du point de vue des participants, les dentistes seraient en nombre insuffisant à cause du manque de financement du secteur. La majorité des participants ont estimé que cette carence de dentistes aurait favorisé la prolifération des « charlatans », ces derniers mieux distribués géographiquement.

Il y a un manque de dentistes, ce qui favorise les « charlatans ». (n° 7 Dr G : 179 - 179)

Il n'y avait pas de dentistes dans cette zone. Il n'y avait que des « charlatans ». (n° 7 Dr G : 317 - 317)

Contrairement aux dentistes, les « charlatans » offriraient des services de proximité à bon marché. Dans l'arrière-pays, appelés « dentistes ambulants », ils organiseraient régulièrement des activités de cliniques mobiles.

Les soi-disant soins que les « charlatans » [offrent], ce sont des soins à bon marché. (n° 5 Dr E : 79 - 79)

Il y aurait aussi un manque de personnel intermédiaire dans le secteur dentaire. Des participants ont notamment mentionné une carence d'auxiliaires/hygiénistes, de techniciens de laboratoire ou de techniciens pour la maintenance et la réparation du matériel et équipement dentaires.

3.1.1.1.2 Limitations dans le développement professionnel des dentistes

Aux dires des participants, généralement les nouveaux diplômés auraient peu de possibilités économiques pour s'établir à leur compte faute de crédits bancaires. Le système de santé de son côté n'offrirait guère d'emploi aux jeunes diplômés.

Il y a de [jeunes dentistes] qui restent sur le terrain, mais [rencontrent] une difficulté d'accès aux équipements parce qu'on ne dispose pas généralement de crédit pour l'achat des équipements. Et le crédit des fois est cher à la banque. Donc, tout ceci peut contribuer à réduire cet accès-là. (n° 3 Dr C : 6 : 575 - 6 : 955)

Selon les participants, les dentistes haïtiens seraient privés de possibilités pour poursuivre leur éducation professionnelle à l'étranger, car incapables de se financer ou de se faire parrainer par le système de santé. Ce manque de formation engendrerait une carence en spécialistes dentaires.

Pour résumer, les interviewés ont indiqué que la rareté de cliniques dentaires, leur sous-équipement d'une part ; le nombre limité de dentistes, leur développement professionnel restreint et l'absence de catégories de professionnels intermédiaires d'autre part, constitueraient des obstacles à l'accès. Ces obstacles seraient largement attachés au financement limité de la santé buccodentaire.

3.1.1.1.3 Incapacité de payer de la population

Aux dires des participants, la majorité des citoyens, réduite au chômage, vivrait dans des situations de grande précarité. Ce fort pourcentage, « les plus démunis », habiterait dans des « quartiers défavorisés » peinant pour se nourrir, ou pour scolariser leurs enfants.

Le niveau de vie des habitants ne leur permet pas d'avoir les moyens de payer les soins. (n° 10 Dr J : 234 - 234)

Ceux qui seraient dans des quartiers défavorisés aussi, ce seraient ceux qui n'ont pas les moyens en résumé. (n° 5 Dr E : 97 - 97)

Ce fort pourcentage de la population s'affairerait péniblement dans des activités de commerce informel insuffisantes pour assurer leur subsistance.

La majorité de la population travaille dans le secteur informel. (n° 10 Dr J, POS. 136)

Certains citoyens, employés de l'État, se débattraient dans un cercle vicieux de dettes. Ils recevraient, souvent en retard, leur maigre salaire, selon des participants.

Le budget alloué à la santé en Haïti ne permet pas aux institutions publiques de bien payer les professionnels (n° 10 Dr J : 108 - 108)

Selon les interviewés, cette large tranche de la population haïtienne s'acquitterait difficilement des coûts exorbitants des soins buccodentaires pratiqués dans le privé.

Il y a une grande part de population qui n'a pratiquement pas accès aux soins buccodentaires parce que ça coûte trop cher. (n° 1 Dr A : 8 : 2783 - 8 : 2987)

Et surtout, bien des gens passent [près de] la clinique et ils n'ont pas d'argent. Ils ne peuvent pas venir (n° 12 Dr L : 208 - 208)

Pourtant, aux dires des participants, cette grande majorité devrait intégralement payer les honoraires des dentistes privés par ses propres moyens. Alors, beaucoup de ces concitoyens dépendraient du soutien financier de leurs parents ou amis de la diaspora pour s'acquitter des coûts de ces soins.

[Ils seraient] soutenus par la diaspora. Très souvent, l'argent [avec lequel] le patient vous paie [est enveloppé] dans un papier de transfert. Il y a les transferts [en provenance de] Nassau Bahamas, États-Unis, Canada, maintenant le Chili... (n° 5 Dr E : 143 - 143)

En résumé, les interviewés ont signalé que la situation économique du pays affecterait le système de soins de même que la capacité de payer de la population et, ainsi, affaiblirait l'accès aux soins dentaires.

3.1.1.2 Impacts de l'indifférence nationale et internationale sur l'accès aux soins

Les participants ont signalé que localement plusieurs secteurs du système de santé, la classe politique, le gouvernement ainsi que des organisations internationales œuvrant en Haïti accorderaient peu d'intérêt à la santé buccodentaire des Haïtiens. Ils ont par ailleurs ajouté que plusieurs autres pays connaîtraient des situations similaires à Haïti.

3.1.1.2.1 Absence d'intérêt pour la santé buccodentaire localement

D'après des participants, certains dentistes s'intéresseraient modérément à l'accès aux soins de la majorité de la population. Habituellement, ils se considéreraient comme des entrepreneurs, propriétaires de business. Des dentistes seraient intéressés à s'engager occasionnellement dans le bénévolat. Cependant, habituellement, ils travaillent en vase clos et seraient peu portés à s'investir avec d'autres secteurs de la santé pour trouver des solutions aux problèmes d'accès.

Nos aînés n'ont pas travaillé pour faire bouger la profession, pour faire avancer la dentisterie. (n° 11 Dr K : 517 - 517)

Mais, ici il y a des dentistes qui ne vont prendre une part de [leur] temps pour faire de la prévention, ou bien pour réfléchir à la question, je veux dire à l'accès [aux] soins. Ce n'est pas leur problème. L'accès aux soins pour eux c'est d'avoir des patients. (n° 1 Dr A, P. 23 : 674)

Les dirigeants des centres de soins, médecins ou administrateurs, manifesteraient aussi peu d'intérêt pour les soins buccodentaires, faute d'informations, selon les dentistes et étudiants finissants consultés en Haïti. Cette indifférence limiterait considérablement leur implication dans des activités devant améliorer l'accès aux soins buccodentaires.

Le ministère, moi je pense que c'est, l'ignorance, beaucoup d'ignorance, parce que les confrères médecins, ils ne comprennent pas. (n° 4 Dr D : 85 - 85)

J'ai essayé, MAINTES FOIS avec les dirigeants de leur dire, ce seraient toujours des étrangers, des médecins, je dis : vous ne pouvez pas payer que POUR DES EXTRACTIONS. (n° 1 Dr A, P. 9 : 111)

Les interviewés ont ajouté que la santé buccodentaire de la population ne représentait pas une priorité pour l'État haïtien. Le gouvernement, à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Population, accorderait peu de considération aux problèmes buccodentaires de la population pour financer leurs solutions. Les fonds disponibles sont dirigés vers d'autres domaines de la santé.

Le dentaire, au niveau du MSPP, c'est le parent pauvre, voire oublié. (n° 1 Dr A, P. 7 : 585)

Au niveau décisionnel du ministère, les soins buccodentaires ne seraient pas une priorité. Ce ne sont pas des cliniques dentaires qu'ils vont mettre dans des zones reculées, ils vont plutôt penser à un dispensaire, un centre de santé, une maternité. (n° 9 Dr I : 475 - 475)

Un participant, particulièrement critique, a même qualifié « d'égoïstes » les comportements de dirigeants politiques. Ces dirigeants rechercheraient des soins pour eux-mêmes et leurs familles, mais ne seraient pas intéressés à améliorer l'accès aux soins pour le reste de la population.

Parce que ceux qui dirigent ne pensent qu'à eux et à eux seuls. [n° 5 Dr E : 289 - 289]

3.1.1.2.2 Indifférence internationale envers l'accès à la santé buccodentaire

Les participants ont ajouté que l'indifférence affichée pour la santé buccodentaire n'existerait pas seulement en Haïti. Similairement à Haïti, des gouvernements d'autres pays exhiberaient aussi un manque d'intérêt à solutionner les problèmes buccodentaires. De plus, les bailleurs de fonds internationaux investiraient rarement dans les soins buccodentaires, aux dires des participants. Cette indifférence internationale existerait, selon les participants, parce qu'il serait malaisé d'organiser du lobby pour financer les soins buccodentaires. À leur avis, les problèmes dentaires ne seraient ni contagieux, ni assez spectaculaires pour attirer l'attention.

En résumé, ce manque d'intérêt, selon les interviewés, ne favoriserait pas la collaboration entre les autorités locales, le secteur dentaire et la communauté internationale. Cette absence de collaboration conduirait enfin à un manque de réflexion autour de l'accès aux soins buccodentaires et une absence de stratégies devant améliorer l'accès.

3.1.2 Obstacles inhérents au système de santé buccodentaire

La deuxième catégorie de barrières serait érigée par la désorganisation du système de santé et le manque de leadership du secteur dentaire. Bien que la production de soins dépende largement des ressources financières disponibles, les dentistes et étudiants finissants ont indiqué que le manque de rigueur administrative constituerait une barrière à l'accès.

3.1.2.1 Absence de rigueur dans la gestion des ressources humaines et matérielles

Selon les participants, le Service de Soins Buccodentaires du MSPP favoriserait une absence de rigueur administrative si bien que les dirigeants de centres de soins contrôlèrent peu les absences ou retards de certains employés, incluant des dentistes **(Voir Tableau 4)**.

Des dentistes sont nommés [mais] ne viennent pas [au poste] [n° 6 Dr F, POS. 166]

On nomme un dentiste départemental, par exemple. Il vient, il passe peut-être une fois ou deux fois par semaine, il passe une heure au bureau. Il a le chèque et c'est le plus important. [n° 5 Dr E : 297 - 297]

De plus, selon les participants, il y aurait également une absence de règlements ou de lois définissant les rôles et responsabilités des prestataires de soins.

Mais il n'y a pas de structures légales, même pour les médecins. C'est pour cela, tout le monde fait n'importe quoi. Parce qu'il n'y a pas de lois... [n° 9 Dr I : 495 - 495]

Du point de vue des participants, le Service de Soins Buccodentaires du MSPP montrerait du favoritisme dans la délivrance de documents administratifs aux dentistes.

Si, vous voulez ouvrir une clinique demain... Si vous êtes bien [ami] avec quelqu'un de la santé publique, vous allez tout de suite avoir votre patente. C'est comme ça que ça se passe. C'EST RÉSEAU. [n° 1 Dr A : 7 : 2595 - 7 : 2908]

Je n'ai jamais eu la visite d'une institution de santé pour venir voir, si au moins, je respecte les règles d'asepsie. [n° 4 Dr D, POS. 81]

Des participants ont aussi déploré le manque de rigueur administrative dans la gestion des biens publics, dans les centres de soins. Selon eux, les équipements de certains centres de soins disparaîtraient peu de temps après leur mise en service. Ces détournements seraient perpétrés par des employés pouvant appartenir à tous les échelons de la hiérarchie administrative.

Vous pouvez mettre le matériel et puis [celui] qui est sur place utilise ce matériel ou ces matériaux à son gré, à sa guise. n° 9 Dr I : 461 - 461]

Si on achète [de] l'anesthésique, demain on va pas [en] trouver pour travailler. Ce n'est pas une mince affaire. ... (n° 12 Dr L : 298 - 298)

Conformément aux dires des participants, les gestionnaires de certains centres de l'État auraient failli à leur tâche et manqueraient de responsabiliser et pénaliser les personnes impliquées dans la disparition ou la dilapidation des équipements des centres publics. Ils négligeraient aussi de contrôler et d'inventorier les matériels et matériaux disponibles.

On ne va pas trouver l'anesthésique. On ne va pas trouver le stérilisateur. Même si on [l'État] achète... (n° 12 Dr L : 300 - 300)

Pour conclure, selon les participants, l'absence de rigueur des responsables du Service de Soins Buccodentaires constituerait une barrière à l'accès. Ce manque de rigueur induirait le gaspillage des ressources disponibles, gaspillage qui serait toléré par l'insouciance et l'irresponsabilité des dirigeants.

3.1.2.2 Carence de données et faible partage d'informations pertinentes

D'après les interviewés, le système de santé manque de données fiables sur l'état de santé buccodentaire des Haïtiens et les conditions de fonctionnement des cliniques dentaires. Cette carence en informations pertinentes et récentes constituerait une barrière empêchant la prise de décisions administratives et politiques appropriées aux besoins des Haïtiens.

3.1.2.2.1 Limitations dans la prise de décisions administratives et politiques

De l'avis des participants, des médecins ou infirmières, bien qu'occupant souvent des positions administratives dans les centres de soins, manqueraient de connaissances sur les maladies orales, leurs symptômes et leurs traitements. Ces professionnels décideraient pour le secteur dentaire sans posséder trop de littérature dentaire.

Si l'étudiant en médecine générale ne connaît pas l'importance des soins buccodentaires [pendant] ses études, quand il sera ministre il ne comprendra pas l'importance des soins buccodentaires (n° 2 Dr B : 27 : 1977 - 27 : 2587)

Des professionnels [de la santé] ont peu d'éducation dentaire. (n° 1 Dr A, P. 7 : 110)

J'avais un directeur médical qui me supervisait. [Il] ne comprenait pas grand-chose à la dentisterie (n° 6 Dr F, POS. 88)

Certains participants ont associé le peu de recherche scientifique conduite à la Faculté d'Odontologie à la pénurie d'information sur la santé buccodentaire des citoyens. Ils ont aussi

regretté que le Service de Soins Buccodentaires au Ministère de la Santé Publique et de la Population n'ait pas produit assez de données actualisées sur le fonctionnement et les services offerts dans les cliniques dentaires publiques. Les protagonistes de la santé buccodentaire des Haïtiens seraient ainsi privés de données fiables à consulter lors de la prise de décisions administratives et politiques.

Mais la formation à la Faculté nous oriente beaucoup plus à devenir des cliniciens que des chercheurs (n° 10 Dr J, POS. 307)

3.1.2.2.2 Carence de communications entre les principaux acteurs du système de santé

En plus du manque de données fiables et actualisées, une carence de communication existerait entre le Ministère de la Santé Publique et de la Population et les dentistes. Plusieurs participants ignoreraient même les noms des membres du Service de Soins Buccodentaires au MSPP et ne seraient pas informés du travail réalisé par ces derniers. Les interviewés ont aussi reconnu détenir peu d'informations sur le nombre de dentistes en fonction dans le pays. Ils seraient au nombre de 500 pour certains, alors que d'autres estimerait leur nombre à plus de 1000, voire plus de 1500.

Je ne sais pas, on m'a dit qu'il y a quand même un responsable là-bas [MSPP]. Rire. (n° 11 Dr K : 462 - 462)

D'après les participants, le Ministère de la Santé Publique et de la Population, la Faculté d'Odontologie, le secteur privé et les ONG ne communiqueraient pas suffisamment entre eux sur les besoins de littératie et de soins buccodentaires des Haïtiens. Les dentistes eux-mêmes seraient isolés et ne communiqueraient guère entre eux ni avec les autres professionnels de la santé ou les instances dirigeantes (**Voir Tableau 4**). Finalement, les interviewés semblaient confus à propos des rôles et responsabilités du Service de Soins buccodentaires, de l'Association ou de l'Ordre des Dentistes.

Les dentistes préfèrent travailler en privé et rester dans leur coin (n° 8 Dr H : 383 - 383)

Je pense que chaque personne [Dentiste] veut rester dans son petit coin et ne pas partager avec les autres (n° 11 Dr K : 518 - 518)

Le vrai problème, l'unique problème c'est que les dentistes en Haïti vivent en vase clos (n° 9 Dr I : 292 - 292)

Les interviewés ont également indiqué un manque de communication entre les organisations internationales (O.I) et les dentistes haïtiens. Des organisations internationales ont élaboré des propositions sur l'accès aux soins buccodentaires que beaucoup de participants semblaient ignorer.

L'intégration des soins buccodentaires de base aux soins médicaux, une recommandation de l'OMS/OPS préconise, entre autres, la réalisation de certains actes de traitements dentaires par un personnel médical formé pour l'accomplir.

Pour résumer, des participants ont indiqué plusieurs obstacles limitant la prise de décisions administratives et politiques favorables à l'accès à la santé buccodentaire. Ils ont cité entre autres l'absence de données fiables, de partage d'informations et une carence de communication.

3.1.2.3 Manque de leadership des dirigeants du Service de Soins Buccodentaires

Les interviewés ont remarqué que le manque de leadership des dirigeants constituerait également un obstacle à l'accès à la santé buccodentaire en Haïti. Ce manque se manifesterait dans l'incapacité des leaders du Service de Soins Buccodentaires à créer un cadre de politique de santé dentaire à l'intérieur duquel se dérouleraient toutes les activités de soins et services buccodentaires.

3.1.2.3.1 Défaillance de définition d'une politique nationale de santé buccodentaire

Les interviewés ont regretté que peu de dentistes, formés en santé publique dentaire, aient occupé des positions administratives au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Cette absence de professionnels au ministère, selon les participants, réduirait les occasions pour défendre la profession ou proposer des plans directeurs du secteur dentaire.

Malheureusement, on n'a pas eu trop de dentistes dans des positions stratégiques. Pour ne pas dire politiques au MSPP (n° 9 Dr I : 318 - 318)

Cette absence de politique nationale de santé dentaire, se sont plaints les interviewés, aurait aussi sa source dans la mauvaise compréhension par certains dentistes des enjeux sanitaires au niveau populationnel et une vision restrictive de leurs responsabilités.

On a besoin d'une politique générale de l'État ou du Ministère de la Santé Publique (n° 6 Dr F, POS. 202)

Nous n'avons pas eu cette chance [d'] avoir des gens en position pour pouvoir passer le message, à savoir que les soins buccodentaires seraient importants... (n° 9 Dr I : 310 - 310)

Les dentistes, au niveau du [MSPP] seraient relégués à un échelon inférieur. (n° 5 Dr E : 295 - 295)

3.1.2.3.2 Manque de grandes lignes directrices dans le système

Le Service de Soins Buccodentaires du MSPP n'utiliserait pas de ses prérogatives de contrôle pour exiger l'évaluation des services fournis par les dentistes, ont expliqué les participants. Ils ont par

ailleurs reproché à ce service de négliger la supervision des cliniques privées et leurs équipements, ce qui stimulerait la prolifération de « charlatans ». En l'absence de contrôle, les « charlatans » agiraient donc en toute quiétude, sans souci d'être pénalisés, bien que, selon des participants, les actions des « charlatans » auraient entraîné des conséquences extrêmes telles que le décès de patients.

Donc la patiente était venue après avoir consulté un « charlatan » qui a arraché quatre de ses dents. Mais après 30 minutes... Eh bien, elle a fini par décéder. (n° 11 Dr K : 83 – 83)

Parce qu'elle avait une septicémie aussi avec les extractions qui ont été faites. (n° 11 Dr K : 85 - 85)

Bon, septicémie. On a tenté l'opération, mais... Il était trop tard. (n° 5 Dr E, POS. 29)

Les « charlatans » agiraient sans s'inquiéter de poursuites, selon les participants, en raison d'une carence de provisions légales les concernant et d'un certain laxisme des autorités médicales et judiciaires du pays.

Le Service de Soins Buccodentaires, de l'avis des participants, n'aurait pas non plus développé des lignes directrices claires à l'intention des organisations non gouvernementales. Des participants ont ainsi souligné que plusieurs activités de cliniques mobiles indiqueraient un manquement aux principes d'éthique et de respect dus aux personnes en situation de grand besoin. Avec des visiteurs étrangers, ces activités seraient organisées par des organisations non gouvernementales et caractérisées par un déficit de communication entre les intervenants et la population. Les interviewés ont ainsi signalé que des visiteurs parfois se seraient trompés sur le nombre et la position des dents à extraire par exemple parce qu'ils ne parlent pas la langue des personnes soignées. Des participants ont par ailleurs ajouté que des cliniques dentaires mobiles express seraient organisées pour pratiquer seulement des extractions sans offrir des informations sur la santé à la population ou des possibilités de restauration ou de réhabilitation buccodentaires. Finalement, souvent des organisations non gouvernementales ne tiendraient pas compte des avis ou suggestions des professionnels locaux.

Et comme la plupart du temps, les gens qui viennent, malheureusement, ne parlent pas la langue de ces paysans. Ils [paysans] disent : « docteur là ». (indiquant une partie de la mâchoire) Et ils [visiteurs] arrachent toute la rangée. (n° 9 Dr I : 558 - 558)

On ne faisait que des extractions dans les cliniques mobiles. (n° 6 Dr F, POS. 40)

[Les visiteurs] pensent que en Haïti, les gens seraient analphabètes : ils ne comprennent pas. On leur rend service en enlevant leurs dents cariées. (n° 6 Dr F : 86 - 86)

3.1.2.3.3 Absence de maximisation des potentiels des ressources humaines du système

Les participants ont aussi indiqué des lacunes dans la formation offerte à la Faculté d'Odontologie dans quatre domaines du curriculum. Ces lacunes, dans la gestion de petite entreprise, les pratiques cliniques, les approches en santé publique, et l'orientation vers la recherche, réduiraient, de l'avis des participants, le potentiel des étudiants (**Voir Tableau 4**).

On ne m'avait jamais parlé de l'aspect gestion d'une entreprise ; (n° 3 Dr C, P. 0 : 1809)

Donc, des fois vous avez différents groupes [étudiants] qui se retrouvent dans cette même grande clinique où il n'y a qu'une vingtaine de chaises, qui tombent régulièrement en panne. Alors c'est compliqué. (n° 3 Dr C, P. 5 : 111)

À cause du manque d'orientation vers des approches de santé publique dentaire, les étudiants seraient donc privés de la capacité de pleinement appréhender les réalités locales. Ce manque de connaissances réduirait aussi les pistes de réflexions et des actions vers l'accès aux soins.

Le volet santé publique, il est très limité à la faculté dentaire. (n° 1 Dr A, P. 13 : 2284)

Des dentistes, notamment au sein des organisations non gouvernementales, auraient formé du personnel dentaire intermédiaire qui serait, pour la plupart, devenu des « charlatans ». Plusieurs participants ont reproché au Service de Soins Buccodentaires du MSPP son absence d'encadrement. D'après des participants, ce service n'aurait pas soutenu ces initiatives de formation du secteur privé afin de maximaliser les résultats de leur action.

Il n'y a pas d'hygiénistes dentaires légalement. Il y en a plein... c'est-à-dire des gens qui ont fait des formations. (n° 1 Dr A : 6 : 2057 - 6 : 2176)

Il y a un dentiste qui avait des jeunes qui travaillaient avec lui, ces gens seraient devenus des « charlatans ». (n° 5 Dr E, POS. 57)

Il y a des dentistes qui forment des gens qui travaillent dans leur cabinet privé comme hygiénistes. (n° 1 Dr A : 6 : 2248 - 6 : 2355)

Nous avons des hygiénistes dentaires qui ont été formées sur le tas, dans des organisations. (n° 3 Dr C, P. 7 : 1014)

3.1.3 Obstacles inhérents aux incapacités de la population

La troisième catégorie de barrières serait constituée par les conditions socio-économiques, environnementales et le peu de littératie des Haïtiens. Ces conditions limiteraient leurs interactions avec le système de santé et les pousseraient à adopter des stratégies d'adaptation risquées pour leur santé.

3.1.3.1 Carence en littératie de la population

Selon les participants, la majorité de la population haïtienne aurait peu accès aux informations sur les maladies orales, l'hygiène de la cavité buccale, le rôle des dentistes. Cette majorité ignorerait également les méthodes de traitements des principales maladies buccales (**Voir Tableau 3**).

Donc les patients n'ont pas d'informations. [Cela] diminue beaucoup l'accès aux soins buccodentaires. (n° 8 Dr H, POS. 239)

3.1.3.1.1 Incapacité à identifier les causes des maladies orales

Des Haïtiens, particulièrement ceux vivant dans les zones enclavées, ou des « quartiers défavorisés » et à cause « d'un manque de connaissances dentaires », se montreraient incapables d'identifier les causes de leurs maladies orales. Ils associeraient la présence de caries à l'alimentation, mais de façon erronée.

Il y a des gens qui disent qu'un ver est en train de ronger leurs dents. (n° 6 Dr F, POS. 172)

Certains disent que la consommation des œufs durs provoque la carie chez les enfants... et pourtant, ils consomment souvent la canne à sucre. (n° 6 Dr F, POS. 172)

De nombreux Haïtiens attribueraient à une influence surnaturelle ou mystique l'origine de leurs maladies orales. Ainsi, ils expliqueraient leurs symptômes à travers leurs croyances ou leur culture. Ils associeraient donc les douleurs dentaires ressenties à l'esprit d'un mort de la famille revenu pour les punir.

Ils pensent que c'est leurs grands-parents [déjà] morts, qui seraient venus [pour provoquer] la douleur dentaire. (n° 6 Dr F, POS. 172)

Toutefois, un participant a ajouté que cela ne concernerait qu'un nombre très limité de la population.

3.1.3.1.2 Incapacité à identifier les prestataires et les lieux de services

Selon les participants, certains Haïtiens n'auraient pas non plus la capacité de bien identifier les fournisseurs de services buccodentaires.

Les personnes qui ont des problèmes, qui nécessitent des soins, ne savent vraiment pas à qui s'adresser. (n° 5 Dr E, POS. 79)

Il y a des zones reculées [où] les gens ne savent même pas ce que c'est qu'un dentiste... (n° 7 Dr G, POS. 175)

De l'avis des participants, certains Haïtiens ignoreraient où chercher des soins en cas de problèmes dentaires. En conséquence, la rencontre avec un dentiste pour un bilan ou des soins se produirait un peu tard dans la vie, comme l'expliquaient certains participants partageant des expériences personnelles.

Je n'étais jamais allé visiter un dentiste et j'avais déjà 18 ans. (n° 7 Dr G, POS. 303)

Pour d'autres, la visite d'un centre de services et soins buccodentaires pourrait se produire seulement en cas d'urgence, voire jamais, en l'absence de douleurs.

Il n'y a pas de douleurs : ils ne vont rien faire pour se faire traiter. (n° 7 Dr G : 277 - 277)

3.1.3.1.3 Incapacité à se servir des solutions existantes

Dans des régions rurales du pays, selon les participants, les mesures d'hygiène buccodentaires de base, recommandées pour la prévention, ne seraient ni comprises ni appliquées (**Voir Tableau 3**).

Il y a des gens qui ne se brossent pas les dents, ils ne savent comment faire. C'est pourquoi ils ont des dents cariées. Ils ne se brossent pas les dents, ils ne comprennent même pas. (n° 6 Dr F, POS. 172)

D'après les participants, le système de santé ne partagerait pas des informations pour guider la population vers les services et centres de soins disponibles.

Nous n'avons jamais su qu'il y avait des docteurs ici. Les gens passaient à proximité [du centre] (n° 9 Dr I : 95 - 95)

3.1.3.1.4 Incapacité à atteindre les centres de soins

Des facteurs environnementaux empêcheraient aussi les Haïtiens à accéder à des centres de soins. Selon les participants, les citoyens vivant dans les zones enclavées du pays marcheraient entre trois à douze heures pour rejoindre un centre de services dentaires (**Voir Tableau 3**).

La personne habite à 3 heures de marche d'un petit bourg où il y a un dentiste le jour du marché ; (n° 1 Dr A : 4 : 492 - 4 : 696)

Ils doivent marcher presque douze heures pour accéder aux soins buccodentaires (n° 6 Dr F, POS. 166)

3.1.3.2 Stratégies utilisées par la population pour gérer le manque d'accès

De l'avis des participants, pour pallier le manque d'accès, une « large tranche de la population » se tournerait donc vers les soins d'urgence, l'automédication ou à l'extrême vers les « charlatans ».

3.1.3.2.1 Soins d'urgence et pratiques d'automédication

Les participants ont déclaré que la population consulterait généralement les dentistes pour des soins d'urgences et souvent après des pratiques d'automédication. En effet, face à leurs problèmes dentaires, ils essaieraient de se soigner eux-mêmes au risque de s'exposer à des complications parfois sévères. Ils appliqueraient par exemple des produits irritants, caustiques et toxiques sur leurs dents ou leur muqueuse.

J'avais mis un peu de gazoline sur la dent, elle me faisait mal. (n° 5 Dr E, POS. 195)

Quelqu'un a appliqué de la Naphtaline dans les cavités de ses dents parce qu'on lui a dit il y a des vers dans ses dents. C'est un produit qu'on applique sur le dos des animaux quand ils ont des vers. Arrivé en consultation : sa muqueuse présentait de sévères brûlures. (n° 5 Dr E, POS. 195)

3.1.3.2.2 Utilisation des services des « charlatans »

Les interviewés ont rapporté que la population utiliserait les services des « charlatans » pour obtenir des soins buccodentaires de proximité et abordables. Dans certains cas, les gens seraient informés des risques à encourir, mais consulteraient un « charlatan » en absence d'alternative et en cas d'urgence. Selon certains participants, les « charlatans », plus nombreux que les dentistes, développeraient leurs activités dans la capitale et les grandes villes, mais se montreraient surtout actifs dans l'arrière-pays.

Effectivement, il y a des « charlatans », il y en a beaucoup ; même à Port-au-Prince, de toute façon il y en a aussi. C'est comme : la nature a horreur du vide. (n° 1 Dr A : 4 : 110 - 4 : 329)

Les « charlatans » seraient plus nombreux que les dentistes. (n° 5 Dr E : 53 - 53)

Il y en [« charlatans »] a beaucoup. (n° 11 Dr K : 73 - 73)

Il y en a vraiment beaucoup, je peux vous dire que... ils s'appellent-docteurs (n° 1 Dr A : 4 : 1764 - 4 : 2312)

En dépit des obstacles énumérés, certains participants ont rapporté que les Haïtiens seraient à la recherche de services et soins de proximité. Ils rechercheraient en priorité des soins de qualité et utiliseraient les informations disponibles pour s'en approcher (**Voir Tableau 4**).

3.2 Partie 2 : Solutions à l'accès

Dentistes et étudiants finissants ont proposé diverses solutions aux obstacles aux soins et services dentaires en Haïti. Nous avons catégorisé ces solutions en trois groupes : 1) interventions pour modifier les comportements défavorables à la santé buccale, 2) interventions organisationnelles pour optimiser les ressources du système de santé, et 3) interventions structurelles pour réguler les institutions du système de santé. Ces thèmes ont été générés et retrouvés à partir des catégories du cadre conceptuel sur l'accès de Levesque et al., (Levesque et al., 2013).

3.2.1 Solution 1 : Interventions du système pour changer les comportements défavorables à la santé buccale

Pour les interventions devant modifier les comportements défavorables à la santé buccale, les interviewés ont suggéré le partage d'informations. Selon eux, l'augmentation de la littératie conduirait des individus, des communautés, le gouvernement national et même des instances internationales à prendre des dispositions plus appropriées envers la santé buccodentaire. Plus précisément, le système de santé devrait partager plusieurs types d'informations sur la santé buccodentaire, certaines destinées à ceux qui ont besoin de soins et services, d'autres délivrées aux personnes en position de leadership. Ce partage d'information renforcerait la littératie, et donc les capacités de la population à pouvoir identifier ses symptômes, chercher, trouver et s'attribuer des solutions à ses problèmes de santé.

3.2.1.1 La littératie comme outil du système de santé pour changer les comportements

« *Knowledge in itself is a powerful determinant of health and equity* » (Sommer & Parker, 2013)

Cette solution présenterait la littératie comme un outil devant attiser l'intérêt de la population et des autorités pour la santé buccodentaire. Ce thème renvoie à deux dimensions d'accessibilité (visibilité et disponibilité). Il englobe aussi quatre capacités de la population. (identifier, chercher, trouver et participer) issues du modèle d'accès aux soins de Levesque et al. (Levesque et al., 2013).

La visibilité se rapporte au fait que les services offerts par le système de santé sont facilement repérables et que des informations sur la santé buccodentaire sont offertes aux individus, dans les communautés ou au niveau national (Levesque et al., 2013).

La disponibilité impliquerait des ressources humaines géographiquement distribuées et en nombre suffisant dans des centres de soins de proximité. Ces centres de soins devraient être adéquatement équipés pour offrir des services adaptés à des heures favorables, à une clientèle de tout âge et de toute condition, notamment les personnes à mobilité réduite (Levesque et al., 2013). Du côté de la population, les quatre capacités précédemment énumérées sont intrinsèquement liées à la littératie de cette dernière.

3.2.1.2 Termes utilisés par les dentistes et étudiants finissants consultés

Les participants n'ont pas tous utilisé les mêmes termes pour faire référence aux interventions devant modifier les comportements de la population et des autorités. Certains ont parlé de sensibilisation, d'autres d'éducation, d'enseignement, d'accès à l'information, de formation ou de prévention. Néanmoins, ils auraient tous indiqué qu'il existe un besoin ou une urgence de changements de comportements en faveur de la santé buccodentaire. Dans le cadre de cette étude, nous allons utiliser alternativement les termes : sensibilisation et information.

Les participants ont appelé le secteur dentaire à partager des informations pour augmenter les connaissances des acteurs locaux et internationaux. Ces informations devraient inciter des réflexions et la prise de décisions favorables à la santé buccodentaire. Les interviewés ont souhaité qu'une fois la décision prise, l'étape suivante constitue l'engagement dans une série de changements favorables à la santé buccodentaire.

Ils [les Haïtiens] auront la possibilité de [identifier leurs problèmes] et de chercher exactement la solution à l'endroit qu'il faut. (n° 8 Dr H, POS. 245)

Je donnerais en priorité l'importance à l'éducation de toute la population. Donc, en commençant par les jeunes à l'école. Un enfant de sept ans qui vous revient avec des caries de deuxième, troisième degré, c'est déjà assez grave. Donc, l'éducation pour moi c'est primordial. (n° 5 Dr E, POS. 159)

3.2.1.3 Qui sensibiliser ?

Pour les participants, la littératie sur la santé buccodentaire de toute la population haïtienne demeurerait une priorité : « L'information est le pouvoir ». Avec des informations sur la santé buccodentaire, la population serait en mesure d'une part d'identifier ses problèmes de santé. Elle deviendrait d'autre part capable de chercher des solutions à ses problèmes, de savoir combien coûtent les soins, puis de prendre des décisions appropriées pour se protéger ou se faire soigner.

Ces informations vont permettre à ces patients qui ont des problèmes ou qui veulent tout simplement, de manière régulière, avoir un contrôle de leur état de santé buccodentaire, et bien qu'ils puissent le faire. (n° 3 Dr C, P. 3 : 1993)

Selon eux, sensibiliser le maximum de personnes est nécessaire, incluant d'autres professionnels de la santé en Haïti, tels que les médecins et les infirmières, qui manqueraient également de connaissances sur la santé buccodentaire (**Voir Tableau 3**).

Sensibiliser tous les services concernés, et c'est ce qui manque aussi au médecin [après sa graduation], il pense que la dent est séparée du corps. C'est rare le médecin qui sait qu'une dent [malade] peut avoir d'autres répercussions. ((n° 9 Dr I, POS. 461)

La population y est [incluse], mais je vous dis que tout ça doit commencer par les professionnels. (n° 9 Dr I, POS. 465)

Sensibilisons les prestataires [de soins]... Parce qu'il faut commencer quelque part ((n° 9 Dr I, POS. 477)

Les autorités étatiques et le secteur privé haïtien auraient également besoin d'informations sur la santé buccodentaire. Enfin, les participants ont recommandé une sensibilisation mondiale sur les problèmes dentaires.

Les interviewés ont suggéré une collaboration entre tous les acteurs du système de santé : l'État haïtien, les organisations non gouvernementales, les églises et les associations locales en vue d'élaborer des activités ou programmes de littératie (**Voir Tableau 4**).

3.2.1.4 Contenu des informations à partager

De l'avis des participants, la littératie de la population s'accomplirait en deux étapes. La première consisterait à augmenter la visibilité du système de santé en partageant des informations avec les Haïtiens. Le système de santé partagera alors des informations sur les centres de santé, leur localisation, les services et soins disponibles, les horaires de travail et les coûts ou honoraires des services.

La deuxième étape se porterait sur la promotion de la santé et le partage d'informations sur les maladies orales. Particulièrement, les programmes du secteur dentaire devraient insister sur l'origine de la carie dentaire. Selon les interviewés, ce serait primordial afin de combattre les croyances populaires existantes dans des régions du pays. Finalement, le secteur dentaire devrait

promouvoir une bonne hygiène buccale et conseiller la population sur de saines habitudes alimentaires.

[Il faut] commencer par faire la prévention. (n° 11 Dr K, POS. 544)

[Il faut] parler aux gens et à leur expliquer dans les écoles qu'il faut prendre soin de leurs dents. (n° 12 Dr L, POS. 149)

Les participants ont également insisté sur l'importance de la visite chez le dentiste, car la population devrait être informée sur les services offerts au point de pouvoir différencier un « charlatan » et un professionnel.

Les médecins et infirmières devraient être également informés sur les causes et traitements des principales maladies de la cavité buccale et sur les mesures d'hygiène de base. D'autre part, ils devraient aussi connaître les lieux de services et les types de soins offerts.

[Ce ne sont] pas tous les praticiens qui [savent] qu'il faille envoyer un patient voir un dentiste. Parfois ils ne savent pas même ce que fait le dentiste. Pour eux, le dentiste est là pour faire seulement des extractions. (n° 11 Dr K, POS. 297)

D'après les participants, les dentistes devraient explorer toutes les possibilités de collaboration locale et internationale. Ils devraient par la suite les suggérer aux autorités étatiques. Les dentistes devraient entre autres stimuler l'État à « donner appui » aux initiatives privées et prioriser une approche de santé publique des soins dentaires. Finalement, la communauté internationale devrait être sensibilisée sur les relations entre les maladies buccodentaires et les autres pathologies de l'individu, afin d'étendre leur financement à la promotion de la santé buccodentaire.

3.2.1.5 Stratégies de partage d'informations

3.2.1.5.1 Ressources humaines pour la sensibilisation

Les participants ont noté une carence en ressources humaines pour diffuser les informations sur la santé buccodentaire. Ils ont alors suggéré que cette tâche soit confiée aux étudiants de la Faculté d'Odontologie, aux agents de santé déjà existants dans le système de santé ou aux auxiliaires dentaires. Ces deux derniers groupes devraient recevoir une formation approuvée par l'État (**Voir Tableau 3 et Tableau 4**).

Ces étudiants-là pourront eux-mêmes [partager] de l'information soit dans leur quartier ou à l'église... (n° 8 Dr H, POS. 307)

Il faudrait penser à des auxiliaires dentaires. Le travail de formation d'éducation serait à la charge des hygiénistes. (n° 5 Dr E, POS. 161)

Les participants ont souhaité que les dentistes ne soient plus isolés dans leur clinique, mais plutôt qu'ils interviennent pour partager des informations sur la santé buccodentaire avec les autorités étatiques, les bailleurs de fonds, les organisations internationales. Ce partage pourrait se faire en rencontre individuelle ou collective. Des informations sur les impacts des maladies systémiques ou des médicaments sur la cavité buccale devraient être adéquatement formulées afin d'inviter ces acteurs à voir la santé comme un tout.

Oui parce que les dentistes seraient influents. Oui, ils seraient influents et je suis étonnée de leur capacité d'influencer [leurs patients]. C'est une expérience que j'ai réalisée dans ma carrière (n° 12 Dr L, POS. 352)

3.2.1.5.2 Outils de transmission de l'information

Certains interviewés ont recommandé l'utilisation de la technologie pour transmettre des informations sur la santé buccodentaire à la population haïtienne. D'après eux, il serait opportun d'utiliser les téléphones portables et les mass médias (radio et télévision) pour la sensibilisation, car la grande majorité de la population haïtienne y aurait accès. D'autres ont suggéré d'organiser des sessions d'information non virtuelles pour les patients et le personnel médical dans les centres de soins publics et lors des activités de clinique dentaire mobile (**Voir Tableau 3**).

Je [demanderai] aux stations de radio, de télévision, de divulguer des spots [faisant] ressortir l'importance de l'hygiène, et l'importance aussi de consulter son dentiste régulièrement. (n° 5 Dr E, POS. 301)

Pour ces personnes-là, d'après moi, la sensibilisation doit se faire à travers le téléphone, le téléphone d'abord, parce que ces gens-là ont des téléphones. (n° 12 Dr L, POS. 475)

C'est une solution envisageable là où il y a l'utilisation de l'internet. (n° 6 Dr F, POS. 364)

3.2.1.5.3 Sensibilisation individuelle

De l'avis des participants, les dentistes dans leurs cliniques dentaires devraient offrir des sessions d'informations individuelles. Ce serait des informations ciblées, de courtes durées, adaptées aux besoins ponctuels de la personne venue en consultation. Cette session d'information dépendrait aussi de la capacité du dentiste à libérer du temps dans son agenda pour informer son patient.

Prendre du temps pour expliquer : qu'il y a des moyens de sauver [leurs dents], qu'on n'est pas obligé de les arracher. Et puis [expliquer aussi] la qualité des soins, le coût (n° 1 Dr A, P. 19 : 508)

3.2.1.5.4 Sensibilisation de groupe

Les interviewés ont estimé que la sensibilisation du personnel médical, notamment les médecins et infirmières, s'avèrerait importante. Des sessions d'informations devraient donc être taillées sur mesure à l'intention du personnel des centres de santé ou hôpitaux.

Les cliniques mobiles seraient un espace où la sensibilisation communautaire devrait s'imposer comme obligatoire, selon les participants. Les habitants des régions enclavées particulièrement auraient besoin d'informations pour comprendre et agir.

Et une autre activité dans la clinique mobile serait les moments de sensibilisation. Si on fait les [traitements] et que les gens ne savent pas comment tenir leur bouche propre c'est du travail inutile. (n° 10 Dr J, POS. 102)

Les participants ont aussi suggéré la mise sur pied de programmes scolaires de sensibilisation et de prévention des maladies orales. Ces programmes devraient être conduits de manière à ce que les parents, les enfants, de même que les directeurs d'écoles et les professeurs modifient leurs comportements et améliorent leur santé buccodentaire.

3.2.1.6 Programme national de sensibilisation

Les participants ont estimé que le système de santé devrait organiser des campagnes nationales de promotion sur l'hygiène orale, la nutrition, et l'importance des soins buccodentaires. Ces campagnes, dans leur esprit, devraient répondre aux besoins de la population et aux projections des gouvernants dans la perspective d'une nouvelle politique de santé buccodentaire en Haïti.

Il faut qu'il y ait un programme de prévention nationale. Ceci est extrêmement important. (n° 11 Dr K, POS. 452)

Une campagne de sensibilisation sur les soins dentaires. (n° 6 Dr F, POS. 204)

Il faut qu'il y ait des programmes, de LARGES PROGRAMMES DE PRÉVENTION, pour les populations. (n° 3 Dr C, P. 6 : 1417)

Les participants souhaiteraient obtenir un changement de comportement individuel et collectif de tous les groupes ciblés. Cette modification d'habitudes devrait, selon eux, largement favoriser la santé buccodentaire (**Voir Tableau 3**).

3.2.2 Solution 2 : Interventions organisationnelles pour optimiser les ressources

Les interventions organisationnelles pour optimiser les ressources consisteraient en une série de mesures administratives visant à réorganiser la façon dont les services et soins buccodentaires sont délivrés à la population. Ces interventions incluraient l'organisation des ressources humaines et matérielles et une gestion efficace de ces ressources. Elles auraient par ailleurs pour but de délivrer des services et soins de santé buccodentaires équitables et, parallèlement, augmenter les capacités de la population à trouver les services et à les payer. Pour définir ce thème, nous avons utilisé trois catégories issues du cadre conceptuel à l'accès de Levesque (Levesque et al., 2013) : disponibilité, adéquation et coûts abordables des soins et service.

Organiser le système, avoir les dentistes, avoir les hygiénistes, faciliter cet accès aux équipements aussi. (n° 3 Dr C : 19 : 762 - 19 : 883)

3.2.2.1 Interventions pour modifier les services à offrir à la population

Les participants ont suggéré au système de santé d'organiser des services préventifs et curatifs équitables, adaptés aux besoins de la population. D'après eux, offrir un service équitable serait de rendre les soins et services abordables et disponibles à tous les Haïtiens, économiquement capables ou désavantagés. Services en adéquation aux besoins de la population signifieraient, selon les participants, la disponibilité dans les centres de l'État, en plus des extractions, de traitements de restauration et de prothèses (**Voir Tableau 3**).

Le Ministère de la Santé a cette responsabilité [d'installer] dans différents centres de santé, des cliniques dentaires aptes à délivrer des soins de qualité. (n° 3 Dr C, P. 3 : 1350)

Ces services offerts à la population devraient aussi être de qualité, notamment en ce qui a trait aux matériaux dentaires, au respect des standards de soin et à la formation des prestataires.

Les participants ont de plus recommandé l'établissement de cliniques dentaires de proximité pour la population. En cas d'enclavement ou d'inaccessibilité routière, ils ont proposé le choix d'une zone d'intersection où plusieurs localités seraient rassemblées lors des activités de cliniques mobiles. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population se joindrait alors, selon les

participants, à des partenaires du secteur des soins pour offrir des services pérennes à ces localités enclavées.

Qu'on soit en milieu éloigné par exemple, qu'on ne soit pas au centre de la capitale, qu'on soit dans les villes de province ou à la campagne, et bien qu'on ait un nombre d'heures raisonnables pour pouvoir atteindre un centre de délivrance de soin. (n° 3 Dr C, P. 3 : 2285)

3.2.2.2 Interventions pour augmenter les ressources humaines

D'après des interviewés, les quelques centaines de dentistes licenciés et présents sur le territoire seraient estimés insuffisants pour satisfaire les besoins de traitements cliniques des Haïtiens. L'État devrait, à leur avis, augmenter la capacité d'accueil de la Faculté d'Odontologie. Cette institution devrait diplômer entre 50 à 60 dentistes par année, au lieu de 20, afin de desservir toutes les communautés **(Voir Tableau 3)**.

On n'a pas assez de dentistes, on [devra] augmenter le nombre de dentistes. (n° 3 Dr C, P. 17 : 2522)

Il faut augmenter aussi le nombre de dentistes pour les restaurations (n° 11 Dr K : 425 - 425)

Certains interviewés, préoccupés par la réalité économique du pays, ont toutefois émis des doutes sur la capacité de l'État à augmenter le nombre de dentistes : « ce n'est pas pour demain » a ainsi déploré un participant sceptique.

Les participants ont aussi souhaité introduire dans le système de soins trois nouvelles catégories de professionnels intermédiaires. La première catégorie serait composée d'auxiliaires/hygiénistes dentaires travaillant sous la supervision des dentistes. Ces professionnels assisteraient les dentistes dans leur tâche clinique ou offriraient des soins et services de sensibilisation et de prévention à la population dans des centres de soins publics.

[Il faudrait] former beaucoup plus d'hygiénistes. (n° 11 Dr K, POS. 481)

Cependant, la formation des auxiliaires/hygiénistes ne suscite pas l'unanimité au sein des participants. Certains ont déclaré que c'est une solution que des ONG et le secteur privé auraient déjà essayée, sans succès, dans le passé. En effet, ont-ils mentionné, ces nouveaux formés, majoritairement les hommes, se seraient facilement convertis en « charlatans » pour s'installer, le plus souvent, dans l'arrière-pays et s'autoproclamer dentistes.

Ils formaient des hygiénistes. Bon, on a formé beaucoup plus de « charlatans » qui ont donné des problèmes ; parce que les gens qui deviennent hygiénistes se considèrent comme dentistes. (n° 9 Dr I : 493 - 493)

Une fille qui trouve un travail dans la zone où elle habite, EN PROVINCE, alors là, c'est vraiment, elle va y rester, et elle va travailler avec énormément de conscience professionnelle. (n° 1 Dr A, P. 4 : 1710)

Comme deuxième catégorie de professionnels, les participants ont suggéré la formation de techniciens de laboratoire. Ils devraient être officiellement insérés dans le système de soins. Responsables de la confection et réparation des prothèses, ces techniciens utiliseraient leur compétence pour aider dans la réhabilitation complète des patients.

L'État devrait, selon les participants, favoriser la formation de techniciens spécialisés dans la maintenance des appareils de clinique. Le matériel disponible dans les centres de soins aurait besoin de maintenance appropriée, et de réparation. Privé d'entretiens, le matériel dépérirait avant son heure.

Des participants ont finalement conseillé l'utilisation des ressources humaines déjà disponibles au MSPP pour suppléer à la carence de personnel dentaire. Ils ont notamment suggéré les agents de santé et les infirmiers ou infirmières, à condition que ces derniers soient préalablement formés.

Dans les localités particulièrement enclavées, certains interviewés ont même proposé de permettre officiellement aux infirmières de réaliser certains soins de base comme le détartrage et le diagnostic de carie.

Avec un système d'hygiénistes, d'auxiliaires, je ne dis pas que ça solutionnera tout, mais ça améliorera l'accès aux soins, (n° 1 Dr A, P. 17 : 1506)

3.2.2.3 Organisation des ressources matérielles pour optimiser les cliniques de traitement

Les interviewés ont souhaité que le système de soins régulièrement supervise et évalue les centres de soins buccodentaires publics ou privés.

Selon eux, l'État devrait évaluer les conditions physiques de fonctionnement des services de soins buccodentaires privés et publics. Il devrait par ailleurs équiper les services publics afin de fournir des soins buccodentaires de base à la population (restaurations, des examens de radiographie et des prothèses) (**Voir Tableau 3**).

Les participants unanimement ont suggéré une augmentation du nombre de cliniques dentaires et leur adéquate distribution géographique. Ces cliniques, fixes ou mobiles, diminueraient les activités des « charlatans ». D'après eux, « les patients cherchent des soins d'abord dans les centres de l'État » avant de se tourner vers les « charlatans ».

Pour résumer, les interviewés ont recommandé d'augmenter les ressources humaines du secteur dentaire par l'augmentation du nombre de dentistes et l'ajout de diverses catégories de professionnels. Ils ont aussi suggéré d'augmenter et de distribuer des cliniques partout sur le territoire national. Ils ont finalement souligné la nécessité de bien gérer les biens de l'État, particulièrement dans les centres publics de soins.

3.2.3 Solution 3 : Interventions structurelles pour réguler le fonctionnement des institutions

Nous avons appelé la troisième solution « interventions structurelles ». Elles réfèrent d'une part à l'adoption et à l'implémentation de nouvelles lignes d'opérations dans les institutions locales comme prônées par les participants. Elles visent d'autre part à réduire le déséquilibre institutionnel dans les relations entre les institutions locales et les partenaires internationaux.

Il faut penser [à la population], [alors] il faut changer l'État. (n° 5 Dr E, POS. 291)

Nous devons prendre le lead et démontrer notre importance (n° 2 Dr B, P. 24 : 942)

3.2.3.1 Nouveaux règlements et actions pour renouveler le leadership du MSPP

De l'avis des participants, les dirigeants du MSPP devraient revoir l'organigramme de ce ministère pour redéfinir la position occupée par la dentisterie. Les participants ont souhaité voir « plus de dentistes dans des positions stratégiques » relatives à la santé buccodentaire ou des positions de leadership au sein du MSPP. L'inclusion de ces dentistes dans les prises de décision favoriserait l'implémentation d'un agenda national de santé buccodentaire.

Leur rôle [dentistes au ministère] serait de proposer un plan de travail pour améliorer [la santé des] communautés. (n° 2 Dr B : 6 : 1148 - 6 : 1376)

Nous devrions pouvoir être, à un niveau d'une direction qui détermine les stratégies de soins buccodentaires ICI EN HAÏTI (n° 3 Dr C : 12 : 2719 - 12 : 2895)

Ce serait d'abord d'employer quelqu'un au ministère de la Santé dont le rôle serait de se pencher sur les problèmes relatifs aux soins buccodentaires. (n° 10 Dr J, POS. 161)

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), de l'avis des participants, devrait aussi « créer un cadre légal » à l'intérieur duquel agiraient les différents professionnels de la santé buccodentaire. Ces règlements confèreraient au secteur dentaire plus d'autorité légale pour sévir contre l'action des « charlatans » par exemple. Ainsi les dentistes départementaux, nommés par le Ministère de la Santé Publique pour gérer les soins dans les dix départements du pays, seraient mieux soutenus dans leur fonction.

Au département de la santé publique, il y a un dentiste départemental, mais sans aucun pouvoir. (n° 5 Dr E : 45 - 45)

Les [employés] sont en retard et il n'y a personne pour les encourager à être à l'heure, à bien [effectuer] leur travail par exemple. (n° 12 Dr L, POS. 282)

Du point de vue des interviewés, le MSPP devrait proposer de nouveaux règlements pour diminuer l'émigration des jeunes dentistes. D'une part, les boursiers de l'État devraient signer un contrat de service pour plusieurs années et travailler dans des centres publics de soins dentaires. D'autre part, les jeunes diplômés devraient travailler sous la tutelle d'un dentiste senior en privé pendant quelques années avant d'être autorisés à ouvrir leur propre cabinet de soins.

Des réglementations instaурeraient aussi des garde-fous à l'attention des nouveaux groupes de professionnels afin d'empêcher ces derniers d'outrepasser leurs compétences. Pour les « charlatans » déjà en exercice, de nouveaux règlements les interdiraient de se considérer comme prestataires de soins buccodentaires sur le territoire national. En cas de récidive, les participants pensent que le MSPP devrait instaurer des poursuites judiciaires à l'égard des contrevenants.

Il faut mettre [des] barrières pour empêcher ces gens d'aller beaucoup plus loin. (n° 2 Dr B, P. 29 : 977)

Et l'État, aussi, quelque part, doit réguler le système. N'importe qui ne peut pas venir s'installer comme dentiste et faire ce qu'il veut. (n° 3 Dr C : 3 : 3224 - 3 : 3775)

Selon des participants, le MSPP devrait responsabiliser ses employés et les inciter à protéger les ressources matérielles des centres de soins. Il devrait, en outre, exercer un contrôle rigoureux des réquisitions de matériel faites dans les centres publics de soins. Il faudrait peut-être « changer la structure de l'État », a indiqué un participant, ou impliquer les dentistes eux-mêmes, en tant que corps professionnel, dans la lutte contre la dilapidation du matériel de l'État, selon un autre. De l'avis de ce dernier, les dentistes devraient donc éviter d'acquérir du matériel apparemment détourné et ainsi lutter contre la corruption.

C'est à la clinique qu'on va les [matériels dévalisés] offrir. Par exemple, vous voyez un compresseur, qui se vend à 10 000 \$ et on vous [l'offre] pour 500 \$ haïtien. Vous [devez] démonter le circuit [de détournement]. (n° 12 Dr L, POS. 324)

[Les employés devraient] conserver le matériel disponible dans les hôpitaux, pour que l'État n'ait à investir de façon répétée dans l'acquisition de matériel. (n° 10 Dr J : 276 - 276)

3.2.3.2 Collaboration entre le MSPP et les autres entités du système de santé

Les participants ont aussi appelé le Service de Soins Buccodentaires du MSPP à collaborer plus efficacement avec les acteurs locaux ou internationaux. Plus précisément, le Service de Soins

Buccodentaires devrait collaborer avec les dentistes, les organisations non gouvernementales, l'OMS/OPS et avec la population haïtienne. Cette collaboration aboutirait à une approche nationale de lutte contre la carie dentaire par la fluoration de l'eau de boisson.

Il faudrait que les deux parties [privé/public] arrivent à s'asseoir, et bien considérer la question [accès]. Moi je pense que ça pourrait apporter beaucoup [à la population] (n° 4 Dr D, POS. 145)

D'après les participants, le MSPP, la Faculté d'Odontologie, l'Association Dentaire Haïtienne et les ONG devraient conjointement s'engager dans la formation continue de leur personnel in situ ou à l'étranger. À leur avis, le besoin de formation constituerait une urgence particulièrement en santé publique dentaire. Ces nouveaux formés pourraient ainsi d'une part représenter et défendre valablement la profession, et d'autre part prendre des initiatives pour augmenter l'accès et tacler les déterminants des maladies (**Voir Tableau 4**).

Que le ministère, s'arrange pour que les dentistes qu'il emploie soient de très bon niveau, qu'ils puissent [participer à des sessions de formation continue] de manière régulière (n° 3 Dr C, P. 3 : 1350)

De l'avis des interviewés, la collaboration avec les Organisations internationales ou les ONG sur les solutions à l'accès passerait par la communication. Le Service de Soins Buccodentaires du MSPP devrait donc asseoir à la table de négociation un représentant possédant un profil de « santé publique dentaire » selon les participants.

Tous les accords, tous les traités qu'on a signés au niveau des soins buccodentaires, on n'a jamais eu vraiment la chance d'avoir quelqu'un pour plaider la cause. (n° 9 Dr I : 275 - 275)

Le partenaire, s'il n'y a pas quelqu'un en face de lui, il fait ce qu'il veut. [9]

Mais il faudrait qu'il y ait des professionnels, avec un profil type de santé publique dentaire, qui participent au débat. (n° 1 Dr A, P. 25 : 157)

Les participants ont prôné que les Organisations internationales et les organisations non gouvernementales devraient prendre en compte les points de vue des prestataires locaux et du MSPP. Ces organisations devraient donc communiquer avec les pouvoirs locaux avant de choisir des activités de terrain ou d'implanter des programmes ou projets.

[Les O.I vont offrir] des formations d'une semaine à des gens pour identifier des caries, tandis qu'il y a des résidents au niveau de la Faculté, qui peuvent faire mieux. (n° 9 Dr I : 505 - 505)

L'intégration des soins buccodentaires de base aux soins médicaux est prônée par les Organisations Internationales. Selon un participant, elle est déjà pratiquée par des infirmières haïtiennes, à cause de la carence de dentistes et de cliniques dentaires dans des bourgs éloignés des grandes villes. Pourtant, l'implémentation de l'intégration a suscité des commentaires contradictoires parmi les participants.

De l'avis de certains interviewés, l'intégration des soins buccodentaires aux soins médicaux de base représenterait une solution incontournable dans certaines localités. D'autres participants se seraient opposés à cette solution de la communauté internationale, certains plus sévèrement que d'autres. Ce serait « un moyen de faire disparaître la profession » a argué l'un des participants, ou encore : « la communauté internationale n'aurait pas aidé le pays à explorer toutes les autres possibilités de solutions », a renchéri un autre.

Des participants ont indiqué que le Service de Soins Buccodentaires du MSPP devrait informer les dentistes sur les solutions internationales à l'accès aux soins buccodentaires, pouvant être appliqué en Haïti. De l'avis des interviewés, ces propositions de solutions ne seraient pas bien comprises par les dentistes haïtiens. Ils ont par ailleurs suggéré que le MSPP devrait inclure les dentistes haïtiens dans les tentatives d'implémentation des solutions internationalement proposées.

Certains participants ont suggéré que l'intégration — autoriser les médecins et infirmières à intervenir dans la bouche des patients — soit considérée comme l'option ultime. Avant d'autoriser le personnel médical à prodiguer des soins, ils proposent d'une part d'utiliser efficacement la main-d'œuvre déjà existante dans le secteur dentaire. Le système de santé devrait aussi augmenter le nombre de dentistes, investir dans la formation d'autres catégories de professionnels dentaires et augmenter les centres de soins, avant de se tourner vers les ressources du secteur médical.

Ces organismes internationaux, le plus présent c'est l'Organisation Mondiale de la Santé. Je vous assure qu'ils ne m'ont jamais convaincu dans leur réelle intention de faciliter l'accès aux soins buccodentaires ici en Haïti. (n° 3 Dr C, P. 13 : 507)

Les interviewés ont finalement conseillé au MSPP d'établir des échanges plus équilibrés avec les ONG sur les traitements ou soins à offrir dans les activités de clinique mobile. Ils souhaitent que

les visiteurs proposent plus de programmes de prévention et de restauration dentaires, par exemple, lors des missions incluant des étrangers ou des étudiants.

3.2.3.3 Augmentation du financement de la santé buccodentaire en Haïti

Bien que les participants aient convenu qu'Haïti dispose de faibles ressources économiques, ils ont néanmoins suggéré une hausse du budget alloué à la santé buccodentaire **(Voir Tableau 4)**. Cette augmentation serait destinée en particulier à multiplier le nombre de dentistes et de centres de soins buccodentaires et mieux équiper ces derniers **(Voir Tableau 3)**. En parallèle, ces fonds supplémentaires soutiendraient des programmes de prévention, de sensibilisation et de traitement abordables à la population. Finalement, le MSPP devrait donner accès à des crédits aux jeunes dentistes pour leur installation et régulariser le paiement des salaires.

Le budget alloué aux soins de santé devrait être augmenté. (n° 10 Dr J, POS. 126)

De leur côté, selon les participants, les dentistes devraient s'engager davantage dans des activités de bénévolat pour supporter les soins et services destinés à la population.

3.2.3.4 Maximisation des ressources humaines et organisationnelles du secteur dentaire

Les participants ont souhaité la création d'un Ordre des Dentistes qui déterminerait les droits et les responsabilités des professionnels. L'Ordre, selon eux, renforcerait le leadership des dentistes et entérinerait leurs actions dans leurs relations avec les autres secteurs de la santé **(Voir Tableau 4)**.

Eh bien, il faudrait qu'on ait, ce qu'on appelle un Ordre c'est-à-dire, que chaque professionnel [sache] où commencer et où finir. (n° 4 Dr D : 213 - 213)

Qu'ils aient des associations, qu'ils aient l'Ordre, que ces associations [aient] plus de rapports, entre eux-mêmes et l'État pour favoriser l'accès. (n° 8 Dr H, POS. 397)

Les participants ont par ailleurs indiqué que l'Association Dentaire Haïtienne qui, dans le passé, organisait des activités de formation continue et des congrès de dentistes à Port-Au-Prince aurait besoin d'une « nouvelle vie ». L'ADH, à leur avis, devrait prendre « ses responsabilités » pour organiser la formation continue et instaurer une structure associative, intégratrice dans laquelle tous ses membres, anciens et nouveaux, pourraient se retrouver. Ils ont aussi préconisé de créer des groupes de dentistes départementaux et d'implémenter des stratégies de communication virtuelle entre les membres de l'ADH et ces groupes. **(Voir Tableau 4)**

a'est intéressant d'avoir des groupes de dentistes, des sociétés, des groupes de collègues, des associations qui fonctionnent. (n° 3 Dr : : 1941-- : 2110)

Les dentistes, la communauté des dentistes a une certaine responsabilité, qu'ils pourront assumer au travers d'une association qui marche. (n° 3 Dr : : 3224-- : 3775).

[Les dentistes devraient] réfléchir à des solutions ensemble, et [les] proposer... (n° 6 Dr : 216 -- 216)

De l'opinion des interviewés, la Faculté d'Odontologie de l'Université d'État d'Haïti aurait besoin de développer un cursus optimisant le potentiel des étudiants et des enseignants. Son curriculum devrait développer davantage l'enseignement portant sur la santé publique.

3.3 Résumé des résultats

Les participants à l'étude ont décrit plusieurs obstacles à l'accès aux soins buccodentaires en Haïti. Certains seraient liés au manque d'intérêt accordé à la santé buccodentaire des Haïtiens. D'autres résulteraient du fonctionnement défectueux du système de santé et du contexte économique difficile du pays. Leurs suggestions pour améliorer l'accès aux soins buccodentaires sont de trois ordres.

Premièrement, les participants ont suggéré des interventions pour améliorer la littératie buccodentaire de la population. Ils ont aussi souhaité sensibiliser les personnes du système de santé en position d'autorité.

Leur deuxième catégorie de suggestions adresse la désorganisation du système de santé. À cet effet, ils ont recommandé que les ressources matérielles et humaines soient augmentées et leurs utilisations optimisées.

Enfin, les participants ont souhaité des interventions structurelles, appelant à un renforcement du leadership professionnel et à des collaborations entre la profession dentaire et le reste de la société, incluant les institutions internationales œuvrant en Haïti.

4 Chapitre : Discussion

Dans ce chapitre, nous considérerons premièrement les obstacles à l'accès et les solutions des participants à l'intérieur du cadre conceptuel de Levesque et al. Puis, nous discuterons des forces et limites de ce cadre dans le contexte d'Haïti. Nous explorerons certains défis accompagnant les solutions aux majeurs déterminants impactant l'accès. Nous scruterons quelques influences du modèle occidental de soins sur les solutions des participants, quelques similarités entre Haïti et d'autres pays avant de finalement aborder les limites et les forces de l'étude.

4.1 Solutions des participants et leurs relations avec le cadre conceptuel

D'après le modèle de Levesque et al., à la base de notre analyse, l'accès aux soins constitue un processus qui se place à l'intersection de cinq grands domaines d'accessibilité du système de santé et de cinq différentes capacités de la population. Concernant l'accessibilité, ces domaines sont : 1) des services et soins visibles et identifiables, 2) des services et soins acceptables par la population, 3) des centres de services et soins disponibles et joignables, 4) des soins et services à prix abordables, et 5) des soins et services adéquats. À cela correspondent les capacités ou habiletés de la population notamment à 1) percevoir les symptômes des maladies, 2) chercher des solutions aux symptômes perçus, 3) trouver des centres et prestataires de soins, 4) payer pour les soins reçus, et 5) utiliser les soins et services disponibles et participer au processus de traitement.

4.1.1 Domaines d'accessibilité du système et capacités de la population de Levesque et al.,

4.1.1.1 Services et soins visibles, identifiables et capacité de percevoir de la population

D'après certains participants, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a développé peu de stratégies pour rendre les services et soins buccodentaires offerts visibles (Estupiñán-Day et al., 2011). Des participants regrettent également que, de leur côté, les dentistes haïtiens n'aient pas facilité cette visibilité en raison d'un manque de collaboration avec le système de soins et les autres professionnels de la santé. Cette tendance isolationniste se rencontre chez des dentistes ailleurs dans le monde, comme le soulignent Watt et al. (Watt et al., 2019). Enfin, d'après des participants, les acteurs du système de santé ont offert peu de programmes favorisant la littératie dentaire de la population et des autorités (**Voir Tableau 3**).

Parallèlement, les participants ont expliqué que certains Haïtiens, particulièrement ceux de l'arrière-pays, manqueraient de capacité pour percevoir leurs problèmes buccodentaires. En raison du manque de littératie, ces personnes associeraient leur perception des problèmes dentaires à la douleur ressentie et accorderaient peu d'importance aux dents postérieures. Elles prioriseraient l'esthétique au détriment des fonctions essentielles, une tendance similaire observée dans d'autres pays, selon plusieurs auteurs (Loignon et al., 2010 ; Moeller & Quiñonez, 2020). Certains Haïtiens négligeraient aussi de prendre soin de leurs dents et ignoreraient les relations causales entre les maladies dentaires, l'alimentation et l'hygiène orale. Cette carence en littératie, selon Van den Broucke, s'avère défavorable à leur santé (Van den Broucke, 2017).

4.1.1.2 Services et soins acceptables et capacité de chercher de la population

D'après les participants, le système de santé offre des soins et services qui respectent les valeurs culturelles et sociales de la population haïtienne (Peters et al., 2008). Les prestataires parlent le Kreyòl, langue officielle du pays, et sont donc capables de communiquer avec les patients pour comprendre leurs besoins. Les participants ont toutefois indiqué certains écarts relatifs aux interventions de bénévoles étrangers dans des communautés haïtiennes. Ces visiteurs manqueraient parfois de capacité de communication avec les patients ou de compréhension des différences culturelles, comme soulignés par certains auteurs (Arefi et al., 2020).

Du côté de la population, selon les participants, certains Haïtiens de l'arrière-pays, en raison d'un manque de littératie, ne chercheraient pas l'aide d'un professionnel dès qu'un problème buccodentaire se présente. Ils se tourneraient, en premier lieu, vers des pratiques de médecine traditionnelle déjà décrites (Bien-Aimé, 2020 ; Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2012), ou des procédés risqués pour leur santé d'après les participants. Certains chercheurs, ont d'ailleurs mentionné des situations d'automédication dans des pays riches (Bedos et al., 2003) ou des pays moins avantagés (Agbor & Azodo, 2011). Beaucoup d'Haïtiens chercheraient des solutions à leurs problèmes dentaires auprès des « charlatans », des personnes qui s'autoproclament dentistes. Bien que les « charlatans » soient très nombreux selon les participants, une étude statistique les concernant existerait en Haïti. Similairement à Haïti, en Inde, selon ces auteurs (Hans, et al., 2014 ; Oberoi & Oberoi, 2015 ; Pauly et al., 2017 ; Reddy et al., 2017), leur nombre réel n'est pas connu.

4.1.1.3 Centres de services et soins disponibles et capacité de la population à les atteindre

Les participants, comme déjà soulignés par d'autres chercheurs (Bedos & Brodeur, 2000), ont déclaré que les centres de soins généralement sous-équipés seraient peu nombreux sur le territoire haïtien. Ils ont ajouté la difficulté éprouvée, dans les campagnes, même en clinique privée (Estupiñán-Day et al., 2011), de trouver les services appropriés, comme l'ont aussi souligné Gage et al. (Gage et al., 2017). Selon le Ministère de la Santé Publique et de la Population, en effet, 80 % du personnel de santé est concentré dans les grandes villes (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2018). De plus, d'après les participants, les services ou soins ne seraient pas offerts à des heures facilitant une fréquentation optimale des centres de soins.

Par ailleurs, de l'avis des participants, pour certains Haïtiens, surtout ceux vivant loin des villes, atteindre les centres de soins constitue un exercice difficile. Les routes goudronnées sont rares et les moyens de locomotions font défaut, comme l'ont déjà noté plusieurs auteurs (Bedos & Brodeur, 2000 ; Gage et al., 2017). Ainsi, beaucoup d'Haïtiens voyageraient plus de six heures pour atteindre un centre public de services dentaires, une situation déjà soulignée par Gage (Gage et al., 2017).

4.1.1.4 Services et soins à prix abordables et capacité de payer de la population

Selon les participants, l'État ne subventionnerait pas assez les soins buccodentaires, contrairement aux suggestions de l'OMS qui préconise une assurance sociale de santé pour les pays moins développés (Hsiao et al., 2007). Néanmoins, certains auteurs ont noté quelques difficultés relatives à ce type d'assurance. Tout d'abord, selon Lloyd-Sherlock (Lloyd-Sherlock, 2006), pendant l'application de ce type d'assurance au Mexique et en Argentine, un taux élevé d'exclusion de personnes économiquement fragiles et des cas répétés de corruption dans le système se seraient produits. Parallèlement, le Ghana (Dalinjong & Laar, 2012) a vu se développer une augmentation de l'utilisation des services alourdissant la charge de travail des prestataires, créant ainsi un conflit entre ces derniers et les assurés.

Les participants ont expliqué que nombre d'Haïtiens, la majorité (72 %) selon l'OPS (Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017), manqueraient de moyens pour payer leur besoin en soins. Conformément à des participants, une extraction dentaire simple coûterait 100 gourdes dans les cliniques publiques et entre 1000 gourdes et 5000 gourdes dans les cliniques privées ; alors que la majorité des Haïtiens vit quotidiennement avec moins de 100 gourdes (soit 1,1 dollar américain)

d'après l'OPS. Pour payer des soins buccodentaires, ces Haïtiens risquent de s'appauvrir si bien que, quand un problème dentaire survient, beaucoup se tournent vers une extraction plutôt qu'une restauration dentaire trop coûteuse (Psoter et al., 2005). Mentionnons que le coût de l'extraction, pour demeurer abordable d'après Russel, ne devrait pas dépasser 10 % du budget des personnes (Russell, 2004).

4.1.1.5 Adéquation des soins et services offerts & la capacité de la population à interagir

Le manque d'adéquation des soins offerts représenterait un obstacle majeur à l'accès selon les participants. Levesque et al. (Levesque et al., 2013) associent l'adéquation aux types de soins offerts et à la qualité de ceux-ci. D'après les participants et Psoter et al. (Psoter et al., 2005), dans les centres de soins publics en Haïti, les services sont limités, le plus souvent, qu'à des extractions.

Bien que le concept de la qualité des soins ne soit pas encore bien défini en dentisterie (Byrne et al., 2019), Levesque et al. (Levesque et al., 2013) le situent dans le processus de délivrance des soins. Certains participants, de leur côté, associent fortement la qualité des soins à la sécurité des patients et l'efficacité du prestataire. Ces critères sont aussi trouvés dans le concept de qualité des soins tel qu'énoncé par l'Institut of Medicine des États-Unis (Kohn et al., 2000). D'autres participants rattachent le concept de qualité des soins à la qualité des matériaux utilisés lors de la prise en charge des patients. Tous ces participants ont toutefois évoqué que les « pseudo soins » offerts par les « charlatans » seraient de qualité médiocre et donc préjudiciable à la santé de la population.

Concernant la population, les participants ont fourni peu d'information sur la capacité individuelle des Haïtiens à s'engager dans leur processus de traitement. Ils ont toutefois expliqué que des Haïtiens auraient soutenu des activités communautaires de prévention et de traitement. Ils se seraient impliqués tantôt dans la logistique (hébergement, transport), la dissémination des informations ou le financement d'activités de promotion de la santé, de prévention ou de traitement des maladies dans leur zone. Cependant, ces actions communautaires ont besoin du support de l'État pour aboutir à des changements de santé publique durables, de l'avis de Fassin et Fassin (Fassin & Fassin, 1989). Selon d'autres auteurs, les responsables de santé devraient supporter et rechercher la collaboration des communautés lors des démarches guidant vers l'accès aux soins (Kandelman et al., 2012) **(Voir Tableau 4).**

Tableau 3 : Solutions proposées par les participants dans le cadre de Levesque et al.

Axes d'accessibilité du système	Solutions proposées par les participants	Capacités de la population
services et soins visibles et de proximité ; Manque de partage d'informations : • Sur les services et soins disponibles • Sur les maladies buccodentaires	Interventions sur comportements Ajouts de pancartes, banderoles Invitation journée porte ouverte Utilisation d'agents de santé Communication interprofessionnelle et communautaire	Capacité de percevoir Perception des problèmes dentaires quand il est trop tard pour traiter les dents Perceptions liés à inconforts ou douleurs Négligence des dents postérieures
Services et soins acceptables: Présence de : Prestataires Haitiens au courant des valeurs culturelles Visiteurs parfois culturellement incompétents.	Interventions sur comportements Session virtuelle de promotion de la santé	Capacité à chercher Prends du temps avant de chercher des soins. Utilisation de méthodes d'automédication dont certaines risquées
Services et soins disponibles: Carence de : Centres de soins fonctionnels, adéquatement équipés Ressources humaines qualifiées Moyens de communications terrestres ou électroniques Horaire d'ouverture incompatible Absence de personnel soignant	Interventions organisationnelles Augmentations des : Facilités et équipements Dentistes et para dentaires Activité de cliniques mobiles Double vacation de certains centres	Capacité d'atteindre Longue distance à parcourir pour la majorité Difficulté pour trouver des rendez-vous Longues heures d'attente au centre
Services et soins abordables Absence de : Barème de cout Subventions des couts Assurances de santé	Interventions structurelles Calcul économique des couts de soins Couverture universelle de traitements dentaires de base Subvention de la prévention	Capacité de payer Difficultés pour payer les services et soins. Priorité accordés aux besoins quotidiens
Services et soins adéquats : Faiblesse dans : la qualité et la continuité de soins Types de soins inadaptés Absence de soins de qualité fourni par les charlatans	Interventions organisationnelles Augmentation de la littératie dentaire • Des professionnels médicaux • De la population Interventions structurelles : • Législation contre les charlatans	Capacité d'utiliser les services Manque d'informations parfois sur les services et soins dentaires offerts dans les centres Participation active des communautés

Pour conclure, dans le cadre de Levesque et al., les participants ont rapporté que le système de santé haïtien faciliterait l'accès aux soins buccodentaires dans un seul des cinq domaines d'accessibilité (Levesque et al., 2013). À leur avis, la majorité de la population manquerait de capacités (carence de littératie et faibles moyens économiques) pour interagir avec le système et obtenir les soins et services dentaires nécessaires à leur santé.

4.1.2 Avantages et limites du cadre conceptuel de Levesque et al.

Nous avons choisi le cadre conceptuel de Levesque et al., parce qu'il comporte des caractéristiques du système de santé et de la population non abordées par Penchansky et Thomas. Grâce à ce cadre, nous avons catégorisé les données et indiqué comment les carences de ressources et la désorganisation du système de santé d'une part ; les incapacités de la majorité des Haïtiens d'autre part, constituaient des obstacles à l'accès aux soins buccodentaires en Haïti. Ce cadre nous a ainsi permis d'explorer les remarques des participants sur la désorganisation du système de soins et services buccodentaires haïtien. Puis, à l'aide de ce cadre, nous avons relevé que certaines solutions proposées par les participants pourraient être recommandées aux autorités sanitaires et contribuer au développement d'une politique de santé buccodentaire en Haïti.

D'après l'OMS, les ressources humaines et financières (Petersen, 2009) constituent les deux piliers essentiels à la création et l'implémentation d'une politique nationale de santé buccodentaire. Dans le cas d'Haïti, en termes de ressources humaines, les participants et le Ministère de la Santé Publique et de la Population ont suggéré que le développement du leadership professionnel constituait la priorité du système de santé haïtien. Il n'y aurait personne planifiant la santé buccodentaire des Haïtiens, nous ont confié des participants, alors qu'Offner incite les dentistes à organiser la santé de leur population (Offner, 2018). Les participants et le MSPP ont aussi présenté le manque de ressources économiques du pays, donc, le manque de financement de la santé comme des obstacles majeurs à l'accès (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2013b).

J'ai donc considéré ces deux obstacles majeurs : manque de leadership et de financement comme des déterminants sociaux et structureaux à l'accès.

Bien que Levesque et al. (Levesque et al., 2013) aient indiqué que divers déterminants influencent l'accès aux soins, leur cadre conceptuel, ne pouvait contenir la longue liste des déterminants

sociopolitiques et économiques citée par les participants. J'ai alors éprouvé des difficultés à inclure ces puissants déterminants, dans les domaines d'accessibilité du système ou dans les capacités de la population. Deux raisons au moins peuvent expliquer ces difficultés.

Premièrement, cette conceptualisation de l'accès a été élaborée dans un contexte de pays économiquement autonome, capable de contrôler le financement de la santé, alors qu'en Haïti, la communauté internationale finance à 55 % les soins de santé (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2018). Haïti a utilisé moins de 2 % de son produit intérieur brut et 4,3 % de son budget dans la santé (Organisation Panaméricaine de la Santé, 2017) alors que 15 % du budget devrait être destiné aux services de la santé.

Deuxièmement, ce cadre constitue un modèle qu'un leadership déjà rodé peut utiliser pour faciliter ou parfaire l'accès aux soins. Or, le secteur dentaire haïtien manque de leadership. Plusieurs participants et le Ministère de la Santé Publique et de la Population ont déjà signalé ce problème. Le leadership reste essentiel pour optimiser le financement, assurer une coordination centrale de tous les acteurs du système (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2013b). Selon Schuller, Le MSPP et les bailleurs de fonds devraient choisir ensemble les priorités en matière de santé (Schuller, 2012).

En conclusion, dans la réalité haïtienne, les domaines d'accessibilité de même que les capacités de la population, de Levesque et al. (Levesque et al., 2013) sont contrôlés par de puissants déterminants, comme le manque financement du système de la santé couplée à une carence de leadership du secteur.

4.2 Solutions aux déterminants majeurs de l'accès aux soins buccodentaires

Les participants et le MSPP ont chacun proposé deux possibles sources de financement pour l'accès aux services et soins de santé.

Les participants ont suggéré, d'une part, au Ministère de la Santé Publique et de la Population d'accroître le budget alloué aux soins buccodentaires. D'autre part, ils ont souhaité voir les dentistes s'engager davantage dans du bénévolat et financer plus d'activités de santé destinées au public.

Parallèlement, le MSPP espère obtenir du financement de la diaspora haïtienne (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2012), suggestion que des Haïtiens vivants à l'étranger n'ont

pas rejetée (J.-M. Bernard, 2012). Le MSPP souhaite aussi continuer à recevoir des fonds de bailleurs internationaux pour supporter son budget. Selon une source du MSPP, il prendrait 20 ans à l'État pour restaurer son autonomie financière dans le domaine de la santé, mais les moyens pour y parvenir ne semblent pas évidents (Dubuche, 2015). Toutefois, le MSPP devrait surmonter quelques défis s'il souhaite une utilisation efficiente de ces sources de financement.

4.2.1 Défis accompagnant une augmentation du budget de la santé buccodentaire

Une augmentation du budget destiné aux soins et services buccodentaires n'établirait pas forcément une différence dans la santé buccodentaire de la majorité des Haïtiens. Selon le Ministère de la Santé Publique et de la Population, 80 % du budget est orienté vers les salaires des employés, donc très peu de fonds se trouveraient disponibles pour satisfaire les besoins de santé de la population. D'après certains auteurs, il se pourrait qu'une augmentation du financement ne bénéficie majoritairement qu'aux plus capables économiquement sans atteindre les populations plus vulnérables aux maladies buccodentaires (Peters et al., 2008). Pour éviter une utilisation erronée de nouveaux fonds alloués et proposer des alternatives couvrant les besoins de la majorité, un leadership éclairé s'avèrerait donc nécessaire.

4.2.2 Défis liés au financement en provenance des bailleurs internationaux de fonds

Un leadership créateur du secteur dentaire demeure également essentiel afin de contrôler ou contourner les défis liés à l'aide internationale (ONG et Agences de Développement). Les ONG gèrent leur budget et ciblent leurs actions en fonction des prérogatives et de la générosité des bailleurs. Le défi identifié serait, de coordonner ces différentes sources de financement et d'établir les priorités nationales, grâce à un leadership dynamique (**Voir Tableau 4**).

De plus, l'État dépend majoritairement des contributions externes pour financer son budget de santé. Comme défi majeur, les leaders du secteur buccodentaire et du MSPP devraient s'adapter à l'instabilité du financement des bailleurs. Ce leadership devrait aussi empêcher les programmes nationaux de santé d'échouer, faute de financement (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2013b).

4.2.3 Défis accompagnant la solidarité ou le bénévolat des dentistes

Le recours au bénévolat local et international proposé par les participants et le Ministère de la Santé Publique et de la Population pour suppléer à l'indisponibilité de fonds public demeure un sujet

controversé. Moeller et Quiñonez (Moeller & Quiñonez, 2020) ont suggéré que la recherche de l'équité en santé buccodentaire ne devrait pas dépendre des organismes internationaux, ni de la charité ou du bénévolat ; mais plutôt intégrer toutes les décisions de politiques de santé (WHO & Australia, 2010). Moeller et Quinonez, par exemple, réprouvent « l'utilisation de la charité comme la norme » pour offrir des soins buccodentaires aux personnes privées de services (Moeller & Quiñonez, 2020) ; car il y aurait un risque, selon Reis et al., de ne pas inclure ces citoyens dans un plan global de santé (Reis et al., 2014).

Le bénévolat local peut en effet limiter l'inclusion en Haïti, car il ne peut toucher qu'un faible pourcentage de la population. Si 500 dentistes haïtiens, de manière synchronisée et harmonisée, offrent chacun 60 heures de services gratuits, par année, pour soigner 60 patients ; cette action bénévole offrirait des soins à environ 30 000 personnes, soit moins de 0,3 % de la population haïtienne. Si seuls les enfants de moins de 14 ans (3,8 % de la population haïtienne) étaient bénéficiaires de cette action, alors 7 % de cette tranche d'âge seraient soignés par un dentiste gratuitement une heure par année.

Ainsi, même avec l'engagement de tous les dentistes haïtiens dans des actions de bénévolat, le problème d'accès ne serait pas résolu. En plus de constituer un pansement pour masquer la laideur de la plaie, selon Mouradian (Mouradian, 2006), le bénévolat ne favoriserait pas la création de solutions plus durables, notamment un plan national de santé et son implémentation. Similairement, les actions de bénévolat international pourraient causer plus de tort que de bienfaits aux communautés visitées comme les participants et Han et Quiñonez l'ont indiqué (Han & Quiñonez, 2013).

4.2.4 Leadership et marginalisation de la majorité

Moeller et Quinonez appréhendent aussi une aggravation de la marginalisation ou la stigmatisation des personnes qui dépendent uniquement de la charité pour recevoir des soins. Un leadership innovateur soulignera que l'utilisation de l'aide pour offrir des soins buccodentaires ne stigmatisera davantage plus de la moitié des Haïtiens dans l'incapacité de payer pour leurs soins. Mais plutôt, elle dévoile la marginalisation de la majorité des Haïtiens par la classe dirigeante (M. -R. Trouillot, 1990). Ce leadership intégrateur devra toutefois veiller à ne pas stigmatiser davantage la population, notamment à ne pas lui offrir des soins de qualité ; car l'utilisation d'un personnel peu formé destiné uniquement à soigner les démunis accentuerait les inégalités comme l'ont souligné

Peters et al. (Peters et al., 2008). Il devra aussi veiller à ce que la formation du personnel intermédiaire, suggérée dans le Paquet Essentiel de Services (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2015), soit respectée. Ce leadership devra néanmoins responsabiliser cette nouvelle classe de professionnels pour l'empêcher de se transformer en « charlatans ». Ce leadership inclusif développera les ressources humaines déjà disponibles dans le secteur buccodentaire et stimulera la participation communautaire dans les solutions aux problèmes de santé.

Ce leadership novateur incitera donc le secteur buccodentaire à ne pas perpétuer la stigmatisation du pays, en prévoyant un plan de sortie de l'assistanat et en utilisant efficacement les ressources disponibles.

4.3 Influences du modèle occidental de soins et manque d'approches en santé publique

Les solutions conseillées par les participants semblent être influencées par la pratique de la dentisterie basée sur des soins offerts en clinique privée et centrés sur le dentiste (R. G. Watt et al., 2019 ; Apelian et al., 2014). En insistant sur le partage d'informations sur la santé, les participants ont souhaité une responsabilisation individuelle ou communautaire des citoyens (Naghbi et al., 2013). Cette propension à responsabiliser le citoyen trouverait son origine dans les pratiques médicales occidentales qui ont influencé l'éducation des dentistes haïtiens aussi bien que d'autres dentistes dans le monde (Bedos et al., 2018 ; Lévesque et al., 2009).

Les participants ont suggéré des méthodes de traitement de la carie dans les centres publics qui ont aussi révélé un attachement au modèle biomédical de soins centré sur la maladie (Apelian et al., 2014). Ces suggestions ont parallèlement indiqué une méconnaissance d'alternative de traitement, notamment les restaurations sans fraisage telles que Atraumatic Restorative Treatment (ART) et l'utilisation du Silver Diamine Fluoride (SDF). Ces types de restaurations, selon plusieurs auteurs, favorisent la disponibilité de soins dans des régions privées d'électricité ou d'eau potable (Duangthip et al., 2017 ; Vollú et al., 2019).

Cette pratique occidentale de la dentisterie priorisant les technologies (Watt et al., 2019) se révèle onéreuse (Yee & Sheiham, 2002). Les dépenses dentaires peuvent conduire une personne à l'appauvrissement s'ils équivalent à 40 % de son revenu annuel (Bernabé, 2017), mais aussi coûter très cher aux systèmes de santé (Yee & Sheiham, 2002).

4.4 Similitudes entre Haïti et d'autres pays en développement

Beaucoup de pays en développement partagent les mêmes caractéristiques de manque d'accès aux soins buccodentaires évoquées par les participants et le Ministère de la Santé Publique et de la Population. Ces systèmes de santé favorisent les soins curatifs au détriment de la prévention (Kandelman et al., 2012) ; présentent une carence de professionnels, un sous-équipement des centres de traitements, pour finalement offrir des programmes fragmentés, non connectés entre eux (Bourgeois et al., 2005).

Bourgeois et al. (2005) rapportent aussi que dans des pays caraïbéens et de l'Amérique latine, les dirigeants négligent les soins buccodentaires dans leur agenda national de santé, tout comme Haïti. À Cuba, cependant, le plan de santé buccodentaire axé sur la prévention aurait donné de bons résultats ; le Ministère cubain de la Santé aurait observé une réduction de 69 % de la demande de traitement dentaire entre 1996 et 2001 (Hazlewood, 2007), suite à l'implémentation de programmes de prévention.

Des pays en développement en Afrique ou au Moyen-Orient font aussi face au manque d'accès aux soins buccodentaires (Marcenes et al., 2013 ; Williams et al., 2015). L'indice CAOD (pourcentage de dents cariées, absentes ou obturées) des enfants de 12 ans est variable : 0,3 à 0,8 dans des pays comme le Togo, le Lesotho, le Botswana et le Swaziland ; 2,3 à 2,7 dans certains pays du nord de l'Afrique et au Moyen-Orient. Si ces valeurs sont considérées comme modestes en comparaison de certains pays occidentaux, le problème vient du fait que 90 % de ces caries resteront sans traitement (Williams et al., 2015 ; Bedos & Brodeur, 2000). En Haïti comme dans ces pays d'Afrique ou du Moyen-Orient, les solutions proposées par les recherches n'ont pas encore été appliquées (Ogunbodede et al., 2015).

Haïti, comme beaucoup de pays en développement, possède peu de ressources pour offrir un paquet de soins buccodentaires de base, même aux enfants, dont la prise en charge se résume aux urgences d'après Kathmandu (Kathmandu, 2002). L'OPS/OMS, dans son rôle global de leader (Petersen, 2010), a recommandé un paquet de soins buccodentaires de base (Estupinan-Day & Cohen, 2011).

Le MSPP a inclus ces recommandations dans son Paquet Essentiel de Services (PES) (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2015). Ce paquet contient essentiellement des mesures de

prévention, le traitement des caries par amalgame, la prise en charge des urgences et l'introduction de nouvelles catégories de professionnelles.

Similairement à d'autres pays, le MSPP n'a pas mentionné les coûts associés à ce paquet ni le mode de financement utilisé pour faciliter son implémentation ; alors que ces conditions sont estimées essentielles (ElJardali, 2019 ; Harnagea et al., 2018) pour la réussite de la couverture universelle. Un autre impératif, d'après McBain, serait d'établir les coûts par prestations et par durée (McBain et al., 2018), mais ces informations ne sont pas encore disponibles au Ministère de la Santé Publique et de la Population. Ailleurs dans le monde, les informations sur le financement de la santé buccodentaire demeurent difficilement accessibles. Les données sur les programmes offerts aux enfants dans l'Amérique latine, les Caraïbes et à l'échelle internationale, sont rares (Rogers et al., 2019 ; Shariati et al., 2013).

En Haïti, les équipements et les matériaux dentaires sont importés, et même les brosses à dents et les dentifrices proviennent de l'étranger. Comme dans beaucoup de pays en développement, l'approvisionnement inégal en produits et équipements dentaires ne facilite pas l'accès

4.5 Limites et forces de l'étude

4.5.1 Limites de l'étude

Nous avons conduit cette étude en Haïti, dans un contexte politique et socio-économique marqué par la faiblesse de gouvernance des autorités sanitaires et des conditions de vie de la majorité de la population caractérisées par de grandes privations. Nous conseillons donc aux lecteurs d'utiliser les recommandations et conclusions de cette étude avec prudence et ne pas généraliser les résultats à des contextes sociopolitiques et économiques différents.

Néanmoins, en termes de transférabilité, comme Ritchie le soutient (Ritchie & Lewis, 2003), certains obstacles notés ou solutions proposées par les participants paraissent communs à beaucoup de régions du monde. Dans de nombreux pays, la santé buccodentaire n'est pas prioritaire dans l'agenda des institutions décisionnelles. De plus, dans diverses sociétés, les « charlatans » sont, pareillement à Haïti, très nombreux. De plus, tant dans les pays riches que dans les plus pauvres, les moins pourvus économiquement ont moins accès aux soins buccodentaires.

La taille de l'échantillon, 12 participants, apparemment petite, est satisfaisante en recherche qualitative selon Sandelowski (Sandelowski, 1995). Cette conclusion est aussi partagée par Guest

et al. (Guest et al., 2006), qui ont indiqué que « ce nombre de participants peut permettre d'appréhender les perceptions et expériences communes à un groupe d'individus relativement homogène » et conduire au processus de saturation. Cette saturation thématique constituerait, selon Kerr et al. (Kerr et al., 2010), le point dans l'échantillonnage à partir duquel les participants répètent majoritairement les informations précédemment obtenues. Puisque j'ai réalisé un va-et-vient constant entre les entrevues, j'ai pu noter, en remplissant le questionnaire destiné au Dr Bedos après chacune d'elle, l'émergence et la répétition des codes et thèmes. Puis, lors de l'analyse des données, nous avons obtenu la saturation thématique ou saturation des codes. En effet, la majorité des thèmes obtenus devenait récurrente après les dix premières entrevues ; Hennink a suggéré que cela se produirait à partir de la neuvième entrevue (Hennink et al., 2017).

4.5.2 Forces de l'étude

Cette étude qualitative a été conduite dans un domaine de recherche inexploré en Haïti. Elle a permis d'identifier des obstacles, de proposer des solutions et d'explorer les limites des solutions traditionnelles.

Dans la limite de mes connaissances, c'est la première étude faite en Haïti ayant pour but de connaître des points de vue de dentistes et futurs dentistes haïtiens. Ces derniers étant les uniques prestataires de soins légalement reconnus, leurs perspectives sur les besoins du système de santé et ceux de la population méritaient d'être connues.

Une autre force de cette étude se trouve dans la variété des positions occupées par les interviewés. Ils étaient éducateurs, spécialistes, cliniciens en grande majorité, et avaient, pour la plupart, accumulé des expériences étendues de travail dans l'arrière-pays. Ils travaillaient également dans différents secteurs, public, privé, et ONG.

5 Chapitre 5 : Recommandations

Nous présentons dans ce chapitre quelques recommandations destinées à des acteurs potentiels de l'amélioration de l'accès aux soins et services buccodentaire en Haïti. Ces recommandations concernent quelques groupes d'Haïtiens — gouvernement, professionnels et étudiants, milieux de formation, communautés de base — comme suggérés par Benzian (Benzian et al., 2015). Elles sont articulées autour de deux domaines : 1) leadership 2) financement. Nous considérons ces deux domaines comme essentiels pour augmenter l'accès en Haïti.

5.1 Renforcement du leadership des potentiels acteurs

5.1.1 Leadership des dentistes

Comme les participants l'ont suggéré, la profession dentaire a un devoir de service envers la société. Haïti a ratifié le « Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du Haut-Commissariat des Droits de l'homme des Nations Unies » par le décret du 30 janvier 2012.

L'article 6 de ce Pacte dans ses alinéas 1 et 2 déclare :

« 1. Les États, partis au présent Pacte reconnaissent le droit au travail, qui comprend le droit qu'à toute personne d'obtenir la possibilité de gagner sa vie par un travail librement choisi ou accepté, et prendront des mesures appropriées pour sauvegarder ce droit.

2. Les mesures que chacun des États partis au présent Pacte prendra en vue d'assurer le plein exercice de ce droit doivent inclure l'orientation et la formation techniques et professionnelles, l'élaboration de programmes, de politiques et de techniques propres à assurer un développement économique, social et culturel constant et un plein emploi productif dans des conditions qui sauvegardent aux individus la jouissance des libertés politiques et économiques fondamentales ».

Par un décret du président Jovenel Moïse, publié dans un numéro spécial du Moniteur, les Ordres professionnels, dont celui des dentistes, devraient être institués au pays.

« Un ordre professionnel exerce un contrôle sur les activités et les compétences de ses membres afin d'assurer la protection du public. Il veille au respect de la déontologie dans l'exercice de la profession. ».

Nous recommanderions aux dentistes haïtiens de créer leur ordre professionnel afin de guider et réguler les pratiques de la dentisterie.

Deuxièmement, nous souhaitons que les dentistes parviennent à s'organiser en associations ou sociétés professionnelles locales pour s'informer et réfléchir ensemble sur les meilleurs moyens d'améliorer l'accès aux soins buccodentaires. Grâce à des séances d'information virtuelles et des partenariats accrus entre confrères locaux et internationaux, ces professionnels seraient mieux outillés et deviendraient des leaders pour plaider en faveur de l'équité des soins. Nous espérons qu'ils s'instruiront des changements survenus internationalement en dentisterie, et accompagneront le Ministère de la Santé Publique et de la Population vers la couverture universelle des soins buccodentaires.

Troisièmement, une loi, autorisant seulement les dentistes à fonctionner et vieille de 80 ans, régit la profession dentaire. Nous souhaitons que cette loi soit remplacée par une nouvelle incluant d'autres catégories de professionnels dentaires (hygiénistes, auxiliaires, techniciens de laboratoires). Des lois devraient être également votées contre les pratiques frauduleuses des « charlatans ».

Quatrièmement, pour faciliter la prise de décisions du secteur dentaire, j'exhorterais le Service de Soins Buccodentaires à partager des données statistiques actualisées sur l'état de santé des Haïtiens. Ce service devrait aussi communiquer avec les dentistes et associations de dentistes en vue de déployer son leadership.

Enfin, pour accroître le leadership du secteur dentaire, le Service de Soins Buccodentaires devrait prioriser une gestion responsable des ressources humaines et matérielles dans les centres de soins publics.

5.1.2 Leadership des communautés et institutions vers la couverture de santé universelle

5.1.2.1 Églises et lakous

« The challenge remains to find ways to ensure that vulnerable populations have a say in how strategies are developed, implemented » (Peters et al., 2008).

Dans un pays où l'État a fait faillite, nous suggérons que la population et ses leaders directs deviennent partie prenante de tous les efforts vers l'amélioration de leur santé. Car, quand les Haïtiens sont malades, la majorité se tourne en premier lieu vers la médecine traditionnelle et les lieux de culte pour se faire soigner. Renforcer le leadership des responsables communautaires ou

des unités de bases (lakous et églises) en les transformant en agents de changements serait un atout pour asseoir les efforts des dirigeants vers l'accès aux soins.

5.1.2.2 Bénévolat et service social des étudiants

Le volontariat des jeunes universitaires pourrait améliorer la santé buccodentaire de la population haïtienne. Un décret publié le 30 juin 2020 par l'exécutif dans le numéro spécial 11 du Moniteur, le journal officiel du gouvernement, astreint tous les diplômés de l'Université d'État d'Haïti au service social. Nous recommandons au secteur universitaire public de soutenir la participation des jeunes, dentistes ou non, dans la promotion de la santé et la prévention des maladies.

5.1.2.3 Institutions de formation

Puisque le manque d'intérêt des autorités constitue un obstacle de taille à l'accès, selon les participants, nous suggérons la formation d'étudiants plus aptes à plaider pour l'accès. Ils deviendront ainsi des ambassadeurs ou des leaders de la santé buccodentaire auprès des autorités locales et internationales. Nous souhaitons que les institutions de formation produisent à l'avenir des recherches scientifiques interprofessionnelles. Nous encourageons, notamment des études sur l'état de santé de la population, le fonctionnement des centres de soins existants et les impacts de la médecine traditionnelle sur l'état de santé buccodentaire des Haïtiens.

5.2 Optimisation du financement des services et soins buccodentaires

5.2.1 Implication du secteur politique dans le financement de la santé buccodentaire

Premièrement, nous suggérons une augmentation des taxes sur certains produits qui constitue une stratégie de plus en plus répandue (Backholer et al., 2018). Cette augmentation concernera les produits de consommation sucrés d'origine industrielle, le tabac et l'alcool afin d'allouer un budget plus consistant à la santé buccodentaire des Haïtiens. Plusieurs auteurs (Beaglehole & Beaglehole, 2019) recommandent d'augmenter les taxes pour combattre les maladies non transmissibles, incluant la carie dentaire (Lee & Giannobile, 2016). Certains auteurs suggèrent l'ajout d'autres restrictions, notamment le contrôle des aliments et boissons produits en dehors de l'industrie (Urwannachotima, Hanvoravongchai et al., 2020). Cependant, l'industrie de l'alimentation (Lauber et al., 2020) conteste cette approche parce qu'elle diminuerait la croissance économique (Hangoma & Surgey, 2019).

Deuxièmement, nous recommandons que l'État haïtien, en collaboration avec le secteur privé, soutienne la production locale de produits fluorés et de brosses à dents à prix raisonnables.

5.2.2 Rôles du Service de Soins Buccodentaires logé au MSPP

Nous invitons ce service à prendre des mesures pour optimiser le financement alloué à la santé buccodentaire. Nous encourageons ce service à introduire dans les centres publics de soins des méthodes de traitement des caries sans fraisage telles que le SDF (Silver Diamine Fluoride) et les ART (Atraumatique Restaurative Treatment). Nous souhaitons qu'il parraine une campagne d'information sur ces méthodes, afin de faciliter le traitement des caries à moindres coûts pour l'État et la communauté. Il pourrait de ce fait promouvoir la couverture universelle en implémentant un paquet essentiel de soins à des prix abordables.

Les efforts du Service de Soins Buccodentaires pour augmenter la littératie de la population devraient être holistiques (Barrow et al., 2020) ; multisectoriels pour réduire les coûts et aider la profession dentaire à sortir de son isolement.

Tableau 4 : Résumé des recommandations

Obstacles à l'accès	Recommandations	Recommandations destinées à
Manque de Financement du secteur dentaire et incapacité de la majorité de la population à payer pour les soins buccodentaires	Allocation d'un budget consistant à la santé buccodentaire Augmentation de taxes sur les sucreries, les boissons sucrées et gazeuses, le tabac afin de financer la prévention	État Haïtien
	Production locale à prix abordables de produits fluorés (des dentifrices à haute teneur en fluor) et des brosses à dents	État Haïtien et Secteur privé
	Potentialisation du financement de la santé buccodentaire en implémentant le Paquet Essentiel de Services (PES)	Service Buccodentaire du MSPP
	Introduction de méthodes de traitement des caries sans fraisage dans les centres de soins publics	
	Plaidoyers pour augmenter les sources de financement	Dentistes et Associations de dentistes

Résumé des recommandations (suite)

Obstacles à l'accès	Recommandations	Recommandations destinées à
Manque de leadership du secteur dentaire	Préparation des étudiants à devenir des ambassadeurs ou des leaders de la santé buccodentaire auprès des autorités locales et internationales	Institutions de formation
	Production de recherches sur l'état de santé buccodentaire de la population, les conditions de fonctionnement des centres de soins et les impacts de la médecine traditionnelle sur l'état de santé buccodentaire des Haïtiens	
	Inclusion de jeunes universitaires de diverses curricula dans la promotion de la santé et la prévention des maladies (buccodentaires aussi)	
	Développement d'un leadership intégrateur et créatif Formation continue des professionnels dentaires	Dentistes et Associations dentaires haïtiennes
	Création de nouvelles lois cadre pour la profession (réguler les nouvelles catégories de professionnels, interdire les charlatans)	Ordre des dentistes
	Création d'une direction chargée de la gestion efficace et efficiente de la santé buccodentaire en Haïti Utilisation de responsables possédant un profil santé publique dentaire	État Haïtien et MSPP
	Actualisation et partage de données statistiques sur l'état de santé buccodentaire des Haïtiens	Service buccodentaire au MSPP
	Gestion responsable des ressources humaines et matérielles des centres de soins sous tutelle du Ministère de la Santé Publique et de la Population	
	Établissement d'une passerelle de communications entre Service de Soins Bucco-Dentaires du MSPP et les professionnels Partage d'informations sur les prises de décisions eu regard aux besoins de la population et l'implémentation des Paquets Essentiels de Soins	
	Renforcement du leadership des responsables communautaires ou des unités de bases (lakous et églises) Transformation des responsables communautaires en agents de changements, un atout pour assoir les efforts des dirigeants vers l'accès aux soins	

Conclusion

D'un point de vue structurel, l'État a failli face à ses responsabilités de financer des services de santé accessibles à la majorité de la population. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population, en particulier, manque de leadership pour gérer les différentes institutions publiques ou privées du système et définir une politique de santé nationale.

Sur le plan organisationnel, les services et soins buccodentaires sont géographiquement mal distribués, dispendieux, et souvent constitués uniquement de soins d'urgences, quand ils existent. Du point de vue populationnel, la majorité des Haïtiens manque de littératie et de moyens économiques pour payer les soins. Bien que dépourvue de ces capacités, la population devra faire partie de la quête et de l'implémentation des solutions vers l'accès. Le succès des solutions à appliquer dépendra de la convergence des efforts entre l'État et les communautés (Fassin & Fassin, 1989). Du côté de la communauté internationale, les solutions proposées demeurent peu connues des participants et difficiles d'application vu l'absence de législations devant encadrer les changements dans le secteur dentaire.

Ces quatre groupes de facteurs rendent l'accès aux soins buccodentaires si compliqué que le cadre conceptuel de Levesque et al. n'arrive pas à les contenir. Les listes des solutions proposées par les dentistes et celle contenant nos recommandations deviennent trop longues, leur implémentation malaisée sur un terrain où il est si facile de faire faillite.

Pourtant, il suffirait que, dans un premier temps au moins, la santé buccodentaire cesse d'être négligée ; il suffirait que les responsables au Ministère de la Santé Publique et de la Population comprennent que la bouche fait partie du corps (Barrow et al., 2020) ; il suffirait que les dentistes acceptent de défendre la santé de la majorité (Allen et al., 2013) ; il suffirait enfin que des dentistes assument leur rôle de leaders (Hansen & Metzl, 2017 ; Nigel et al., 2013) et s'engagent dans des changements centrés sur les besoins de la majorité de la population haïtienne (Bedos et al., 2018).

Augmenter l'accès aux soins buccodentaires en Haïti exigera « de la créativité, de la diligence » (Garcia & Tabak, 2011). Une amélioration de l'accès nécessitera une gestion efficace des quatre sources probables de financement, mais par-dessus tout un leadership éclairé, consistant, ouvert aux changements et aux idées nouvelles. Les leaders devront avoir une vision claire, être capables

de mobiliser les gens vers un objectif commun : maximiser les ressources disponibles (Williams et al., 2019) et en générer de nouvelles.

Bibliographie

- Agbor, M. A., & Azodo, C. C. (2011). Self medication for oral health problems in Cameroon. *International Dental Journal*, 61(4), 204-209. doi:10.1111/j.1875-595X.2011.00058.x
- Ahluwalia, S. C., Damberg, C. L., Silverman, M., Motala, A., & Shekelle, P. G. (2017). What Defines a High-Performing Health Care Delivery System: A Systematic Review. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 43(9), 450-459. doi:10.1016/j.jcjq.2017.03.010
- Alfred, J. P. (2012). Quel est le coût réel de la couverture universelle en santé en Haïti ? *Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*, 24(5), 453-458.
- Allen, M., Allen, J., Hogarth, S., & Marmot, M. (2013). Working for health equity: the role of health professionals. *London: UCL Institute of Health Equity*.
- Apelian, N., Vergnes, J.-N., & Bedos, C. (2014). Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. *International Journal of Whole Person Care*, 1(2). doi:10.26443/ijwpc.v1i2.2
- Arefi, P., Cardoso, E., & Azarpazhooh, A. (2020). Reexamining dental outreach programs: A model for local empowerment and sustainable development. *The Journal of the American Dental Association*, 151(5), 340-348.
- Audalbert Bien-Aimé, J. c., Marc-Félix Civil, Ernst Noël, Marilise Rouzier,,. (2020). *Les recettes haïtiennes face à la pandémie provoquée par le SARS-CoV-2*. Retrieved from <https://ueh.edu.ht/wp-content/uploads/2020/08/Rapport-du-Jury-mis-sur-pied-par-lUEH-sur-les-recettes-traditionnelles-haitiennes-face-%C3%A0-la-Covid-19-1.pdf>
- Audebert, C. (2020). Caribbean Migration Spaces and Transnational Networks: The Case of the Haitian Diaspora. In M. Moïse & F. Réno (Eds.), *Border Transgression and Reconfiguration of Caribbean Spaces* (pp. 71-93). Cham: Springer International Publishing.
- Backholer, K., Vandevijvere, S., Blake, M., & Tseng, M. (2018). Sugar-sweetened beverage taxes in 2018: a year of reflections and consolidation. *Public health nutrition*, 21(18), 3291-3295.
- Baelum, V., van Palenstein Helderma, W., Hugoson, A., Yee, R., & Fejerskov, O. (2007). A global perspective on changes in the burden of caries and periodontitis: implications for dentistry. *Journal of Oral Rehabilitation*, 34(12), 872-906.
- Banque mondiale. (2018). Individuals using the internet (% of population) - Haiti Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS?locations=HT>. Retrieved 2021/07/13 <https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS?locations=HT>
- Barrow, J., Silk, H., Phillips, R. S., & Riedy, C. A. (2020). Oral Health is Health: The Future is Now. *Journal of health care for the poor and underserved*, 31(4S), 99-103. doi:10.1353/hpu.2020.0140
- Beaglehole, R. H., & Beaglehole, R. (2019). Promoting radical action for global oral health: integration or independence? *The Lancet*, 394(10194), 196-198.

- Bedos, C. (2009). Qualitative Research. *Statistical and Methodological Aspects of Oral Health Research*, 113.
- Bedos, C., Apelian, N., & Vergnes, J. N. (2018). Social dentistry: an old heritage for a new professional approach. *BDJ*. doi:10.1038/sj.bdj.2018.648
- Bedos, C., & Brodeur, J.-M. (2000). Déterminants de la carie dentaire parmi les écoliers haïtiens et implications pour la santé publique. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 10(3), 161-168.
- Bedos, C., Brodeur, J. M., Boucheron, L., Richard, L., Benigeri, M., Olivier, M., & Haddad, S. (2003). The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. *Social Science & Medicine*, 57(11), 2089-2099. doi:10.1016/s0277-9536(03)00066-2
- Bellerive, A. (1954). *Code d'hygiene d'assistance publique et sociale* Retrieved from <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Code%20d%20hygiene%20d%20assistance%20publique%20et%20sociale.pdf>
- Benton, A., & Dionne, K. Y. (2015). International Political Economy and the 2014 West African Ebola Outbreak. *African Studies Review*, 58(1), 223-236.
- Benzian, H., Greenspan, J. S., Barrow, J., Hutter, J. W., Loomer, P. M., Stauf, N., & Perry, D. A. (2015). A competency matrix for global oral health. *Journal of dental education*, 79(4), 353-361.
- Bernabé, E. (2017). The impact of out-of-pocket payments for dental care on household finances in low and middle income countries. *BMC public health*, 17(1), 1.
- Bernard, H. R., & Bernard, H. R. (2013). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*: Sage.
- Bernard, J.-M. (2012). L'accès aux soins de santé en province et en milieu rural en Haïti. Retrieved from <http://www.haiti-perspectives.com/pdf/1.3-acces.pdf>
- Bourgeois, D., Estupinan-Day, S., Ndiaye, C., Ogawa, H., & Petersen, P. E. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 661-669. doi:10.1590/S0042-96862005000900011
- Brandimarte, L. (2009). Isla Hispaniola: a trans-boundary flood risk mitigation plan. *Physics and Chemistry of the Earth, Parts A/B/C*, 34(4-5), 209.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Butler-Kisber, L. (2010). *Qualitative inquiry : thematic, narrative and arts-informed perspectives*. Los Angeles ;; SAGE.
- Byrne, M. J., Tickle, M., Glenney, A.-M., Campbell, S., Goodwin, T., & O'Malley, L. (2019). A systematic review of quality measures used in primary care dentistry. *International Dental Journal*, 69(4), 252-264. doi:https://doi.org/10.1111/idj.12453
- Cairncross, S., Periès, H., Cutts, F. U. R. O. f. W., & Central Africa, A. I. C. (1997). Vertical health programmes. *The Lancet: Supplement 3*, 349(Supplement 3), S20-S21. doi:10.1016/S0140-6736(97)90079-9

- Campbell, S. M. (2000). Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, 51(11), 1611.
- Cane, R. J., & Butler, D. R. (2004). Developing primary health clinical teams for public oral health services in Tasmania. *Australian dental journal*, 49(4), 162-170. doi:10.1111/j.1834-7819.2004.tb00068.x
- Chochotte, M. (2017). *The History of Peasants, Tonton Makouts, and the rise and fall of the Duvalier dictatorship in Haiti*.
- Comité interministériel d'aménagement du territoire. (2010). *Haïti Demain, objectifs et stratégies territoriales pour la reconstruction*. Retrieved from <https://www.pseau.org/outils/biblio/resume.php?d=1915>
- Dalinjong, P. A., & Laar, A. S. (2012). The national health insurance scheme: perceptions and experiences of health care providers and clients in two districts of Ghana. *Health economics review*, 2(1), 1-13.
- Daniel, S. J., & Kumar, S. (2017). Comparison of dental hygienists and dentists: clinical and teledentistry identification of dental caries in children. *International Journal of Dental Hygiene*, 15(4), e143-e148. doi:10.1111/idh.12232
- Derivois, D., Cénat, J.-m., & Mérisier, G. G. (2014). Multi-natural disasters in Gonaïves Haiti: long-term outcomes among child and adolescents and social support. *International journal of emergency mental health*, 16(2), 292-297.
- Direction d'Organisation des Services de Santé, D., .. (2021). Rôles de la DOSS. Retrieved from https://mspp.gouv.ht/newsite/_direction/pagePresentation.php?IDDir=4&idpres=195
- Donmoyer, R. (2009). Generalizability and the Single-Case Study.
- Duangthip, D., Chen, K. J., Gao, S. S., Lo, E. C. M., & Chu, C. H. (2017). Managing Early Childhood Caries with Atraumatic Restorative Treatment and Topical Silver and Fluoride Agents. *International journal of environmental research and public health*, 14(10), 1204. Retrieved from <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/10/1204>
- Duval, F. (2017, 2017-09-29). Haiti, la santé est malade. *Le Nouvelliste* Retrieved from <https://lenouvelliste.com/article/177135/haiti-la-sante-est-malade>
- ElJardali, F. (2019). Barriers and facilitators to implementation of essential health benefits package within primary health care settings in lowincome and middleincome countries: A systematic review. *International Journal of Health Planning and Management, The*, 34(1), 15.
- Esnard, A. M. (2016). Transnationality and diaspora advocacy: lessons from disaster. *Journal of Civil Society*, 12(1), 1.
- Estupinan-Day, S., & Cohen, L. K. (2011). Oral health of Haiti (OHOH): a year later. *Compendium of continuing education in dentistry (Jamesburg, N.J. : 1995)*, 32(2), 10-12.
- Estupiñán-Day, S., Lafontant, C., & Acuña, M. C. (2011). Integrating oral health into Haiti's National Health Plan: from disaster relief to sustainable development. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 30(5), 484-489.

- Étienne, S. P., & Hurbon, L. n. (2018). *L'énigme haïtienne : Échec de l'État moderne en Haïti* [1 online resource (360 pages)]. Retrieved from <http://books.openedition.org/pum/15165>
- Fassin, D., & Fassin, É. (1989). La santé publique sans l'État? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal. *Revue Tiers Monde*, 881-891.
- Fisher, J., Selikowitz, H.-S., Mathur, M., & Varenne, B. (2018). Strengthening oral health for universal health coverage. *The Lancet*, 392(10151), 899-901. doi:10.1016/S0140-6736(18)31707-0
- Frenette, M. (1982). Cas historique de sédimentation du barrage Péligre, Haïti. *Canadian Journal of Civil Engineering*, 9(2), 206.
- Gage, A. D., Leslie, H. H., Kruk, M. E., Bitton, A., Jerome, J. G., Joseph, J. P., & Thermidor, R. (2017). Évaluation de la qualité des soins de santé primaires en Haïti. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(3), 182-190. doi:10.2471/BLT.16.179846
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 1-8. doi:10.1186/1471-2288-13-117
- Galloway, J., Marcenés, W., Mossey, P. A., & Listl, S. (2015). Global Economic Impact of Dental Diseases. *Journal of Dental Research*, 94(10), 1355-1361. doi:10.1177/0022034515602879
- Garcia, I., & Tabak, L. A. (2011). Global Oral Health Inequalities: The View from a Research Funder. *Advances in dental research*, 23(2), 207-210. doi:10.1177/0022034511402015
- Georges Dubuche, D., MSPP, . (2015). *Le diagnostic du financement de la santé*. Retrieved from <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/04/Le-Diagnostic-du-Financement-de-la-sant---en-Ha--ti.pdf>
- Glick, M., Monteiro da Silva, O., Seeberger, G. K., Xu, T., Pucca, G., Williams, D. M., . . . Séverin, T. (2012). FDI Vision 2020: Shaping the future of oral health. *International Dental Journal*, 62(6), 278-291.
- Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *British dental journal*, 221(12), 792-793.
- Gould, E. D. (2013). Atraumatic Restorative Treatment. *Access*, 27(2).
- Guay, A. H. (2004). Access to dental care: the triad of essential factors in access-to-care programs. *Journal of the American Dental Association* (1939), 135(6), 779-785.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Han, S. J., & Quiñonez, C. R. (2013). Dental volunteerism: is the current model working. *J Can Dent Assoc*, 79, d69.
- Hangoma, P., & Surgey, G. (2019). Contradictions within the SDGs: are sin taxes for health improvement at odds with employment and economic growth in Zambia. *Globalization and Health*, 15(1), 1-9.

- Hans, M. K., Hans, R., & Nagpal, A. (2014). Quackery: A major loophole in dental practice in India. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(2), 283.
- Hansen, H., & Metzl, J. M. (2017). New Medicine for the U.S. Health Care System: Training Physicians for Structural Interventions. *Academic Medicine*, 92(3), 279-281. doi:10.1097/ACM.0000000000001542
- Harnagea, H., Couturier, Y., Shrivastava, R., Girard, F., Lamothe, L., Bedos, C. P., & Emami, E. (2017). Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. *BMJ Open*, 7(9), e016078. doi:10.1136/bmjopen-2017-016078
- Harnagea, H., Lamothe, L., Couturier, Y., Esfandiari, S., Voyer, R., Charbonneau, A., & Emami, E. (2018). From theoretical concepts to policies and applied programmes: the landscape of integration of oral health in primary care. *BMC Oral Health*, 18. doi:10.1186/s12903-018-0484-8
- Hazlewood, A. I. (2007). Oral health in cuba. *The New York State Dental Journal*, 73(1), 48–50.
- Hiles, D. (2008). Transparency. In: Sage.
- Hsiao, W. C., Shaw, R. P., Fraker, A., & World Bank. (2007). *Social health insurance for developing nations* (Ser. Wbi development studies). World Bank. Retrieved November 22, 2021, from INSERT-MISSING-URL
- Human Rights Watch- Rapport mondial 2021. (2021). *Haïti, Événements de 2020*. Retrieved from <https://www.hrw.org/fr/world-report/2021/country-chapters/377434n°cc1ab8>
- Institut haïtien de l'Enfance et ICF. (2017). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2016-2017 : Indicateurs Clés*. Retrieved from <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/rapport%20preliminaire%20emmus%20VI.pdf>
- Kandelman, D., Arpin, S., Baez, R. J., Baehni, P. C., & Petersen, P. E. (2012). Oral health care systems in developing and developed countries. *Periodontology 2000*, 60(1), 98-109. doi:10.1111/j.1600-0757.2011.00427.x
- Kathmandu, R. Y. (2002). The burden of restorative dental treatment for children in Third World countries. *International Dental Journal*, 52(1), 1-9. doi:10.1111/j.1875-595X.2002.tb00589.x
- Katz, J. M. (2013). *The big truck that went by: How the world came to save Haiti and left behind a disaster*: St. Martin's Press.
- Klimovich, K., & Thomas, C. S. (2014). Power groups, interests and interest groups in consolidated and transitional democracies: Comparing Uruguay and Costa Rica with Paraguay and Haiti. *Journal of Public Affairs*, 14(3-4), 183-211.
- Knevel, R., Gussy, M. G., & Farmer, J. (2017). Exploratory scoping of the literature on factors that influence oral health workforce planning and management in developing countries. *International Journal of Dental Hygiene*, 15(2), 95-105. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emexa&AN=621324883>

- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academies.
- Lauber, K., Ralston, R., Mialon, M., Carriedo, A., & Gilmore, A. B. (2020). Non-Communicable disease governance in the era of the sustainable development goals: a qualitative analysis of food industry framing in who consultations. *Globalization and Health*, 16(1), 1-15.
- Lee, J., & Giannobile, W. (2016). Taxes on sugar-sweetened beverages: a strategy to reduce epidemics of diabetes, obesity, and dental caries? In: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- Léger, F. (2020). Réflexions sur la situation linguistique en Haïti: Entre propagande et discours scientifique. *Attribuer un sens. La diversité des pratiques langagières et les représentations sociales*, 263.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18
- Lévesque, M. C., Dupéré, S., Loignon, C., Levine, A., Laurin, I., Charbonneau, A., & Bedos, C. (2009). Bridging the Poverty Gap in Dental Education: How Can People Living in Poverty Help Us? *Journal of dental education*, 73(9), 1043-1054. doi:10.1002/j.0022-0337.2009.73.9.tb04791.x
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*: sage.
- Lloyd-Sherlock, P. (2006). When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy & Administration*, 40(4), 353-368.
- Loignon, C., Allison, P., Landry, A., Richard, L., Brodeur, J.-M., & Bedos, C. (2010). Providing Humanistic Care: Dentists' Experiences in Deprived Areas. *Journal of Dental Research*, 89(9), 991-995. doi:10.1177/0022034510370822
- Margolis, P. A., Carey, T., Lannon, C. M., Earp, J. L., & Leininger, L. (1995). The rest of the access-to-care puzzle. Addressing structural and personal barriers to health care for socially disadvantaged children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 149(5), 541-545.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6
- Marmot, M. (2017). The health gap: Doctors and the social determinants of health. *Scandinavian journal of public health*, 45(7), 686-693. doi:10.1177/1403494817717448
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522-526. doi:10.1093/fampra/13.6.522
- Masoe, A. V., Blinkhorn, A. S., Taylor, J., & Blinkhorn, F. A. (2016). Preventive management plans recorded by dental therapists and oral health therapists using clinical vignettes for adolescents accessing public oral health services in New South Wales, Australia. *Australian dental journal*, 61(1), 21-28. doi:10.1111/adj.12336

- Massara, M. L. A., Alves, J. B., & Brandão, P. R. G. (2002). Atraumatic Restorative Treatment: Clinical, Ultrastructural and Chemical Analysis. *Caries Research*, 36(6), 430-436. doi:10.1159/000066534
- Mathur, M. R., Reddy, K. S., Williams, D. M., & Watt, R. G. (2015). Universal health coverage: A unique policy opportunity for oral health. *Journal of Dental Research*, 94, 3S-5S. doi:10.1177/0022034514565648
- McBain, R. K., Jerome, G., Leandre, F., Browning, M., Warsh, J., Shah, M., . . . Fang, A. P. (2018). Activity-based costing of health-care delivery, Haiti. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 10.
- McGrath, C., Palmgren, P. J., & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical teacher*, 41(9), 1002-1006. doi:10.1080/0142159X.2018.1497149
- Merat, P. J. (2012). Forêts, évangélismes et aides humanitaires post-sismique en Haïti: des liaisons dangereuses. *VertigO-la revue électronique en sciences de l'environnement*(Hors-série 14).
- Merilus, J.-Y. (2015). Rural Development: The Economic Potentials of Haiti's "Lakou" System. *Focus on Geography*, 58(1), 36-45. doi:https://doi.org/10.1111/foge.12047
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis : an expanded sourcebook* (2nd ed. ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook. *JOURNAL OF ENVIRONMENTAL PSYCHOLOGY*, 14(4), 336.
- Ministère de l'Environnement. (2019). *Politique Nationale de Lutte contre les Changements Climatiques* Retrieved from <https://mde.gouv.ht/phocadownload/PNCC-HAITI-2019%20Final.pdf>
- Ministère de la Santé Publique et de la Population. (2012). *Politique Nationale de Santé*. Retrieved from <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PNS%2021juillet%20version%20finale.pdf>
- Ministère de la Santé Publique et de la Population. (2013a). *Annuaire Statistique MSPP 2012* Retrieved from <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/Annuaire%20statistique%20MSPP%202012-version%20web.pdf>
- Ministère de la Santé Publique et de la Population. (2013b). *Plan Directeur de Santé 2012-2022*. Retrieved from <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sante%202012%202022%20version%20web.pdf>
- Ministère de la Santé Publique et de la Population. (2015). *Le paquet Essentiel de Services* Retrieved from <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Manuel%20du%20PES%20Lancement%201er%20Septembre%202016%20compressed.pdf>
- Ministère de la Santé Publique et de la Population. (2018). *Rapport Statistique 2017* Retrieved from <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20Statistique%20MSPP%202017.pdf>

- Ministère de la Santé Publique et de la Population. (2020). *Documentation sur le Financement de la Santé*. <https://www.mspp.gouv.ht/documentation-sur-le-financement-de-la-sante/>
- Moeller, J., & Quiñonez, C. R. (2020). Dentistry's social contract is at risk. *Journal of the American Dental Association* (1939), 151(5), 334-339. doi:10.1016/j.adaj.2020.01.022
- Moise, J. (2020). Décret sur les Ordres Professionnels. *Le Moniteur, Numéro spécial. No 20* Retrieved from http://www.ocpah.ht/images/DECRET_ORDRES_PROFESSIONNELS_-_5_MARS_2020.pdf
- Mouradian, W. E. (2006). Band-aid solutions to the dental access crisis: conceptually flawed—a response to Dr David H. Smith. *Journal of dental education*, 70(11), 1174-1179.
- Naghibi Sistani, M. M., Yazdani, R., Virtanen, J., Pakdaman, A., & Murtomaa, H. (2013). Determinants of oral health: does oral health literacy matter? *ISRN dentistry*, 2013, 249591. doi:10.1155/2013/249591
- Nash, D. A., Friedman, J. W., Mathu-Muju, K. R., Robinson, P. G., Satur, J., Moffat, S., . . . Fernando, E. (2014). A review of the global literature on dental therapists. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(1), 1-10. doi:10.1111/cdoe.12052
- Nigel, P., Villena, R. S., Williams, D. M., Evans, R. W., Rekow, E. D., Christopher, F., . . . Sgan-Cohen, H. D. (2013). IADR Global Oral Health Inequalities Research Agenda (IADR-GOHIRA®) : A Call to Action. *Journal of Dental Research*, 92(3), 209-211. doi:10.1177/0022034512475214
- Nunkoosing, K. (2005). The problems with interviews. *Qualitative health research*, 15(5), 698-706.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072.
- O'Connor, M. K., Netting, F. E., & Thomas, M. L. (2008). Grounded theory: Managing the challenge for those facing institutional review board oversight. *Qualitative Inquiry*, 14(1), 28-45.
- Oberoi, S. S., & Oberoi, A. (2015). Growing quackery in dentistry: An Indian perspective. *Indian Journal of Public Health*, 59(3), 210.
- Offner, D. (2018). L'enseignement de la santé publique en odontologie: les enjeux d'un diplôme d'études spécialisées (DES). *Ethics, Medicine and Public Health*, 7, 7.
- Ogunbodede, E. O., Kida, I. A., Madjapa, H. S., Amedari, M., Ehizele, A., Mutave, R., . . . Okoye, L. (2015). Oral Health Inequalities between Rural and Urban Populations of the African and Middle East Region. *Advances in dental research*, 27(1), 18-25. doi:10.1177/0022034515575538
- Organisation Internationale du Travail. (2021). *Emploi et questions sociales dans le monde: Tendances 2021*. Retrieved from https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends2021/WCMS_794452/lang--en/index.htm
- Organisation Panaméricaine de la Santé. (2017). *La santé dans les Amériques+, édition de 2017. Résumé du panorama régional et profils de Haïti et des départements français d'Amérique (Guadeloupe, Guyane et Martinique)*.

- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed. ed.). Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Pauly, N. G., Warrier, S., Kashyap, R. R., Rao, P. K., Kini, R., & Bhandarkar, G. P. (2017). The curse of quackery in dentistry: A double-edged sword. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 5(1), 92.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(01), 161-171.
- Petersen, P. E. (2009). Global policy for improvement of oral health in the 21st century - Implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37(1), 1-8. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed11&AN=354090745>
- Petersen, P. E. (2010). Improvement of global oral health--the leadership role of the World Health Organization. *Community dental health*, 27(4), 194-198.
- Protection civile, systeme national de gestion des risques et désastres. (2021). *Tremblement de terre, rapport de situation n° 10*. Retrieved from https://protectioncivile.gouv.ht/wp-content/uploads/2021/08/Seisme_COUN_RapSit_010_20210826.pdf
- Psoter, W. J., Jean, H. L. P. S., Morse, D. E., Prophte, S. E., Joseph, J.-R. E., & Katz, R. V. (2005). Dental Caries in Twelve- and Fifteen-Year-Olds: Results from the Basic Oral Health Survey in Haiti. *Journal of Public Health Dentistry*, 65(4), 209-214. doi:10.1111/j.1752-7325.2005.tb03020.x
- Ranson, M. K. (2002). Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 613.
- Rashid-Kandvani, F., Nicolau, B., & Bedos, C. (2015). Access to dental services for people using a wheelchair. *American Journal of Public Health*, 105(11), 2312–2317. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302686>
- Reddy, K. V., Bansal, V., Singh, P. K., Bhambal, A., Gupta, M., & Gupta, S. (2017). Perceptions regarding treatment by dental quacks and self-rated oral health among the residents of Bhopal city, central India. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, 15(1), 84.
- Reis, C. M., Rodriguez, C., Macaulay, A. C., & Bedos, C. (2014). Dental students' perceptions of and attitudes about poverty: a Canadian participatory case study. *Journal of dental education*, 78(12), 1604-1614.
- Righolt, A. J., Jevdjevic, M., Marcenes, W., & Listl, S. (2018). Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015. *Journal of Dental Research*, 97(5), 501-507. doi:10.1177/0022034517750572

- Rioufreyt, T. (2016). La transcription d'entretiens en sciences sociales.
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice : a guide for social science students and researchers*. London ;; Sage Publications.
- Rogers, H. J., Rodd, H. D., Vermaire, J. H., Stevens, K., Knapp, R., Yousfi, S. E., & Marshman, Z. (2019). A systematic review of the quality and scope of economic evaluations in child oral health research. *BMC Oral Health*, 19(1), 132. doi:10.1186/s12903-019-0825-2
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2011). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*: sage.
- Russell, S. (2004). The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 71(2 Suppl), 147-155.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in nursing & health*, 18(2), 179-183.
- Schuller, M. (2012). *Killing with kindness : Haiti, international aid, and NGOs* [1 online resource (xvi, 233 pages) : illustrations]. doi:10.36019/9780813553641.
- Schwendicke, F., Dorfer, C. E., Schlattmann, P., Page, L. F., Thomson, W. M., & Paris, S. (2015). Socioeconomic Inequality and Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Dental Research*, 94(1), 10-18. doi:10.1177/0022034514557546
- Seidman, I. (2013). *Interviewing as qualitative research : a guide for researchers in education and the social sciences* (4th ed. ed.). New York: Teachers College Press.
- Seymour, F., & Busch, J. (2016). *Why forests? why now? : the science, economics, and politics of tropical forests and climate change*. Center for Global Development. Retrieved November 22, 2021, from INSERT-MISSING-URL Shariati, B., MacEntee, M. I., & Yazdizadeh, M. (2013). The economics of dentistry: a neglected concern. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(5), 385-394. doi:10.1111/cdoe.12047
- Shengelia, B., Murray, C. J., & Adams, O. B. (2003). Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization, 221-234.
- Skillman, S. M., Doescher, M. P., Mouradian, W. E., & Brunson, D. K. (2010). The challenge to delivering oral health services in rural America. *Journal of Public Health Dentistry*, 70(SUPPL. 1), S49-S57. doi:10.1111/j.1752-7325.2010.00178.x
- Sommer, M., & Parker, R. G. (2013). *Structural approaches in public health*. Abingdon, Oxon ;; Routledge.
- Thélusma, F. (2021). *Pratique du créole et du Français en Haïti. Entre un monolinguisme persistant et un bilinguisme compliqué*. (F. Brutus Ed.).
- Théodat, J.-M. (2004). Haïti, le français en héritage. [The legacy of the French language in Haiti]. *Hermès, La Revue*, 40(3), 308-313. doi:10.4267/2042/9565
- Trouillot, L. (2016). *Kannjawou*: ACTESSUD1.
- Trouillot, M.-R. (1990). *Haiti: State against nation*: NYU Press.

- Université d'État d'Haiti. (2022,). Faculté d'Odontologie Retrieved from <https://www.ueh.edu.ht/facultes/fo.php>
- Urwannachotima, N., Hanvoravongchai, P., Ansah, J. P., Prasertsom, P., & Koh, V. R. Y. (2020). Impact of sugar-sweetened beverage tax on dental caries: a simulation analysis. *BMC Oral Health*, 20(1), 1-12.
- Van den Broucke, S. (2017). La littératie en santé: un concept critique pour la santé publique. *La santé en action*, 440, 11-12.
- Vollú, A. L. c., Rodrigues, G. F., Rougemount Teixeira, R. V. l., Cruz, L. R., dos Santos Massa, G., de Lima Moreira, J. P., . . . Fonseca-Gonçalves, A. (2019). Efficacy of 30% silver diamine fluoride compared to atraumatic restorative treatment on dentine caries arrestment in primary molars of preschool children: A 12-months parallel randomized controlled clinical trial. *Journal of Dentistry*, 88. doi:10.1016/j.jdent.2019.07.003
- Watt, R. G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L. M. D., Venturelli, R., Listl, S., . . . Benzian, H. (2019). Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet (London, England)*, 394(10194), 261-272. doi:10.1016/S0140-6736(19)31133-X
- Watt, R. G., & Sheiham, A. (2012). Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40(4), 289-296.
- WHO, & Australia, t. G. o. S. (2010). The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. *Health Promotion International*, 25(2), 258-260. doi:10.1093/heapro/daq034
- Williams, D. M., Mossey, P. A., & Mathur, M. R. (2019). Leadership in global oral health. *Journal of Dentistry*, 87, 49-54. doi:10.1016/j.jdent.2019.05.008
- World Bank Group. (2016). *World development indicators* (Vol. 2016, Ser. Online access: world bank world bank open knowledge repository). World Bank Group. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0683-4>
- World Health Organization, & Public Health Agency of Canada. (2005). *Preventing chronic diseases : a vital investment*. World Health Organization.
- Yee, R., & Sheiham, A. (2002). The burden of restorative dental treatment for children in Third World countries. *International Dental Journal*, 52(1), 1-9. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2002.tb00589.x>

Annexes

Annexe A

Informations et formulaire de consentement

Titre du projet de recherche :

Comment améliorer l'accès aux soins dentaires en Haïti : points de vue de dentistes et futurs dentistes haïtiens.

Chercheurs:

Chercheur principal: Dr Christophe Bedos, Associate professor, Oral Health & Society Division, Faculty of Dentistry, McGill University

Étudiante chercheure: Dr **Linda Lubin-Jérôme**, McGill University, Faculty of Dentistry, Division of Oral Health and Society

Co-chercheure: Dre Marie Christina Hyppolite-Lafontant, Secrétaire Générale et Membre du Comité de Recherche de la Faculté d'Odontologie de l'Université d'État d'Haïti.

Introduction :

Nous avons le plaisir de vous inviter à participer à notre projet de recherche. Nous vous demandons de lire ce formulaire de consentement avant de prendre une décision. Il décrit le but de l'étude, et la nature de votre participation tout en soulignant vos droits. Si vous avez des questions n'hésitez pas à contacter l'un de nos chercheurs. Puisque la participation à ce projet de recherche est volontaire vous pouvez décider d'annuler votre participation à n'importe quel moment.

Objectifs de la recherche :

1. Le premier objectif sera d'explorer les opinions des dentistes haïtiens sur les solutions à l'accès aux soins dentaires et celles proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'International Association for Dental Research (IADR)
2. Le deuxième objectif sera d'explorer la velléité des dentistes à supporter des initiatives visant à promouvoir ou mettre en application des propositions facilitant l'accès.

Procédures de l'étude :

Si vous acceptez de participer à l'étude, veuillez apposer votre signature au bas du formulaire de consentement. Linda Lubin-Jérôme (LL) vous proposera un rendez-vous pour une entrevue de 90 minutes environ au cours de laquelle elle recueillera vos opinions sur les solutions à l'accès aux soins dentaires en Haïti. Dans le cadre de l'étude, elle a prévu de réaliser des entrevues avec 10 à 15 dentistes et futurs dentistes. Pour réaliser l'entrevue, nous choisirons ensemble un calme espace, permettant des discussions confidentielles. La langue de l'entrevue sera laissée à votre discrétion, en Kreyol et/ou en Français. Un enregistrement audio sera réalisé afin de transcrire l'entrevue sur support papier et l'analyser ; LL prendra aussi des notes si le besoin se fait sentir. Pendant l'entrevue vous pourrez prendre une pause à n'importe quel moment et vous aurez aussi le droit de refuser de répondre à certaines questions. Une réponse déjà enregistrée sera annulée ou corrigée si vous en faites la demande pendant ou après l'entrevue.

Risques probables :

Il n'y pas de risques majeurs associés à l'étude pour vous puisque vous aurez seulement à converser avec LL. Par contre, il se peut que vous jugiez le temps imparti à l'entrevue trop long, ou que vous

vous sentiez ennuyé par les questions à propos de votre carrière professionnelle. Nous ferons le nécessaire pour réduire si possible le temps alloué à l’entrevue.

Bénéfices possibles :

Votre participation à l’étude ne vous procurera pas de bénéfices directs. Cependant, les conclusions pourront aider les instigateurs de politiques de santé et les partenaires internationaux de même que les organisations non gouvernementales œuvrant localement à améliorer l’accès aux soins buccodentaires en incluant dans leur agenda des solutions proposées par les dentistes. En recueillant des informations sur les solutions à l'accès aux services de santé buccodentaire suggérés par des dentistes haïtiens, nous présumons que cette étude pourra contribuer à réduire les difficultés d’accès.

Sécurité et confidentialité des données :

Pour nous assurer de la sécurité des données obtenues sur le terrain, l’ordinateur contenant les informations recueillies sera accessible par des codes que LL ne gardera pas au même endroit que l’ordinateur lui-même. Les informations collectées seront rendues anonymes et stockées au réseau OneDrive (développé par Microsoft) de l’Université McGill. LL est l’unique utilisatrice de son compte OneDrive qu’elle accède en utilisant un mot de passe personnel. Elle permettra néanmoins au superviseur Dr Christophe Bedos d’avoir accès aux données de l’étude. A la graduation de LL, les données seront transférées au compte OneDrive du Dr Christophe Bedos et seront détruites au bout de sept ans d’après les règlements de l’Université McGill régissant la matière.

Nous utiliserons peu de support papier en Haïti, dans le but d’augmenter la confidentialité des informations fournies par les participants et aussi pour faciliter les déplacements de LL lui évitant de devoir tout transporter avec elle. Les formulaires de consentement seront scannés en Haïti et

sauvegardés sur OneDrive aussi. Les transcriptions des entrevues avec les participants ne seront pas imprimées en Haïti. De retour à l'Université McGill, tous les documents papiers imprimés seront alors gardés dans un cabinet situé dans un centre sécurisé de l'Université McGill dont seul le principal investigateur Dr Christophe Bedos détient la clé.

Nous aurons à écrire et publier une thèse synthétisant les informations obtenues dans les entrevues; nous préparerons aussi un article pour être publié dans un journal scientifique. Il est probable que nous citerons quelques segments de votre entrevue, mais nous ferons le nécessaire pour qu'on ne puisse vous identifier à travers ces citations. Le lecteur ne sera pas non plus en mesure d'identifier aucune allusion que vous pourriez faire au sujet de quelqu'un. Tous les noms seront effacés et toutes les informations devant permettre de vous identifier ou vous localiser seront détruites. Il est à souligner que le Comité d'Éthique de l'Université McGill (IRB) et l'Université d'État d'Haïti ont le droit de vérifier que les règles d'éthiques sont respectées.

Compensation :

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à cette étude.

Personnes a contacter si vous avez des questions au sujet de l'étude :

- Dr Linda Lubin-Jerome: MSc. Dental Science Student, Université McGill, Faculté de Médecine Dentaire, et des sciences de la santé orale, 2001, Ave McGill College, Montréal, QC, H3A1G1.
Tel : 514 501 6188. Courriel : linda.lubin-jerome@mail.mcgill.ca
- Dr christophe Bedos, Associate professor, Oral Health & Society Division, Faculté de Médecine Dentaire et des sciences de la santé orale , Université McGill 2001, Ave McGill College, Montréal, QC, H3A1G1.
- Tel : 514 3987203 Ext. 0129. Courriel : christophe.bedos@mcgill.ca

Personne à contacter si vous avez des questions au sujet de vos droits comme participant:

- Ms. Ilde Lepore : Responsable des questions d'éthiques du comité de revision de la recherche de l'institution, Université McGill, Faculté de Medecine, McIntyre Building, n° 633-3655, Promenade Sir William Osler, Montréal, Qc, H3G 1Y6.

Tel : 514 398 8302. Courriel : ilde.lepore@mcgill.ca

Consentement :

Je vous prie de selectionner l'une des options suivantes :

J'accepte d'être enregistré avec un magnétophone lors de l'entrevue: OUI_____NON_____

Je confirme par la présente que j'ai lu les informations contenues dans ce formulaire de consentement. On m'a expliqué le but de l'étude et ce que l'on attend de ma participation. J'ai posé des questions qui ont été repondues de facon satisfaisante. On m'a donné assez de temps pour prendre une decision. On m'a informé que mon nom ne sera pas cité dans aucune publication faite a partir de cette étude. Cependant, je ne renonce a aucun de mes droits légaux en signant cette forme. Une copie signée de cette forme me sera donnée.

Nom du participant.....

Date.....

Signature du participant.....

La personne ayant obtenu le consentement.....

Signature de la personne ayant obtenu le consentement.....

Annexe B.

Guide d'entrevue

Comment améliorer l'accès aux soins dentaires en Haïti : points de vue de dentistes haïtiens.

Bonjour, je suis Linda Lubin-Jérôme (LL), étudiante de maîtrise à la faculté de Dentisterie de l'Université McGill, Montréal, Québec, Canada. Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et me parler dans le cadre de ce projet de recherche. Comme nous en avons déjà parlé, le but de cet entrevue est de recueillir vos points de vue sur comment améliorer l'accès aux soins dentaires en Haïti. Je sais que vous avez volontairement accepté de participer à cette entrevue et je vous en remercie. Pouvez-vous prendre quelques minutes pour lire et signer le formulaire de consentement, si vous ne l'avez pas déjà fait ? N'hésitez pas à me poser des questions si vous voulez plus d'informations sur le projet de recherche.

Première partie : Introduction/ questions personnelles

Avant de commencer, j'aimerais avoir un peu d'information vous concernant, ainsi je vous poserai quelques questions au sujet de vous-même.

- Quelle langue voulez-vous utiliser pour cet entrevue?
- Quel âge avez-vous ?
- Habitez-vous loin de votre lieu de travail ? 10 km ?
- Depuis combien d'années travaillez-vous comme dentiste ?
- Ou, dans combien d'années allez-vous être gradué comme dentiste ?

- Parlez-moi de votre carrière de dentiste (études, positions occupées, lieux de travail, souvenirs etc...
- Parlez-moi de votre projet de carrière (étudiant) (projet d'avenir dans la profession, positions souhaitées?

Deuxième partie : Opinions sur l'accès aux soins dentaires en Haïti

Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions. Maintenant, permettez- moi de m'entretenir avec vous au sujet de l'accès aux soins dentaires en Haïti.

Pouvez-vous partager avec moi vos opinions sur ce sujet ?

- Dites-moi, ce qu'avoir accès aux soins dentaires veut dire pour vous.
- D'après vos expériences, qui dans la population haïtienne a ou n'a pas facilement accès aux soins dentaires ?
- Quels sont les endroits où l'accès aux soins est difficile ?
- Y a-t-il des barrières empêchant les Haïtiens d'avoir accès aux soins dentaires ?
 - Pouvez-vous me citer quelques-unes ?
 - Considérez-vous ces barrières comme des problèmes ?

Troisième partie : Solutions des participants

Les solutions du participant s'il considère le manque d'accès comme un problème.

Voulez-vous prendre une pause avant de continuer ? C'est possible si vous le souhaitez.

Maintenant, laissez-moi explorer avec vous les solutions qui pourraient résoudre le problème de l'accès aux soins dentaires en Haïti.

- Quelles seraient d’après vous les solutions à apporter au manque d’accès aux soins dentaires en Haïti ?
- Quels types de ressources sont nécessaires pour solutionner ce problème ?
- Quelles actions doivent être menées et qui selon vous doivent conduire ces actions ?

Pensez-vous qu’un dentiste – ou que la profession - a un rôle à jouer pour faciliter l’accès aux soins ?

- Quel rôle pourrait-il jouer ?
- D’autres personnes ou groupes de personnes ont-ils un rôle à jouer aussi ?
- Qui par exemple ?

Quatrième partie : Solutions proposées internationalement

Désolée, c’est un peu long, nous allons bientôt finir.

Je veux juste explorer avec vous quelques solutions proposées globalement qui sont déjà en application dans certains pays.

L’une d’entre elles s’appelle l’intégration des soins dentaires aux soins médicaux de base.

Partagez avec nous votre opinion sur ces aspects de l’intégration :

- Des soins dentaires de base fournies par un personnel médical non-dentaire qui peut être une infirmière par exemple
- Des soins dentaires de base fournies par un personnel qui serait une nouvelle catégorie de professionnels.

Des types de service sont aussi proposés comme moyen d’intégration.

Que pensez-vous de ces services suggérés :

- La télé-dentisterie pour la prévention et le diagnostic par l'utilisation de technologies par exemple.
- Le traitement des caries par une technique sans fraisage appelée Atraumatic Restorative treatment (ART)

Que pensez- vous de ces concepts pouvant faciliter l'intégration ?

- Plus étroite collaboration entre les professionnels de la santé
- Approche plus préventive que curative.
- Approche pour traiter la personne dans son entièreté

En guise de conclusion :

- Ces solutions sont-elles applicables à Haïti ?
- Que pense le dentiste ou le futur dentiste au sujet de ces approches ?
- Ont-elles de l'avenir ? Vont-ils influencer la carrière future des dentistes ?

Je vous remercie encore d'avoir pris part à cette entrevue. Je vous contacterai à nouveau au téléphone après avoir préparé un document écrit à partir des enregistrements de l'entrevue. Je le ferai pour vérifier quelques détails avec vous et aussi pour vous permettre de confirmer ou modifier vos dires si c'est nécessaire.