

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
INSTITUT NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
CENTRE – URBANISATION CULTURE SOCIÉTÉ

LA MOBILITÉ TRANSFRONTALIÈRE EN SANTÉ À LA FRONTIÈRE
HAÏTIANO-DOMINICAINE

Le doublet Ouanaminthe-Dajabón

Par

Dominique MATHON

Maîtrise en études urbaines

Thèse remise pour obtenir le grade de

Philosophiae doctor, Ph.D.

Études urbaines

Programme offert conjointement par l'INRS et l'UQAM

Novembre, 2020

Cette thèse intitulée

LA MOBILITÉ TRANSFRONTALIÈRE EN SANTÉ
Haïti et République dominicaine

et présentée par

Dominique MATHON

a été évaluée par un jury composé de

Marie-Soleil CLOUTIER, présidente, INRS-UCS

M. Philippe APPARICIO, directeur de thèse, INRS-UCS

M. Ugo LACHAPELLE, codirecteur de thèse, UQAM

Sophie PAQUIN, examinatrice interne, INRS-UCS

Sébastien FLEURET, examinateur externe, Université Angers

*À la mémoire de ma mère et de mon père,
À la mémoire de Michel, Nicole (Dòk) et Jesi
À mes filles.*

RÉSUMÉ

La recherche de soins hors de son pays de résidence est un phénomène multidimensionnel aux contours variables selon l'échelle à laquelle il se développe — transnationale ou transfrontalière — et le statut migratoire des personnes qui y ont recours. Les études sur la mobilité transfrontalière indiquent que le différentiel entre pays voisins et les différences entre systèmes de santé tendent à orienter les flux selon une dynamique d'attraction/répulsion. Le degré d'ouverture de la frontière, la proximité, la disponibilité et la qualité des services, le coût et les pratiques de mobilité de la population frontalière sont des facteurs décisifs dans l'utilisation des services de santé en pays voisin.

Haïti et la République dominicaine connaissent depuis environ trois décennies une intensification des dynamiques transfrontalières avec une polarisation différenciée des flux de biens et de personnes. L'utilisation des services de santé dominicains par les populations frontalières haïtiennes quoique souvent mentionnée par certains médias dominicains n'est que peu documentée. L'objectif de ce travail est d'explorer la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins des Haïtiennes et Haïtiens vivant dans la région du Nord-est pour saisir les logiques à l'œuvre, identifier les déterminants et cerner l'impact de ces dynamiques transfrontalières dans la structuration d'un espace transfrontalier de soins.

La thèse de doctorat comporte trois articles scientifiques abordant différentes facettes de la mobilité transfrontalière en santé ; elle mobilise méthodes et outils divers. Le premier article mesure l'impact de la frontière sur l'accessibilité spatiale potentielle aux services de santé. Dans le second, les itinéraires thérapeutiques des patients et des patientes fréquentant des structures de soins dominicaines sont analysés. Enfin, le troisième s'intéresse aux déterminants de l'utilisation des services de santé dominicains par la population frontalière haïtienne. Les résultats indiquent un effet frontière sur l'accessibilité spatiale potentielle fluctuant en fonction des degrés d'ouverture de la frontière. Les communautés situées à proximité de la frontière et d'un réseau routier en bon état sont plus sensibles au degré d'ouverture de la frontière. Les réseaux sociaux jouent un rôle important dans le recours transfrontalier aux soins ; canal de diffusion d'informations, ils apportent aussi un soutien moral ou une « protection » en cas d'abus. Les itinéraires thérapeutiques des patientes et patients sont souvent faits de va-et-vient entre structures de soins haïtiennes et dominicaines. La mobilité transfrontalière dans le recours aux soins requiert des compétences particulières telles une pratique de la frontière et une certaine capacité à payer. Enfin, si la recherche de soins de qualité influence la prise de décision, il n'en est pas de même de la distance. En définitive, la mobilité transfrontalière en santé concourt bien à la structuration d'un « espace transfrontalier de soins » où les femmes haïtiennes sont particulièrement présentes. Les coopérations transfrontalières institutionnelles observées pour le contrôle épidémiologique sont néanmoins inexistantes en ce qui a trait au recours transfrontalier aux soins de santé.

Des pistes pour les recherches futures sont évoquées dans le dernier chapitre. Une approche genrée pour l'analyse de la mobilité transfrontalière est suggérée ainsi qu'une réflexion prospective sur l'aménagement des zones frontalières avec un regard particulier sur le recours transfrontalier aux soins.

Mots-clés : Mobilité transfrontalière; accès à la santé; itinéraire thérapeutique; Haïti; République dominicaine; espace transfrontalier de soins

ABSTRACT

Seeking care outside one's country of residence is a multidimensional and complex phenomenon depending on the scale at which it develops - transnational or cross-border - and the migratory status of the people who seek it. Studies on cross-border mobility indicate that differences between neighboring countries and differences between health systems tend to channel flows according to an attraction/repulsion dynamic. The degree of openness of the border, the proximity, availability and quality of services, the cost and mobility practices of the border population are decisive factors in the use of health care services in neighboring countries.

Haiti and Dominican Republic have experienced for about three decades an intensification of cross-border interactions with a differentiated polarization of flows of goods and people. Use of Dominican health services by Haitian population living in borderland regions is often echoed by the media but poorly documented. The purpose of this thesis is to explore cross-border health care utilization by Haitian men and women living in the Northeast region. The objectives are threefold: first to grasp the logic at work, second to identify its determinants and third determine the impact of these cross-border dynamics in structuring a cross-border health care space.

The doctoral thesis includes three scientific articles addressing different aspects of cross-border health mobility and using a set of methods and tools. The first article measures the impact of the border on potential spatial accessibility to health care. The second focuses on the therapeutic itineraries of patients attending Dominican health care structures. The third article identifies the determinants of Dominican health care use by the Haitian border population. The results show that potential spatial accessibility varies accordingly to the degree of openness of the border. Communities located near the border and well connected through road infrastructure are more sensitive to the openness of the border. In addition, patients move back and forth between Haitian and Dominican health care structures. Social networks play an important role in the cross-border use of health care; they act as a channel for the transmission of information and provide moral support or "protection" in the event of abusive situation for the patients. Health care cross-border mobility requires skills such as the ability and capacity to cross the border as well as the capacity to pay out of pocket for health care and all related fees. The quest for quality care influences decision-making, the same cannot be said of distance. The results confirm that, to a certain point, health care cross-border mobility contribute to the structuring of a "cross-border care space" where Haitian women are particularly present. The cross-border cooperation implemented for epidemiological control is however missing for individual cross-border health care utilization.

Directions for future research are discussed in the final chapter. A gender-based approach to the analysis of cross-border mobility is suggested, as well as a prospective reflection on the development of border areas with a view to cross-border healthcare use.

Keywords: Cross-border mobility; access to health; therapeutic itinerary; Haiti; Dominican Republic; cross-border care space

AVANT-PROPOS

La frontière haïtiano-dominicaine connaît, depuis environ trois décennies, une évolution particulière avec l'intensification des flux transfrontaliers qui donne lieu à des recompositions territoriales importantes. Les zones frontalières haïtiennes et dominicaines, longtemps marges des États-nations se partageant cette île caribéenne de 76 192 km², deviennent les nœuds actifs de ces échanges. Ce sont aussi des lieux privilégiés pour de nombreux projets de coopération transfrontalière financés par des bailleurs de fonds internationaux. Les études se multiplient ; échanges commerciaux, migration, environnement font partie des thèmes privilégiés. Parallèlement, des programmes binationaux sont mis en place pour la surveillance épidémiologique soulignant ainsi l'importance de la mobilité dans la transmission des maladies. Peu de travaux se sont intéressés néanmoins de manière spécifique au recours transfrontalier aux soins des populations haïtiennes. Ceux qui l'évoquent mentionnent généralement les difficultés d'accès aux soins — disponibilité ou carence dans les services offerts — de la population haïtienne comme facteur explicatif. Si ces facteurs sont déterminants, d'autres peuvent intervenir comme le montrent les études réalisées dans d'autres contextes. La recherche de soins spécialisés, la qualité des services, la proximité sont parmi les causes identifiées pour expliquer la mobilité transfrontalière en santé dans des contextes variés. Certes, les clés de lecture de la mobilité transfrontalière sont diverses : certaines se focalisent sur les comportements individuels, d'autres sur les déterminants de l'utilisation des services. Les dynamiques thérapeutiques transfrontalières et leurs impacts sur la structuration des espaces transfrontaliers sont aussi analysés. Cette thèse doctorale s'inscrit donc dans la lignée des travaux réalisés sur le sujet. Elle se démarque de ceux-ci néanmoins par la combinaison des outils quantitatifs et qualitatifs associés à l'utilisation du système d'information géographique (SIG). Enfin, elle répond à une nécessité, celle d'aborder un aspect jusque-là négligé de la mobilité transfrontalière entre Haïti et la République dominicaine. Elle espère par ailleurs contribuer, à partir de données empiriques, à une meilleure compréhension des logiques à l'œuvre.

REMERCIEMENTS

Cette thèse n'aurait été possible ni n'aurait pu aboutir sans l'apport, le soutien et les conseils de ma famille, de mes proches, d'amis et de collègues. Je tiens à leur exprimer toute ma gratitude.

Merci à mes directeurs de thèse, Philippe Apparicio et Ugo Lachapelle, qui m'ont accompagnée tout au long du processus de recherche et de rédaction, riche en enseignements. Tous deux, à votre façon, vous m'avez incitée à être plus rigoureuse et systématique. Je vous sais aussi gré de votre disponibilité, vos encouragements, vos commentaires avisés et constructifs. Un merci particulier à Philippe Apparicio pour son infinie patience ainsi que les bourses et allocations de recherche qui ont contribué à la réalisation de cette thèse.

Un gros merci, et pas des moindres, à tous ceux et celles qui, en Haïti et en République dominicaine, m'ont aidée lors de la compilation d'informations soit en m'orientant vers des personnes-ressources, soit en me facilitant l'accès à des données statistiques, rapports et études. Je remercie Nicola Pin, OXFAM-Italie en Haïti, d'avoir facilité mon hébergement à Ouanaminthe et le contact avec les membres de son équipe sur le terrain. À ces derniers aussi, je dis merci de m'avoir accueillie ; je garde un agréable souvenir de ces moments partagés et de nos conversations. Jésusla et Mureille, un grand merci de m'avoir guidée sur le terrain et à la frontière. Je veux aussi saluer les étudiants de la faculté d'aménagement du Campus Henri Christophe de l'Université d'État d'Haïti pour leur contribution à la réalisation de l'enquête.

Merci à tous ceux et celles que j'ai croisés à l'Université du Québec à Montréal, au Centre Urbanisation Culture Société, en particulier au LASER, puis au LAEQ, qui à travers les enseignements, les échanges et moments partagés ont enrichi cette expérience. Je remercie spécialement Mathieu, Josefina, Chloé et Anh Tu ainsi que mes collègues de promotion, Daouda, James, Joao et Mathieu. Merci aussi, Elieth, pour tes commentaires critiques et avisés, tes encouragements et ton amitié.

Mes filles, Aïka et Nitsé, ont égayé avec leur amour et leur sourire rayonnant les moments difficiles. Merci pour tout...inclus vos commentaires, lectures et révision de textes ! Je remercie aussi mes frères, Bernard, Philippe, Yves et ma sœur, Isabelle pour leur support inconditionnel et leur affection.

Merci à Denise pour sa présence, son réconfort, ses conseils. *Fanm potomitan*, femme-courage, tu es un modèle inspirant. Richard, Sabine, Nathalie et Guy, je ne saurais oublier vos encouragements, nos nombreuses discussions, votre indéfectible amitié et notre complicité tout au long de ce cheminement.

Enfin, une pensée spéciale pour deux êtres chers, ma mère et Michel, qui m'ont appuyée, encouragée et conseillée jusqu'à leur dernier souffle. Je regrette que vous n'ayez pu voir le produit final. Je vous le dédie.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	xiii
Liste des figures	xiii
Liste des abréviations et des sigles	xv
Introduction	17
Chapitre 1 : mobilité, frontière et accès à la santé	19
1.1. La mobilité en question.....	20
1.1.1. <i>Un phénomène total complexe</i>	21
1.1.2. <i>De la mobilité aux territoires circulaires</i>	23
1.1.3. <i>La mobilité dans la structuration de l'espace transfrontalier</i>	25
1.2. La frontière : du frontalier au transfrontalier.....	27
1.2.1. <i>Vers une redéfinition de l'objet frontière</i>	27
1.2.2. <i>Des dynamiques frontalières à géométrie variable</i>	29
1.3. Mobilité transfrontalière et santé.....	35
1.3.1. <i>De la pluralité des regards posés sur la mobilité transfrontalière en santé</i>	36
1.3.2. <i>Un regard à partir de la frontière</i>	46
1.4. Positionnement théorique	49
1.4.1. <i>De l'accès à la santé</i>	50
1.4.2. <i>... au recours aux soins transfrontaliers</i>	51
1.5. À la frontière haïtiano-dominicaine	52
1.5.1. <i>Une frontière profondément enracinée</i>	52
1.5.2. <i>Des « mobilités à temporalités multiples »</i>	54
1.6. Objectif et questions de recherche	56
1.7. Organisation de la thèse	59
1.7.1 <i>Des articles scientifiques</i>	59
1.7.2. <i>De la synthèse et discussion des résultats</i>	60
1.8. Des apports de la thèse.....	61

1.8.1. Contribution de l'article 1.....	61
1.8.2. Contribution de l'article 2.....	62
1.8.3. Contribution de l'article 3.....	63
Chapitre 2 : Article 1	64
2.1. Formulaire d'inclusion d'un article à la thèse de doctorat.....	64
2.2. Background.....	67
2.3. The Haitian-Dominican border.....	68
2.4. Main characteristics of the public health care systems in Haiti and the Dominican Republic	70
2.4.1. Reforms of the health care system: Access to health care and equity	70
2.4.2. Organization of the health care system.....	71
2.4.3. Binational cooperation in health.....	73
2.5. Data and methods	73
2.5.1. Study area.....	73
2.5.2. Data.....	75
2.5.3. Methods	78
2.5.4. The Enhanced Two-Step Floating Catchment Area (E2SFCA) method	78
2.6. Results.....	80
2.6.1. Scenario 1: Open border.....	80
2.6.2. Scenario 2 and scenario 3: Half-closed border.....	81
2.6.3. Scenario 4: Closed border	82
2.6.4. Variation between scenario 4 and scenario 1	83
2.6.5. Results of nonparametric test and regression models	84
2.7. Discussion	86
2.8. Conclusion	88
2.9. References	89
Chapitre 3 : Article 2	94
3.1. Formulaire d'inclusion d'un article à la thèse de doctorat.....	94

.....	96
3.2. Résumé en anglais	97
3.3. Introduction	100
3.4. De la notion de mobilité transfrontalière et ses déterminants	101
3.5. Itinéraire thérapeutique et mobilité transfrontalière	102
3.6. La frontière haïtiano-dominicaine entre asymétrie et interdépendance	104
3.6.1. <i>Une dynamique frontalière complexe tissée à l'aune d'un passé et d'un présent empreints de conflits et de solidarités</i>	104
3.7.2. <i>Des écarts dans l'offre de soins et les ressources disponibles</i>	108
3.7. Méthodes	111
3.7.1. <i>Méthodes et collecte de données</i>	111
3.7.2. <i>Analyse des données</i>	113
3.7.3. <i>Considérations éthiques</i>	113
3.8. Résultats	114
3.8.1. <i>Profil des patientes et patients, des cliniciens et gestionnaires</i>	114
3.8.2. <i>Itinéraire thérapeutique et mobilité transfrontalière</i>	114
3.8.3. <i>Le recours transfrontalier aux soins : pourquoi traverser ?</i>	122
3.9. Discussion et conclusion	130
3.10. Bibliographie	132
Chapitre 4 : Article 3	137
4.1. Formulaire d'inclusion d'un article à la thèse de doctorat	137
.....	140
4.2 Background	141
4.3. Methods	143
4.3.1. <i>Study location and sampling</i>	143
4.3.2. <i>Survey data</i>	145
4.3.3. <i>Ethical clearance and informed consent</i>	146
4.3.4. <i>Measures</i>	147

4.3.5. <i>Statistical Analysis</i>	149
4.4. Results.....	150
4.4.1. <i>Description of the sample and bivariate analysis</i>	150
4.4.2. <i>Cross-border health care facility utilization model</i>	154
4.5. Discussion and Conclusion.....	156
4.6. Declarations.....	157
4.7. References	158
Chapitre 5 : Synthèse et discussion des résultats	161
5.1. Frontière-filtre et espace transfrontalier	162
5.1. Mobilité transfrontalière en santé : quelles transformations sociospatiales ?	165
5.1.1. <i>Effet-frontière sur l'accès à la santé : un impact et une profondeur variable</i>	167
5.2.2. <i>Des relations de coexistence et des pratiques sociales réticulées</i>	169
5.2.3. <i>Les acteurs de l'espace transfrontalier de soins</i>	174
5.3. Limites et apports de la thèse	176
5.3.1. <i>Limites de la recherche</i>	176
5.3.2. <i>Apports de la recherche</i>	178
5.4. Pistes pour de futures recherches	180
5.4.1. <i>Approche genrée de la mobilité transfrontalière en santé</i>	180
Conclusion	184
Bibliographie	188
Annexe 1 : questionnaire et guides d'entretien	214

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 : Basic health indicators for Haiti and the Dominican Republic	70
Tableau 2.2 : Dominican health care facilities use for consultation and Emergency by national and foreign patients, 2015.....	75
Tableau 2.3 : Road classification and speed.....	77
Tableau 2.4 : Linear regression for E2SFCA (n = 624)	86
Tableau 4.1 : Explanatory variables and expected signs for coefficients in the model	149
Tableau 4.2 : Characteristics of the sample – Chi square analysis.....	152
Tableau 4.3 : Logistic regression results for factors associated with cross-border health care utilization	155

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 : La mobilité selon Cresswell.....	22
Figure 1.2 : Dimensions de la mobilité spatiale	25
Figure 1.3. Effet-frontière et espace frontalier	33
Figure 1.4 : Interactions entre mobilité, frontière et accessibilité	50
Figure 1.5 : La frontière haïtiano-dominicaine	53
Figure 2.1 : The three-tiered health care system of Haiti and the Dominican Republic	72
Figure 2.2 : Study Area	74
Figure 2.3 : Health care facilities and health professionals in the study area	76
Figure 2.4 : E2SFCA results.....	83
Figure 2.5 : Variations in E2SFCA Results for Scenario 4 versus Scenario 1	84
Figure 2.6 : Boxplots for the four scenarios.....	85
Figure 3.0 : Therapeutic Itinerary	99
Figure 3.1: La frontière haïtiano-dominicaine	105
Figure 3.2 : Flux migratoires entre les deux pays selon les quatre postes frontaliers.....	106
Figure 3.3 : Cas traités à l'hôpital provincial de Dajabón de 2014 à 2016	107
Figure 3.4 : Distribution selon le lieu de résidence déclaré des patientes haïtiennes ayant accouché à l'hôpital de Dajabón entre 2014 et 2016	108
Figure 3.5 : Pyramide de soins.....	109

Figure 3.6 : Distribution des structures de soins à Ouanaminthe et Dajabón 110

Figure 4.1 : Ouanaminthe and its neighbourhood 144

Figure 4.2 : Sampling process..... 145

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

BMHSU	Behavioral Model of Health Services Use
CIAT	Comité interministériel d'aménagement du territoire
CTC	Commission technique de gestion des Frontières
CMB	Commission mixte bilatérale
CNIGS	Centre national d'information géospatiale
CSPro	Census and Survey Processing System
DGDF	Dirección General de Desarrollo Fronterizo
DHS	Demographic and Health Survey
E2SFCA	Enhanced Two-step floating catchment area
HCR	Hôpital communautaire de référence
IHSI	Institut haïtien de statistique et d'informatique
MSP	Ministerio de salud pública
MSPP	Ministère de la santé publique et de la population
MTPTC	Ministère des travaux publics transport et communications
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONE	Oficina nacional de estadística
ONG	Organisation non gouvernementale
OSM	Open Street Map
OZF	Observatorio zona fronteriza
PAHO	Pan American Health Organization
SDE	Section d'énumération
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
UE	Union Européenne
UNAP	Unidad de atención primaria

UNICEF	United Nations Children's Fund
UNFPA	United Nations Population Fund
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	World health organization

INTRODUCTION

À travers le monde, le nombre de patients ayant recours à des soins de santé à l'extérieur de leur pays ne cesse d'augmenter (Bell et al. 2015). Ce phénomène d'actualité dont les contours varient selon l'échelle à laquelle il intervient, transnationale ou transfrontalière, intéresse à plusieurs égards les chercheurs de différentes disciplines des sciences sociales du fait des multiples défis qu'ils présentent entre autres pour la santé et les systèmes de santé. Les liens du phénomène avec la croissante mobilité et la globalisation sont par ailleurs évoqués par plus d'un (Bell et al. 2015 ; Giovanella et al. 2007 ; Haynes, Lovett et Sunnenberg 2003). De manière spécifique, la mobilité transfrontalière des patients pose des enjeux en lien avec la circulation des personnes, des biens et des services, l'organisation différenciée des systèmes de soins, la « souveraineté des États dans le domaine de la santé » (Filhon, Tissier et Cariou 2012 ; Giovanella et al. 2007 ; Jiménez et Nogueira 2009 ; Nogueira et Dal Prá 2010). Ceux-ci relèvent aussi bien du droit, du politique, de l'économie que de la planification sanitaire et territoriale.

D'un côté, l'approche en santé tend à être plus « globale » (MacPherson, Gushulak et Macdonald 2007 ; Faye, Diene et Desclaux 2010 ; Moullé 2010 ; Bochaton 2009a ; Collins et al. 2011 ; Vaguet 2011). Ceci se traduit, entre autres, par une forte « interdépendance des déterminants de santé », une « circulation » à l'échelle mondiale des « modèles sanitaires » (représentations, pratiques, normes, etc.), une plus grande homogénéisation des protocoles de soins (Fassin 2001). Des formes de collaboration/coopération plus étroites au niveau mondial (MacPherson, Gushulak et Macdonald 2007 ; Organisation Mondiale de la Santé 2007) ainsi qu'à l'échelle régionale (Gallo et Costa 2004) émergent et sont « confortées » par l'existence de blocs régionaux (SICA, MERCOSUR, UE, etc.).

De l'autre, les coopérations entre acteurs frontaliers et le recours aux soins outre-frontière tendent à bousculer les politiques de santé publique (Moullé 2010 ; Vaguet 2011). L'intégration des systèmes de santé, la structuration de « réseaux hospitaliers transfrontaliers » (Lamour 2010), l'aménagement transfrontalier des territoires de santé (De Ruffray et Hamez 2009) font l'objet de recherches diverses. Pour sa part, la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins soulève différentes questions comme celles du suivi des patients (Grossman et al. 2012), de la planification et mise en œuvre des actions de santé, du dimensionnement des services (Peiter 2007). Elle porte aussi à s'interroger sur les principaux déterminants du recours transfrontalier aux soins ainsi que sur son rôle dans l'accessibilité et la réduction des inégalités en santé (De

Ruffray et Hamez 2010, 2009 ; Perez et Balli 2010 ; Bochaton 2009a). Par ailleurs, l'augmentation des mobilités internationales en santé souligne la complémentarité, voire la concurrence de systèmes de santé fortement différenciés d'une part et révèle, d'autre part, les préférences et les pratiques des individus (Sylvia Guendelman et Jasis 1992 ; H. S. Brown 2008 ; Moullé et Duhamel 2010 ; Bochaton 2009a ; Grossman et al. 2012 ; Dione 2013). De plus, proximité et différentiel de développement entre pays voisins, comme dans le cas d'Haïti et la République dominicaine, induisent une « multiplicité de formes du mouvement » (Faret 2003) associée à une certaine polarisation des flux entre autres dans le recours aux soins (Perez et Balli 2010 ; Bochaton 2009a).

Les approches pour comprendre ou expliquer ces logiques de mobilité et les itinéraires thérapeutiques sont variées. Ainsi, plusieurs études empiriques se sont focalisées sur les comportements individuels et les déterminants de l'utilisation des services de santé à la frontière des États-Unis et du Mexique (Sylvia Guendelman et Jasis 1992 ; H. S. Brown 2008 ; Su et al. 2011a ; Grossman et al. 2012). D'autres ont plutôt cherché à analyser les dynamiques transfrontalières à l'œuvre sur le plan de la santé et les logiques qui leur sont associées afin de cerner les recompositions sociales et territoriales qu'elles génèrent (Moullé et Duhamel 2010 ; Bochaton 2009a). De leur côté, les études anthropologiques ont cherché à expliquer les « mobilités thérapeutiques » en portant un regard croisé sur les déterminants de la migration et ceux de l'accès aux soins (Sakoyan 2012). Par ailleurs, les recherches récentes sur la mobilité soulignent le caractère structurant de la mobilité considérée comme un « phénomène social total » (Kaufmann 2008) ; elles insistent sur la nécessité de considérer la mobilité dans toutes ses formes. *In fine*, ces études montrent que, pour comprendre les logiques à l'œuvre et leur inscription dans l'espace, plusieurs clés de lecture sont nécessaires. En ce sens, le croisement entre mobilité/frontière/accès à la santé doit être exploré avec une approche pluridisciplinaire et multiscalaire afin de rendre compte de la complexité des interactions à l'œuvre, des stratégies des acteurs et des logiques qui les sous-tendent pour en cerner les enjeux. Car, c'est bien à l'intersection de ces trois phénomènes (mobilité, frontière et accès à la santé) et dans la dialectique de leurs interactions qu'il sera possible de comprendre les dynamiques à l'œuvre et leurs effets à différentes échelles sociospatiales. Le propos étant tout compte fait d'expliquer la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins de santé et les territoires qu'elle tend à structurer.

Chapitre 1 : MOBILITÉ, FRONTIÈRE ET ACCÈS À LA SANTÉ

Les flux et échanges transfrontaliers, loin d'être des phénomènes récents, ont connu un certain regain d'intensité avec la globalisation, les processus d'intégration régionale et la mobilité accrue caractéristique de la société contemporaine (Martinez 1994b). La notion de *mobilité* transfrontalière, présente dans le débat académique, intéresse également une multiplicité d'acteurs, car porteuse d'enjeux multiples. Plusieurs travaux et études abordent la mobilité transfrontalière en Europe, notamment en ce qui a trait aux mouvements pendulaires transfrontaliers en lien avec l'emploi par exemple ou la mobilité résidentielle. Ils soulignent l'ambivalence de la frontière européenne agissant comme interface ou barrière et en parallèle, l'affranchissement de la distance résultant de cette mobilité accrue (Carpentier et Gerber 2012). La « capacité des flux à faire territoire » est aussi questionnée dans une approche qui vise à « dépasser l'opposition binaire entre territoires et mobilité » (Frétigny et Cattan 2011). Les territoires y sont donc analysés en termes de connexité, soit d'articulations et d'interdépendances ; il en résulte, entre autres, une remise en question de la notion de distance comme élément structurant des modes de vie (des comportements) (Kaufmann 2008). Dans le domaine de la santé, l'intérêt se focalise autant sur les déterminants du recours aux soins outre-frontière que sur les problèmes soulevés par ces pratiques au regard de la couverture sociale, de la gestion hospitalière, de la planification et des politiques de santé, etc. L'accent est aussi mis sur le rôle des réseaux dans cette quête de soins outre-frontière (Bochaton 2009a, 2015).

Sous-jacentes à ces différentes approches, se trouvent les « représentations » et « certitudes » par rapport à la frontière (Piermay, Reitel et Zander 2002) et à la mobilité. En ce sens, il semble opportun de faire le point sur la manière dont ces deux notions, mobilité et frontière, sont abordées. Le parti pris est donc d'opposer *mobilité* et *frontière* dans un questionnement dialectique pour faire ressortir convergences et contradictions tant au niveau du débat que des dynamiques territoriales observées. Elle souscrit aussi à l'idée que la frontière (ou région frontalière) est un construit résultant de ce fait chaque frontière ou région frontalière singulière ainsi que les dynamiques ou pratiques qui s'y observent. Elle part aussi du postulat que la mobilité est un phénomène social complexe, également un construit social. L'existence de frontière pouvant constituer à la fois un frein à la mobilité et la susciter. Pour sa part, la mobilité peut s'affranchir des frontières comme en générer de nouvelles. D'où, la nécessité d'une contextualisation historique, sociopolitique et économique pour une meilleure compréhension des notions, de leur évolution et des phénomènes qui leur sont associés.

Ainsi, dans un premier temps, la mobilité est questionnée à partir de la polysémie du terme et du positionnement actuel de la littérature sur son rôle dans la création de lieux et la structuration d'un espace transfrontalier. Ensuite, on s'intéresse à l'objet frontière ainsi qu'aux enjeux posés par la croissante mobilité et l'intégration régionale dans la redéfinition des frontières, des espaces frontaliers et transfrontaliers. Enfin, la recension de la littérature sur mobilité transfrontalière et santé permet de dégager les différents points d'entrée utilisés pour analyser le phénomène tout en mettant l'accent sur les résultats des études empiriques notamment en ce qui a trait aux déterminants du recours transfrontalier aux soins.

1.1. La mobilité en question

Phénomène séculaire caractéristique des sociétés, la mobilité constitue un élément essentiel de l'organisation de l'espace, voire de structuration des sociétés (Cresswell 2010b, 2010a ; Brulhardt et Bassand 1981 ; Bonerandi 2004 ; Vodoz, Pfister Giaque et Jemelin 2004). Les mouvements de population intéressent d'ailleurs les sciences sociales à plusieurs égards, et ce, depuis leur création (Brulhardt et Bassand 1981 ; Cresswell 2010b). De fait, en sociologie les travaux de Park et Burgess ([1925] 1968, [1922] 1969) analysent la mobilité, en particulier les mouvements de population dans la structuration de l'espace urbain. Simmel ([1903] 1964) s'est également intéressé au mouvement, en particulier aux interactions sociales (lien social) qui lui sont associées. En géographie, les modèles gravitaires et les théories d'interaction spatiale s'intéressent aussi au mouvement et à ses effets sur l'espace (Cresswell 2010b). Cela dit, la résurgence de la mobilité dans le débat scientifique contemporain s'appuie sur l'évolution que connaît le phénomène avec le développement de la technologie et les transformations économiques et politiques. Ces changements ont en effet conduit à une intensification et diversification des formes de mobilité, à un rétrécissement de l'espace et du temps, à une plus grande fluidification du mouvement et à « l'immédiateté dans la circulation des idées et la diffusion » (Kaufmann 2004, 25). Il en résulte un questionnement de la notion de mobilité et de son rôle dans la transformation/structuration de l'espace, de la société. Certains auteurs évoquent un « nouveau » paradigme (Cresswell 2010b ; Vodoz, Pfister Giaque et Jemelin 2004) pour souligner les différences émergentes ainsi que l'éventail des formes et espaces de la mobilité. Pour Cresswell (2010b), la nouveauté du paradigme réside essentiellement dans le regard porté et la démarche utilisée pour aborder la mobilité. Celle-ci ne devrait toutefois pas, selon lui, s'affranchir du passé encore lisible dans les formes (en anglais *patterns*), représentations et

pratiques de la mobilité actuelle (Cresswell 2010b, 2010a)¹. De son côté, Kaufmann (2004) note l'absence d'un « appareil conceptuel adéquat » et l'atomisation du savoir relatif à la mobilité, ce qui tend à contraindre le « dialogue » entre disciplines (Kaufmann 2004). Les limites des « approches socioéconomiques » sont également mises de l'avant pour faire valoir la nécessité d'une approche plus globale pouvant rendre compte de la diversité des « échanges sociaux, symboliques ou factuels » associés à la mobilité (Tarrus 1989).

1.1.1. Un phénomène total complexe

La mobilité — notion complexe, souvent peu précise (Montulet et Kaufmann 2004) dont l'acception varie selon les disciplines (Bonnerandi 2004 ; Dureau et Hily 2009), voire au sein d'une même discipline — recouvre en outre plusieurs dimensions: sociale, spatiale, virtuelle (Lussault et Stock 2003 ; Montulet et Kaufmann 2004). Pour certains, elle concerne autant les hommes que les biens et les informations (Montulet et Kaufmann 2004 ; Kaufmann et Jemelin 2004 ; Urry 2005b ; Cresswell 2010a). Une diversité traduite par le pluriel, mobilités, employé pour référer au phénomène considéré comme l'élément « central » de la société moderne ou post-moderne (Urry 2005b ; Cresswell 2010a ; J.-P. Lévy 2009 ; Urry 2005a). Dans sa dimension spatiale, la mobilité indique généralement les mouvements d'une population (mobilité résidentielle, migration, mobilité quotidienne, tourisme) au sein d'un espace géographique donné (Kaufmann 2004 ; Brulhardt et Bassand 1981 ; Lussault et Stock 2003 ; Bonnerandi 2004). Cette dimension spatiale de la mobilité présente notamment dans la littérature en géographie² et en études urbaines a cependant longtemps été absente de la sociologie qui s'intéressait plutôt à la mobilité sociale (ascendante ou descendante) (Urry 2005b ; Bourdin 2005). Cette séparation du social et du spatial est toutefois questionnée par plusieurs auteurs issus de différentes disciplines (sociologie, géographie, anthropologie) qui plaident pour une approche moins réductrice, plus globale de la mobilité (Kaufmann 2004 ; Urry 2005b ; Bourdin 2005 ; Tarrus 1996, 1989 ; Cresswell 2010b, 2010a). Ils estiment que la mobilité, en plus d'être un phénomène complexe et multidimensionnel, est un « fait social » doté d'un potentiel transformateur de la société (Montulet et Kaufmann 2004 ; Urry 2005b ; Tarrus 1992 ; J.-P. Lévy 2009 ; Dureau et Hily 2009). En ce sens, elle ne peut être réduite

¹ L'arrimage entre passé, présent (voire future) porte Cresswell (2010b) à introduire l'idée d'une « constellation » de mobilités laquelle refuse en quelque sorte la rupture pour privilégier plutôt la continuité.

² Kellerman (2006) note que l'approche de la mobilité à partir d'une « perspective géographique » est plus présente dans les travaux des chercheurs européens qu'étasuniens.

aux mouvements, aux déplacements effectués d'un lieu ou d'un point vers un autre³. Bien plus, un décentrement du regard vers les acteurs et les logiques sous-tendant leurs actions doit être envisagé afin de cerner les motifs du mouvement ou de l'immobilité (Kaufmann 2004, 2008). Un point de vue partagé par Faret (2003) qui estime que la compréhension de la relation migratoire entre deux pays doit être observée et analysée à partir des pratiques des migrants et leurs stratégies. Une attention particulière est alors accordée à l'ensemble du processus migratoire, au « fonctionnement social du système de mobilité mis en place et façonné » par les acteurs (Op.cit2003, 8).

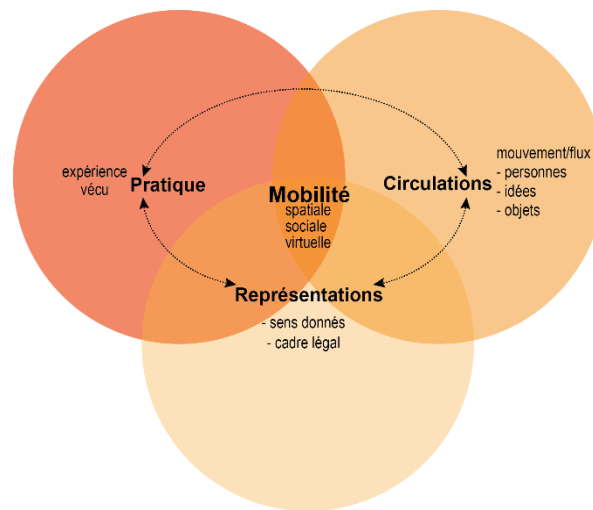


Figure 1.1 : La mobilité selon Cresswell

Dans une telle perspective, les apports de Cresswell (2010b) en géographie humaine sont intéressants, car, ils considèrent la mobilité comme une combinaison de mouvements physiques, de représentations et de pratiques (figure 1.1). Le mouvement physique ou « matière première » dans la production de la mobilité serait l'équivalent du flux ou du déplacement d'un lieu à un autre qu'il s'agisse d'individus, d'objets ou d'idées. Le mouvement physique ainsi défini peut se mesurer, être cartographié (géographie des flux). La représentation de la mobilité réfère aux différents sens donnés au mouvement dans le discours ; elle va de la métaphore utilisée pour

³ Au passage, il est intéressant de noter que le champ d'analyse de la géographie du transport s'est aussi élargi en s'intéressant non seulement aux différents aspects du transport, mais aussi à ses interactions avec la société. Scott, Dugundji et Páez (2013) signalent d'ailleurs que les études sur le comportement au transport traitent des interactions entre les ménages dans la prise de décision ; une attention particulière est de ce fait accordée à la dimension sociale du transport. Ces études, pour la plupart, font appel aux méthodes quantitatives (divers modèles de régression) pour identifier les principaux déterminants dans la prise de décision. Si des facteurs contextuels ou sociaux peuvent influencer, la distance (temps ou mètre) demeure l'élément clé.

indiquer le mouvement au droit à la mobilité inscrit dans des documents légaux. La pratique concerne l'expérience particulière incarnée et ancrée dans le vécu (Cresswell 2010b).

1.1.2. De la mobilité aux territoires circulaires

Une telle caractérisation invite donc à prendre en compte les multiples formes et dimensions de la mobilité et leurs interconnexions et ce, à différentes échelles (Cresswell 2010a ; Chalas et Paulhiac 2008). Brulhardt et Bassand (1981) proposent une approche interdisciplinaire et systémique de la *mobilité spatiale* afin de cerner sa complexité, de prendre en compte les échelles (macro et micro), les différentes formes (types) de mobilité, les multiples interactions. Cette approche systémique est toutefois questionnée notamment au regard des difficultés liées à son opérationnalisation (Kaufmann 2008, 2004 ; Tarrus 1989). Kaufmann (2004) relève cependant certains avantages. Il s'agit essentiellement de la possibilité de reconstituer, à partir de cette approche, l'unité d'un phénomène dont l'émiettement dans différents champs de recherche et disciplines a été décrié et souligné par plus d'un. Par ailleurs, il propose de

« considérer la mobilité spatiale comme [...] un phénomène susceptible de se manifester sous différentes formes qui peuvent être qualifiées en fonction de leur degré de connexité et de réversibilité. Ces formes sont imbriquées et renvoient chacune à des temporalités sociales spécifiques » (Kaufmann 2004, 34).

L'accent de ce fait est mis non plus sur les formes, mais plutôt sur le temps (Kaufmann 2004), sur les « rythmes » (Tarrus 1987, 1996). Tarrus (1987, 1992), dans une approche anthropologique du mouvement portant sur les interactions sociales des migrants et l'inscription des déplacements dans l'espace urbain d'accueil, considère qu'il existe « trois niveaux de rapport espace/temps » caractéristique des mobilités. Ce sont : 1) les « **déplacements de proximité** » traduisant des « rythmes sociaux de quotidienneté » ; 2) les « **déménagements à l'intérieur de l'espace d'accueil** » lesquels interviennent le long de l'existence ; 3) les « **grands parcours internationaux ou interrégionaux** » se développant sur une ou plusieurs générations. Ces différents niveaux soulignent, en plus de la dimension temporelle de la mobilité, d'un côté les liens entre parcours individuels et réseaux et de l'autre, l'articulation entre mobilité et territorialité. De plus, ces « modalités de l'inscription des lieux et des services dans les usages des individus » (Tarrus 1992, 17) concourent à l'émergence de « territoires circulatoires » (Tarrus 1996, 1992, 1989 ; Simon 2002) lesquels connaissent une ampleur sans précédent avec les « nouvelles

formes migratoires » dites « transnationales » parues au cours des années 1980 – 1990 autant en Amérique latine qu'en Asie du Sud-Est (Tarrus 2008). La rupture épistémologique au regard des acceptions courantes des notions de territoire et circulation est nette. Elle se produit à un double niveau. Tout d'abord, la manifestation du territoire est considérée comme étant indépendante des sédentarités. En d'autres termes, les circulations génèrent continuellement de nouveaux territoires aux frontières fluides⁴. Ensuite, le mouvement spatial est investi de sens social (Tarrus 1992 ; Gallez et Kaufmann 2009).

La mobilité, « créatrice de liens » (socialisation, réseautage) et de « lieux » (construction territoriale), requiert toutefois des compétences (cognitives et relationnelles) et des capacités (Capron, Cortes et Guétat-Bernard 2005 ; Cresswell 2010a ; Kaufmann 2008). Les notions de compétences et capacités en rapport avec la mobilité sont particulièrement présentes dans les recherches sur la mobilité spatiale (Kaufmann 2008, 2004 ; Kaufmann et Jemelin 2004 ; Montulet et Kaufmann 2004 ; Brulhardt et Bassand 1981 ; J.-P. Lévy 2009). Le sens qui leur est cependant attribué peut varier d'un auteur à l'autre. J.-P. Lévy (2009, 110), traitant de la *mobilité urbaine*, cite Lévy (2000) qui considère par exemple la mobilité comme un « système de mouvements [...] » reposant sur une offre de mobilité (accessibilité) qui la rend possible, sur les compétences des opérateurs qui la rendent effective, sur la composition du capital social des individus qui lui donne un sens ». Sous-jacente à ces propos, une différenciation assez nette entre le potentiel et l'avéré⁵, deux *momentums* d'un même processus, celui de la mobilité, mettant en relation la capacité des acteurs (compétences, capital social) et l'existence d'une offre potentielle pouvant générer le mouvement. Une telle posture s'apparente à celle de Kaufmann (2008 ; 2004, 33) qui introduit la notion de « *motilité* » pour traduire l'appropriation et l'usage par l'individu du « champ du possible en matière de mobilité ». Selon Kaufmann (2004), l'utilisation de ce potentiel peut « conduire [soit] à la réalisation d'une mobilité sociale ou spatiale », soit à la décision de rester immobile ou à la « construction d'un nouveau champ de motilité ».

De son côté, J.-P. Lévy (2009) estime que trois pôles interreliés doivent être pris en compte pour analyser la mobilité urbaine et permettre ainsi l'articulation entre mobilité résidentielle et mobilité quotidienne : l'*accessibilité* (offre de mobilité), le *comportement* (capital social, pratique) lequel varie selon les « habitus ou les modèles culturels » et les *facteurs économiques et temporels*

⁴ Il n'est pas superflu de mentionner que la notion de territoire est elle-même polysémique et pluridimensionnelle (Jean 2002). Par ailleurs, avec les processus de territorialisation/déterritorialisation/reterritorialisation à l'œuvre, ancrage et mobilité ont plutôt tendance à être complémentaires au lieu de s'opposer (Théry 2008).

⁵ Cette distinction entre potentiel et avéré (réalisé) est également présente dans la littérature relative à l'accessibilité notamment des services de santé (Wang 2006).

(contraintes ou barrières). L'accessibilité est aussi présente chez Kaufmann (2008, 2004) comme élément définissant la « *motilité* ». Cette dernière, soit l'aptitude à se mouvoir, est constituée : i) des « *facteurs d'accessibilité* » ou les conditions auxquelles il est possible d'utiliser l'offre de mobilité ; ii) des *compétences* pour l'utilisation de l'offre ; iii) l'*appropriation* rendant la mobilité effective (Kaufmann 2008). Bien plus, la *motilité* est une « ressource essentielle pour l'insertion sociale » et en tant que telle Kaufmann (2008) estime que la *motilité* est un « capital ». L'idée de la mobilité comme « capital spatial » développée par J. Lévy (2003) rend compte de son caractère central dans la « vie sociale » et souligne du coup l'existence de ressources accumulées par les acteurs et dont ces derniers peuvent tirer parti (Gallez et Kaufmann 2009). La figure 1.2 synthétise les différentes dimensions de la mobilité spatiale telles que susmentionnées.

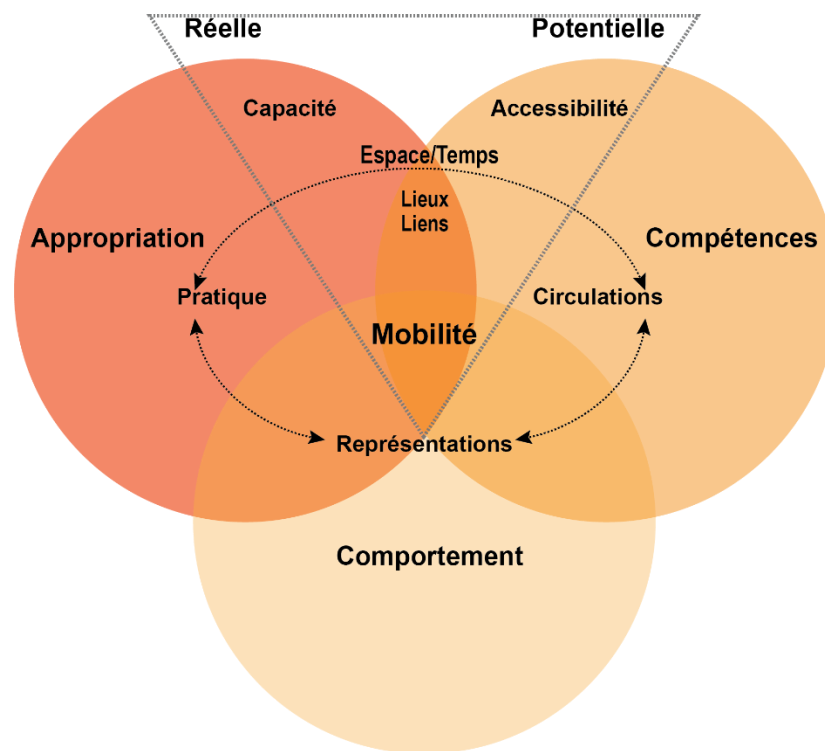


Figure 1.2 : Dimensions de la mobilité spatiale

1.1.3. La mobilité dans la structuration de l'espace transfrontalier

Le rôle de la mobilité (mouvement) dans l'organisation du territoire régional (Brulhardt et Bassand 1981 ; Bassand et Brulhardt 1980) plus particulièrement dans la structuration des villes frontalières est aussi largement documenté (Ogunsola John Igue et Zinsou-Klassou 2010 ; Faret 2003 ; Théodat et al. 2003 ; Lawrence A Herzog 1991 ; Alegría 1989 ; Brulhardt et Bassand 1981 ;

Bassand et Brulhardt 1980). À cet égard, Faret (2003) estime que les différents mouvements observés, notamment la migration internationale tant dans le sens de la polarisation qu'à contre-courant de celle-ci, définissent la fonction de « transit » caractéristique des villes frontalières. Il signale que ces dernières accueillent à la fois des personnes bloquées à la frontière par les services migratoires, celles qui retournent dans leur pays d'origine et les migrants déportés, et ce, sans compter ceux (migrants internes) qui s'y établissent dans l'attente de pouvoir traverser. Une telle situation n'est pas sans impact sur la démographie de ces villes. Bien plus, ces mouvements de population sont à l'origine de transformations diverses. L'accumulation individuelle et le partage collectif de ces expériences nouvelles induisent un « processus social ». Il en résulte : i) une « organisation sociale » du mouvement qui permet à la fois de tirer parti des expériences passées et de cumuler les savoir-faire ; ii) des « processus de territorialisation spécifiques » qui tendent à « mettre à distance » des lieux de l'environnement immédiat (Faret 2003). Cette distanciation reflète à certains égards le décalage entre l'espace construit et l'espace perçu/vécu (Bioteau et Calberac 2005).

L'impact de la frontière sur les mobilités ne peut non plus être ignoré dans la mesure où, comme souligné antérieurement, les contrôles établis à la frontière peuvent rendre sa traversée sélective (Paasi 2013 ; Kellerman 2006 ; Richardson 2013 ; Amilhat Szary 2007, 2010). Parallèlement, les processus d'intégration régionale tendent, du moins théoriquement, à favoriser la libre circulation des personnes, des biens et des services. Mais, concomitamment à cette plus grande porosité des frontières s'opère un renforcement du contrôle⁶ dans d'autres lieux, sous d'autres formes, favorisant ainsi la multiplication de nouvelles frontières, une plus grande visibilité de celles-ci (Amilhat Szary 2012b). D'où l'intérêt de bien cerner l'objet frontière ainsi que les changements apportés dans sa conceptualisation d'une part et d'autre part, de rechercher l'articulation mobilité/frontière.

⁶ Amilhat Szary (2007) note que le contrôle est plus serré dans le cas où les différences économiques entre pays sont particulièrement marquées comme c'est le cas pour le Mexique et les États-Unis.

1.2. La frontière : du frontalier au transfrontalier

1.2.1. Vers une redéfinition de l'objet frontière

La frontière a fait l'objet de nombreuses études, notamment en géographie. La réflexion théorique y est plutôt dense de même que les recherches empiriques, mais les approches sont diverses ainsi que les problématiques abordées (Wilson et Donnan 2012a). Plusieurs auteurs soulignent l'évolution du concept et le regain d'intérêt observé⁷ dans l'étude des frontières, des dynamiques frontalières (Lawrence A Herzog 1991 ; Lawrence A. Herzog et Sohn 2014 ; Arbaret-Schulz et al. 2004 ; Piermay, Reitel et Zander 2002 ; Paasi 2013 ; Anderson et O'Dowd 1999 ; Wilson et Donnan 2012b). D'une approche traditionnelle en géographie politique où la dimension militaire et stratégique des frontières pour les États (conflits ou analyses des rapports de force) était prédominante, on est passé à une s'intéressant de manière particulière aux fonctions de la frontière (Lawrence A Herzog 1991). Ainsi, les frontières ne sont plus analysées comme des « espace[s] de litige » ou « espace[s] de chaleur », des zones de conflits, mais plutôt comme un « espace de développement » (Ogunsola John Igue et Zinsou-Klassou 2010, 11) ou un « atout de développement » au regard des opportunités qu'elles offrent en matière de coopération (Bioteau et Calberac 2005). La dimension contraignante de la frontière évoquée par Christaller (1966) ou Loesch (1964) acquiert donc un sens nouveau dans un contexte fortement dominé par des transformations géopolitiques, des processus d'intégration régionale, une intensification et une diversification des flux, etc. Pourtant, cette évolution récente de la frontière n'efface pas les discontinuités géographiques, sociales, politiques ou économiques ni empêche l'ambivalence de la frontière traduite en une « géopolitique des flux fondée sur une dialectique d'ouverture et de fermeture » (Bernier 2008, 8). Le renforcement des contrôles migratoires dans les pays du Nord, l'érection de murs, les revendications séparatistes ou le Brexit illustrent fort bien que les frontières sont encore aujourd'hui un espace mouvant, chaud, voire explosif (Duez et Simonneau 2018).

Amilhat Szary, Lévy et Fourny (2014) relie l'existence de la frontière à celle de l'État. Limite spatiale, la frontière sépare des territoires où s'exerce la souveraineté des États suivant des modalités qu'ils auront définies. La matérialisation de cette souveraineté fait de la frontière, « un phénomène de séparation, de différenciation, voire de ségrégation », (Soule 2010) donnant corps à des discontinuités. Celles-ci sont d'autant plus visibles que les différences (politiques,

⁷ Notamment à partir des années 1980 avec un questionnement du rôle et du fonctionnement de la frontière.

économiques, sociales, etc.) entre les pays sont importantes. La frontière est aussi un « marqueur identitaire » (Renard et Picouet 2007), car elle renvoie à l'appartenance à une même communauté et souligne la différence avec l'autre. En ce sens, elle est liée à l'émergence d'une conscience nationale (identité nationale) et à l'édification du territoire national. Elle établit « une distance dans la proximité » (Arbaret-Schulz et al. 2004 ; Reitel 2007). Anderson et O'Dowd (1999) notent que « *the significance of borders derives from the importance of territoriality as an organizing principle of political and social life* ». Un point de vue que l'on retrouve également chez Ogunsola John Igue (2010) qui estime que les frontières résultent de processus de territorialisation lesquels conduisent à délimiter les « différents espaces de pouvoir ». Cet auteur souligne deux dimensions essentielles des frontières en relation au territoire : la capacité de contrôle et la volonté d'emprise. Ces deux facteurs renvoient à la définition classique des frontières, soit « des structures spatiales élémentaires, de forme linéaire, à fonction de discontinuité géopolitique et de marquage, de repère, sur les trois registres du réel, du symbolique et de l'imaginaire » (Foucher 1991). Martinez (1994a, 5), pour sa part, insiste sur le rôle de la frontière dans la régulation et le contrôle des interactions entre les populations : « *The essential functions of a border are to keep people in their own space and to prevent, control, or regulate interactions among them* ». Il reconnaît l'existence de conditions régionales particulières tout en soulignant l'universalité des relations transfrontalières.

La frontière s'inscrit dans le temps et l'espace de manière plus ou moins forte⁸. En ce sens, Raffestin (1990) cité par Bochaton (2009a) parle de « l'épaisseur » de la frontière. Celle-ci est donc vécue avec toute sa charge historique ce qui définit d'une certaine manière le rapport avec l'Autre. Dans le cas des pays dont les frontières sont héritées de la colonisation, les situations varient selon que la partition a bouleversé ou pas un ordre social, a séparé de manière artificielle des groupes ethniques et culturels (Amilhat Szary 2012a ; Ogunsola John Igue 1995, 2010 ; Bala et Krishan 1982).

Par ailleurs, la frontière entrave les déplacements au-delà de la ligne frontalière laquelle marque la fin d'un « territoire connu et maîtrisé » et le « passage vers un monde mal connu et incertain » (Piermay, Reitel et Zander 2002, 2). Pour Renard et Picouet (2007), la frontière est « le miroir de la société circonscrite et la fenêtre souvent déformante sur l'Ailleurs et l'Autre ». Mais, la frontière n'existe que parce qu'elle a une fonction définie (légale, fiscale et de contrôle) sans quoi elle n'a pas sa raison d'être. Toutefois, cette représentation de la frontière a été mise à mal avec les

⁸ Voir Pradeau (1994) pour une présentation entre autres de la genèse de multiples frontières, de leur tracé et des effets qu'elle génère sur l'espace.

dynamiques d'intégration régionale entraînant du coup un questionnement de la frontière et de ses représentations (Piermay, Reitel et Zander 2002). Ainsi, de « rupture » ou « coupure », la frontière apparaît comme une « couture », une interface favorisant les interactions et les échanges de tout type. Les dynamiques spatiales qui en découlent tendent à la recomposition des territoires faisant du transfrontalier à la fois une construction sociospatiale et un enjeu. La portée des frontières tend à diminuer, faisant même suggérer leur disparition. Ces dynamiques où s'inscrivent différentes formes de mobilité tendent à des recompositions territoriales et font des « zones frontalières des régions actives et prospères » (Ogunsola John Igue et Zinsou-Klassou 2010, 11). Les dernières décennies ont en effet vu, tant sur le continent européen que ceux d'Afrique et d'Amérique, l'apparition de structures visant à renforcer différentes formes de coopération entre pays limitrophes⁹.

De nouveaux concepts font leur apparition dans les travaux empiriques africains ou caribéens par exemple pour tenter de rendre compte des processus de transformation où les marges¹⁰ deviennent des nœuds actifs (Dione 2013 ; Théodat et al. 2003). Certains auteurs africains parlent de « périphéries frontalières ou nationales » ou de « pays-frontière », soit pour décrire les transformations de l'espace frontalier ou dans une perspective d'intégration régionale (Ogunsola John Igue 2010). Dès lors l'accent est mis sur l'existence « de véritables régions géographiques » participant de manière active à la structuration/organisation de l'espace et servant de relais aux bassins de production et aux échanges commerciaux (Ogunsola John Igue 2010). Les dynamiques observées varient néanmoins d'une frontière à l'autre voire, d'un contexte à l'autre.

1.2.2. Des dynamiques frontalières à géométrie variable

La dynamique des espaces frontaliers est en effet très variable et dépend d'une conjonction de facteurs. Plus haut, l'épaisseur historique de la frontière a été évoquée comme un élément déterminant de l'inscription de la frontière dans l'espace et dans la définition des rapports avec l'Autre. Les caractéristiques géographiques du lieu (la géographie), les choix en matière d'aménagement (équipements, infrastructures, etc.), les relations entre pays voisins ne doivent

⁹ La singularité de ces structures régionales est rappelée par Amilhat Szary (2012b) qui note une certaine tendance à l'« européocentrisme » au moment d'analyser les dynamiques d'intégration régionale, un point de vue partagé par Dilla Alfonso et Breton Winkler (2018) qui soulignent le poids dans les réflexions théoriques de l'expérience européenne ainsi que de l'accord de libre-échange nord-américain.

¹⁰ Les espaces situés autour de la frontière sont souvent des périphéries assimilées à des marges, car laissées pour compte, sous-administrées et sous-équipées, mais aussi des zones de contact ; leur impact est inégal et fonction de l'intensité des relations qui s'y développent (Pradeau 1994).

pas être minorés (Ogunsola John Igue 1995, 2010 ; Bala et Krishan 1982 ; Marleny Bustamante 2011 ; Cuisinier-Raynal 2001 ; Bernier 2008), ni la « cohésion » des populations locales (Bala et Krishan 1982). L'ensemble de ces facteurs contribue à façonner l'espace frontalier. Ogunsola John Igue (2010) note que « les fronts de refus à la partition coloniale organisés par les populations ont débouché sur une nouvelle forme de structuration spatiale basée essentiellement sur la dynamique des échanges frontaliers ». Ceux-ci contribuent, dans certains cas, à l'émergence d'espaces frontaliers particulièrement dynamiques leur valant l'appellation de « pays-frontière » du fait de leur rôle non seulement dans l'organisation de l'espace, mais aussi dans « la promotion de l'intégration régionale et la recherche d'une paix durable ». De son côté, Amilhat Szary (2010) révèle que les différences dans les modalités du découpage territorial ont des effets sur la structuration des États-nations et des territoires (« construction politique de l'occupation de l'espace ») ainsi que sur la construction des identités. À cet égard, elle (Amilhat Szary 2012a) estime que les liens sur le continent américain relèvent plus du « savoir-circuler » des populations que de véritables solidarités transfrontalières, « le nationalisme ayant pris le pas sur les référents identitaires ». Pour sa part, Ogunsola John Igue (1995), en relation à certains pays de l'Afrique de l'Ouest, estime qu'une fragilisation de la cohésion peut conduire soit à un « repli des différents groupes sur eux-mêmes », voire un renforcement de leur autonomie, soit à la structuration de communautés frontalières faisant fi de l'existence de la frontière. L'existence de villes-doublons ou d'initiatives à portée diverse témoigne de processus frontaliers relevant autant d'acteurs locaux que de l'État (Amilhat Szary 2010 ; Marleny Bustamante 2011 ; Cuisinier-Raynal 2001).

Des dynamiques plurielles sont donc observées le long des lignes frontalières révélant une diversité de situations. Ceci porte plusieurs auteurs à proposer une typologie. Celle-ci est généralement fondée sur la nature et l'intensité des échanges, sur la structuration de l'espace qui en résulte. Elle peut tout aussi bien prendre le parti de « corrélérer de façon dynamique les interactions entre les dynamiques des réseaux et les dynamiques territoriales » en tenant compte des facteurs ambivalents liés aux contextes et aux échelles spatio-temporelles, soit en fonction des situations ou des potentiels d'ouverture, de fermeture ou d'ambivalence desdites dynamiques (Bernier 2008). Trois types d'espaces frontaliers sont identifiés par Ogunsola John Igue (1995) : i) les « espaces frontaliers à faible dynamisme » où les échanges sont pratiquement inexistant¹¹ ; ii) les « espaces frontaliers alternatifs » servant de couloirs de passage et sans effets structurants sur l'espace ; iii) les « périphéries nationales », des régions frontalières particulièrement

¹¹ Il est intéressant de noter qu'avant la partition coloniale, les activités commerciales dans ces zones étaient particulièrement développées, et ce, en dépit du milieu géographique pour le moins hostile (désert du Sahara).

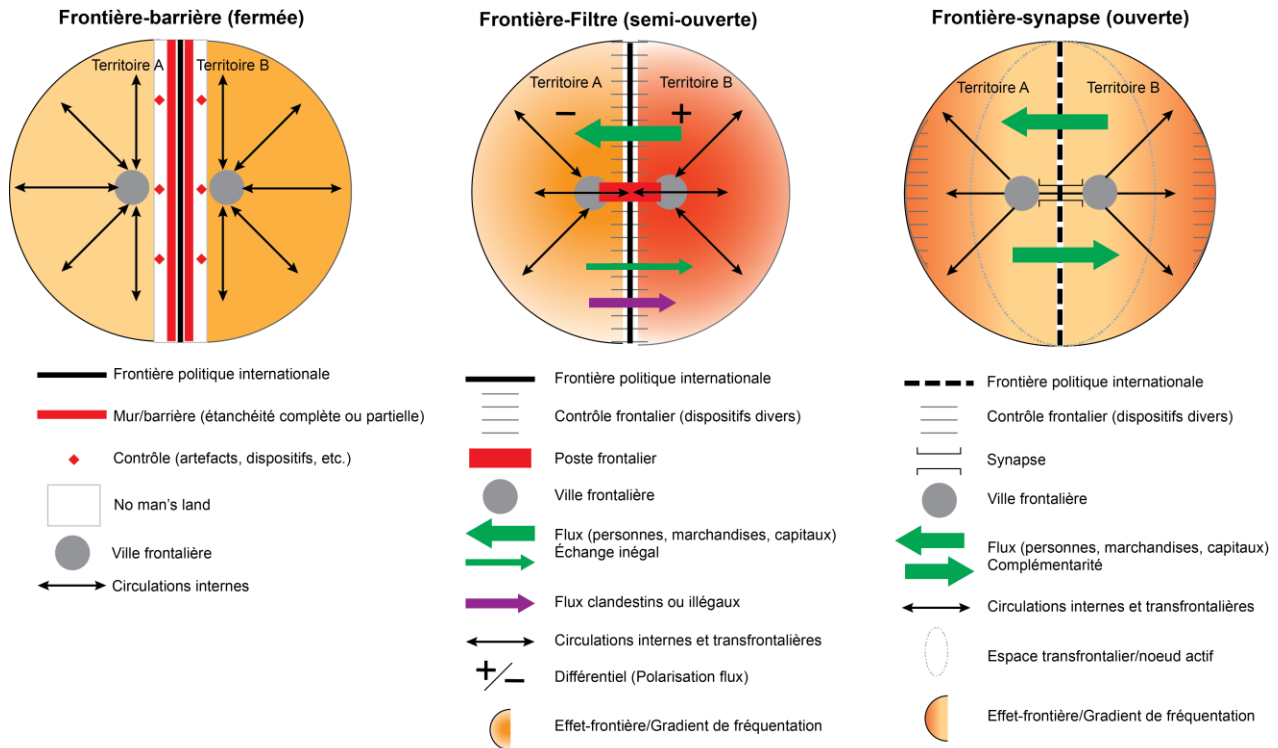
dynamiques, fondées sur l'intensité des migrations et des échanges commerciaux. Les traditions socioculturelles, l'histoire ainsi que les disparités de politiques (économiques, sociales, fiscales et monétaires) sont aussi des facteurs déterminants du fonctionnement des régions frontalières (Soule 2010 ; Kostrubiec et Loboda 2002). Les études portant sur les dynamiques transfrontalières expliquent généralement la polarisation des flux ou l'asymétrie des relations par le différentiel entre pays voisins (Bustamante 1989 ; Carpentier 2012 ; Alegría 1989). La typologie de Ogunsola John Igue (1995), bien que spécifique à l'Afrique de l'Ouest, met toutefois en exergue différentes facettes de la frontière qui, selon le cas, est ligne de partage ou de démarcation, ou zone de contact ou synapse. Ainsi, la frontière peut être soit fermée, soit semi-ouverte et jouer le rôle de filtre, soit ouverte (synapse), entraînant du coup différents effets-frontières comme l'illustre la figure 1.3. Pour sa part, Reitel (2007) évoque les tentatives de modélisation des interactions spatiales transfrontalières portant soit sur les pratiques sociales, soit sur les flux économiques. Dans le cas des pratiques sociales, les interactions sont définies en fonction de l'intensité des relations : 1) « aliénation » pour des relations peu intenses ; 2) « coexistence » pour des relations se développant essentiellement à l'échelle transnationale ; 3) « interdépendance » dans le cas d'un système ouvert propice aux échanges (flux) fondés sur une certaine complémentarité ; 4) « intégration » où la frontière comme barrière et élément de différenciation n'est plus (Brzosko-Sermak 2007 ; Reitel 2007 ; Wilson et Donnan 2012a ; Martinez 1994a, 1994b). Amilhat Szary (2012a) suggère, pour l'analyse et la compréhension des processus de recomposition territoriale découlant de l'évolution des frontières, trois angles d'observation distincts : i) les « structurations » à partir des « formes de construction internationales » ; ii) les « franchissements » à travers les flux et interactions structurant les territoires transfrontaliers ; iii) les « identités ». Elle poursuit en notant que « ces trois composantes [...] participent du processus de territorialisation des espaces qu'une frontière relie autant qu'elle les différencie [...] » (Amilhat Szary 2012a, 84).

À la faveur des différences, une polarisation des flux peut être observée ainsi qu'une pluralité des formes de mobilité traduisant par là des logiques et des pratiques différenciées des acteurs. Cette polarisation est le plus souvent expliquée par le décalage structurel ou les différences observées entre pays voisins (Faret 2003). Il en résulte une situation d'interdépendance¹² fondée sur l'offre

¹² De son côté, Graizbord (1983) considère que les formes de coopération formelles et informelles des frontaliers entraînent une certaine symbiose qui tend à « gommer » les différences entre les deux systèmes. Des facteurs historiques, économiques, environnementaux culturels et fonctionnels font que « *border cities share a common region and its resources, and therefore have an increasingly mutual role in the growth and development potential of the region* » (Lawrence A Herzog 1991, 258). Tout ceci conduit à une « superposition » géographiques des communautés frontalières (Faret 2003 ; Lawrence A Herzog 1991). L'idée d'une complémentarité est aussi évoquée, ce qui n'empêche pas qu'il puisse exister une certaine asymétrie : un des pays pouvant tirer plus d'avantages des interactions que l'autre.

et les besoins de part et d'autre de la frontière, soit à des rapports de répulsion (push) et d'attraction (pull) (Faret 2003 ; Dione 2013). La notion d'interdépendance est toutefois critiquée par certains qui lui préfèrent celle de « subordination » ce, notamment dans le cas de relations entre pays en situation de forte dépendance (Lawrence A Herzog 1991). Les facteurs de répulsion et d'attraction sont souvent utilisés pour expliquer les mouvements migratoires et les flux frontaliers. L'angle d'observation emprunté par certaines études tend néanmoins à changer : les mouvements ne sont plus caractérisés ou analysés à partir des « espaces de départ et d'arrivée des migrants », mais plutôt comme un « processus », un « fait social » (Brachet 2012 ; Faret 2003). Dès lors, les pratiques réticulées, les relations/interactions développées avec et au sein des différents lieux (espaces) deviennent des points focaux (Faret 2003). Il s'agit alors de s'interroger sur « les ressorts, les dynamiques et les incidences locales » de ces circulations, leur capacité à faire territoire. Faret (2003) estime que c'est à travers les « acteurs du mouvement » qu'il est possible de rechercher la « cohérence » des lieux, une cohérence qui, loin d'être figée, se renouvelle au gré des mouvements des acteurs.

Autre élément important à signaler est l'autonomie relative des régions frontalières dans leur fonctionnement et interactions par rapport aux lois régissant les territoires nationaux. Plusieurs monnaies sont en circulation ; le contrôle douanier est souvent inefficace ; la solidarité entre les populations frontalières se manifeste à travers le fonctionnement de réseaux d'échanges dynamiques. Ces zones sont structurées autour de marchés périodiques, de dyades, d'entrepôts frontaliers, etc. « La notion de périphérie nationale implique donc l'existence d'un espace autonome qui se greffe sur deux ou plusieurs États-nations dont le fonctionnement repose [parfois] sur des contrastes géographiques marqués » (Ogunsola John Igue 1995, 58). Dans un tel cas, on assiste, selon Ogunsola John Igue (1995), à un éclatement du territoire national lequel déborde vers le pays voisin. Des actions d'aménagement ou d'équipement peuvent aussi tendre à l'amélioration du degré d'intégration transfrontalière parallèlement à une intensification de la coopération ou des relations entre les pouvoirs politiques locaux (Kostrubiec et Loboda 2002).



Source : Adapté de Tanguy Pennec 2015, Ballif et Rosière 2009, Renard et Picouet 1993

Figure 1.3. Effet-frontière et espace frontalier

1.2.2.1. Le transfrontalier : de sa définition à son analyse

La « région frontalière » se distingue de la « région transfrontalière ». La première réfère à la « zone périphérique nationale » alors que la seconde indique une « liaison entre deux espaces séparés et liés en même temps par une frontière » (Pradeau 1994). La délimitation de la région frontalière est parfois difficile à établir. Certains font appel à la géométrie fractale (Renard et Picouet 2007), d'autres définissent une distance à partir de la frontière ou utilisent le découpage politico-administratif pour ne retenir que les provinces ou communes situées à proximité de la frontière (Bustamante 1989). Toutefois, les caractéristiques et fonctions des régions transfrontalières (*cross-border region* en anglais) varient et dépendent du contexte dans lequel elles se développent (Anderson et O'Dowd 1999). Ainsi, « *cross border regions may have an underlying cultural unity not congruent with state borders or alternatively, their raison d'être may be the very border that divides them* » (Anderson et O'Dowd 1999, 595). Les régions transfrontalières peuvent donc être : i) des entités de gouvernance créées pour tirer parti du financement et de l'abolition des contrôles frontaliers ; ii) celles constituées à partir des échanges

qui interviennent entre deux pays du fait de leurs différences politico-économiques ou idéologiques (proximité ou juxtaposition de deux systèmes politico-économiques ou idéologiques différents). Dans l'un ou l'autre cas, la frontière est instrumentalisée afin de profiter des opportunités (légalles ou illégales) de financement et des différences de salaires, de prix ou de normes, la perméabilité ou la porosité des frontières facilitant les échanges. « Périphéries d'infiltration, de transition ou de séparation » s'appuyant sur les différences, les inégalités et les asymétries (économiques, politiques, culturelles et sociales) (Anderson et O'Dowd 1999), les espaces frontaliers présentent des caractéristiques particulières, très différentes du reste du territoire national (Reitel 2007). Par ailleurs, le développement de relations (fonctionnelles, institutionnelles, économiques, etc.) entre deux villes situées de part et d'autre d'une frontière étatique n'implique pas *ipso facto* leur intégration fonctionnelle ou socioéconomique (Schulz 2002).

Anderson et O'Dowd (1999) proposent pour étudier les zones frontalières de les comparer en se rapportant à d'autres régions et institutions. L'analyse devrait alors porter sur quatre dimensions : richesse économique, pouvoir politique, identités culturelles et allégeances nationales. Les différences entre les zones frontalières, la complémentarité ou l'asymétrie entre ces quatre dimensions, le degré d'ouverture de la frontière seront les éléments déterminant le type de relations transfrontalières. Vanneph (2005, 36) indique que :

« La región fronteriza permite [...] visualizar los desarrollos y efectos urbanos [...] o regionales (espacios reticulares) de los flujos y de los filtros asociados a la creciente permeabilidad de un límite político » (La région frontalière permet [...] de visualiser les développements et effets urbains [...] ou régionaux (espaces réticulaires) des flux ainsi que les filtres associés à la croissante perméabilité d'une limite politique) (traduction libre de l'auteure).

Mais, dans cette dynamique d'échanges ou d'interactions, la région frontalière peut se transformer en région transfrontalière, soit une région où les barrières tendraient à disparaître pour laisser place à la solidarité, à la convergence. Cette région transfrontalière est considérée par Vanneph (2005) comme un « espace de transition » ; une « région hybride » où se développe une nouvelle culture, une nouvelle organisation de l'espace basée sur un « modèle réticulaire ». Elle peut supposer aussi, dans le cas d'une agglomération, l'existence d'un « éventail [...] de fonctionnalités urbaines transfrontalières, doublé d'un projet politique commun » (MOT 2003). Allant dans la même veine, des auteurs analysant la situation dans des pays d'Amérique latine et la Caraïbe

définissent la région transfrontalière comme « *sistemas espacio/temporales multidimensionales y multiescalares que abarcan territorios contiguos bajo jurisdicciones nacionales diferentes* » (des systèmes spatio-temporels multidimensionnels et multiscalaires regroupant des territoires contigus sous des juridictions nationales différentes) (Dilla Alfonso et Breton Winkler 2018, 20, traduction libre de l'auteure; Dilla Alfonso et Álvarez Torres 2018). Pour sa part, Hamez (2015 ; 2013, 3) privilégie la notion d'espace transfrontalier, car, permettant selon lui une « neutralité quant à ses délimitations, ses échelles de pertinence, sa cohérence et sa gouvernance ». D'autres, enfin, suggèrent que les dynamiques de rapprochement ou solidarité émergentes entre collectivités frontalières sont favorables à la structuration de « territoire transfrontalier » (Casteigts 2003). Par ailleurs, la notion de « *transfrontiéralité* » est utilisée par Vaguet (2011) pour définir cet espace où se construisent des « expériences internationales de coopération permettant d'initier, à l'avenir, des rapprochements entre plusieurs entités nationales ».

On est donc en présence dans les travaux abordant les dynamiques transfrontalières d'une taxonomie variée qui pourrait faire l'objet d'une étude approfondie. Cette variété reflète la diversité des regards (différentes disciplines) portés sur les effets induits par ces processus sur les territoires ou régions frontalières. Elle fait par ailleurs ressortir la polysémie de la notion de territoire d'une part et d'autre part, souligne les difficultés pour donner du sens à un agglomérat de régions limitrophes quant à leur pouvoir de décision par exemple (Hamez 2015). En outre, comme l'indiquent Dilla Alfonso et Breton Winkler (2018, 24, traduction libre de l'auteure), il n'existe en Amérique latine (encore moins entre Haïti et la République dominicaine) aucun « processus significatif et durable d'institutionnalisation transfrontalière au-delà d'accords fondamentaux et pragmatiques visant à accélérer [...] l'accès aux ressources ». En ce sens, la notion d'espace transfrontalier semble plus appropriée pour caractériser des espaces situés de part et d'autre où se développent des dynamiques transfrontalières particulièrement intenses impliquant une multiplicité d'acteurs et articulant différentes échelles de pouvoir et de territoire. Mais, comment sont analysés la mobilité transfrontalière et son impact sur des territoires de santé qui se jouxtent ?

1.3. Mobilité transfrontalière et santé

Les recherches traitant de la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins abordent la question selon différentes perspectives et à différentes échelles, mais sans pour autant articuler systématiquement mobilité, frontière et accès à la santé. La mise en relation entre ces trois notions

n'est certes pas évidente du fait de la complexité des processus à l'œuvre pour chacun de ces phénomènes. Ceux-ci sont sous-tendus par des logiques individuelles et collectives particulières, voire distinctes, qui rendent parfois difficile leur imbrication. Établir leurs relations comme objet scientifique tant du point de vue empirique que théorique n'est pas non plus aisé compte tenu l'absence d'un appareil conceptuel facilitant le dialogue entre disciplines et la diversité des angles d'observation de la mobilité transfrontalière en santé. En effet, l'approche épidémiologique de la mobilité transfrontalière analyse essentiellement la transmission (propagation) des maladies alors que les sociologues de la santé axent plutôt leurs travaux sur les déterminants de l'utilisation des services de santé. D'aucuns centrent leur attention sur les flux (la mobilité) tandis que d'autres mettent l'accent sur les discontinuités géographiques et sanitaires, leurs effets sur l'accès à la santé, la gestion et la planification des services de santé. La construction de territoires transfrontaliers de santé ou l'impact des mobilités transfrontalières en santé intéressent également les chercheurs tant du point de vue du droit que de la protection sociale. Finalement, de rares études empiriques se penchent sur les itinéraires thérapeutiques. Or, c'est bien à l'intersection du triplet *mobilité/frontière/accès santé* et dans la dialectique de leurs interactions qu'il sera possible de : i) comprendre les dynamiques à l'œuvre et les stratégies des acteurs et les logiques les sous-tendant ; ii) cerner les effets de ces mobilités à différentes échelles et sur plusieurs plans. De ce fait, il semble nécessaire de faire le point sur les différentes approches tout en cernant l'articulation entre mobilité et frontière dans le recours aux soins de santé. Une telle recension permet aussi de faire la lumière sur les différentes stratégies méthodologiques, de cibler leurs avantages et leurs limites.

1.3.1. De la pluralité des regards posés sur la mobilité transfrontalière en santé

1.3.1.1. Une perspective à partir de la mobilité

L'interface mobilité/santé retient l'attention pour son rôle dans la transmission des maladies ou les problèmes confrontés par les pays accueillant d'importants soldes migratoires. Les liens entre mobilité et santé ont été en effet largement étudiés notamment en ce qui a trait aux migrations¹³ et à leur impact sur la santé (Gatrell et Elliott 2009 ; Meade et Earickson 2000). Faye, Diene et Desclaux (2010, 1) indiquent, dans le « regard croisé » qu'ils portent sur la migration et la santé

¹³ La migration, en plus du déplacement, implique une installation dans un nouveau lieu amenant « un changement majeur, une inflexion dans les trajectoires personnelles des individus qui ont quitté leur point d'attache pour en accoster un autre » (Jolivet 2008, 4).

au Nord et au Sud, que « l'interface entre mobilités et santé a été [longtemps] pensée par la psychologie, la sociologie et l'anthropologie, en termes de "santé des migrants" ». Dans cette perspective, plusieurs aspects sont généralement abordés : la diffusion de la maladie, l'accès des migrants aux soins de santé, l'impact de la migration sur l'utilisation des services de santé, l'impact de la migration sur la santé. De plus, l'état de santé peut et est souvent considéré soit, comme une contrainte à la migration (sélectivité de la migration), soit comme un élément incitant à la migration. Faye, Diene et Desclaux (2010) signalent par exemple la perception négative des migrants considérés comme « des personnes vulnérabilisées ». Par ailleurs, Gatrell et Elliott (2009) ainsi que T. Brown, McLafferty et Moon (2010) soulignent l'impact potentiel de la migration dans les inégalités en santé. Des études récentes montrent que si les migrants, du fait de la sélection, ont tendance à avoir un meilleur état de santé que les natifs à leur arrivée, cette situation ne s'étale pas dans la durée (Jusot 2009). L'isolement et/ou le déracinement, la perte de réseaux sociaux entraînent souvent une dégradation de leur état de santé. Par ailleurs, les disparités en santé peuvent résulter de la précarité de leur situation socioéconomique (situation par rapport à l'emploi, niveau de revenu, discrimination) ou de leur méconnaissance du système de soins du pays d'accueil (Jusot 2009 ; Benoît 2004). En outre, des conditions particulières comme le statut illégal des migrants (Bourdier 2002 ; Nogueira et Dal Prá 2010) ou le déni de la nationalité — comme c'est le cas pour de nombreux Dominicains descendants d'Haïtiens — peuvent aussi contribuer au renforcement des disparités en matière de santé, voire à limiter l'accès à la santé (López-Severino et Moya 2007 ; Nogueira et Dal Prá 2010). Bourdier (2002, 7) note que « les comportements des malades [dépendent] de leur reconnaissance sociale dans le pays d'accueil ». Par conséquent, même quand le droit à la santé est légalement reconnu, celui-ci est perçu par les migrants comme « un privilège ». Bien plus, les migrants sont souvent — notamment dans les situations de flux migratoires intenses (et illégaux) dans les espaces partagés par une frontière — perçus comme « vecteurs de maladie » alors que leur état de santé est en partie tributaire de la précarité de leurs conditions de vie ou des difficultés d'accès aux soins de santé (Bourdier 2002, 2005). Par ailleurs, dans le cas de pays voisins, les stratégies de déplacement de part et d'autre de la frontière sont multiples, la migration ne correspondant qu'à une des « catégories du mouvement » (Faret 2003). Cela dit, la mobilité peut s'accroître durant la quête de soins et consister même, dans certains cas, en des allers-retours entre le pays d'origine et le pays d'accueil (Bourdier 2002, 2005 ; Dione 2013) comme le montre la littérature relative aux itinéraires thérapeutiques¹⁴.

¹⁴ Voir Infra « Des itinéraires thérapeutiques »

D'un point de vue plus général, Shaw, Dorling et Mitchell (2002) estiment que mobilité sociale et spatiale sont en interaction et qu'elles influencent la santé à différents niveaux et échelles (micro et macro) ; réciproquement, les résultats de santé tendent à influencer les différentes formes de mobilité, inclus à maintenir des *patterns* bien établis. La mobilité favorise alors le maintien des inégalités ou du *statu quo*, mais agit aussi comme vecteur de changement. Par ailleurs, certaines études montrent l'effet combiné de la mobilité — celle-ci étant analysée à travers l'espace d'activités (*activity space* en anglais) — et du quartier de résidence sur le recours aux soins (santé préventive) (Vallée et al. 2010 ; Vallée 2012). S'inspirant de la géographie du temps (*time geography*) développée par Hägerstrand, les pratiques routinières (lieux d'activités) des individus sont observées pour déterminer leur sphère d'activités quotidiennes et ainsi, cerner les différences sociales en termes d'accès (opportunités) par exemple aux services de santé. L'ellipse de déviation standard est la méthode généralement mobilisée pour comparer l'espace d'activités quotidiennes et celui du recours aux soins (Vallée et al. 2010 ; Cromley et Shannon 1986 ; Gesler et Meade 1988 ; Shannon, Bashshur et Spurlock 1978). D'autres études, recourant aux systèmes d'information géographique (SIG), représentent les déplacements quotidiens des individus dans un espace tridimensionnel associant les lieux au temps (Kwan 1999 ; Vallée et al. 2010). L'objectif est de rendre compte de la complexité des déplacements individuels non prise en considération dans les mesures usuelles d'accessibilité. Ces dernières considèrent en effet la distance (métrique ou temporelle) entre deux lieux à partir de points fixes, soit l'origine (point de départ) et la destination (point d'arrivée). Or, plusieurs auteurs soulignent la tendance au regroupement des déplacements ou celle consistant à effectuer de multiples arrêts au cours d'un même trajet (Kwan 1999), inclus dans le cas de l'accès aux soins de santé (Hodgson et Jacobsen 2009 ; Opong et Hodgson 1994). Ces approches et méthodes, en dépit de l'intérêt qu'elles peuvent avoir, ne semblent pas être privilégiées pour analyser la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins de santé. Quelques études ont néanmoins abordé la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins du point de vue de l'accessibilité spatiale (De Ruffray et Hamez 2009, 2010 ; Decoupigny, Perez et Yordanova 2007). Mais, l'utilisation des SIG pour mesurer ou analyser la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins n'est que peu développée.

1.3.1.2. L'approche épidémiologique

Sur le plan épidémiologique, la mobilité est souvent considérée comme un facteur contribuant à la transmission des maladies infectieuses (Shaw, Dorling et Mitchell 2002 ; Coldsmith 2012) ou de certaines maladies comme le VIH, du fait entre autres de l'augmentation des interactions entre

les individus et des comportements à risque que peuvent avoir ces derniers (Deane, Parkhurst et Johnston 2010 ; Shaw, Dorling et Mitchell 2002)¹⁵. Selon ce point de vue, et comme l'indiquent Daudé et Eliot (2005, 2), la diffusion d'une épidémie est « activée par la circulation d'individus et/ou de groupes plus ou moins structurés qui transmettent un agent pathogène selon différentes modalités ». Selon eux, la mobilité intervient essentiellement de trois manières. Elle peut soit participer à la transmission de l'agent entre différents lieux (« *vectrice* »), soit « conduire à la contraction de l'infection » (« *acquérante* ») ou enfin, être un « canal » en captant la maladie (« *caprice* ») et en l'introduisant dans le lieu de destination. Néanmoins, cette approche spatiale n'associe pas les facteurs socio-économiques, le contexte ou l'environnement, lesquels, en plus de façonner les comportements de mobilité, peuvent jouer un rôle dans la diffusion d'une épidémie. En effet, plusieurs auteurs, s'appuyant sur des études empiriques, montrent que des facteurs structurels comme la pauvreté (López-Severino et Moya 2007 ; Gasquet, Leroy et Salem 2010), le déficit dans l'offre de soins ou les pratiques thérapeutiques (Gasquet, Leroy et Salem 2010) contribuent à la propagation des épidémies, les comportements individuels n'étant pas alors les seuls à prendre en compte (López-Severino et Moya 2007). Par ailleurs, les difficultés des populations pour accéder aux soins de santé et les flux migratoires inverses (rapatriements) ne sont pas à ignorer (López-Severino et Moya 2007). Une conjonction de facteurs aux échelles macro et micro interviennent donc dans l'avancée des maladies dans les zones frontalières :

- **au plan micro** : les difficultés pour les populations en situation non régulière d'accéder aux services de santé, les difficultés d'intégration dans le cadre d'une « migration-retour », les conditions de précarité économiques et affectives, le manque d'information ;
- **au plan macro** : l'absence de gestion sociale, économique et sanitaire des flux migratoires par les pouvoirs publics, le contexte socio-économique, politique et sanitaire prévalant dans les zones frontalières, les représentations, etc. (Bourdier 2005).

Ces contraintes ne sont pas sans effet sur l'itinéraire thérapeutique des malades. Le recours à des solutions alternatives (Gasquet, Leroy et Salem 2010) ou au déplacement sur de longues distances en quête de soins fait partie des « stratégies de survie » (Bourdier 2002, 2005). Pour Bourdier (2005), cet « exode thérapeutique » met de l'avant les failles du système de santé et

¹⁵ Shaw, Dorling et Mitchell (2002) notent que la mobilité sociale est aussi importante que la mobilité géographique dans la transmission des maladies.

souligne sa dimension « répulsive ». Incidemment, la mobilité spatiale s'en trouve accrue ainsi que les risques de transmission de la maladie.

Les travaux de Gasquet, Leroy et Salem (2010) montrent par ailleurs que la mobilité ne concerne pas seulement les personnes atteintes d'une maladie infectieuse dans le cas d'une épidémie, mais aussi leurs proches : les interactions associées à cette mobilité et les comportements de mobilité constituent des vecteurs de transmission¹⁶. Ces comportements de mobilité rentrent en résonance avec le schéma proposé par Daudé et Eliot (2005) pour la diffusion spatiale des épidémies. Un autre point important soulevé dans les études relatives à la propagation des épidémies en contexte frontalier relève de la gestion de celles-ci et des mesures prises par les autorités sanitaires pour leur contrôle. À cet égard, la coopération transfrontalière ainsi que le contrôle aux frontières¹⁷ apparaissent parmi les mesures les plus courantes (Gasquet, Leroy et Salem 2010 ; Coldsmith 2012). Le Gabon a, comme mesure de contrôle de l'épidémie d'Ebola (2001-2002), fermé sa frontière (Gasquet, Leroy et Salem 2010). Dans le cas d'Haïti et de la République dominicaine, Coldsmith (2012) constate la mise en place d'installations ou de procédures pour « désinfecter » les Haïtiens et les véhicules en provenance d'Haïti. Giovanella et al. (2007) soulignent que la surveillance sanitaire et épidémiologique fait partie des thèmes en discussion au niveau du MERCOSUR. La diminution du risque lié aux maladies transmissibles constitue d'ailleurs l'un des objectifs stratégiques de l'Agenda de santé de l'Amérique centrale et de la République dominicaine dans le cadre du *Sistema de la integración centro americana* (SICA) (SICA 2009)

Par ailleurs, Gasquet, Leroy et Salem (2010, 247) soulignent l'opposition entre logiques transfrontalières et logiques transnationales lesquelles forcent les États sous l'instigation des instances internationales à une réappropriation d'un « territoire dont les populations ont une pratique réticulée » entraînant du coup « une redéfinition du rôle de la frontière » et « une restructuration de l'espace frontalier ». Il en résulte une « discontinuité majeure traduite par la rupture complète des liens sociaux existants ».

La mobilité des patients met aussi de l'avant des enjeux et défis sur le plan du droit et de la gestion notamment pour les pays où des mécanismes de protection sociale existent. Cela dit, les

¹⁶ Par exemple, la propagation du virus Ébola est interhumaine, à la suite de contacts directs avec les « fluides corporels » d'un individu malade. Elle est principalement reliée aux soins fournis au malade ainsi qu'aux pratiques funéraires. Voir aussi Gaudart et al. (2013) sur l'évolution de l'épidémie de choléra en Haïti et ses causes.

¹⁷ Gasquet, Leroy et Salem (2010) notent la fermeture de la frontière par le Gabon comme mesure de contrôle de l'épidémie.

implications de la mobilité des patients sont multiples à l'échelle nationale : organisation et planification des soins tant sur le plan des investissements que du remboursement de l'assurance maladie afin d'éviter soit un double financement, soit un sous-dimensionnement des infrastructures ou des services (Filhon, Tissier et Cariou 2012 ; Andritsos et Tang 2013). Ceci suppose par conséquent une certaine coordination à l'échelle des structures régionales tout en respectant la souveraineté des États (Filhon, Tissier et Cariou 2012). Or, si les processus d'intégration régionale sont relativement bien aboutis du point de vue des flux de capitaux et des processus productifs, il n'en est pas de même pour la protection sociale et la santé¹⁸ (Jiménez et Nogueira 2009 ; Nogueira et Dal Prá 2010 ; Nogueira, Dal Prá et Fermiano 2007 ; Filhon, Tissier et Cariou 2012). Cette « asymétrie » résulte à la fois des changements sociopolitiques et économiques découlant du processus de globalisation lesquels se sont matérialisés entre autres par une marchandisation croissante de la santé, la diminution de la protection sociale, l'enlèvement des barrières institutionnelles entravant les flux de capitaux, etc. (Cromley et Shannon 1986). La diversité des niveaux et processus d'intégration régionale invite cependant à la prudence (Jiménez et Nogueira 2009 ; Giovanella et al. 2007 ; Nogueira et Dal Prá 2010 ; Nogueira, Dal Prá et Fermiano 2007), les enjeux relatifs à cet aspect étant multiples et complexes.

Sur le plan de la protection sociale et de la santé, les compétences restent généralement confinées au niveau national, minorant du coup les interactions présentes au niveau des zones frontalières (Nogueira et Dal Prá 2010 ; Filhon, Tissier et Cariou 2012). Au niveau international et sous la houlette notamment de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des tentatives sont faites pour une plus grande harmonisation des objectifs et politiques de santé. Néanmoins, les disparités entre pays et au sein des structures supranationales que sont les blocs régionaux demeurent. Les pierres d'achoppement des processus d'intégration au niveau social résident donc dans les différences ou contradictions présentes au niveau du cadre juridique, réglementaire et institutionnel : i) absence de principes politiques et éthiques communs concernant par exemple le droit à la santé (Nogueira et Dal Prá 2010) ; ii) absence de coordination des systèmes de protection sociale (MOT 2004) ; iii) planification sanitaire à portée nationale ignorant les déplacements hors frontières des patients (MOT 2004 ; Nogueira et Dal Prá 2010).

Les différences en matière de politiques sociales et au niveau des systèmes de santé tendent donc à renforcer les inégalités/disparités entre pays appartenant à un même bloc, voire entre deux blocs (Jiménez et Nogueira 2009 ; Nogueira et Dal Prá 2010 ; Giovanella et al. 2007), ainsi qu'à

¹⁸ Bien que la circulation des patients soit soumise au « principe communautaire de libre circulation des services » en vigueur par exemple dans l'Union européenne (Filhon, Tissier et Cariou 2012).

moduler la polarisation des flux (MOT 2004). De plus, l'absence d'un cadre réglementaire ou juridique a des répercussions sur la gestion et le financement des établissements de soins, entrave le système de référence et le suivi des patients, donne lieu à un traitement différencié des patients biaisant la garantie à un accès universel à la santé, engendre tensions et conflits (Giovanella et al. 2007). Filhon, Tissier et Cariou (2012, 287) indiquent que

« la mobilité des patients est un défi et un paradoxe à elle seule [car], [e]lle oppose le niveau communautaire, qui ne dispose pas de compétence en matière d'organisation des systèmes de santé, à la souveraineté des États, qui ont en charge l'organisation territoriale des systèmes de soins reposant sur la solidarité nationale ».

Une telle remarque leur permet de souligner l'articulation entre deux échelles, voire deux logiques : celle des systèmes de santé qui a une portée nationale et la mobilité qui transcende le national pour revêtir une dimension régionale (Fihon, Tissier et Cariou 2012). En outre, la mobilité transfrontalière tend à altérer le « statut de citoyenneté nationale » quoique, le droit à la santé demeure restreint aux nationaux (Jiménez et Nogueira 2009 ; Nogueira et Dal Prá 2010 ; Giovanella et al. 2007). Mais, au cœur du débat sur le recours aux soins transfrontaliers, se situe également la question de l'accès à la santé et de ses déterminants. Les dynamiques du recours transfrontalier aux soins tendent par ailleurs à souligner l'« inadéquation » ou la dissonance entre les politiques de santé et les comportements des individus, soit le décalage entre « territoire vécu » et « territoire administratif » (Dione 2013).

1.3.1.3. Un regard à partir de l'accès à la santé

D'une manière générale, l'accès à la santé renvoie à la « capacité » d'avoir recours ou d'obtenir les soins au moment où on en a besoin, indépendamment du lieu, des facteurs économiques ou du « background » culturel (Humphreys et Smith 2009). La demande de soins est toutefois tributaire d'un ensemble de facteurs dont le contexte, les caractéristiques socioéconomiques, démographiques et culturelles de l'individu, l'état de santé, les représentations de la maladie, etc. L'ensemble intervient lors de la prise de décision et influence à certains égards l'itinéraire thérapeutique d'un malade. Ainsi, plusieurs travaux abordent la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins en s'intéressant aux déterminants du comportement individuel, aux itinéraires thérapeutiques. Des notions en lien avec l'accès à la santé comme l'accessibilité, le coût,

l'adéquation du service, l'acceptabilité sociale, la satisfaction (Penchansky et Thomas 1981) sont évoquées. De même que peuvent être pris en compte la prédisposition de l'individu (âge, sexe), les moyens dont il dispose ainsi que le besoin ressenti, lesquels conditionnent l'utilisation des services de santé (Ronald M Andersen 1995). La distance (proximité), indicateur clé généralement utilisé pour mesurer l'accessibilité spatiale potentielle aux services de santé, est aussi considérée comme un élément déterminant du recours aux soins transfrontaliers. Au-delà des différences d'approches, les résultats soulignent la singularité des contextes frontaliers et des pratiques.

De l'accessibilité aux déterminants de l'utilisation des services de santé

L'accessibilité, soit la possibilité pour un individu d'avoir accès aux services de santé, peut être contrainte par des barrières : physique (géographique), financière (coût du service ou capacité à payer des personnes), administrative, culturelle. Pour mieux cerner et mesurer l'accessibilité, et aussi dans le but d'identifier de manière plus précise les barrières à l'utilisation des services, certains auteurs proposent une vision dichotomique de l'accessibilité en différenciant l'accessibilité potentielle (offre de services) de l'accessibilité réelle (l'utilisation effective du service) (Meade et Earickson 2000). Cette approche sépare aussi les différents moments de l'accessibilité (potentiel et réel)¹⁹ et leurs composantes spatiales et non spatiales respectives (Wang 2006 ; Wang et Luo 2005 ; W. Luo et Wang 2003 ; Guagliardo 2004). Mais, les travaux sur le recours aux soins outre-frontière (*cross-border healthcare* en anglais) ont plutôt tendance à s'intéresser aux déterminants de l'utilisation,²⁰ car voulant cerner les principaux motifs à l'origine de cette mobilité.

Parmi les facteurs déterminants du recours aux soins, I. Glinos et al. (2010) citent : la proximité, la langue, le support familial et la familiarité avec le système, la couverture sociale. Ils estiment que les motivations pour se faire soigner dans un pays autre que le sien sont de quatre ordres : *availability (quantity/type)*, *affordability*, *familiarity* et *perceived quality* (I. Glinos et al. 2010 ; I. A. Glinos, Doering et Maarse 2012). Plusieurs travaux portant sur différents terrains (Afrique, Amérique) évoquent également : la disponibilité (quantité, type de services) (Nogueira et Dal Prá 2010 ; Allen 2013), le coût (Nogueira et Dal Prá 2010), des facteurs d'ordre culturels (langue, croyances, religion, etc.) (Su et al. 2011a ; Horton et Cole 2011), la perception par rapport à la

¹⁹ Il en découle quatre notions d'accessibilité : *accessibilité potentielle spatiale*, *accessibilité potentielle aspatiale*, *accessibilité réelle spatiale* et *accessibilité réelle aspatiale*.

²⁰ De rares études abordent la question de l'accessibilité transfrontalière aux soins, comme on le verra plus loin.

qualité (Allen 2013 ; Su et al. 2011a ; Horton et Cole 2011) comme facteurs déterminants de l'utilisation des services de santé en pays voisin. Ces études soulignent par ailleurs la singularité des contextes frontaliers ainsi que l'importance de la direction des flux, les motivations liées à un flux inverse (un retour « chez soi » pour se faire soigner) pouvant être différentes. À ce propos, la « familiarité » semble jouer un rôle déterminant surtout si les patients ont des liens sociaux, traversent régulièrement la frontière (I. Glinos et al. 2010 ; I. A. Glinos, Doering et Maarse 2012 ; Horton et Cole 2011 ; Bochaton 2009a), que des différences ou une certaine convergence existent. Ceci tend à mettre l'emphase sur la dimension d'acceptabilité sociale, soit le niveau d'adéquation patient/système de santé (Penchansky et Thomas 1981 ; I. A. Glinos, Doering et Maarse 2012). Par ailleurs, l'insatisfaction par rapport aux soins reçus localement et l'espoir d'une meilleure prise en charge (I. Glinos et al. 2010 ; Wismar et al. 2011 ; Sakoyan 2012 ; Horton et Cole 2011) favorisent également la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins. Su et al. (2011) notent des différences dans le type de recours selon l'âge et le sexe, mettant ainsi l'accent sur les caractéristiques démographiques lesquelles comptent parmi les *predisposing factors* du modèle béhavioriste de Ronald M Andersen (1995). Mais, le recours aux soins transfrontaliers peut aussi être motivé par le prestige social (Sakoyan 2012), la possibilité d'obtention de citoyenneté ou celle liée à la régularisation (légalisation) d'un statut (Sylvia Guendelman et Jasis 1992 ; Nogueira et Dal Prá 2010), l'attrait pour de nouvelles techniques de diagnostic (Sakoyan 2012). Les motivations sont donc multiples, complexes et interreliées. Aussi, il importe de bien cerner le contexte socioéconomique, politique, culturel ainsi que les spécificités des systèmes de santé. Car, la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins est aussi révélatrice des inégalités dans l'accès à la santé — une inégalité qui se manifeste à différentes échelles (Sakoyan 2012 ; Nogueira et Dal Prá 2010) — et des disparités entre les systèmes de santé. Par ailleurs, plusieurs de ces études montrent le rôle paradoxal de la distance : celle-ci peut tout aussi bien constituer une barrière comme ne pas influencer le comportement des personnes en quête de soins (I. A. Glinos, Doering et Maarse 2012). De ce fait, les itinéraires thérapeutiques, soit « le parcours suivi par une personne » (Joly, Taïeb et Abbal 2005) dans sa quête de soins en cas de maladie (du début à la fin), sont loin d'être figés ; ils traduisent avant tout la volonté (recherche) d'un mieux-être.

Des itinéraires thérapeutiques à géométrie variable

L'anthropologie médicale s'intéresse à la représentation de la maladie, aux itinéraires des malades, au rôle des thérapeutes, aux pratiques thérapeutiques (Fainzang 2009 ; Augé 1986)

ainsi qu'aux actions publiques dans la délivrance de soins (Olivier de Sardan 2010). Dans son approche symbolique, l'anthropologie médicale part du postulat de base qui veut que la maladie soit « gérée et traitée suivant des modalités différentes selon les sociétés » (Fainzang 2009). Une telle prémisse souligne le rôle de la culture, soit des systèmes de croyance et de représentations, dans les modalités de prise en charge de la maladie²¹. De son côté, Vonarx (2011) évoque la « pluralité » pour caractériser l'utilisation de différents secteurs de soins (profanes, traditionnels, populaires ou alternatifs conjointement à la biomédecine) en Haïti. Une pluralité propice à un « cumul de recours », soit un itinéraire thérapeutique fluctuant entre médecine traditionnelle et biomédecine (Benoît 2004 ; Sakoyan 2012). Vonarx (2011) estime que les divers secteurs de soins sont constitutifs d'un « système médical ». Il souligne par ailleurs que cette pluralité est présente à plusieurs niveaux. Elle se manifeste par : 1) le voisinage de la biomédecine et des autres médecines ; 2) l'association dans les pratiques de soins et les savoirs mobilisés par les thérapeutes d'éléments d'origine diverse ; 3) la dissimulation dans les itinéraires thérapeutiques impliquant un va-et-vient entre les différents secteurs. Cet auteur poursuit en indiquant que le sens donné à la maladie est ajusté en fonction des « traditions de soins », la quête de soins prévalant sur l'explication de la maladie. Celle-ci intervient a posteriori. Fosso (2011) de son côté estime que le cumul de différentes offres thérapeutiques peut être vu comme du « butinage médical », un terme qu'il emprunte à l'anthropologie sociale. La notion de « butinage » est créée par Soares (2009) pour caractériser les pratiques religieuses plurielles au Brésil articulant tradition et vécu. « La mobilité » ou « l'itinéraire », les représentations sociales de la mobilité et les pratiques de la mobilité ainsi que le sens donné à celles-ci sont les différentes formes d'expression du butinage qui méritent d'être analysées (Droz, Oro et Soares 2014).

Pérez (1992), pour sa part, estime que la pluralité médicale fait partie de la réalité de la frontière Mexique-États-Unis. En ce sens, il convie à une exploration des réseaux de médecins et des itinéraires thérapeutiques ainsi que des liens entre les deux. Pour appuyer son propos, il souligne les limites d'une « confrontation institutionnelle ou sociologique » des systèmes de santé mexicain et étasunien laquelle ne ferait que « juxtaposer des taxinomies et organigrammes apparemment étanches, alors que la zone frontalière [est] perméable » (Pérez 1992, 237). De ce fait, les enchevêtrements et liens sont complexes et forts. En plus d'une formation souvent acquise dans les universités américaines, les médecins tissent également des relations professionnelles au-

²¹ Deux courants majeurs traversent les travaux en anthropologie médicale : une fonctionnaliste et une cognitive. L'objectif de l'orientation fonctionnaliste est de rechercher la fonction sociale des représentations de la maladie alors la cognitive s'intéresse « aux manières dont les différentes cultures perçoivent et structurent "l'expérience" de la maladie (Fainzang 2009).

delà de la frontière. Par ailleurs, la mobilité de la population mexicano-américaine couplée à des motivations d'ordre culturel et matériel façonne l'itinéraire thérapeutique des malades²².

L'individu en quête de guérison prend donc un ensemble de décisions influencées par une somme de facteurs. Ceux-ci sont liés aux secteurs de soins (caractéristiques, disponibilité, accessibilité), à l'individu lui-même (maladie, prédisposition, moyens financiers, niveau d'instruction, croyances, habitudes, réseaux sociaux, etc.) (Vonarx 2011 ; Ouendo et al. 2005 ; Diarra 1993). En outre, la recherche de soins satisfaisants peut tout aussi bien conduire à des allers-retours entre pays d'origine et pays de migration notamment si « la maladie est interprétée comme étant [...] symptomatique de conflits familiaux ou sociaux qui ont [...] leur source dans le pays d'origine [...] » (Benoît 2004, 269). Mais, l'analyse de l'itinéraire thérapeutique ne peut se centrer seulement sur le comportement ou les représentations liées à la maladie, il importe dans la recherche de sens de le replacer dans son contexte (cadre historique et sociologique) d'une part et de le relier d'autre part, aux « différents axes et expériences de mobilité » (Sakoyan 2012). De plus, « les itinéraires thérapeutiques des patients s'insèrent dans une histoire dynamique des rapports politiques entre institutions et usagers » (Benoît 2004). Dès lors, au moment d'interroger les itinéraires thérapeutiques, il importe de les confronter aux différentes formes de délivrance de soins en analysant les relations soignés/soignants (Olivier de Sardan 2010). En outre, caractériser les « modalités d'articulation entre réseaux et itinéraires » permet de cerner la complexité et d'éviter une « interprétation univoque des motivations des patients » (Bioteau et Calberac 2005).

1.3.2. Un regard à partir de la frontière

1.3.2.1. Du point de vue de l'accessibilité

Plus haut, l'importance de la distance dans l'accès aux soins a été mentionnée. Sous-jacent à cette question, se trouve le problème de l'implantation des structures de soins de part et d'autre d'une frontière. L'accessibilité, au centre de certains travaux réalisés concernant la relation frontière et santé, est abordée : i) du point de vue l'aménagement du territoire et dans une perspective prospective (De Ruffray et Hamez 2009) ; ii) pour analyser les inégalités d'accès de part et d'autre de la frontière (Perez et Balli 2010). De Ruffray et Hamez (2010) s'intéressent à

²² Peu de travaux se sont toutefois intéressés à la mobilité thérapeutique à partir d'une perspective anthropologique (Sakoyan 2012) et encore moins à celle-ci dans un contexte frontalier.

l'accessibilité spatiale (distance-temps) aux services de proximité, en particulier aux maternités. Celle-ci est analysée du point de vue de l'offre et de la demande en tenant compte du « chevauchement » des aires d'influence prévalent dans un contexte frontalier. En faisant varier l'ouverture de la frontière selon deux critères (harmonisation des systèmes de soins et libre choix des usagers), ils analysent les « conséquences pour le citoyen de la mise en place d'un espace [...] véritablement transfrontalier ». Perez et Balli (2010), quant à eux, soulignent les difficultés que pose la « discontinuité sanitaire » dans un espace frontalier pour l'établissement effectif de « logiques d'interface [allant dans le] sens d'une complémentarité de services, d'échanges de patients ou [...] d'une mutualisation d'équipements coûteux ». Ils notent l'absence de complémentarité et les freins à cette interface sanitaire : les barrières naturelles (cloisonnement géographique), les modalités différentes de prises en charge des patients (cloisonnement administratif) et la langue (cloisonnement linguistique). Ils évoquent également le poids de la distance-temps et les délais d'attente.

Ces deux textes tout en faisant ressortir les discontinuités soulignent l'ampleur des enjeux dans la construction d'un véritable espace transfrontalier de santé, inclus dans un contexte d'intégration régionale où la mobilité des patients est encadrée.

1.3.2.2. De l'articulation frontière/santé

Bochaton (2009a), analysant la dynamique transfrontalière entre le Laos et la Thaïlande, montre comment en l'absence de convergence entre politiques bilatérales et pratiques de la population, ces dernières prennent le dessus. L'espace transfrontalier est alors organisé par un « jeu de réseaux informels », de pratiques réticulées qui participent à sa construction. L'approche privilégiée est celle du capital social, économique, culturel et spatial comme éléments déterminants du recours aux soins transfrontaliers ; elle se démarque donc du modèle behavioriste de Ronald M Andersen (1995) généralement utilisé pour expliquer l'utilisation des services de santé. Selon le *Behavioral Model of Health Services Use* (BMHSU) d'Andersen (1995, 1), « *people's use of health services is a function of their predisposition to use services, factors which enable or impede use [enabling factors], and their need for care [need factors]* ».

Bochaton (2009a) s'inscrit par conséquent dans un courant de pensée qui considère les différentes ressources, le « savoir utiliser et combiner divers moyens de transport, exploiter les expériences des lieux pratiqués ou traversés, connaître l'ici et l'ailleurs » (Bochaton 2009a, 227 ;

2011) comme un capital potentiellement mobilisable. Tout en soulignant la diversité de l'axe frontalier lao thaïlandais, Bochaton (2009a) met de l'avant comme principaux facteurs de mobilité dans le recours aux soins outre-frontière : i) le différentiel entre les deux pays conduisant à une polarisation des flux selon une logique de répulsion/attraction (*pushpull* en anglais) ; 2) des pratiques de mobilité bien ancrées chez les populations frontalières ; 3) le système de représentation et les liens sociaux sous-tendant ces pratiques. Ces dernières sont influencées par le contexte — à savoir la frontière avec toute son épaisseur historique, sa charge symbolique et son ambivalence — et l'accessibilité des services de santé. Le point de vue de Dione (2013) s'il se rapproche de celui de (Bochaton 2009a) s'en démarque néanmoins par la démarche et surtout les multiples frontières impliquées dans le processus de construction de ce qu'il appelle « un bassin de santé à cheval sur quatre États frontaliers ». Les interactions santé et territoire sont abordées à partir d'une approche socioterritoriale qui vise notamment à montrer la polarisation des flux dans la recherche de soins de santé. L'analyse s'articule autour des flux et de leurs déterminants²³. En ce sens, les « dynamiques des mobilités » dans le recours aux soins sont considérées comme structurantes d'un territoire de santé en partage entre quatre États, la frontière dans sa conception de limites d'État étant banalisée par la mobilité de patients en quête de soins. La polarisation du recours aux soins entraîne du coup un décalage entre les « aires théoriques » de desserte et celles « effectives » des soins²⁴, ce qui tend à une redéfinition du paysage sanitaire. Pour Dione (2013, 24), « cette attraction suit une logique de satisfaction des besoins exprimés par les populations face à des offres spécifiques dans une hiérarchisation fonctionnelle du tissu urbain transfrontalier ». Proximité (accessibilité physique), qualité des soins, réseaux sociaux (familiaux) et déplacements en lien avec des activités économiques (*loumo* ou marchés périodiques) interviennent comme facteurs déterminants dans la prise de décision d'un recours outre-frontière. L'intérêt de cette étude réside dans la mise en valeur des recompositions territoriales découlant des mobilités transfrontalières dans le recours aux soins. La frontière est abordée dans toute sa versatilité mettant à nu les contradictions entre l'espace construit par les politiques et celui perçu/pratiqué/vécu par les populations (les acteurs). La continuité de l'espace a : i) une charge historique, celle du vécu avant le partage colonial ; ii) une dimension

²³ Dione (2013) combine l'enquête avec questionnaire auprès des populations (échantillon aléatoire stratifié) et des professionnels de santé ; les entretiens auprès des patients (in situ/des structures de soins aux marchés hebdomadaires) et la compilation de données statistiques sur le volume d'activités des structures de soins situées dans les unités spatiales ciblées. Le choix de ces unités spatiales s'est effectué sur la base de critères géostratégique (localisation et accessibilité), socioéconomique (présence de marchés périodiques) et sanitaire (distribution spatiale des structures de soins, en particulier leur localisation et leur accessibilité physique). Les disparités sont mesurées à l'aune des dépenses de santé, de la desserte médicale et de la densité médicale. L'accessibilité physique est mesurée à travers la perception des personnes enquêtées et des lieux déclarés de recours aux soins.

²⁴ Bochaton (2009a, 2015) évoque aussi ce décalage au regard des itinéraires thérapeutiques des patients laotiens.

ethnoculturelle ; iii) une dimension économique reliée à l'intensité des échanges commerciaux à travers les marchés périodiques. La rupture entre l'espace construit et l'espace vécu résulte essentiellement de l'héritage colonial, des aménagements territoriaux et des États-nations qui en ont découlé. À ceci, s'ajoutent d'autres facteurs comme l'instabilité politique, l'apparition de nouveaux marchés, les redécoupages administratifs qui tendent à influencer les trajectoires dans le recours aux soins.

1.4. Positionnement théorique

Cette recherche repose sur trois notions clés *mobilité/frontière/accessibilité* autour desquels s'articulent les différents axes de la réflexion. La figure 1.5 s'inspire des figures 1.1 et 1.2 pour les différentes dimensions de la mobilité. Elle illustre l'interaction entre les trois phénomènes ainsi que celle existant entre le contexte (échelle macro) et l'individu (échelle micro). Elle souligne également comment *mobilité/frontière/accessibilité* dans la dialectique de leur relation peuvent contribuer à la structuration d'un « territoire transfrontalier » qui, à son tour, rétroagit sur chacune des composantes de ce trinôme.

Ici, mobilité et accessibilité sont considérées dans leurs dimensions potentielle et réelle, différenciant donc « le champ des possibles » (Kaufmann 2008) (offre de mobilité, offre de services) de la matérialisation de la mobilité (déplacement) et de l'accès réel (utilisation effective des services de santé). Par ailleurs, la prise en compte des deux échelles, macro et micro, permet de faire ressortir le poids du contexte sur le comportement individuel. Mais, l'individu est aussi acteur et de ce fait, il contribue à la transformation du contexte et de son environnement. De plus, la réalisation de multiples activités (travail, consultation médicale, loisir, etc.) implique des déplacements qui génèrent un « espace d'activités » (Vallée et al. 2010). L'étendue de celui-ci est variable, allant dans certains cas jusqu'à s'affranchir des frontières politiques.

D'un autre côté dans l'accès aux soins — comme expliqué au paragraphe suivant —, des facteurs individuels (représentations, âge, état de santé, etc.) en plus du contexte interviennent au moment de la prise de décision. L'itinéraire thérapeutique (du début de la maladie à la guérison) est donc constitué d'une succession de recours à des soins de santé pouvant conduire à la fréquentation de diverses structures de santé. Il peut s'agir d'un parcours complexe, en résonance avec l'espace d'activités. Celui-ci, dans un contexte frontalier, relie des territoires de santé originellement disjoints.

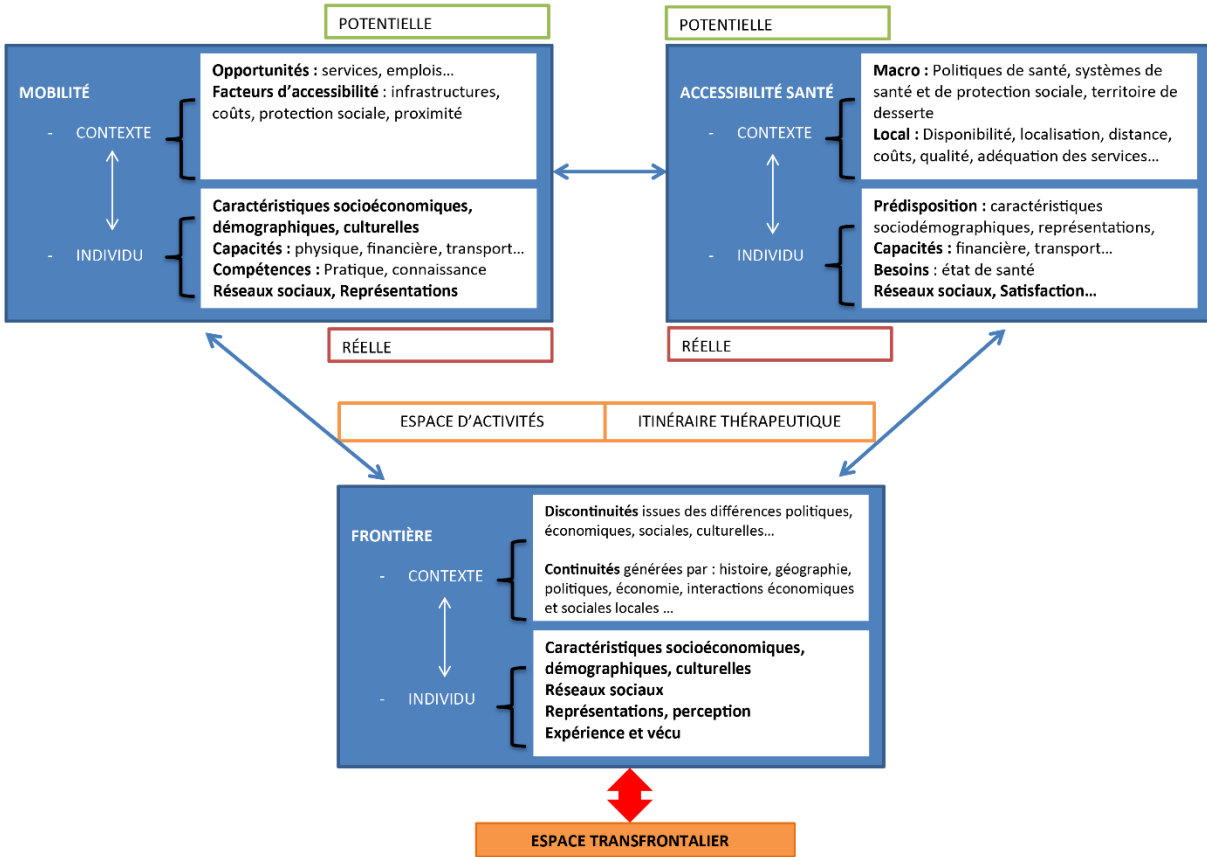


Figure 1.4 : Interactions entre mobilité, frontière et accessibilité

1.4.1. De l'accès à la santé...

En santé, la mobilité dans sa dimension spatiale est le déplacement d'un patient au sein ou au-delà de sa zone de chalandise ou de résidence pour accéder aux soins de santé (Shaw, Dorling et Mitchell 2002 ; I. Glinos et Baeten 2006 ; Joly, Taïeb et Abbal 2005). La proximité géographique longtemps considérée comme un facteur déterminant dans l'accès aux services de santé (Wang 2006 ; McLafferty 2003 ; Meade et Earickson 2000) devient alors relative²⁵. Cela étant, la distance demeure quand même une entrave sérieuse de l'accès à la santé (Ngamini Ngui et

²⁵ Piolle (1990) considère que "le mouvement est [...] remise en cause d'un quelconque déterminisme de l'accessibilité [...]".

Apparicio 2011 ; Ngamini Ngui et Vanasse 2012), notamment dans les pays en développement (Kissah-Korsah 2008 ; Oppong et Hodgson 1994 ; Perry et Gesler 2000 ; Rosero-Bixby 2004) ; les populations les plus vulnérables ou celles vivant dans les zones les plus reculées étant généralement les plus affectées. Mais, l'attrait d'un service, le regroupement d'activités peuvent aussi conduire au contournement du service le plus proche (Hodgson et Jacobsen 2009 ; Yassenovskiy et Hodgson 2007 ; Haynes, Lovett et Sunnenberg 2003). Ceci invite donc à aborder l'accès à la santé dans une perspective qui tient compte de : i) la distribution de l'offre et de la demande (W. Luo et Wang 2003 ; Wang 2006) ; ii) la mobilité et l'espace d'activités qui en découle (Vallée 2012 ; Vallée et al. 2010) ; iii) des caractéristiques démographiques, socioéconomiques et culturelles individuelles (Wang et Luo 2005 ; Ronald M Andersen 1995) lesquelles déterminent la prédisposition et la capacité à recourir aux soins ; iv) des représentations et perceptions qui influencent l'itinéraire thérapeutique (Joly, Taïeb et Abbal 2005 ; Fainzang 2009 ; Diarra 1993) ; v) du degré d'adéquation des services par rapport aux besoins ; vi) de la satisfaction des usagers (Penchansky et Thomas 1981). Une telle approche bien que plaçant l'individu au centre de la décision ne minorise pas le poids du contexte (facteurs politiques, économiques, sociaux, historiques et environnementaux). Celui-ci intervient d'ailleurs tant dans la construction des systèmes sociaux et culturels que dans celle des systèmes de soins (Joly, Taïeb et Abbal 2005 ; Kleinman 1981) ; il détermine aussi le « champ des possibles » (Kaufmann 2008) en matière de mobilité. Pour différencier l'offre potentielle et l'utilisation effective, l'accessibilité se décline en *accessibilité potentielle* et *accessibilité réelle* (Wang 2006). C'est donc à travers ce prisme que sera abordée l'accessibilité aux soins de santé. De plus, la notion d'itinéraire thérapeutique ne se limite pas à la stratégie mise en place par un individu en quête de soins, soit à la succession de recours aux soins. Elle est élargie en lui conférant une spatialité qui décrit la trajectoire (parcours géographique) associée à cette recherche de traitement. Son articulation avec la mobilité s'établit en prenant en compte l'espace d'activités des individus. Celui-ci se définit comme l'espace dans lequel évolue ou se déplace l'individu quotidiennement (Vallée 2012 ; Vallée et al. 2010). Ainsi, dans un contexte frontalier, celui-ci est à cheval sur deux territoires adjacents, mais disjoints.

1.4.2. ... au recours aux soins transfrontaliers

En présence d'une frontière séparant des États-nations, l'analyse de l'accessibilité doit donc tenir compte de la contiguïté de systèmes de soins différenciés (organisation, fonctionnement, ressources, protection sociale, etc.). Cette asymétrie tend à influencer le comportement et les choix individuels dans la quête de soins (Moullé 2010 ; Bochaton 2009a), et à polariser les flux

(Bochaton 2009a ; Allen 2013 ; Dione 2013 ; Giovanella et al. 2007 ; Nogueira et Dal Prá 2010). Il en résulte une superposition de l'espace vécu qui s'affranchit des limites géopolitiques, une territorialité issue des interactions et des rapports tissés à travers la mobilité. La porosité ou le degré d'ouverture de la frontière détermine cependant l'intensité des interactions (Ogunsola John Igue 1995 ; Reitel 2007) et l'accessibilité (potentielle et réelle) aux services, en l'occurrence ceux de santé. Dans ce cas, les pratiques sociales réticulées de la population tendent à prendre le dessus (Bochaton 2009a ; Dione 2013 ; Nogueira et Dal Prá 2010) et à organiser le territoire transfrontalier. Ces pratiques révélatrices de la perception et de l'expérience (individuelle et collective) de la frontière, de son épaisseur, soulignent également la dissonance entre les politiques de santé et le comportement des individus. Cela dit, la frontière peut aussi s'ériger en barrière (physique, sociale, culturelle), entravant de ce fait la mobilité transfrontalière, et ce, malgré l'existence d'une offre de santé complémentaire.

1.5. À la frontière haïtiano-dominicaine

1.5.1. Une frontière profondément enracinée

La République d'Haïti et la République dominicaine se partagent l'île d'Haïti/Quisqueya²⁶. La frontière est autant liée à l'histoire coloniale qu'au processus menant à la formation et à la consolidation des deux États-nations (Théodat 2003 ; Théodat et al. 2003 ; Théodat 1998). Les discontinuités territoriales, culturelles et politiques propres à toute frontière y sont plus que visibles. Bien plus, cette coupure conduira à une situation particulière de « double insularité » se caractérisant par l'existence de systèmes spatiaux considérés comme « une manifestation anthropologique constante de deux *ethos* haïtien et dominicain irrémédiablement distincts » (Théodat 2003, 7).

Confins des empires coloniaux français et espagnols, la ligne frontalière s'érige plus tard — une fois la division reconnue et consommée²⁷ — en barrière entre deux nations donnant lieu à une

²⁶ Noms donnés par les Taïnos, peuples autochtones décimés par les colonisateurs à l'île. Haïti signifie terre montagneuse. Haïtiens et Dominicains ne s'accordent pas sur un nom pour désigner l'île.

²⁷ Au moment de l'indépendance d'Haïti, l'île était possession française et les Haïtiens n'en contrôlaient militairement qu'une partie, la partie occidentale. L'indépendance fut d'ailleurs proclamée pour l'île entière. Les constitutions haïtiennes de 1801 à 1849 considèrent l'île entière comme intégrant le territoire national Manigat (1997). La frontière présente une menace et revêt de ce fait un aspect stratégique, militaire et économique important (Castor 1983). Aussi, les tentatives pour l'éliminer se sont multipliées au cours de la première moitié du 19^e siècle (1805 à 1856).

« coexistence inégale avec la tentation de la supériorité et de la domination d'une partie sur l'autre en fonction des rapports de force » (Manigat 1997). Ainsi, l'asymétrie caractérise les rapports entre les deux États-nations. Par ailleurs, la gestion de la frontière est influencée, selon les conjonctures, par l'une ou l'autre des dimensions politique ou économique. Ainsi, l'espace frontalier, à la faveur des nouvelles formes de gestion et d'interactions, se transforme. De marche, il devient progressivement synapse. La notion de marche, en géographie, renvoie à l'idée d'un espace périphérique alors que celle de synapse souligne la liaison, l'échange (Brunet 1992). Ouverte le jour, fermée officiellement la nuit ; la frontière est cependant jalonnée d'un nombre imposant de marchés et de points de passage informels. Cette ambivalence souligne le « caractère schizophrénique » de la frontière haïtiano-dominicaine (Théodat et al. 2003) comme le montre la figure 1.6. Elle souligne les différences des systèmes spatiaux et l'accent sur les dynamiques transfrontalières à l'œuvre. Celles-ci se caractérisent par une « codépendance » (Mathelier 2013) ou une interdépendance asymétrique.

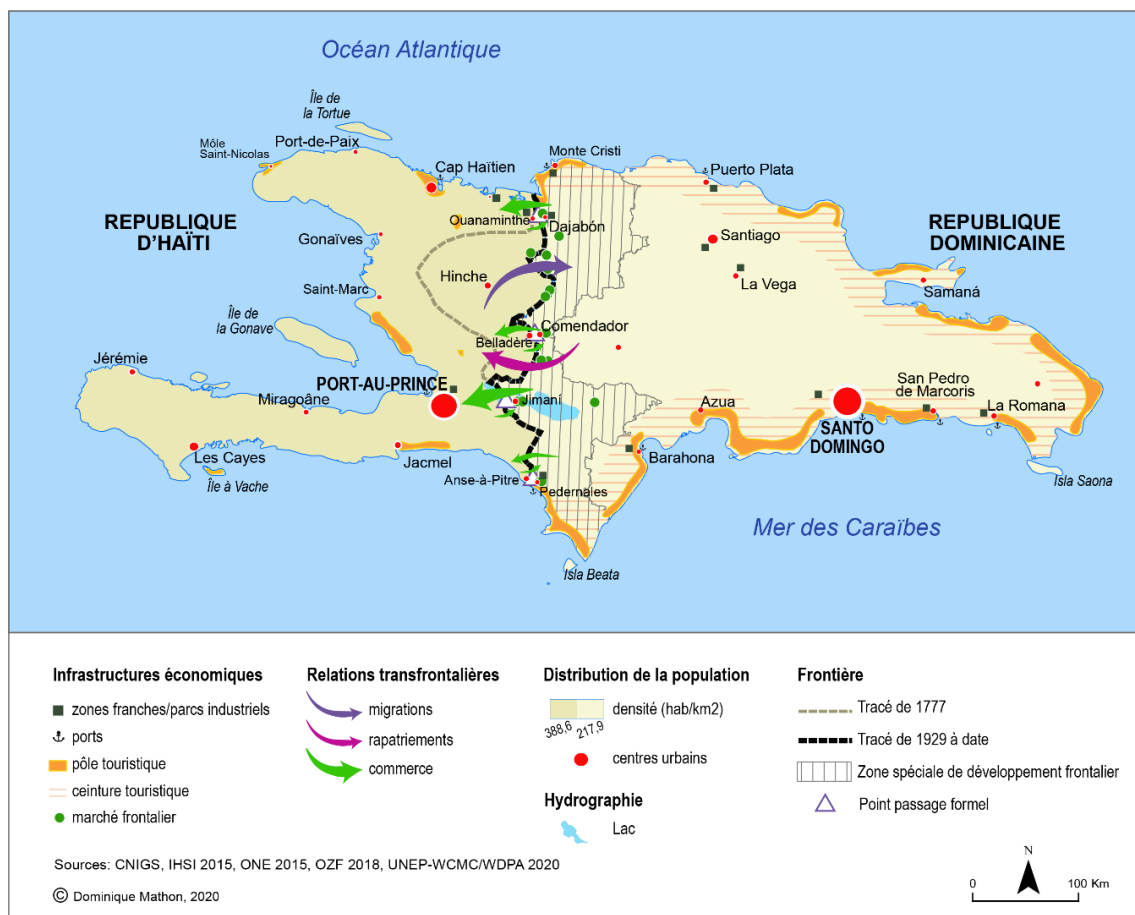


Figure 1.5 : La frontière haïtiano-dominicaine

1.5.2. Des « mobilités à temporalités multiples »

L'intensification des échanges commerciaux entre les deux pays à partir des années 1990 donne lieu à d'importants flux de part et d'autre de la frontière. Elle souligne, par ailleurs, le renforcement de l'hégémonie économique de la République dominicaine laquelle culmine avec la pénétration du marché haïtien. Haïti est le deuxième partenaire commercial de la République dominicaine. Les échanges transitent essentiellement par quatre points de passage fortement contrastés et contrôlés par les autorités des deux pays, ceux-ci étant militarisés du côté dominicain. Deux éléments permettent de différencier ces points de passage : 1) le volume de flux (biens et personnes) ; 2) leur connexion avec le reste du territoire national et/ou leur rôle dans la distribution des marchandises (rupture de charge ou pas).

Par ailleurs, la migration des Haïtiens vers la République dominicaine, loin d'être récente, connaît d'importantes mutations à partir des années 1990. Elle est plus urbaine contrairement aux migrations antérieures qui visaient essentiellement à fournir de la main-d'œuvre à l'industrie sucrière dominicaine (Báez Evertsz et Lozano 2008 ; Oficina Nacional de Estadística 2018b). Dilla Alfonso (2008) indique que les villes frontalières dominicaines sont soit un lieu de passage des migrants haïtiens (légaux et illégaux), soit elles accueillent des travailleurs urbains temporaires, soit des navetteurs incluant ceux qui traversent les jours de marché (pour acheter et, dans une moindre mesure, vendre). Il y a également les consommateurs de services²⁸, en particulier des services de santé. Par ailleurs, les résultats de l'enquête nationale sur les immigrants en République dominicaine réalisée en 2017 soulignent la mobilité circulaire des immigrants haïtiens lesquels, en proportion significative, retournent en Haïti plus d'une fois. Ces mobilités à « temporalités multiples » qui caractérisent, comme le montrent les travaux de Faret (2003), les « formes migratoires et de mouvement » sont aussi propres aux zones frontalières où sont observées une multitude de flux et de contre-flux. Alegría (1989), traitant de la frontière mexicano-américaine, souligne les variations temporelles caractéristiques des flux transfrontaliers qu'il considère comme fondateurs de ce qu'il nomme « processus transfrontaliers », lesquels se développent à différentes échelles. Dans le cas de ce travail, on s'intéressera aux mobilités en santé à la frontière haïtiano-dominicaine, et en particulier aux mobilités transfrontalières des Haïtienne et Haïtiens dans le recours aux soins. Celles-ci, pour être comprises, devront être

²⁸ Alegría (1989), analysant la ville et les processus transfrontaliers entre le Mexique et les États-Unis, considère que le développement des relations transfrontalières s'articule autour du capital, des devises, des marchandises et des personnes (travailleurs et consommateurs). Il signale par ailleurs que ces relations sont issues des différences et de la complémentarité entre les deux pays ainsi que de la proximité.

néanmoins articulées aux dynamiques transfrontalières à l'œuvre à la frontière haïtiano-dominicaine.

1.5.2.1. *Mobilité et santé*

L'intensité des flux (personnes, biens) entre les deux pays (Haïti et la République dominicaine) qui se partagent l'île *Quisqueya*, force à la mise en place de mécanismes de coopération notamment pour le contrôle et la surveillance épidémiologique. Au lendemain du séisme du 12 janvier 2010 qui détruisit partiellement Port-au-Prince, de nombreux blessés furent pris en charge par les services de santé dominicains (de Goyet, Sarmiento et Grünwald 2011 ; Théodat 2012). En outre, certains auteurs analysant les changements intervenus au niveau des migrations entre les deux pays révèlent l'existence d'une « migration transfrontalière » en santé de la population haïtienne de la zone frontalière (Dilla Alfonso 2011). L'ampleur du phénomène et les répercussions que celui-ci pourrait avoir sur les services de santé dominicains sont toutefois peu documentées. Les statistiques dominicaines en santé font état de la fréquentation des établissements de santé dominicains par des étrangers (Ministerio Salud Pública Asistencia Social 2012, 2011, 2010). De plus, les enquêtes nationales sur les immigrants renseignent sur l'état de santé de cette population, en particulier les Haïtiens et les Haïtiennes, ainsi que leur utilisation des services de santé. Elles indiquent également le faible niveau de protection sociale chez la population immigrante en général et plus particulièrement celle d'origine haïtienne. Il n'existe que peu d'informations cependant sur la fréquentation des établissements de santé dominicains par la population frontalière haïtienne. Selon, Dilla Alfonso (2011), la part d'étrangers utilisant les services de santé serait plus importante dans la zone frontalière que dans le reste du pays. Selon les statistiques dominicaines en santé pour 2010, près d'un tiers (31,17 %) des consultations effectuées par les étrangers s'effectueraient dans les régions sanitaires situées à la frontière (Ministerio Salud Pública Asistencia Social 2010). Serait-on alors en présence d'un phénomène similaire à celui observé au Laos-Thaïlande où le différentiel de développement²⁹ tend à diriger les flux du Laos vers la Thaïlande qui dispose d'un système de soins plus moderne et développé (Bochaton 2009a) ? Si l'étendue du recours aux services de santé dominicains par

²⁹ Il convient par ailleurs de signaler les efforts de la République dominicaine pour se positionner dans les circuits du « tourisme médical » en offrant des soins spécialisés et meilleur marché. Trois hôpitaux importants sont localisés notamment dans la capitale, Santo Domingo, et la seconde ville du pays, Santiago (non loin de Dajabón, soit proche de la frontière dominico-haïtienne).

les Haïtiennes et Haïtiens est établie³⁰, le niveau de fréquentation des établissements de santé par les Haïtiennes et Haïtiens résidant à la frontière haïtienne est, en revanche, peu connu³¹ voire, les facteurs à l'origine de telles pratiques. En définitive, que représente la part du recours transfrontalier aux soins en santé dans le total des consultations effectuées par des étrangers dans les services de santé dominicains ? Le flou relatif au statut des immigrants haïtiens et des enfants d'origine haïtienne nés en République dominicaine³² (Dilla Alfonso 2011) rend encore plus complexe l'analyse. Par ailleurs, les motivations des consommateurs transfrontaliers de services demeurent peu explorées et analysées, à part le fait qu'ils peuvent être référés par un médecin haïtien ou qu'ils profitent de leurs activités, notamment les jours de marché pour se rendre à un centre de santé ou un hôpital (Dilla Alfonso 2011). De telles considérations mènent à s'interroger sur les déterminants du recours transfrontalier aux soins de santé, à s'interroger sur l'ampleur et les caractéristiques de ces flux ainsi que sur l'effet de la frontière dans l'accessibilité aux services de santé.

1.6. Objectif et questions de recherche

Cette recherche propose donc d'étudier la mobilité dans le recours aux soins des Haïtiens de la zone frontalière. L'objectif est, à partir d'une analyse des flux dans la recherche de soins, de saisir les différentes logiques et leurs déterminants, les processus de transformations sociales et spatiales qui en résultent et leur éventuelle contribution à la constitution de « nouveaux territoires » de santé.

Pour ce faire, la recherche tentera de répondre à la question suivante :

En quoi la mobilité dans le recours aux soins de santé de la population haïtienne à la frontière haïtiano-dominicaine concourt-elle à la structuration d'un espace transfrontalier de soins ?

³⁰ À noter que le journal *Listin Diario* dans trois articulets parus en janvier 2013 signale une forte utilisation des services de santé dominicains par les Haïtiens d'une part et, d'autre part, les auteurs soulignent les répercussions de celle-ci sur les dépenses de santé publique ; 10 % du budget de santé servirait à fournir des soins de santé aux Haïtiens.

³¹ Nesmy Manigat, dans un article publié sur Internet en 2007, évoque non seulement l'utilisation des services de santé dominicains par les Haïtiens au niveau de différentes villes frontalières, mais aussi la fréquentation de services de santé haïtiens par les Dominicains dans certaines localités. Ceci rend compte des interactions caractéristiques des espaces frontaliers, lesquels tendent à devenir des « espaces réticulaires » (Vanneph et Revel-Mourroz, 1994), interdépendants où les espaces de vie se superposent (M. C. Macias 2010).

³² À cela, il faut ajouter la décision récente de la Cour constitutionnelle dominicaine d'enlever la nationalité aux personnes nées en République Dominicaine après 1929 et dont les parents « résideraient illégalement » dans le pays.

De cette question générale découlent trois questions spécifiques qui structureront le travail de recherche :

1) **Quelle est l'accessibilité spatiale aux services de santé à la frontière haïtiano-dominicaine ?** L'hypothèse sous-jacente à cette question est que le fonctionnement de cette frontière et l'existence d'une offre différenciée de services peuvent induire une polarisation des flux, suivant la « logique » du *push/pull* (répulsion/attraire).

2) **Quels sont les itinéraires thérapeutiques et leurs déterminants ?** Comment ces itinéraires thérapeutiques et les parcours géographiques associés à cette quête de soins des Haïtiens s'inscrivent-ils dans l'espace frontalier ? On peut supposer que les itinéraires thérapeutiques des Haïtiens les conduisent à fréquenter différents systèmes de soins. Dès lors, les territoires de santé réels, ceux résultant des itinéraires thérapeutiques individuels, se différencient des territoires institutionnels. Ce décalage entre territoires réels et institutionnels peut contribuer à la création d'un « territoire transfrontalier » en santé s'inscrivant à différentes échelles spatio-temporelles.

3) **Quels sont les déterminants de la mobilité transfrontalière en santé des Haïtiennes et Haïtiens ?** L'hypothèse est que l'utilisation des services de santé par les Haïtiennes et Haïtiens vivant dans la zone frontalière est conditionnée par un ensemble de facteurs comme la proximité (distance), la maîtrise de l'espace frontalier (le savoir-traverser, la connaissance de l'autre et des services offerts) et de la langue, les caractéristiques socioéconomiques (éducation, niveau de revenu), les réseaux sociaux, la qualité des services, la perception des services de dominicains ou la recherche de soins spécialisés. Les Haïtiennes et Haïtiens ayant vécu ou travaillant en République dominicaine de même que les commerçant(e)s participant au marché de Dajabón seraient plus enclins à avoir recours aux services de santé dominicains.

La revue de la littérature montre que la compréhension de la mobilité transfrontalière en santé requiert non seulement d'analyser les flux, mais aussi les logiques qui les sous-tendent. En ce sens, il importe de comprendre le comportement des individus (leurs déterminants) dans le recours aux soins. La recherche de soins est influencée par des facteurs socioéconomiques et démographiques, les réseaux sociaux, les pratiques de mobilité et l'expérience de la frontière, la disponibilité et l'accessibilité des services, les représentations de la maladie, etc. Ces itinéraires thérapeutiques conduisent les individus à emprunter différents parcours géographiques pour tenter de résoudre leurs problèmes de santé. Ces trajectoires s'inscrivent dans l'espace et le temps entraînant des décalages entre territoires de santé réels (celui de l'individu) et institutionnels (celui proposé par le système de santé).

Le parti pris méthodologique doit donc permettre d'aborder ces différents aspects. En ce sens, l'approche privilégiée pour la recherche combine les outils quantitatifs et qualitatifs en les associant à un système d'information géographique (SIG). Les SIG sont souvent utilisés dans les études sur l'accessibilité spatiale aux services de santé (W. Luo et Wang 2003 ; Wang 2006 ; Ngamini Ngui et Apparicio 2011). Les SIG sont aussi mobilisés pour déterminer l'espace d'activités des individus (mobilité).

Pour aborder les déterminants de la mobilité dans l'accès à la santé, notamment de la mobilité transfrontalière, des outils quantitatif et qualitatif sont utilisés. La méthode mixte est de plus en plus utilisée en santé notamment pour la compréhension et l'analyse de phénomènes complexes comme les déterminants sociaux en santé (Guével et Pommier 2012) et ceux relatifs à l'utilisation des services de santé ou pour déterminer les contraintes de mobilité et d'accès à la santé (Rebouha 2007). Cette tendance croissante rompt avec la tradition en santé laquelle a longtemps privilégié, dans une approche positiviste, la méthode quantitative. Ainsi, l'approche privilégiée mobilise de manière concomitante les méthodes qualitative et quantitative. Elle offre l'avantage de « combiner [leurs] forces [respectives] » et aussi de « permettre l'intégration de différentes perspectives » en portant un regard pluridisciplinaire sur des phénomènes complexes (Guével et Pommier 2012).

L'approche quantitative combinée à un SIG est retenue pour mesurer l'accessibilité des services de santé à partir de la zone frontalière haïtienne et mesurer l'effet de la frontière sur celle-ci. La distance (temps ou mètre) entre l'offre de services et la demande potentielle est l'indicateur privilégié pour la mesure de l'accessibilité spatiale représentant l'offre de mobilité (*accessibilité potentielle*). Des simulations sur le degré d'ouverture permettent d'en mesurer l'impact sur l'accessibilité des services de santé.

Pour ce qui a trait au comportement des individus, il s'agit d'une part d'identifier les principaux déterminants de la mobilité dans le recours aux soins, et de l'autre, d'explorer les itinéraires thérapeutiques. Dès lors, l'approche conduit à une utilisation séquentielle, mais complémentaire des outils quantitatif et qualitatif. De manière spécifique, des entretiens semi-dirigés sont effectués auprès d'utilisatrices et utilisateurs des services de santé en République dominicaine. Leur récit permet de reconstituer leur itinéraire thérapeutique ainsi que les raisons les incitant à fréquenter des structures de soins du pays voisin.

Parallèlement, une enquête a permis de mesurer, pour l'échantillon de ménages et de personnes ciblées, l'ampleur de la mobilité transfrontalière en santé ainsi que les principaux facteurs qui lui

sont associés. L'impact de la frontière sur le comportement des individus et la structuration des territoires de santé est analysé.

1.7. Organisation de la thèse

Cette thèse comprend trois articles scientifiques suivis d'un chapitre discutant l'ensemble des résultats obtenus. Les questions de recherche, les objectifs spécifiques, les hypothèses ainsi que les résultats sont présentés pour chacun des articles. Les guides d'entretien et le questionnaire d'enquête sont en annexe.

1.7.1 Des articles scientifiques

Article 1. Cross-border spatial accessibility of health care in the North-East Department of Haiti

Le premier article aborde l'accessibilité spatiale aux services de santé de la population de la région frontalière située au nord de l'île d'Haïti/Quisqueya (Département du Nord-Est et Province de Dajabón respectivement). Il permet de brosser un portrait de la situation en termes d'accessibilité aux services de santé tout en faisant ressortir les similitudes et/ou différences entre les systèmes de santé des deux pays.

L'objectif principal est de mesurer l'accessibilité spatiale potentielle des Haïtiennes et Haïtiens résidant dans la zone frontalière et d'évaluer l'impact de la frontière sur leur niveau d'accessibilité aux services de santé. L'hypothèse est que l'accessibilité varie en fonction du niveau d'ouverture de la frontière. Le postulat de départ est que le manque de services (*push factor* en anglais) en Haïti et l'offre la plus attractive (*pull factor* en anglais) en République dominicaine peut conduire à une polarisation.

Article 2. Mobilité transfrontalière et itinéraire des Haïtiennes et des Haïtiens de la région de Ouanaminthe

Ce deuxième article explore les itinéraires thérapeutiques de la population de la ville frontalière de Ouanaminthe. L'objectif principal est de cerner les logiques sous-tendant ces pratiques et les déterminants de l'utilisation des services de santé à Dajabón, République dominicaine.

Des entretiens semi-dirigés sont menés auprès de patientes et patients fréquentant des structures de soins dominicaines ainsi qu'auprès de cliniciens et gestionnaires de part et d'autre de la frontière.

Article 3: The determinants of cross-border health care use: the case of Haitian border population of the city of Ouanaminthe

Ce troisième article s'intéresse aux déterminants de l'utilisation des services de santé à la frontière haïtiano-dominicaine. L'hypothèse est que l'utilisation des services de santé par les Haïtiens vivant dans la zone frontalière est conditionnée par un ensemble de facteurs comme la proximité (distance), la maîtrise de l'espace frontalier (le savoir-traverser, la connaissance de l'autre et des services offerts) et de la langue, les caractéristiques socioéconomiques (éducation, niveau de revenu), les réseaux sociaux, la qualité des services, la perception des services de santé dominicains ou la recherche de soins spécialisés. Les Haïtiens ayant vécu ou travaillant en République dominicaine de même que les commerçant(e)s participant au marché de Dajabón seraient plus enclins à avoir recours aux services de santé dominicains.

1.7.2. De la synthèse et discussion des résultats

Ce chapitre vise à articuler la discussion autour des faits saillants au regard des résultats obtenus dans les trois articles de la thèse. De manière spécifique, il répond à la question générale de recherche. L'ensemble des résultats sont résumés, d'autres avenues sont explorées par rapport à la mobilité transfrontalière en santé et à ses déterminants.

L'impact de la frontière sur l'accessibilité transfrontalière aux services de santé et leur utilisation est présenté et mis en perspective au regard de son impact sur les relations bilatérales, notamment dans le domaine de la coopération en santé. L'accent est aussi mis sur l'effet de cette mobilité sur la construction d'un territoire de santé transfrontalier et des limites de celui-ci.

Les limites de la recherche sont indiquées et des pistes potentielles pour de futures recherches sont aussi dégagées.

1.8. Des apports de la thèse

La mobilité transfrontalière en santé a certes fait l'objet de multiples études, mais rares sont celles qui s'intéressent à ses manifestations entre pays à faible revenu (Bochaton 2009a ; Dione 2013). L'utilisation de structures de soins par les femmes haïtiennes enceintes fait l'objet de dénonciations récurrentes dans certains journaux dominicains. Plusieurs études, dont certaines récentes, ont abordé les relations transfrontalières haïtiano-dominicaines dans des domaines divers comme la migration (Petrozziello et Wooding 2014), l'économie, l'éducation et l'environnement. La santé demeure le grand absent dans l'ensemble de ces réflexions. Certains auteurs dans leurs travaux soulignent, il est vrai, l'existence d'une mobilité transfrontalière en santé (Dilla Alfonso 2011), mais sans en mesurer l'ampleur ni identifier les déterminants d'un tel comportement. Minn (2004) jette un regard sur la fréquentation par les Haïtiennes et Haïtiens de l'hôpital public de Dajabón (République dominicaine). Il s'intéresse au comportement des professionnels de santé dominicains à l'égard des patientes et patients d'origine haïtienne dans une perspective de droits humains. Dans certains cas, l'itinéraire thérapeutique des patients est décrit. Mais, ceci ne constitue pas l'élément central de la recherche.

Cette recherche est donc pionnière dans le contexte de la frontière haïtiano-dominicaine. Sa contribution repose sur le regard multidimensionnel qu'elle pose sur la mobilité transfrontalière en santé entre Haïti et la République dominicaine. En outre, elle permet dans les limites du corpus et de l'échantillon d'enquête de cerner les principaux déterminants du recours transfrontalier aux soins de santé, d'apprécier les territoires de santé individuels tout en soulignant leur décalage par rapport au territoire de santé institutionnel. Elle met en lumière également la complexité des itinéraires thérapeutiques des patientes et patients, le rôle des réseaux familiaux dans la gestion de la thérapie, l'influence des réseaux sociaux dans le choix des établissements de soins. Enfin, elle montre que la frontière, tout en continuant dans certains contextes d'être une barrière dans l'accessibilité spatiale, ne contraint pas nécessairement les interactions au niveau local. L'expérience et le vécu de la frontière constituent un capital que les populations concernées sont à même de mobiliser pour, l'espace d'une traversée, connecter des territoires disjoints.

1.8.1. Contribution de l'article 1

Le premier article s'intéresse à l'accessibilité spatiale potentielle dans un contexte frontalier. Il utilise le *Enhanced Two-Step Floating Catchment Area* (E2SFCA) (Wei Luo et Qi 2009), une

version améliorée du *Two-step floating catchment*, méthode bien connue et couramment utilisée dans les études sur l'accessibilité spatiale aux services de santé (W. Luo et Wang 2003 ; Wang 2006). L'impact de la frontière sur l'accessibilité spatiale aux services de santé dominicains par les Haïtiennes et les Haïtiens est mesuré en faisant varier le degré d'ouverture de celle-ci. Ceci constitue un apport dans l'utilisation du E2SFCA qui a surtout permis de mesurer l'accessibilité spatiale au niveau national et régional.

Les études s'intéressant à la mobilité transfrontalière en santé n'abordent que peu la question de l'accessibilité spatiale (Perez et Balli 2010). La proximité est souvent indiquée comme un facteur déterminant dans le recours transfrontalier aux soins de santé, mais elle est souvent une « distance perçue » plus qu'une « distance réelle ». En ce sens, l'article 1 offre un éclairage différent sur l'accessibilité spatiale potentielle en contexte frontalier. De plus, il permet d'évaluer l'incidence des variations dans le degré d'ouverture de la frontière sur les niveaux d'accessibilité potentielle dans les régions frontalières tout en soulignant les inégalités en matière d'accès.

1.8.2. Contribution de l'article 2

Plusieurs études portant sur la mobilité transfrontalière en santé se sont intéressées aux itinéraires thérapeutiques des patientes et patients. Elles ont souligné entre autres l'importance des réseaux sociaux, des facteurs ethnolinguistiques dans la prise de décision. La qualité des soins et une offre spécialisée constituent aussi des éléments décisifs qui interviennent dans le choix pour un recours transfrontalier aux soins. La première contribution de ce deuxième article réside essentiellement dans l'éclairage qu'il apporte sur l'itinéraire thérapeutique souvent complexe des patientes et patients ce, dans la perspective d'une meilleure compréhension des logiques qui le sous-tendent. Les multiples facteurs qui interviennent dans la prise de décision sont également mis en lumière ainsi que les contradictions. La deuxième contribution est d'avoir la perception des cliniciens et gestionnaires sur les facteurs qui, de leur point de vue, sont à l'origine du recours transfrontalier aux soins. Les points de vue des patients et des soignants sont parfois contrastés, mais offrent une vision plurielle qui souligne l'importance de la prise en compte des différents acteurs pour une meilleure compréhension du phénomène de la mobilité transfrontalière en santé.

1.8.3. Contribution de l'article 3

Les études portant sur l'identification des déterminants dans l'utilisation des services de santé sont nombreuses. En revanche, plusieurs travaux ont cherché à mesurer et identifier les facteurs expliquant le recours transfrontalier aux soins de santé, notamment dans le cas de flux des migrants vers leur pays d'origine, en particulier à la frontière États-Unis/Mexique. Ces études font généralement appel aux modèles de régression logistique. Les facteurs explicatifs dépendent autant du contexte, du type de flux que des caractéristiques sociodémographiques et économiques individuelles des usagers. Cet article montre des similitudes avec les résultats d'autres études. Toutefois, l'une de ses contributions majeures réside dans le fait qu'il permet de mesurer l'ampleur du recours transfrontalier chez la population enquêtée. De plus, il montre le poids de la qualité des soins comme facteur déterminant du recours transfrontalier aux soins. Enfin, cet article permet d'avoir une première approximation de la mobilité transfrontalière en santé entre deux petites économies et deux pays à faible revenu, se partageant une même île.

Chapitre 2 : ARTICLE 1

2.1. Formulaire d'inclusion d'un article à la thèse de doctorat

Identification de l'étudiant

Nom, Prénom : M.J.C. Dominique Mathon

Description de l'article

Titre :	Cross-border spatial accessibility of health care in the North-East Department of Haiti
Nom des auteurs :	Dominique Mathon, Philippe Apparicio et Ugo Lachapelle
Revue avec comité de lecture	International Journal of Health Geographics
État du cheminement :	<input checked="" type="checkbox"/> Publié date de publication : 15/11/2018
Résumé*	<p>Background</p> <p>The geographical accessibility of health services is an important issue especially in developing countries and even more for those sharing a border as for Haiti and the Dominican Republic. During the last 2 decades, numerous studies have explored the potential spatial access to health services within a whole country or metropolitan area. However, the impacts of the border on the access to health resources between two countries have been less explored. The aim of this paper is to measure the impact of the border on the accessibility to health services for Haitian people living close to the Haitian-Dominican border.</p> <p>Methods</p> <p>To do this, the widely employed enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method is applied. Four scenarios simulate different levels of openness of the border. Statistical analysis are conducted to assess the differences and variation in the E2SFCA results. A linear regression model is also used to predict the accessibility to health care services according to the mentioned scenarios.</p> <p>Results</p> <p>The results show that the health professional-to-population accessibility ratio is higher for the Haitian side when the border is open than when it is closed, suggesting an important border impact on Haitians' access to health care resources. On the other hand, when the border is closed, the potential accessibility for health services is higher for the Dominicans.</p>

	<p>Conclusion</p> <p>The openness of the border has a great impact on the spatial accessibility to health care for the population living next to the border and those living nearby a road network in good conditions. Those findings therefore point to the need for effective and efficient trans-border cooperation between health authorities and health facilities. Future research is necessary to explore the determinants of cross-border health care and offers an insight on the spatial revealed access which could lead to a better understanding of the patients' behavior.</p>
--	---

Contribution de chaque coauteur

Identification du coauteur	Description de la contribution
Dominique Mathon	Principale chercheuse de l'étude : revue de littérature, collecte et structuration des données spatiales, analyses spatiales et statistiques, structuration et rédaction de l'article.
Philippe Apparicio	Révision des données, participation active à la structuration et aux analyses statistiques, révision de l'article.
Ugo Lachapelle	Révisions de l'article.

Référence complète de l'article

Mathon, D., Apparicio, P., & Lachapelle, U. (2018). Cross-border spatial accessibility of health care in the North-East Department of Haiti. *International Journal of Health Geographics*, 17(1), 36. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12942-018-0156-6>

RESEARCH

Open Access



Cross-border spatial accessibility of health care in the North-East Department of Haiti

Dominique Mathon¹, Philippe Apparicio^{1*} and Ugo Lachapelle²

Abstract

Background: The geographical accessibility of health services is an important issue especially in developing countries and even more for those sharing a border as for Haiti and the Dominican Republic. During the last 2 decades, numerous studies have explored the potential spatial access to health services within a whole country or metropolitan area. However, the impacts of the border on the access to health resources between two countries have been less explored. The aim of this paper is to measure the impact of the border on the accessibility to health services for Haitian people living close to the Haitian-Dominican border.

Methods: To do this, the widely employed enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method is applied. Four scenarios simulate different levels of openness of the border. Statistical analysis are conducted to assess the differences and variation in the E2SFCA results. A linear regression model is also used to predict the accessibility to health care services according to the mentioned scenarios.

Results: The results show that the health professional-to-population accessibility ratio is higher for the Haitian side when the border is open than when it is closed, suggesting an important border impact on Haitians' access to health care resources. On the other hand, when the border is closed, the potential accessibility for health services is higher for the Dominicans.

Conclusion: The openness of the border has a great impact on the spatial accessibility to health care for the population living next to the border and those living nearby a road network in good conditions. Those findings therefore point to the need for effective and efficient trans-border cooperation between health authorities and health facilities. Future research is necessary to explore the determinants of cross-border health care and offers an insight on the spatial revealed access which could lead to a better understanding of the patients' behavior.

Keywords: Spatial accessibility, Health care, Enhanced two-step floating catchment area, Border, Haiti, Dominican Republic

Background

The geographical accessibility of health services is an important issue in public health and for improved health outcomes, especially in developing countries [1–6]. During the last two decades, numerous studies have explored the potential spatial access to health services within a whole country or metropolitan area [7–10]. Scholars have also analyzed cross-border mobility for health care in several diverse contexts [11–24]. But fewer studies

address the impact of an international border and its openness on the spatial access to health care resources [25, 26].

The concept of borders has been evolving throughout the years from their being seen as barriers to their being considered as contact zones, but regional integration and border openness have been questioned in several contexts [27–32]. Studies analyzing cross-border mobility for the use of health care services emphasize the uniqueness of the different border contexts and the importance of the direction of flows [16, 24]. Cross-border mobility for health care access may be explained by a variety of factors. It depends on the various individuals' situations

*Correspondence: philippe.apparicio@ucs.inrs.ca

¹ Environmental Equity Laboratory, INRS Centre Urbanisation Culture Société, 385, rue Sherbrooke Est, Montréal, Québec H2X 1E3, Canada
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2018. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

2.2. Background

The geographical accessibility of health services is an important issue in public health and for improved health outcomes, especially in developing countries [1–6]. During the last two decades, numerous studies have explored the potential spatial access to health services within a whole country or metropolitan area [7–10]. Scholars have also analyzed cross-border mobility for health care in several diverse contexts [11–24]. But fewer studies address the impact of an international border and its openness on the spatial access to health care resources [25, 26].

The concept of borders has been evolving throughout the years from their being seen as barriers to their being considered as contact zones, but regional integration and border openness have been questioned in several contexts [27–32]. Studies analyzing cross-border mobility for the use of health care services emphasize the uniqueness of the different border contexts and the importance of the direction of flows [16, 24]. Cross-border mobility for health care access may be explained by a variety of factors. It depends on the various individuals' situations and needs. It may be motivated by dissatisfaction with health care provision in the home country or by actual deficiencies there. A lack of coverage (in terms of health care insurance) or a quest for specialized health care may influence individual choice. Glinos et al. [12] indicate that, during the decision-making process, patients balance factors such as proximity, family support and social ties. Affordability, availability and quality of care are also determinants. Analyzing patient mobility between Laos and Thailand, Bochaton [14, 15] demonstrates the importance of well-established mobility practices as well as social networks among border populations in the seeking of cross-border health care. Social networks are also considered by Dione [16] as one of the determinants of patients' cross-border mobility in four African countries sharing a border. Proximity (physical accessibility) is also one of the main determinants of patient mobility in the very different contexts of European [11] and African countries [16].

Access to health care is multidimensional, and most of the studies on patients' cross-border mobility for health care access have used the seminal framework developed by Penchansky and Thomas [33]. These authors consider five dimensions in order to measure “the degree of fit between the clients and the system” [33]. Two of these dimensions are spatial: (1) availability (adequacy between the supply and the demand); and (2) accessibility, or the location of the supply relative to the location of the clients. The other three are aspatial and reflect socioeconomic and cultural factors: (1) accommodation, or the adequate matching of the supply organization with the

clients' abilities and perceptions; (2) affordability, or the prices of the services relative to the clients' income or ability to pay; and (3) acceptability (clients' and providers' attitudes toward one another). These dimensions may act as either facilitators or barriers.

Regarding spatial accessibility, scholars define this in terms of the possible use of the services (potential accessibility) and their actual use (realized accessibility) [34, 35]. This differentiation between potential access and realized access makes it possible to better identify the barriers to or facilitators of access. The extent of the spatial separation between supply and demand can therefore be analyzed. In this article, we focus on potential spatial accessibility in a borderland context. The border acts either as a geographical constraint or as a facilitator.

Our hypothesis is that accessibility varies depending on the level of border openness. In addition, the lack of services (push factor) in Haiti and the more attractive supply (pull factor) in the Dominican Republic may lead to polarized flows in a push/pull dynamic.

The aim of this paper is to evaluate the spatial accessibility of health care services for Haitians living along the Haitian-Dominican border, and to measure the impact of this border on their health care access using the well-known E2SFCA method.

2.3. The Haitian-Dominican border

The Haitian-Dominican border inherited from the colonial period has given rise to a “double insularity” [36, 37] that has been settled through a long process of social and spatial differentiation as well as ideological distancing [36–38]. Both countries have forged and asserted their particular national identities through their respective histories and struggles to achieve the construction of their own nation state [37, 39]. The discontinuities (territorial, cultural, socioeconomic and political) are therefore quite visible at the Haitian-Dominican border [40, 41]. An entire apparatus (gates, military control on the Dominican side, etc.) is in place to mark and create this distance [41–43]. At the same time, the relative and recent border opening has given rise to a transitioning process which is redefining the function of the border as moving toward a “space of coexistence and cooperation” while sustaining asymmetrical and conflicting interactions along the border line [40, 42, 44, 45].

Officially (since 1987), the border has been opened during the day and closed at night. There are four official entry points and several informal crossing points, the number of which is not precisely

known [38]. These informal crossing points underscore the permeability of the border as well as the complexity of the cross-border mobility [43]. The flow of the population may be constrained by different conflictual situations: a national decision (epidemiological surveillance, control of smuggling, etc.) or a particular local situation (protest about Dominican soldiers' aggressive behaviours, protest over national decisions, protests from Haitian or Dominican traders, etc.) [44]. From 2000 to 2016, the border was closed a number of times for varying numbers of hours or days. But the intensity and importance of the commercial exchanges for both countries, at different levels, may act as a leverage for conflict settlement.

Cross-border movements from both sides have existed since the colonial period, but Haitian labour flows started in the early twentieth century with the North American occupation of both countries [38, 43, 46–48]. Various mechanisms are in place in the Dominican Republic to regulate such flows (illegality of the Haitian work force, massive deportations, etc.) [38, 48]. According to the recent survey on migration, more than 80% of immigrants in the Dominican Republic are Haitian [49, 50]. The importance of Haitian labour for the construction industry as well as for the agricultural sector is well documented [38, 43, 46, 47, 49–51]. Some studies [38, 46] have revealed a “feminization of Haitian migration flows.” Others [42] have emphasized the difficulty of distinguishing between irregular migration, smuggling and trafficking.

On the other hand, there is some evidence that the percentage of Haitian immigrants using health care facilities is higher than for other immigrants [49]. Furthermore, during the last two decades, the Dominican Republic has been used to channel international aid to Haiti. Montiel et al. [46] emphasize the differential impact of this, including, for example, the reinforcement of the Dominican health care system at the expense of the Haitian one. They consider this to be a factor that could have encouraged a growing number of Haitians to cross the border in search of health care [46]. Their comments are in line with evidence from other studies addressing cross-border health care mobility in different contexts [12, 15, 16]. But beyond the significant and quite systematic health outcome disparities between both countries (Table 1), what are the differences between the two health care systems?

Tableau 2.1 : Basic health indicators for Haiti and the Dominican Republic**Table 1. Basic health indicators for Haiti and the Dominican Republic**

Health indicators	Haiti	Dominican Republic
Life expectancy at birth (2016) *	63.3	73.9
Men	61.2	70.8
Women	65.5	77.1
Mortality rate of the under 5 years (probability of death before age of 5 per 1000 live births, 2016)**	67	30.7
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births, 2014)***	359	92
New HIV infections among adults 15–49 years old (per 1000 uninfected population, 2015)****	0.21	0.36
Births attended by trained personnel (%)	50.0 ^a	68.6 ^b
Skill health professionals density (per 10,000 habitants)	6.5 ^c	28.2 ^d

Sources: *World Development Indicators. World Bank Group at databank. worldbank.org

Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division) at childmortality.org *WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population

Division. Trends in Maternal Mortality: 1990–2015. Geneva, World Health Organization, 2015

****2015, Source: UNAIDS/WHO; estimates 2016 ^a 2015

^b 2014; PAHO/WHO, Health in the Americas—Summary: Regional Outlook and Country Profiles, 2017 ^c Source: MSPP, 2012 ^d Source: 2005–2013, WHO Global Health Workforce Statistics database

2.4. Main characteristics of the public health care systems in Haiti and the Dominican Republic

The health care system in most Latin American and Caribbean countries is segmented, with a variety of financing structures and affiliation types. It is also fragmented, with a supply offered by many institutions (public and private) and facilities that are not well integrated into the health care network [52]. This fragmentation and segmentation exacerbate inequities in access [52], which is also the case in Haiti [53] and the Dominican Republic [53, 54].

2.4.1. Reforms of the health care system: Access to health care and equity

During the last two decades, both countries — like most Latin American [53, 54] and Caribbean countries [55] — have been involved in an ongoing process of reforming their health care sector.

These reforms are intended to improve health outcomes and to reduce health inequities. They are based on the following principles: a regulatory role for public health institutions, multisectoral production of health care, universal access, equity and solidarity, and efficiency and efficacy of the health care system [56– 59]. Changes have been made in the structure and organization of the public health care system in both countries in order to improve access to health care and especially to primary care. Nevertheless, the pace and the implementation of such reforms have fluctuated from one side of the border to the other [55].

In the Dominican Republic, the reform has been the starting point for universal access to health care [54]. Catchment areas have been defined to maximize resource allocation for primary care as well as for equity. Citizens must be assigned to or registered in a Primary Care Unit (*Unidad de Atención Primaria*). But the coverage is still deficient (less than 50% of the population was covered in 2012), with disparities found among different socioeconomic groups (the poorest have limited access to health care) and also between rural and urban areas [54].

In Haiti, changes have also been made to improve coherence with administrative boundaries and respect for the equity and universality principles included in the health reform [60]. But the Haitian health system still faces complex organizational and institutional challenges [55]. Moreover, data from the *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services* (EMMUSV) highlight the lack of coverage: less than 5% of the respondents [61] have health care insurance. As for the Dominican Republic, wealthier and urban people have more access, which means that any form of equity is still largely incomplete [61, 62].

2.4.2. Organization of the health care system

Both countries have a three-tiered health care system [56, 57, 60, 63, 64], but with some specific differences, as shown in Fig. 1. The pyramidal model is organized according to three levels of complexity: primary, secondary and tertiary. It is designed to break away from the existing hospital-centred structure in order to improve the population's access to primary care. The reference and counter-reference system allows patients to transit within the system from the entry point to specialized services when required.

The primary level consists of outpatient services and community care. The first level therefore offers basic health care (minimum service package) and prevention and promotion activities. One of the main organizational differences between the Haitian and Dominican health care systems is

found at this level. In Haiti, the primary level is subdivided into three parts. It includes different kinds of facilities located in distinct territorial entities: (1) Health community centre located in the *Section communale* (the smallest territorial division) and offering ambulatory care and prevention and promotion activities; (2) Health centre in the *Commune* delivering preventive and curative care, including normal childbirth; and (3) Community Reference Hospital (HCR) in the *Arrondissement* providing a range of care including sensitive interventions requiring specialists in internal medicine, surgery, pediatrics, obstetrics and gynecology. However, the official documents are somewhat confusing, as two of them [57, 65] consider only two subdivisions and others [60] mention three. Either way, the subdivision appears to be the Haitian health authorities' response in order to accommodate the prevailing in terms of primary care facilities and to carry out the transition process toward the mainstream pyramidal model [60, 65].

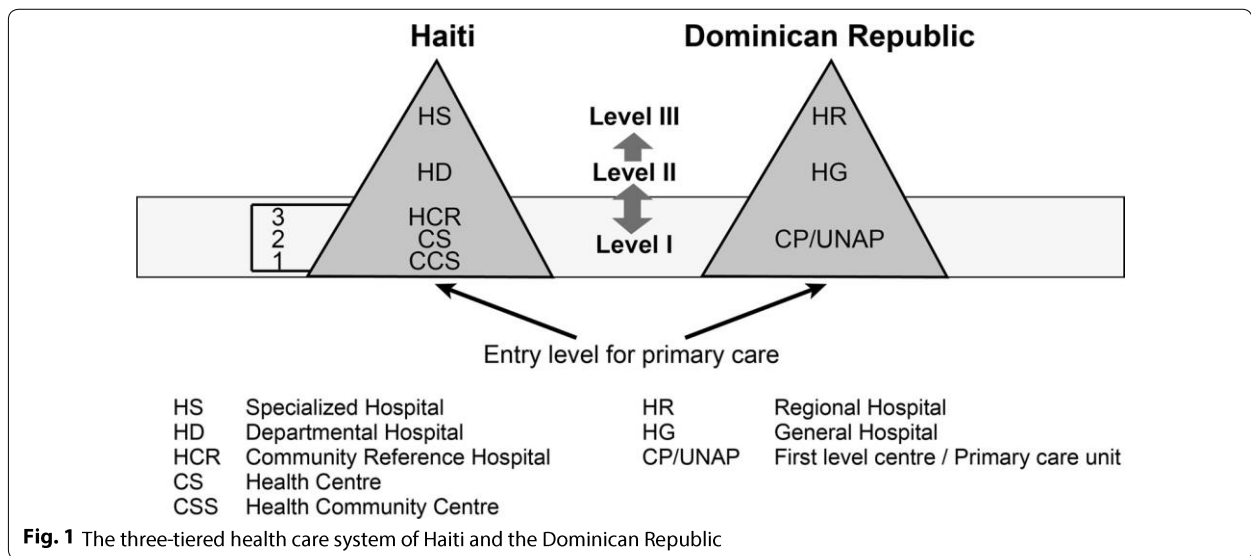


Figure 2.1 : The three-tiered health care system of Haiti and the Dominican Republic

It is important to emphasize that, in the Dominican Republic, each citizen is assigned a Primary Care Unit near their home (*Unidad de Atención Primaria—UNAP*) regardless of their insurance system [59], which is not the case in Haiti. Moreover, these units offer the same range of services as the first two Haitian first-level subdivisions.

The facilities of the second level (General Hospital in the Dominican Republic, whether administered at the municipal or provincial level, and Departmental Hospital in Haiti) offer basic specialized care in both countries. The services offered by the third level cover all contingencies during hospitalization and attend to the most complex cases.

2.4.3. Binational cooperation in health

The Haitian health master plan (2012–2022) considers reinforcing coordination with the Dominican Republic in order to reduce health issues in the epidemiological field in the borderland regions. It also seeks to develop relevant strategies and partnerships in the management of infectious diseases. There is a binational agreement for the control of tuberculosis aimed at successful coordination of the actions undertaken in the borderland regions and mainly targeting migrants, the populations of the *bateyes* (settlements around sugar mills where Haitian migrant workers live in very precarious conditions) and of the industrial areas, as well as those living in the borderland regions. In the case of natural disasters (floods in 2004 and the earthquake in 2010), the Dominican health facilities have supported the Haitian population by offering medical services to those needing them [44, 66, 67]. There are also coordinated vaccination campaigns in the borderland regions. But, as far as the official documents of both countries indicate, there is no cross-border cooperation in health care involving any hospitals or other facilities.

2.5. Data and methods

2.5.1. Study area

The area studied is in the northern part of the island of Haiti/Quisqueya, and focuses on the region along the Haitian-Dominican border, with one official daytime entry point (Ouanaminthe-Dajabón) and several informal crossing points (Fig. 2). Evidence for the last three decades has shown a significant growth in the intensity and diversity of interactions along the border, especially at the entry point, that is, Ouanaminthe-Dajabón [68, 69], the border's second leading entry point.

The cities of Ouanaminthe and Dajabón have played an important role throughout the history of both countries [70]. They have also witnessed violent conflicts such as the massacre of thousands of Haitians in October 1937. This borderland is evolving nowadays from a barrier to a contact zone and an interdependent zone [41, 69, 70]. Several stakeholders (international organizations, the transnational capital, merchants, grassroots organizations, etc.) are engaged in this process [70]. The relocation of a private Dominican industrial free-trade zone in the fertile plain of Maribahoux in Ouanaminthe (a project financed by the International Finance Corporation) however highlights the advantages derived by the Dominican Republic from its different level of development from

that of Haiti. It shows how such disparities are helping to widen the gaps and are fostering more asymmetrical interactions [41, 70, 71]. Furthermore, the recent proliferation of binational projects promoted and financed by international organizations is tending to set the framework for a new era of cross-border cooperation [41] in different fields, including health issues.

The level of poverty is globally higher in the borderland regions of both countries [72, 73], but there are still important disparities in terms of infrastructures, services, etc. between the North-East Department and the Province of Dajabón. As shown in Fig. 2, the Haitian side of the border is denser, with more and larger sized cities.

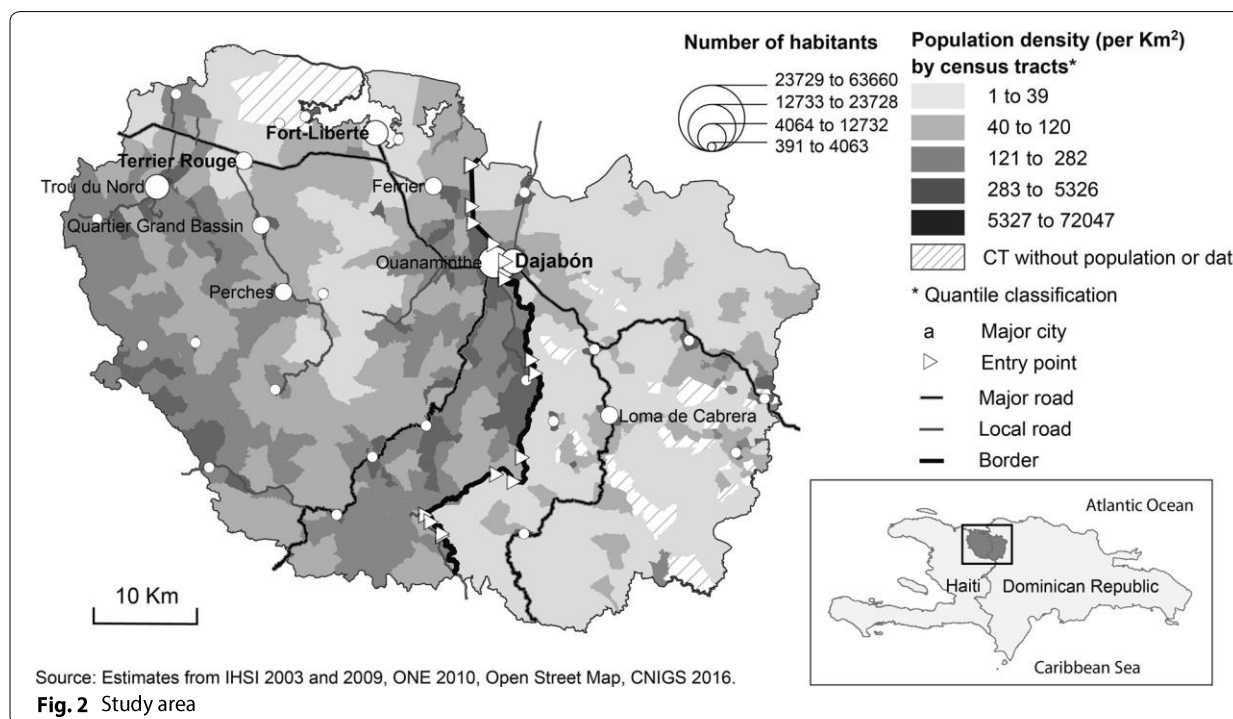


Figure 2.2 : Study Area

In the health sector, this intense mobility has forced the implementation of binational mechanisms for epidemiological surveillance. Gaps in the supply of social services (health, education) tend to lead to asymmetrical interactions and polarized flows in a push/pull dynamic [68, 69, 74]. On the other hand, few studies [49, 75] have indicated that the ratio of foreigners using health care facilities is higher in the Dominican borderland region compared with the rest of the country.

Statistics from the Dominican public health secretary show that, in 2015, almost 10% of public hospital patients (consultation and emergency) in the Province of Dajabón were foreigners. The rate is even higher for the primary care centres (35%) (Table 2). Information about foreign patients'

nationality is not available. The high percentage of Haitian migrants (87.2% of the immigrant population in Dominican Republic was born in Haiti according to the Second National Immigrant Survey held on 2017) and proximity to the border suggest that most of those foreign patients are Haitian, but there is no direct evidence for this. The condensed version of the Second National Immigrant Survey (ENI-2017) indicates that 77% of the migrants born in Haiti as well as 78% of those born in Dominican Republic of foreigners parents used the public health services [50], Moreover, hundreds of thousands of Haitian descendants [39] are not considered to be Dominicans because of the 2013 judgment TC/0168/13 of the Dominican Constitutional Court and the 169-14 Law [76]. It is thus difficult to estimate the percentage of patients crossing the border to obtain health care and the proportion of Haitians living in the Dominican Republic.

Tableau 2.2 : Dominican health care facilities use for consultation and Emergency by national and foreign patients, 2015

Table 2. Dominican health care facilities use for consultation and Emergency by national and foreign patients, 2015.

Health care	National patients			Foreign patients		
	Consultation	Emergency	Total	Consultation	Emergency	Total
Hospital Municipal Partido*	6475	7337	13,812	610	380	990
Hospital Dr. Ramon Adriano Villalona*	15,478	4910	20,388	1265	420	1685
Hospital Municipal Restauración*	9881	2332	12,213	2902	472	3374
Hospital Ramon Matias Mella*	15,963	14,502	30,465	555	819	1374
First Level Centers (29) **	45,456	3068	48,524	24,568	1602	26,170

Source: MSP, Vice Ministry of Planning and Development – Department of Health Information (DIS) (29) equals to the number of first level centers/primary care units

*Database of monthly records of Hospitals Services (67A) 2015 updated on April 27th 2016

**Monthly reports of services of the centers of first level of attention (R-8) 2015

2.5.2. Data

Three types of GIS data are needed to assess the potential accessibility of health care services.

- a. *For the supply side:* The geographic locations of public health facilities in each country have been collected from the websites of the health secretaries of Haiti and the Dominican Republic. Data on the number of health professionals for each health facility have been provided by the Department of Information of the Dominican Republic’s public health ministry

(*Departamento de Información de salud*). For Haiti, such data were available on the health map on the website of the public health ministry (*Ministère de la santé publique et de la population*). According to those respective sources, there is a total of 70 public health facilities (35 on each side) and 932 health professionals (322 on the Haitian side and 610 in the Dominican Republic) (Fig. 3). It is worth noticing on the Haitian side (North-East Department), there is only one public facility of the second level and none at the border city of Ouanaminthe. Meanwhile the Province of Dajabon counts with four public facilities of the second level (municipal hospitals or general hospital) and one of them located in the border city of Dajabón.

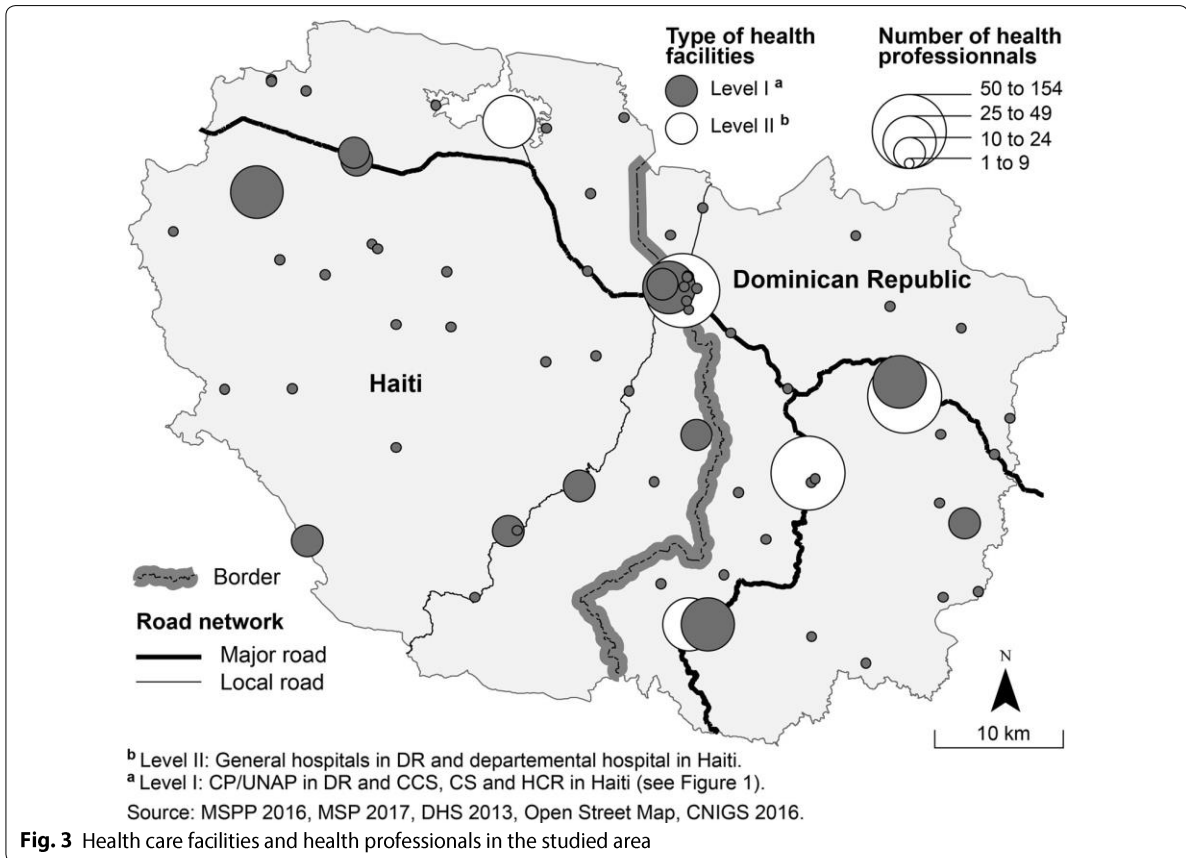


Figure 2.3 : Health care facilities and health professionals in the study area

b. *For the demand side:* The demographic data have been extracted from the censuses at the equivalent of the census block level (*Section d'énumération— SDE*) for Haiti (N = 422) and at the neighbourhood level (*Barrio*) for the Dominican Republic (N = 202). The neighbourhood was the finest spatial unit available. The average population is 868 for the SDE and 317 for the *Barrio*. The demographic data for Haiti and the Dominican Republic were provided by the national statistical institutes (*Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique—IHSI* and

Oficina Nacional de Estadística—ONE, respectively). Because the last census in Haiti was held in 2003, we had to estimate the population for 2010 (the year of the Dominican census). Our estimates are based on those made by the IHSI for 2009, in applying their population growth rate. The use of a centroid considers that the population is evenly distributed within the spatial unit used (SDE or Barrio), which is not the case, especially for a scattered rural population area. To better reflect the reality of the settlements in the rural areas, we use an adjusted centroid of the spatial unit. The adjustments are based on photo interpretations of Google and Bing imagery.

c. *For the travel distance:* The road network data were retrieved from Open Street Map (OSM) for both countries. Data were also provided by Haiti’s National Centre of Geospatial Information (*Centre National d’Information Géospatiale – CNIGS*). The data were validated using Google and Bing imagery. The road classification of the Haitian and Dominican transport secretaries was used. A maximum travel speed was assigned to each class of road as indicated in Table 3 based on various sources and photointerpretation to assess roads conditions. For pathways, the maximum travel speed is 3 km/h in order to in some way reflect the geographic constraints, since the central part of the area studied is nested in a mountainous chain. The entry points were georeferenced based on aerial photo interpretation.

Tableau 2.3 : Road classification and speed

Table 3. Road classification and speed

Country	Road type	Speed
Haiti*	National roads	70 km/h
	Departmental roads and segment of national roads in living areas	50 km/h
	Communal roads, local roads, streets	30 km/h
	Track and others, unclassified roads	15 km/h
	Pathways	3 km/h
Dominican Republic**	Major roads and regional roads	80 km/h
	Local roads	50 km/h
	Streets	35 km/h
	Country roads	30 km/h
	Others, unclassified roads	15 km/h
	Pathways	3 km/h

Sources: *MTPTC 2015; CIAT 2010

**2010 at oisevi.org; DIGESETT, Ley 241-67

2.5.3. Methods

To measure the impact of the opening of the border on the spatial access to health care, we consider different scenarios with varying border crossing time impedance: open, semi-open, or closed. These scenarios are hypothetical, since the level of control is not the same along the border or at the informal crossing points or entry points. Furthermore, different factors (objective and subjective) influence the smoothness of the flows of Haitians at the Dominican border.

The estimates of the time spent crossing are based upon: (1) on-site observations in July 2016 and June 2017 at the Ouanaminthe-Dajabón entry point; and (2) informative discussions with key resources in Ouanaminthe and organization members working along the border line.

a. The first scenario is an open border, where there is less control (or almost none) at the Dominican border. The border is open on Friday and Monday when the so-called “binational” market takes place in Dajabón. Haitians are “free” to cross, and no papers are needed. But, due to the intense flows, delays could be observed. A 15-min cost is thus added to the travel time required to cross the border in order to take into account light traffic or migration controls.

b. The second and third scenarios consider the border half closed. In this case, there is more control at the Dominican border. It is a twofold situation: a) a normal border control for migration and light traffic (scenario 2); and b) stricter control and heavy traffic (scenario 3). The cost varies from 30 min for scenario 2–60 min for scenario 3.

c. In the fourth and last scenario, the border is closed. No crossing is permitted. This is, for example, the case during the night or in some other particular contexts such as conflicts, elections, etc.

For all four scenarios, we consider only one direction flow: from Haiti to the Dominican Republic. This choice is based on the hypothesis that, due to the disparities between both countries, a push/pull dynamic polarizes cross-border flows toward the Dominican Republic.

2.5.4. The Enhanced Two-Step Floating Catchment Area (E2SFCA) method

The potential spatial accessibility as described earlier is the distance between the supply (in this case, the number of health professionals) and the demand, defined by the overall population.

Numerous studies have demonstrated the importance of the distance (metres or travel time) to access health care in developing countries [1, 2, 4]. Geographic constraints as well as road conditions can trigger low access to health care and impact the use of health care facilities, with important repercussions for health outcomes and public health. Several methods are used to measure spatial accessibility [77, 78]. The approach based on available supply assumes that all users within the same catchment area have equal access regardless of the geographic constraints [9, 77]. The gravity model and its derived two-step floating catchment area (2SFCA) method consider spatial interactions and the mobility of the population [35]. The well-known two-step floating catchment area method computes the ratio between the supply (number of physicians or health professionals) and the demand (population) within a catchment area for each supply point at first and ultimately for each demand point [79, 80]. To overcome the limitations of the 2SFCA, an enhanced method has been developed by Luo and Qi [10] by applying weights to differentiate travel time zones in accounting for distance decay.

This method is used to evaluate the cross-border potential spatial accessibility of the health care services. Since the area studied includes rural areas, the catchment area (within a 60-min driving, motorbiking and walking time) has been divided into four travel time zones, as proposed by some authors [79, 81]: 0–15, 15–30, 30–45 and 45–90 min. The 45–90 min travel zone considers the 60-min cost for a semi-open border with stricter control, as indicated above. The maximum travel speed for each class of road accounts for the assumed mixed transportation mode (walking combined with motorbiking, the most usual transportation mode in the studied area).

The method is implemented in two steps, using the equations below. The first step assigns an initial ratio to each health service within the catchment area. In the second step, for each demand location within the catchment area, we search all supply locations and then sum up the initial ratio R_j at these locations. The resulting A_k represents the accessibility of the population at location k , R_j the supply-to-population ratio at the health service (supply) location j that falls within the catchment area, and d_{kj} the distance (min) between k and j . The same distance weights derived from the Gaussian function used in step 1 are applied to different travel time zones to account for distance decay. A larger value implies better accessibility.

$$R_j = \frac{S_j}{\sum_{k \in \{d_{kj} \leq D_r\}} P_k W_{kj}} = \frac{S_j}{\sum_{k \in \{d_{kj} \in d_1\}} P_k W_1 + \sum_{k \in \{d_{kj} \in d_2\}} P_k W_2 + \sum_{k \in \{d_{kj} \in d_3\}} P_k W_3 + \sum_{k \in \{d_{kj} \in d_4\}} P_k W_4}$$

$$A_k = \sum_{j \in \{d_{kj} \leq D_r\}} R_j = \sum_{j \in \{d_{kj} \in d_1\}} R_j W_1 + \sum_{j \in \{d_{kj} \in d_2\}} R_j W_2 + \sum_{j \in \{d_{kj} \in d_3\}} R_j W_3 + \sum_{j \in \{d_{kj} \in d_4\}} R_j W_4$$

where S_j represents the weight given to service S such as its size (i.e. number of health professionals) (“supply side”),

d_{kj} is the distance (travel time) between spatial unit centroid k and health service j ,

d_0 is the threshold travel time (min),

P_k represents the demand at location k that falls within catchment area j

and $W_1, W_2, W_3, W_4 = 1.00, 0.80, 0.55, 0.15$ with a slow step-decay function or $1.00, 0.60, 0.25, 0.05$ with a fast step-decay function.

The calculations are done using two kinds of software (ArcGIS and SAS). The cost-distance matrix obtained using the Network Analyst extension in ArcGIS has been exported to SAS to compute the E2SFCA. The final results are mapped in ArcGIS.

Statistical analysis was conducted to explore the differences and variation for the E2SFCA calculations. The Wilcoxon test was computed to assess the differences and variation observed in the E2SFCA results for each scenario and country. Finally, linear regression models were used to predict the accessibility of health services (E2SFCA) according to the four scenarios and their variation. All statistical analyses were carried out using SAS software.

2.6. Results

As mentioned before, four simulations are considered to measure the impact of the opening of the border on the level of accessibility of public health services for the borderland population of the North-East Department and the Province of Dajabón. To facilitate the comparison between the four scenarios, a quantile classification with five classes has been used and mapped (Fig. 4). Following are the results for each scenario.

2.6.1. Scenario 1: Open border

The first scenario is with an open border. A penalty of 15 min is added to the travel time of Haitians crossing the border. The results show contrasting levels of accessibility in the North-East Department between areas next to the border and more remote locations (Fig. 4a). Two features

stand out. First, a large area located mostly in the commune of Ouanaminthe has the highest ratio of accessibility. A smooth gradation is observed to the west (along the national road connecting this region with the North Department and its capital, Cap-Haïtien, the second most important city in Haiti), and to the northwest toward Fort-Liberté (the North-East Department's capital). Second, a sharp drop in the level of accessibility is seen between those two regions (respectively [P60 to P80] and [P80 to Max], the last two quintiles) and the other remote locations (corresponding to the first quintile, [Min to P20]). The areas with the highest level of accessibility are those where hospitals with a larger number of health professionals are located. They are also better connected to a road network in good condition, with higher maximum speeds.

The pattern in the Dominican Republic is quite different: the municipalities at the edge of the Province have the highest level of accessibility, and those next to the border have moderate to low access. There are scattered areas with a very low level of access to health care. Dajabón, the main city of the Province, has a moderate level of accessibility with an open border because of its proximity to Ouanaminthe, a city with a population of 60,000. Therefore, an open border induces potential overload of the Dominican health care services due to an increased demand from Haitians and consequently lowers the health professional-to-population accessibility ratio for the Dominicans. But the overall situation in terms of accessibility in the Dominican Republic remains better than in Haiti, even with an open border.

2.6.2. Scenario 2 and scenario 3: Half-closed border

Scenario 2 is with a half-closed border, with a 30-min cost to cross the border, and the scenario 3 is with a 60-min cost. The map indicates some changes in the pattern compared with the open border (Fig. 4b). First, there is a small drop in the extent of the area with the highest accessibility on the Haitian border side. Second, on the Dominican side, the level of accessibility is globally higher than that observed in the first scenario because of a decrease in the potential demand from Haitians at the Dominican sites.

Scenario 3 is a half-closed border, with a 60-min cost added for crossing the border, indicating more control on the Dominican border (Fig. 4c). The results show a significant reduction in the extent of the area with a higher level of accessibility on the Haitian side of the border. On the Dominican side of the border, there is a noticeable improvement in the overall level of accessibility in the Province of Dajabón. The 60-min cost added causes a significant decrease in the Haitians' potential demand at the Dominican sites which is limited to the 15 min travel zone. Therefore, the

Dominicans accessibility level increases beyond the 30–45 min travel zones. The results also emphasize the impact of the low road coverage especially on the Haitian population's access to health resources.

2.6.3. Scenario 4: Closed border

With the border closed, the results show the potential spatial accessibility of health care facilities in each country (Fig. 4d). Globally, the level of accessibility is higher in the Dominican Republic than in Haiti. In fact, the quasi totality of the Haitian spatial units belongs to the first two quintiles (light gray), while those of the Dominican Republic belong to the last two quintiles (dark gray), drawing attention to the existing disparities between both countries in terms of potential accessibility to health care. This scenario also confirms the striking gaps within the North-East Department, especially between the remote locations and the urban areas.

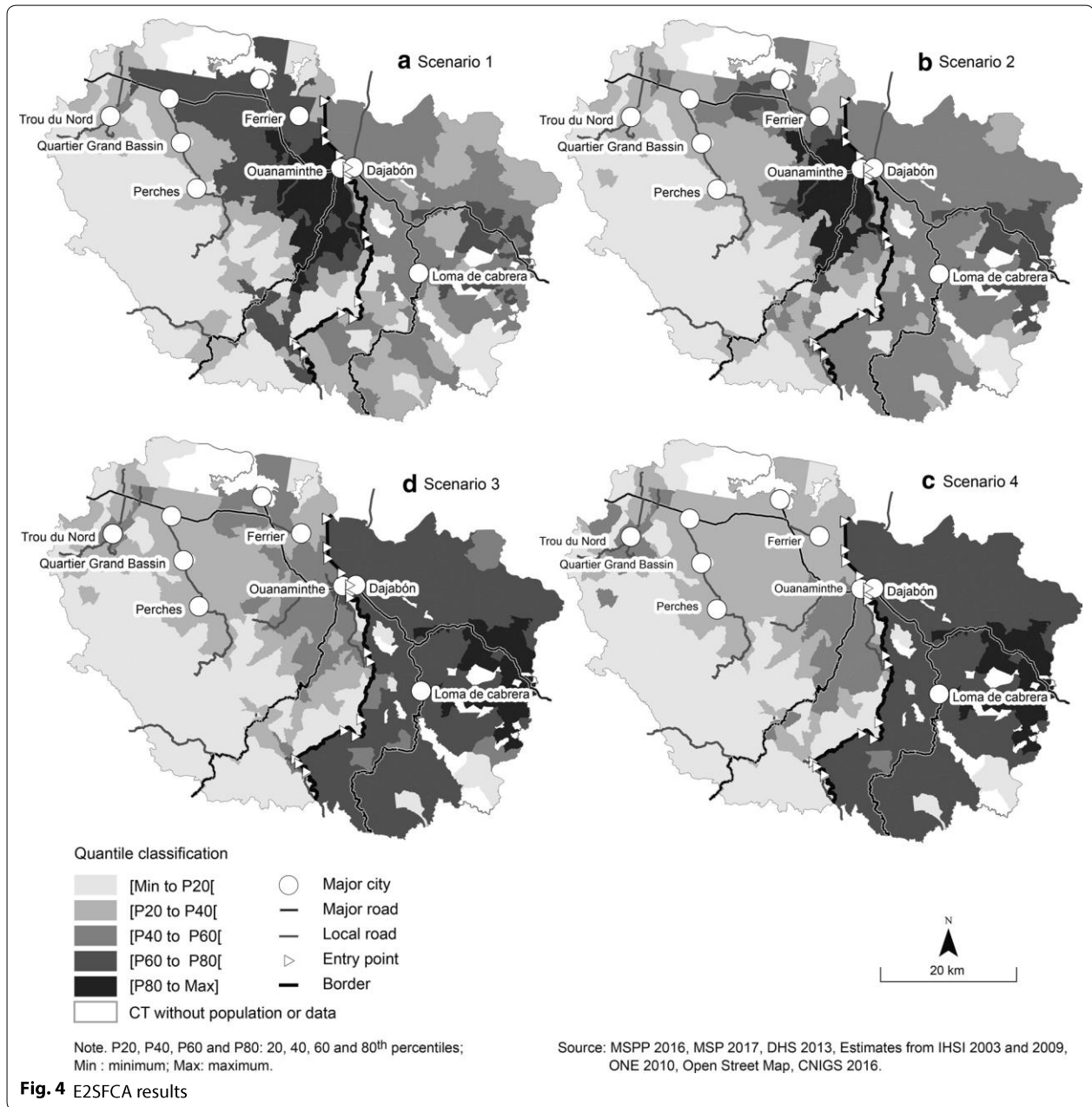


Figure 2.4 : E2SFCA results

2.6.4. Variation between scenario 4 and scenario 1

Figure 5 shows the variation in the level of spatial accessibility between scenario 4 (closed border) and scenario 1 (open border). It highlights the areas most affected by the border's level of openness. As shown in Fig. 5, the solid blue areas are those that benefit from an open border. The red OEs are those gaining better access when the border is closed. The border has almost

no impact on an extended territory (pale yellow) of the North-East Department where the variation differences are negative but close to zero.

In both countries, the areas next to the border are those that are more sensitive to the impact of the border on their level of spatial accessibility. Those areas are the ones where an open border induces an increased demand from Haitians at the Dominican health services located near the border (within the 15–45 min travel zone). It is also important to note the importance of the road network in the border effect, as the pattern is aligned with the main road network. For example, borderland areas (southern part of the North-East Department in Haiti) covered with pathways and with geographic constraints don't benefit at the same level as those with a good road network coverage. A similar sensibility pattern is observed in the Province of Dajabón.

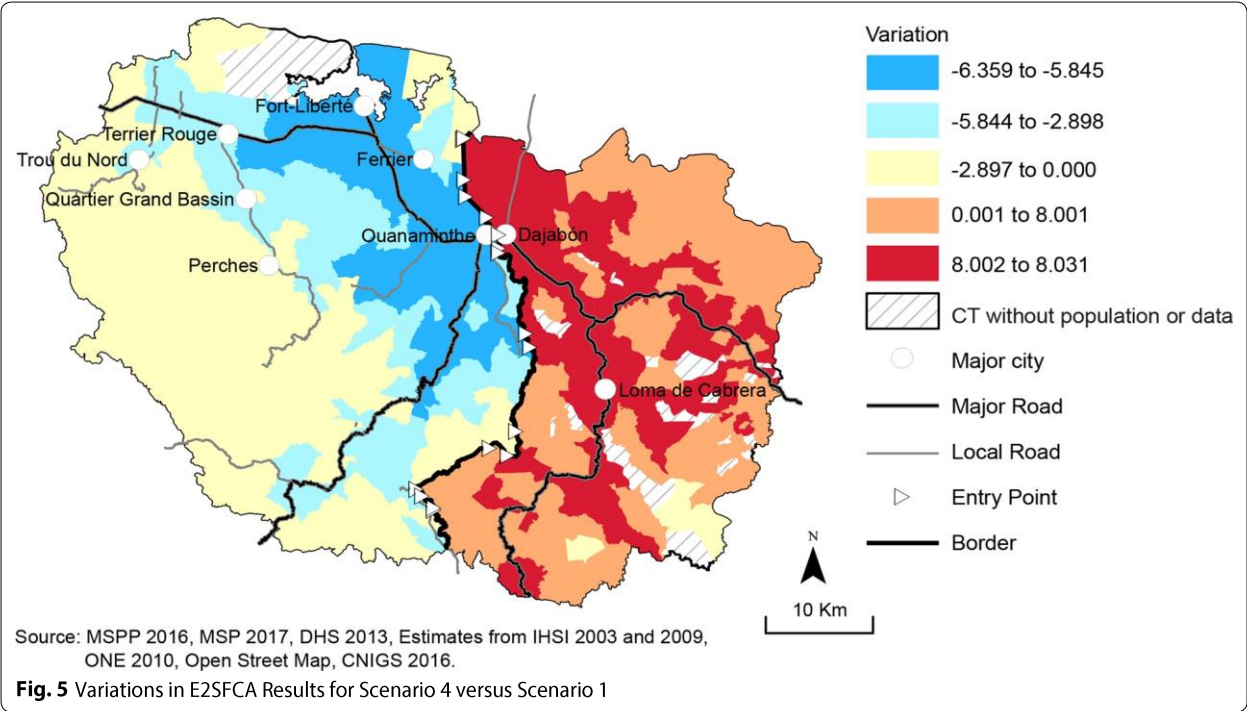


Figure 2.5 : Variations in E2SFCA Results for Scenario 4 versus Scenario 1

2.6.5. Results of nonparametric test and regression models

To explore differences (location and scale) and variation in the E2SFCA results for each country, we conduct a nonparametric test (Wilcoxon test). Figure 6 shows that, scenarios 2 (mean rank = 283 for Haiti vs 375 for Dominican Republic, $z = 6.01, p < 0.0001$) to 4 (mean rank = 220 for Haiti, 505 vs Dominican Republic, $z = 1.52, p < 0.0001$), as well as for the variation (scenario 4–scenario

1) (mean rank = 212 for Haiti vs 522 for Dominican Republic, $z = 20.26$, $p < 0.0001$), the results are significant ($p < 0.0001$), but that is not the case for scenario 1 (mean rank = 320 for Haiti vs 296 for Dominican Republic, $z = -0.17$, $p = 0.117$). It is relevant to note: a) the dispersion of the scores for Haiti compared to those for the Dominican Republic; and b) the gap in mean rank between Haiti and the Dominican Republic for scenario 3 (border half-closed) and scenario 4 (closed border). The variability and dispersion in the range for Haiti emphasize the disparities within the North-East Department shown in Fig.4. The results for the variation between an open border and a closed border confirm the impact of the border on the level of spatial accessibility of health care for the Haitian population.

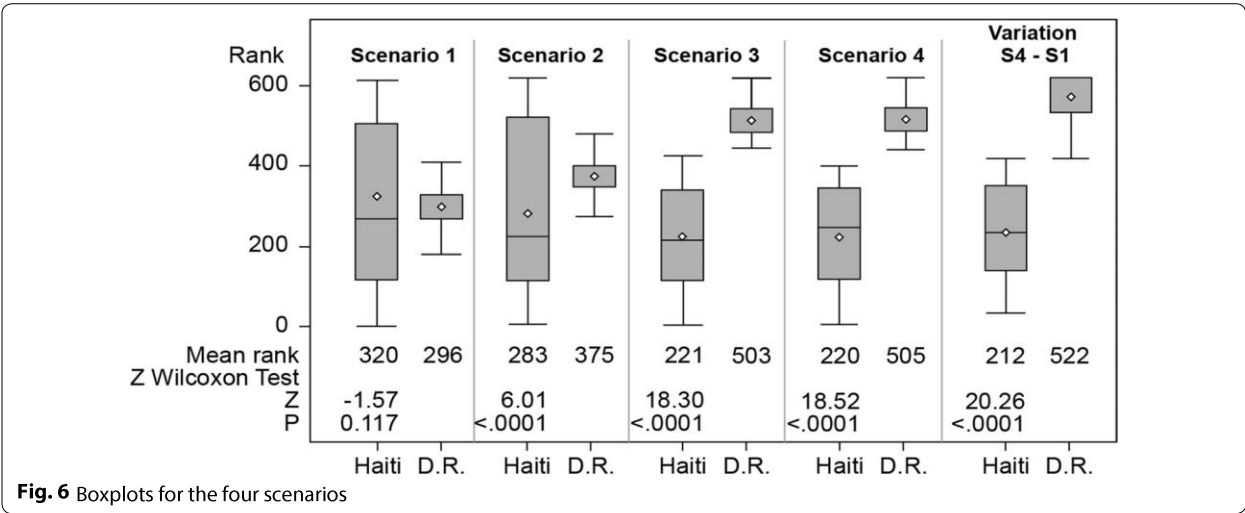


Figure 2.6 : Boxplots for the four scenarios

Finally, several linear regression models are conducted to predict the accessibility of health services (E2SFCA results) according to the four scenarios and variation between the two extremes. Two independent variables are introduced in these models: Haiti (D.R. is defined as the reference category), and rural area (versus urban area). The results of these models are shown in Table 4.

First, note that R^2 increases from 0.15 to 0.89 for scenarios 1–4. Next, the degree of border openness has a significant impact on accessibility on both sides of the border, to the detriment of Haiti (with increasingly strong negative regression coefficients). Not surprisingly, the coefficients for rural areas confirm that these areas have poorer accessibility, regardless of the scenario. In addition, the positive and significant coefficient for the variation between scenarios 4 and 3 shows

that the closure of the border strongly affects accessibility in urban centres that are close to the border.

Tableau 2.4 : Linear regression for E2SFCA (n = 624)

Table 4. Linear regression for E2SFCA (n = 624)

Scenarios	Coefficient			
	Intercept	Haiti ^a	Rural ^b	R2
Scenario 1	7.98	- 0.68 **	- 2.33 *** -	0.15
Scenario 2	10.54	- 3.03 ***	2.82 *** -	0.24
Scenario 3	13.60	8.47 ***	2.37 ***	0.68
Scenario 4	14.10			0.89
Δ Scenario 4– Scenario 1	6.12	- 11.49 ***	- 0.79 ***	0.85
		- 10.81 ***	1.54 ***	

Signif. codes: *** 0.001, ** 0.01

^a Reference: Dominican Republic ^b Reference: urban

2.7. Discussion

The E2SFCA results and statistical analyses clearly highlight the impact of the border on the potential spatial accessibility of public health services for Haitian and Dominican border populations with a peculiar pattern caused by the one directional movement assumed for the model. In fact, the simulations carried out show that Haitian populations in areas close to the border line—particularly near an entry point (formal or informal)—and served by a road network in good condition have higher levels of accessibility when the border is open (scenario 1) or semi-closed (scenario 2), with a 30-min penalty. At the same time, an increased demand from Haitians of those specific areas for the Dominican health services lowers the health professional to population accessibility ratio in Dominican Republic causing striking variations according to the openness of the border. It is therefore interesting to note that, by increasing the cost from 30 to 60 min, the level of accessibility varies widely across the border. Thus, the opening of the border only impacts spatial accessibility for the Haitian population in the vicinity (travel time zones 0–15 min and 15–30 min). These results are not surprising, as these areas have a road network in good condition, confirming the importance of a good road network [4, 82–84] and for a semi-closed border smoothens the gaps within Dajabón since the Haitians’ demand at the Dominican health services decrease.

Scenario 4 highlights the differences in the potential spatial accessibility of health services between the two countries. These differences clearly underline the health and spatial discontinuities due to the border. The disparities in the spatial accessibility of public health services are very low (or almost non-existent) within the Dominican territory, in striking contrast with Haiti, where they are high. Those of the type of distance [78] in potential spatial accessibility. As a result, rural areas are those with the lowest level of accessibility, on the one hand, and, on the other hand, these areas benefit very little from the opening of the border, despite its proximity. A weak road network (absence of roads or roads in poor condition) and topographical constraints associated with a limited offer of services (type of service and number of health professionals) indeed characterize Haitian rural areas. In Dominican Republic, an open border besides creating as mentioned before a decrease in the level of accessibility generates more disparities within the Province of Dajabón, especially for the population at its edges. Introducing a 30 or a 60-min cost gaps can lead to a one-directional flow like the one assumed by the model. Furthermore, several empirical studies [16, 85, 86] in different border contexts indicate a pattern of polarized flows because of an unsatisfied demand in one side and a more attracted one on the other side. Nevertheless, this push/pull dynamic could have considerable impact on the health services of the recipient country depending on their public health care capacity, the volume of cross-border patients and the borderland context including the level of cooperation or integration of the countries involved. It is worth noticing that the challenges for both countries regarding those issues are high even more when considering the results of the potential spatial accessibility model.

However, an optimization of the E2SFCA to weight the population according to the real use of health services on both sides of the border would have given a closer insight into the reality of potential spatial accessibility. It would also have been appropriate to assess the impact of the border on potential spatial accessibility by integrating socioeconomic and demographic factors to analyze the correlation between population characteristics and cross-border spatial accessibility.

The results also call for better cooperation and integration of the two countries' health care systems. In this regard, the stakes for Haiti and the Dominican Republic are high, not only because of the instability of relations between the two countries, but also because of the thorny issue of migration. As Alexandre [48] points out, crossborder movements between Haiti and the Dominican Republic, including movements linked to health, cannot be thought of without considering a reform of the migration legislation in both countries.

2.8. Conclusion

The results emphasize the impact of a good road network on the spatial accessibility of health care, as discussed in many studies. They also show the impact of the openness of an international border on the potential accessibility of health care in borderland regions, highlighting the importance of distance. Proximity is thus seen as one of the determinants in cross-border mobility and in health care seeking behavior. But other factors such as the attractiveness (quality, cost) of health care services must be considered to analyze individuals' behaviors. In our research, we also assume that all the Haitian population of the North-East Department would potentially choose to cross the border, but this is not actually the case. An optimization of the model would make it possible to better evaluate the impact of the border and to obtain more robust results, with a better appreciation of the reality of the situation. A gender-oriented analysis could also have been of interest considering, inter alia, the high maternal mortality rate in Haiti and the high number of unassisted deliveries, particularly in the rural Haitian areas.

The study also highlights the need for more research so as to better understand the determinants of cross-border health care use. Moreover, the distance thresholds are arbitrary and do not necessarily reflect specific patients' behavior, suggesting the need for qualitative inquiry to assess the therapeutic. In-depth interviews and surveys could therefore offer an insight into revealed spatial access and lead to a better understanding of patients' behavior and how this is related to their practices around the border.

Furthermore, cross-border movements in health are part of bigger issues. They should be addressed not only in shrinking the gaps in health access resources but also in creating the needed legal and institutional environment for them to develop smoothly.

Authors' contributions. DM is the principal investigator of the study. She carried out the GIS, statistical and mapping analyses. PA revised all the statistical and mapping analyses. PA and UL jointly drafted and critically revised the paper. All authors read and approved the final manuscript.

Author details. ¹ Environmental Equity Laboratory, INRS Centre Urbanisation Culture Société, 385, rue Sherbrooke Est, Montréal, Québec H2X 1E3, Canada. ² Département d'études urbaines et touristiques, Université du Québec à Montréal, Case postale 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec H3C 3P8, Canada.

Acknowledgements. The authors would like to thank the anonymous reviewers for their careful reading of our manuscript and their many insightful comments and suggestions.

Competing interests. The author(s) declare that they have no competing interests.

Availability of data and materials Please contact author for data requests.

Consent for publication. The authors provide full consent for publishing the manuscript.

Ethics approval and consent to participate. Not applicable.

Funding. The authors are grateful for the financial support provided by the Canada Research Chair in Environmental Equity.

Publisher's Note. Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations. Received: 11 August 2018 Accepted: 18 October 2018. Published online: 25 October 2018

2.9. References

1. Perry B, Gesler W. Physical access to primary health care in Andean Bolivia. *Soc Sci Med.* 2000;50(9):1177–88.
2. Rushton G. Use of location-allocation models for improving the geographical accessibility of rural services in developing countries. *Int Reg Sci Rev.* 1984;9(3):217–40.
3. Tanser F, Gijsbertsen B, Herbst K. Modelling and understanding primary health care accessibility and utilization in rural South Africa: an exploration using a geographical information system. *Soc Sci Med.* 2006;63(3):691–705.
4. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Soc Sci Med.* 2004;58(7):1271–84.
5. Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A. The “three delays” as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Soc Sci Med.* 1998;46(8):981–93.
6. Schoeps A, Gabrysch S, Niamba L, Sié A, Becher H. The effect of distance to health-care facilities on childhood mortality in rural Burkina Faso. *Am J Epidemiol.* 2011;173(5):492–8.
7. Luo W, Wang F. Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region. *Environ Plan.* 2003;30(6):865–84.
8. Pan J, Liu H, Wang X, Xie H, Delamater PL. Assessing the spatial accessibility of hospital care in Sichuan Province, China. *Geospatial Health.* 2015;10(2):261–70.
9. Luo W. Using a GIS-based floating catchment method to assess areas with shortage of physicians. *Health Place.* 2004;10(1):1–11.
10. Luo W, Qi Y. An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians. *Health Place.* 2009;15(4):1100–7.

11. Glinos I, Baeten R: A literature review of cross-border patient mobility in the European Union. In: Observatoire social européen, Europe for patients; 2006. p. 115.
12. Glinos I, Baeten R, Helble M, Maarse H. A typology of cross-border patient mobility. *Health Place*. 2010;16(6):1145–55.
13. Glinos IA, Doering N, Maarse H. Travelling home for treatment and EU patients' rights to care abroad: results of a survey among German students at Maastricht University. *Health Policy*. 2012;105(1):38–45.
14. Bochaton A. Cross-border mobility and social networks: Laotians seeking medical treatment along the Thai border. *Soc Sci Med*. 2015;124:364–73.
15. Bochaton A: La construction de l'espace transfrontalier lao-thaïlandais. Une analyse à travers le recours aux soins. *Espace populations sociétés Space populations societies*. 2011;(2011/2):337–351.
16. Dione I: Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance: entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier. Université d'Angers; 2013.
17. Brown HS. Do Mexican immigrants substitute health care in Mexico for health insurance in the United States? The role of distance. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2036–42.
18. Grossman D, Garcia SG, Kingston J, Schweikert S. Mexican Women Seeking Safe Abortion Services in San Diego, California. *Health Care Women Int*. 2012;33(11):1060–9.
19. Guendelman S. Health care users residing on the Mexican border what factors determine choice of the U.S. or Mexican Health System? *Medical Care*. 1991;29(5):419–29.
20. Guendelman S, Jasis M. Giving birth across the border: the San DiegoTijuana connection. *Soc Sci Med*. 1992;34(4):419–25.
21. Horton S, Cole S. Medical returns: seeking health care in Mexico. *Soc Sci Med*. 2011;72(11):1846–52.
22. Laugesen MJ, Vargas-Bustamante A. A patient mobility framework that travels: European and United States-Mexican comparisons. *Health Policy*. 2010;97(2–3):225–31.
23. Su D, Richardson C, Wen M, Pagán JA. Cross-Border Utilization of Health Care: evidence from a Population-Based Study in South Texas. *Health Serv Res*. 2011;46(3):859–76.
24. Peiter PC: Condiciones de vida, situación de salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cad Saúde Pública*; 2007.
25. De Ruffray S, Hamez G. L'accessibilité transfrontalière aux maternités: Enjeux territoriaux d'une coopération sanitaire dans la Grande Région. In: Moullé F, Duhamel S, editors. *Frontières et santé: Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*. Paris: L'Harmattan; 2010.
26. Perez S, Balli A: L'accessibilité aux soins dans l'espace frontalier des Alpes du Sud. In: *Frontières et santé: genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*. Paris: L'Harmattan; 2010.
27. Arbaret-Schulz C, Beyer A, Piermay J-L, Reitel B, Selimanovski C, Sohn C, Zander P: La frontière, un objet spatial en mutation. *EspacesTemps net*. 2004; 29(04).
28. Piermay J-L, Reitel B, Zander P: Introduction. In: Reitel B, editor. *Villes et frontières*, vol. Collections: Collection Villes (Paris, France). Paris: Paris: Anthropos: Economica; 2002. p. 2–9.
29. Herzog LA. The transfrontier organization of space along the US-Mexico border. *Geoforum*. 1991;22(3):255–69.
30. Herzog LA, Sohn C. The cross-border metropolis in a global age: a conceptual model and empirical evidence from the US–Mexico and European border regions. *Glob Soc*. 2014;28(4):441–61.
31. Anderson J, O'Dowd L. Borders, border regions and territoriality: contradictory meanings, changing significance. *Reg Stud*. 1999;33(7):593–604.

32. Paasi A. Borders and border-crossings. In: Johnson NC, Schein RH, Winders J, editors. *Cultural geography*. Chichester: Wiley; 2013. p. 478–93.
33. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19:127–40.
34. Wang F. *Quantitative methods and applications in GIS*. London: Taylor & Francis Group; 2006.
35. Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *Int J Health Geogr*. 2004;3:3.
36. Théodat J-M. *Haïti-République Dominicaine: une île pour deux, 1804–1916*. Paris: Éditions Karthala; 2003.
37. Théodat J-M, Mathon D, Mathelier R, Casséus M. Quisqueya: un papillon d’envol. In: Mathelier R, Mathon D, Casséus M, editors. *Entreprise, Territoire et Développement: Compilation 2002–2003*. Port-au-Prince: INESA/Le Nouvelliste; 2003.
38. Wooding B, Mosely-Williams R, Flores C. Les immigrants haïtiens et leurs descendants en République Dominicaine. *Haïti: Institut catholique pour les relations internationales, ISPOS*; 2005.
39. Silié R. Haïti et la République dominicaine, pays en conflit ou en construction d’une nouvelle amitié? *Conjonction La revue franco-haïtienne de l’Institut Français d’Haïti*. 2014;2226:98–110.
40. Dilla Alfonso H, Alexis S, Antoine MI, Carmona C, de Jesús Cedano S, Murray GF, Espejo JEN, O’neil DJ, Rapilly M, Sánchez N: *La frontera dominicohaitiana: Grupo de Estudios Multidisciplinarios Ciudades y Fronteras*; 2010.
41. Redon M. Frontière poreuse, État faible: les relations Haïti/République dominicaine à l’aune de la frontière. *Bulletin de l’Association de géographes français*. 2010;87:308–23.
42. Petrozziello AJ, Wooding B: *Fanm nan Fwontyè, Fanm toupatou: Éclairage sur la violence exercée sur les Immigrantes d’origine haïtienne, celles en transit migratoire et sur les déplacés internes le long de la frontière Dominicano-Haïtienne*. Santo Domingo: Colectiva Mujer y Salud, Mujeres del Mundo, Observatoire sur la migration et la Caraïbe; 2011.
43. Jolivet V. Les Haïtiens à Santo Domingo: une masse invisible? *Bulletin de l’Association de géographes français*. 2010;87:324–35.
44. Wooding B. Women fight for their safety in the Dominican-Haitian border. *Migr Dev*. 2012;10(18):37–58.
45. Murray GF: *Sources of Conflict along and across the Haitian–Dominican border*. In: *Fwontyè nou—Nuestra Frontera*. Santo Domingo Dominican Republic: Pan American Development Foundation; 2010.
46. Montiel Armas I, Canales Cerón AI, Vargas Becerra PN: *Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y la República Dominicana*: CEPAL; 2010.
47. Ministerio del Trabajo, Observatorio del Mercado Laboral Dominicano: *Inmigrantes Haitianos y Mercado Laboral, Estudio Sobre los Trabajadores de la Construcción y de la Producción del Guineo en la República Dominicana*. In: *República Dominicana: Ministerio del Trabajo*; 2011.
48. Alexandre G. Vers une gestion ordonnée de la migration entre la République dominicaine et Haïti. *Conjonction La revue franco-haïtienne de l’Institut Français d’Haïti. Les realltions Haïti—République dominicaine*. 2014;226:132–56.
49. Oficina Nacional de Estadística: *Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI-2012)*. In: *Santo Domingo, República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística*; 2013. p. 345.
50. Oficina Nacional de Estadística: *Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana—ENI-2017—Version resumida del informe general*. In: *Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística*; 2018.

51. Silié R, Segura C, Dore Cabral C. La nueva inmigración haitiana. Santo Domingo: Flacso; 2002.
52. Organización Panamericana de la Salud: Haití. In: Salud OPdl, editor. Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen de países. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
53. Organización Panamericana de la Salud: República Dominicana In. vol. Salud en las Américas. Edición 2012: Volumen de países. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
54. Lavigne M, Vargas LH: Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: República Dominicana. In: (CEPAL) CEpALyC, editor. Documento de Proyecto. . Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2013. p. 40.
55. Cercone JA. Análisis de situación y estado de los sistemas de salud de países del Caribe, vol. 185. Santiago de Chile: United Nations Publications; 2007.
56. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social: Modelos de Red de los Servicios Regionales de Salud. In: Social SdEdSPyA, editor. 1a edición edn. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; 2005. p. 199.
57. Ministère de la santé publique et de la population: Politique Nationale de Santé. In: Edited by population Mdlspedl. Port-au-Prince; 2012.
58. Bitrán R: Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica, vol. 177: United Nations Publications; 2006.
59. Ministerio de Salud Pública: Modelo de atención en salud en el sistema nacional de salud de la República Dominicana. In: (DDEI) DdDEI, editor. vol. 3. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2012.
60. Institut Haïtien de l'Enfance, ICF International: Évaluation de Prestation des Services de Soins de Santé, Haïti, 2013. In: Rockville Maryland: Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP); 2014.
61. Cayemittes M, Busangu MF, Bizimana JdD, Barrère B, Sévère B, Cayemittes V, Charles E: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2012. In: Haiti: MSPP, IHE et ICF International; 2013.
62. Lamaute-Brisson N: Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Haití. In: (CEPAL) CEpALyC, editor. Documento de Proyecto. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2013. p. 40.
63. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social: Manual de Sectorización/Zonificación de las UNAP. In Salud CEpIRdS, editor. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; 2008. p. 78.
64. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social: Perfil del sistema de salud de la República dominicana. In: Salud SdEdSPyASCEpIRdS, editor. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud/Organización Panamericana de la Salud; 2007. p. 44.
65. Ministère de la santé publique et de la population: Plan directeur de santé 2012–2022. In: population Mdlspedl, editor. Port-au-Prince; 2013.
66. Wooding B. El impacto del terremoto en Haití sobre la inmigración haitiana en república dominicana. América Latina Hoy. 2010;56:111–29.
67. Organización Panamericana de la Salud: Cooperación binacional entre Haití y la República Dominicana. In: Salud OPdl, editor. Organización Panamericana de la Salud; 2011.
68. Dilla Alfonso H. Transborder Urban Complex in Latin America. Estudios Fronterizos. 2015;16(31):4–19.
69. Dilla Alfonso H. Los complejos urbanos transfronterizos en América Latina. Estudios fronterizos. 2015;16(31):15–38.

70. Dilla Alfonso H, de Jesús Cedano S. De problemas y oportunidades: intermediación urbana fronteriza en República Dominicana. *Revista mexicana de sociología*. 2005;67:99–126.
71. Buzenot L: Les zones franches industrielles d'exportation dans la Caraïbe. Les causes économiques de leur émergence. *Études Caribéennes* 2010(13).
72. INESA, FLACSO: Inventario de los conocimientos e intervenciones sobre la zona transfronteriza Haití-República Dominicana. In: Santo Domingo/ Haití: PNUD/ACDI; 2003.
73. Observatorio Binacional sobre Medio Ambiente M, Educación y Comercio,: Diagnóstico comercio bilateral República Dominicana y República de Haití. In. República Dominicana/Haiti: Observatorio Binacional sobre Medio Ambiente, Migración, Educación y Comercio (OBMEC); 2016.
74. Dilla Alfonso H. República Dominicana: La nueva cartografía transfronteriza. *Caribbean Studies*. 2007;35(1):181–205.
75. Dilla Alfonso H: La migración transfronteriza urbana en la República Dominicana. In: Santo Domingo: Fundación Friedrich Ebert en República Dominicana; 2011.
76. Icart J-C. Cela ne se fait pas! Développements récents dans le dossier des migrations et de l'apatridie en République dominicaine. *Conjonction La revue franco-haïtienne de l'Institut Français d'Haïti*. 2014;226:160–82.
77. Higgs G. A literature review of the use of GIS-based measures of access to health care services. *Health Serv Outcomes Res Methodol*. 2004;5(2):119–39.
78. Apparicio P, Gelb J, Dubé A-S, Kingham S, Gauvin L, Robitaille É. The approaches to measuring the potential spatial access to urban health services revisited: distance types and aggregation-error issues. *Int J Health Geogr*. 2017;16(1):32.
79. McGrail MR, Humphreys JS. Measuring spatial accessibility to primary care in rural areas: improving the effectiveness of the two-step floating catchment area method. *Appl Geogr*. 2009;29(4):533–41.
80. Luo W, Wang F. Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region. *Environ Plan B Plan Des*. 2003;30:865–84.
81. Wan N, Zou B, Sternberg T. A three-step floating catchment area method for analyzing spatial access to health services. *Int J Geogr Inf Sci*. 2012;26(6):1073–89.
82. Oppong JR, Hodgson MJ. Spatial accessibility to health care facilities in Suhum District, Ghana. *Prof Geogr*. 1994;46(2):199–209.
83. Murawski L, Church RL. Improving accessibility to rural health services: the maximal covering network improvement problem. *Socio-Econ Plan Sci*. 2009;43(2):102–10.
84. Querriau X, Peeters D, Thomas I, Kissiyar M: Localisation optimale d'unités de soins dans un pays en voie de développement: Analyse de sensibilité. *CyberGeo*. 2004.
85. Bochaton A: " Paï Thai, paï fang nan": " Aller en Thaïlande, aller de l'autre côté". Construction d'un espace sanitaire transfrontalier: le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande. Paris 10; 2009.
86. Tapia Ladino M, Liberona Concha N, Contreras Gatica Y. El surgimiento de un territorio circulatorio en la frontera chileno-peruana: estudio de las prácticas socio-espaciales fronterizas. *Revista de Geografía Norte Grande*. 2017;66:117–41.

Chapitre 3 : ARTICLE 2

3.1. Formulaire d'inclusion d'un article à la thèse de doctorat

Identification de l'étudiant

Nom, Prénom : Dominique Mathon

Description de l'article

Titre :	La mobilité transfrontalière en santé des Haïtiennes et des Haïtiens de la région de Ouanaminthe : une exploration de leur itinéraire thérapeutique
Nom des auteurs :	Dominique Mathon, Philippe Apparicio et Ugo Lachapelle
Revue avec comité de lecture	Revue francophone sur la santé et les territoires (RFST)
État du cheminement :	<input checked="" type="checkbox"/> Publié date de publication : 10/09/2019
Résumé*	<p>Cette étude aborde la mobilité thérapeutique transfrontalière entre deux pays à faibles revenus, Haïti et la République dominicaine. L'objectif est d'explorer les logiques qui sous-tendent la recherche de soins des Haïtiens et Haïtiennes résidant dans la ville frontalière de Ouanaminthe. En plus de cerner les motivations du recours transfrontalier aux soins de santé, l'étude qualitative propose de le situer dans l'itinéraire thérapeutique. Vingt et un entretiens semi-dirigés auprès de patientes et patients ont été menés dans deux cliniques privées et un hôpital public à Dajabón (République dominicaine). Sept entretiens ont aussi été menés avec des cliniciens et gestionnaires. Ces récits révèlent que la recherche d'efficacité et de qualité, la relation patient/médecin et le temps d'attente interviennent dans la décision de se faire soigner en République dominicaine. Le cheminement thérapeutique des patientes et patients n'est pas linéaire, mais fait de va-et-vient, selon les besoins, entre deux systèmes de santé originellement disjoints.</p> <p>Mots-clés : Mobilité thérapeutique, Accès aux soins de santé, frontière, Haïti, République dominicaine.</p>

Contribution de chaque coauteur

Identification du coauteur	Description de la contribution
Dominique Mathon	Principale chercheuse de l'étude : revue de littérature, collecte, traitement et analyse de données, rédaction de l'article.
Philippe Apparicio	Révisions de l'article.
Ugo Lachapelle	Révisions de l'article.

Référence complète de l'article

Mathon D., Apparicio P., Lachapelle U (2019). La mobilité transfrontalière en santé des Haïtiennes et des Haïtiens de la région de Ouanaminthe : une exploration de leur itinéraire thérapeutique. *Revue francophone sur la santé et les territoires*. [En ligne] <https://rfst.hypotheses.org/mathon-dominique-apparicio-philippe-lachapelle-ugo>

MOBILITÉ TRANSFRONTALIÈRE ET ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE DES HAÏTIENNES ET DES HAÏTIENS DE LA RÉGION DE OUANAMINTHE

Dominique Mathon

Philippe Apparicio*

Laboratoire d'équité environnementale, INRS Centre Urbanisation Culture Société,
Canada

Ugo Lachapelle

Université du Québec à Montréal (UQAM), Canada

* Auteur correspondant : philippe.apparicio@ucs.inrs.ca

RÉSUMÉ : Cette étude aborde la mobilité thérapeutique transfrontalière entre deux pays à faibles revenus, Haïti et la République dominicaine. L'objectif est d'explorer les logiques qui sous-tendent la recherche de soins des Haïtiens et Haïtiennes résidant dans la ville frontalière de Ouanaminthe. En plus de cerner les motivations du recours transfrontalier aux soins de santé, l'étude qualitative propose de le situer dans l'itinéraire thérapeutique. Vingt et un entretiens semi-dirigés auprès de patientes et patients ont été menés dans deux cliniques privées et un hôpital public à Dajabón (République dominicaine). Sept entretiens ont aussi été menés avec des cliniciens et gestionnaires. Ces récits révèlent que la recherche d'efficacité et de qualité, la relation patient/médecin et le temps d'attente interviennent dans la décision de se faire soigner en République dominicaine. Le cheminement thérapeutique des patientes et patients n'est pas linéaire, mais fait de va-et-vient, selon les besoins, entre deux systèmes de santé originellement disjoints.

MOTS-CLÉS : Mobilité thérapeutique, Accès aux soins de santé, frontière, Haïti, République dominicaine.

INTRODUCTION

Le quotidien haïtien *Le National*, dans un article publié en ligne le 1er octobre 2017, titrait « Les ressortissants haïtiens interdits de se faire soigner dans des hôpitaux publics en République dominicaine ». Selon cette publication, les importantes dépenses publiques engrangées par l'utilisation des structures de soins dominicaines par des étrangers, notamment des femmes haïtiennes enceintes, seraient à l'origine de la décision de ne plus prendre en charge gratuitement celles venues accoucher en République dominicaine. Un renforcement du contrôle frontalier de la République dominicaine aurait conduit à l'arrestation et au rapatriement, le 16 septembre 2017, de 40 ressortissants haïtiens. Ces informations relayées par la presse haïtienne font écho à celles diffusées par certains journaux dominicains qui dénoncent

de manière récurrente la prise en charge par les hôpitaux publics dominicains des patient.e.s d'origine haïtienne et l'impact subséquent sur le système de santé (Acosta, 2017; *Diario Libre*, 2017; *Le National*, 2017; Luna, 2017; Luna, Santana, Rodríguez, & Durán, 2017; Rivadulla, 2017; Saint-Pré, 2017, 2018; Santiago Santana, 2017).

Bien que la question de l'utilisation des services de santé par des Haïtiens en République dominicaine soit très largement rapportée dans certains médias dominicains, il existe peu de travaux scientifiques en Haïti et en République dominicaine sur le recours transfrontalier aux soins de santé. Plusieurs auteurs soulignent néanmoins l'existence d'une mobilité transfrontalière plus ou moins intense dans le domaine de la santé (Dilla Alfonso, 2004, 2007, 2011; Dilla Alfonso et al., 2010; Guerrero, Donastorg, & de los Santos,

Mathon D., Apparicio P., Lachapelle U.

1

3.2. Résumé en anglais

Background

On 16 September 2017, 40 Haitian, including 15 pregnant Haitian women, were arrested at the Dominican border and repatriated. This information relayed by the Haitian press echoes those published by some Dominican newspapers, which repeatedly denounce the care provided by Dominican public hospitals to Haitian patients and its impact on the health care system. Nevertheless, very few studies in Haiti or the Dominican Republic have addressed this issue even though several authors have pointed out the existence of health care related cross-border mobility. Moreover, the reasons for such mobility are rarely analyzed. For some, the lack of services in Haiti and free access to health care in the Dominican Republic are identified as the main drivers for such behavior. Yet crossing the border (even at official entry points) is not always easy for Haitians. Our paper asks: what then are the driving factors that lead to cross-border health care seeking? At what point in the therapeutic itinerary is such a decision made?

Evidence from studies on transnational health related mobility indicates that availability, affordability, accessibility, familiarity and perception of service quality play a role in the decision-making. Furthermore, in a context of proximity with the border, attractiveness of care can polarize the flows in a push/pull dynamics. Several studies also highlight the importance of social networks and ethnolinguistic factors in the decision to travel or return to their country of origin after care has been sought. Dissatisfaction with local services and hope for better care are also among the identified driving factors. This lead to complex and sinuous therapeutic paths within and outside one's country.

The main purpose of this paper is to explore the rationale behind the health-related cross-border mobility of Haitians living in or near the border town of Ouanaminthe, Haiti. The driving factors will also be identified and cross-border health utilization will be contextualized within the overall therapeutic itinerary.

Methods

This descriptive qualitative study used several combined methods, namely observation and semi-directive interviews. Overall, 28 interviews were carried out (21 patients, 7 Dominican and Haitian clinicians or decision makers). The interviews with cross-border patients focused mainly on their therapeutic itinerary, the motives behind this decision, obstacles encountered and their

perceptions of the quality of care received both in Haiti and the Dominican Republic. Interviews with the clinicians and decision makers helped gathered information on health care facilities, their attendance by Haitian clients and the existing collaboration or system of medical referral between Haiti and the Dominican Republic.

An iterative thematic analysis process was conducted. First, a pre-coding based and initial thematic categories inspired from the literature was used. From this process, other thematic categories have emerged, pointing to context specific issues.

Findings

Patients' cross-border health seeking is not linear, but rather a back and forth process between two separate health care systems. For some participants, it lasts several years, while for others, it leads to a first visit. The results show that visiting different health care facilities for the same health problem (or evolving symptoms over time) is usual. Having a second opinion is a frequently reported reason (for both patients and clinicians). The study also shows that cross-border health seeking requires participants to mobilize various skills such as familiarity with the health care system, border crossing experience and abilities, and knowledge of the Dominican language. Respondents also emphasized three main issues related to the Haitian health system that led them to cross-border for health care in the Dominican Republic: 1) the search for efficiency and service quality; 2) the poor patient/clinician relationship; 3) excessive waiting times. Furthermore, the importance of social networks and the strategies used to overcome language barrier is striking. Both clinicians and patients implement different strategies to enable appropriate care. Participants also underlined the important financial burden required to seek treatment abroad.

Conclusion

The cross-border health-related mobility practices observed in Ouanaminthe have many similarities with those analyzed in other contexts. Some aspects have been highlighted but need to be deepened to gain a better understanding of the health-seeking behavior as well as the strategies in place to cope with the expenses. An in-depth understanding of individual behaviors and strategies can help in the definition of public health policies and the development of a framework for a bilateral cooperation that takes into account cross-border health mobility practices and the thorny issue of migration.

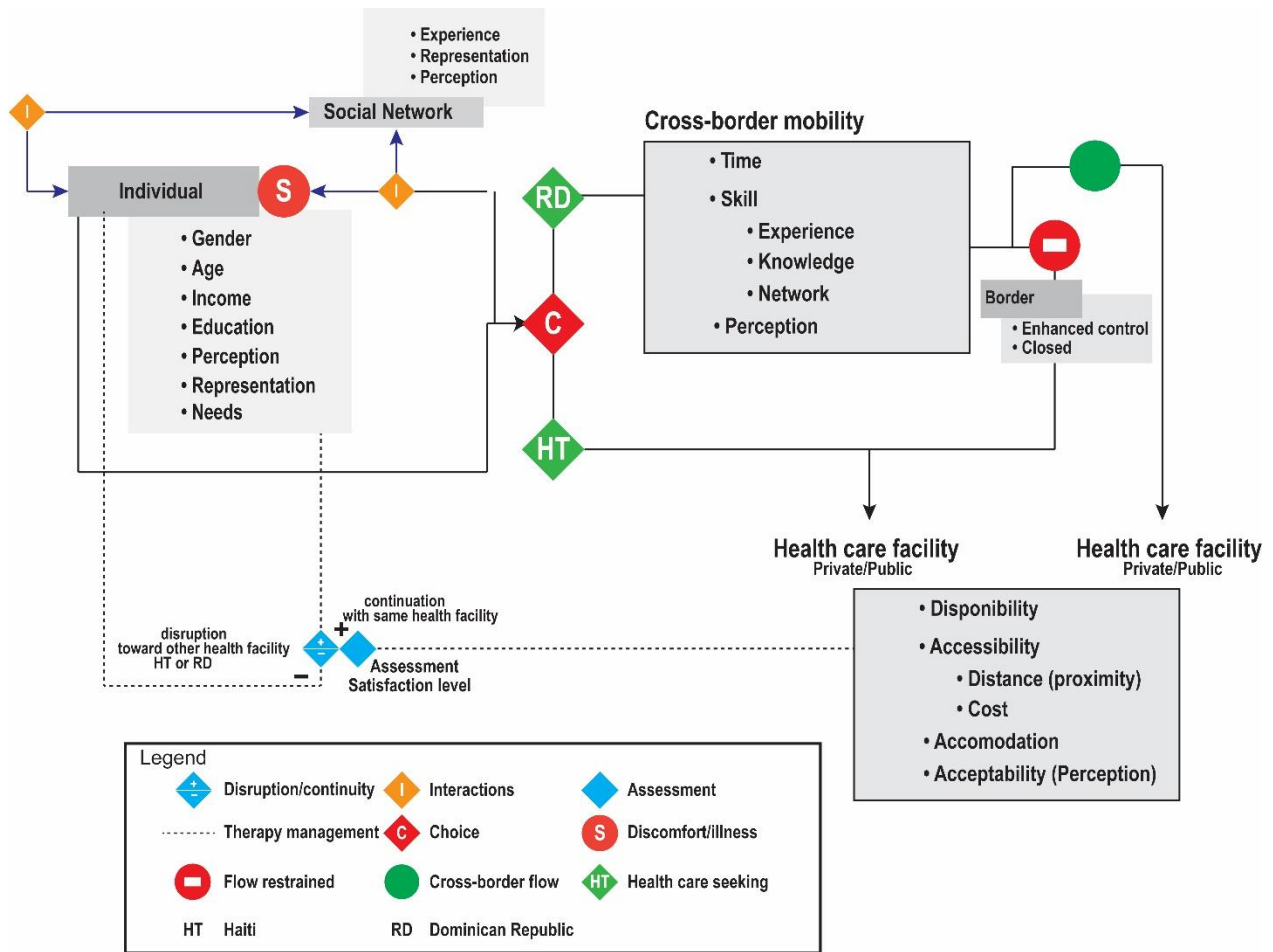


Figure 3.0 : Therapeutic Itinerary

3.3. Introduction

Le quotidien haïtien *Le National*, dans un article publié en ligne le 1er octobre 2017, titrait « Les ressortissants haïtiens interdits de se faire soigner dans des hôpitaux publics en République dominicaine ». Selon cette publication, les importantes dépenses publiques engrangées par l'utilisation des structures de soins dominicaines par des étrangers, notamment des femmes haïtiennes enceintes, seraient à l'origine de la décision de ne plus prendre en charge gratuitement celles venues accoucher en République dominicaine. Un renforcement du contrôle frontalier de la République dominicaine aurait conduit à l'arrestation et au rapatriement, le 16 septembre 2017, de 40 ressortissants haïtiens. Ces informations relayées par la presse haïtienne font écho à celles diffusées par certains journaux dominicains qui dénoncent de manière récurrente la prise en charge par les hôpitaux publics dominicains des patient.e.s d'origine haïtienne et l'impact subséquent sur le système de santé (Acosta, 2017; *Diario Libre*, 2017; *Le National*, 2017; Luna, 2017; Luna, Santana, Rodríguez, & Durán, 2017; Rivadulla, 2017; Saint-Pré, 2017, 2018; Santiago Santana, 2017).

Bien que la question de l'utilisation des services de santé par des Haïtiens en République dominicaine soit très largement rapportée dans certains médias dominicains, il existe peu de travaux scientifiques en Haïti et en République dominicaine sur le recours transfrontalier aux soins de santé. Plusieurs auteurs soulignent néanmoins l'existence d'une mobilité transfrontalière plus ou moins intense dans le domaine de la santé (Dilla Alfonso, 2004, 2007, 2011; Dilla Alfonso et al., 2010; Guerrero, Donastorg, & de los Santos, 2014). Cependant, aucune mesure de celle-ci ne semble être disponible à l'exception des statistiques peu détaillées produites par le Ministère de la Santé publique (MSP) sur l'utilisation des services de santé dominicains par les étrangers. De plus, les motifs d'une telle mobilité sont rarement analysés. Pour certains, la carence de services en Haïti serait à l'origine de ce recours (Dilla Alfonso, 2011; Guerrero et al., 2014; Poschet El Moudden, 2006) ainsi que la gratuité des soins en République dominicaine (Guerrero et al., 2014). Cette mobilité s'inscrit par ailleurs dans la dynamique des relations entre Ouanaminthe (Haïti) et Dajabón (République dominicaine) (Dilla Alfonso, 2004). Pourtant, traverser la frontière, même aux points de passage officiels, peut s'avérer compliqué pour les Haïtien.ne.s. En effet, plusieurs auteurs soulignent des pratiques abusives et agressions (physiques ou verbales) dont sont victimes les Haïtiennes (le plus souvent) et les Haïtiens à la frontière (Murray, 2010a; Petrozziello & Wooding, 2014) ou au marché dit « binational » de

Dajabón. Comment alors expliquer, dans un environnement empreint de tensions et d'agressivité, cette mobilité transfrontalière en santé ? Quels sont les déterminants du recours transfrontalier aux soins ? À quelle étape de son itinéraire thérapeutique, le patient décide de se faire soigner en République dominicaine ? Quel est le profil des personnes qui se rendent en République dominicaine pour des soins ?

Cette recherche se situe dans la lignée des travaux effectués sur la mobilité transfrontalière en santé, notamment entre pays à faible revenu ou entre pays émergents (Bochaton, 2015; Dione, 2013; Kangas, 2007; Ormond & Sulianti, 2017). Elle explore à partir d'entretiens l'itinéraire thérapeutique de patient.e.s d'origine haïtienne (N=21) se rendant à Dajabón (République dominicaine) pour des soins. La recherche vise à cerner les motifs du recours aux soins transfrontaliers, ainsi que les facteurs et acteurs influençant la prise de décision. À la suite d'une revue de littérature sur la mobilité transfrontalière, un bref portrait de la frontière haïtiano-dominicaine avec un accent particulier sur le doublet Ouanaminthe-Dajabón est dressé. Puis, la méthodologie et les principaux résultats sont présentés et discutés.

3.4. De la notion de mobilité transfrontalière et ses déterminants

La littérature sur la mobilité internationale des patient.e.s est plutôt dense ; elle témoigne de l'ampleur et de la diversité du phénomène à l'échelle mondiale. Ces déplacements à des fins thérapeutiques soulignent, à certains égards, les disparités entre pays dans l'offre de soins ; des disparités que la mondialisation de la santé, bien qu'ayant contribué à une certaine uniformisation des pratiques et des traitements, n'a pas su enrayer (Bochaton, 2009 ; Fassin, 2001). Elles s'inscrivent dans le processus en cours de la marchandisation des soins de santé tout en mettant l'accent sur des pratiques individuelles transnationales qui tendent à une certaine reconfiguration des systèmes de santé. En d'autres termes, la mobilité des patients et patientes remet en question le principe de territorialité sur lequel est construit le système de santé (Durham, 2017 ; Glinos, Baeten, Helble, & Maarse, 2010).

Le recours aux soins de santé au-delà des frontières nationales concerne autant les pays à haut revenu que ceux à moyen et faible revenu, avec des particularités selon le contexte, les situations migratoires, les caractéristiques socioéconomiques et culturelles (Laugesen & Vargas-Bustamante, 2010). Les résultats des différentes études portant sur la question soulignent la diversité des flux : 1) « tourisme médical », appellation controversée caractérisant notamment les

flux de pays à revenu élevé vers ceux à plus faible revenu (Bochaton & Lefebvre, 2008; Connell, 2015); 2) « retours médicaux » (medical returns en anglais) des immigrants vers leur pays d'origine (Bergmark, Barr, & Garcia, 2010; De Jesus & Xiao, 2013; Glinos, Doering, & Maarse, 2012; Horton & Cole, 2011; Lee, Kearns, & Friesen, 2010); 3) voyages médicaux de patients et patientes de pays à faible revenu vers des pays émergents ou à faible ou moyen revenus (Kangas, 2007) et/ou disposant d'une offre médicale attrayante (technologie développée, services spécialisés, etc.); 4) mobilité transfrontalière caractéristique des dynamiques entre pays se partageant une frontière (Allen, 2013; Bochaton, 2009; Byrd & Law, 2009; Caggiano, 2007; Dione, 2013; Durham, 2017; Liberona Concha, Tapia Ladino, & Contreras Gatica, 2017).

Les motifs à l'origine de ces déplacements sont multiples. Des variations peuvent être notées selon la zone d'étude, la direction des flux ou les caractéristiques socioéconomiques des personnes concernées. Néanmoins, il ressort que la disponibilité, l'accessibilité économique ou financière, la familiarité et la perception de la qualité des services influencent la prise de décision (Glinos et al., 2010). L'attractivité des soins et la proximité peuvent, en contexte frontalier, générer une polarisation des flux (Bochaton, 2009; Dione, 2013). Plusieurs études soulignent par ailleurs le poids des réseaux sociaux, de facteurs ethnolinguistiques dans la décision de voyager (Bochaton, 2009; Durham, 2017; González- Vázquez, Torres-Robles, & Pelcastre- Villafuerte, 2013) ou de retourner à son pays d'origine (Glinos et al., 2012) pour des soins. L'insatisfaction par rapport à l'expérience des soins reçus localement et l'espoir d'une meilleure prise en charge interviennent également (Glinos et al., 2010; Horton & Cole, 2011; Liberona Concha et al., 2017; Wismar, Palm, Figueras, Ernst, & Van Ginneken, 2011). Ceci entraîne dans certains cas des itinéraires thérapeutiques cumulant le recours aux soins à l'intérieur et à l'extérieur de leur pays (Lee et al., 2010; Sakoyan, 2012). Ces déplacements volontaires de courte durée, parfois le temps d'une consultation notamment dans le cas de la mobilité transfrontalière, s'inscrivent dans le processus mis en place par l'individu et/ou sa famille pour résoudre un problème de santé.

3.5. Itinéraire thérapeutique et mobilité transfrontalière

L'itinéraire thérapeutique (health seeking process), soit le cheminement des personnes dans leur quête de guérison surtout quand la maladie est chronique ou récurrente, est sinueux et complexe (Benoist, 1993 ; Chrisman, 1977 ; Janzen & Arkininstall, 1995). Il l'est d'autant plus, en contexte de pluralisme médical (Benoist, 1993 ; Fainzang, 1985 ; Fosso, 2011 ; Janzen & Arkininstall, 1995) ou d'offre de « thérapies alternatives » (Marcellini, Turpin, Rolland, & Ruffié, 2000) où coexistent

biomédecine, médecines alternatives et médecines traditionnelles. Dès lors, l'itinéraire thérapeutique peut mobiliser les différents recours disponibles (biomédecine, thérapies ou médecines alternatives, automédication, etc.) (Benoist, 1993; Janzen & Arkininstall, 1995; Marcellini et al., 2000; J. Tremblay, 1995). C'est un « mouvement circulaire et continu où le patient articule différents contenus en une "médicalité unique" » (Fosso, 2011, p. 2). Plusieurs éléments interviennent et interagissent tout au long de l'itinéraire thérapeutique comme les expériences passées, les interactions avec des tiers/pairs, les représentations de la maladie, l'offre de soins, les caractéristiques socioéconomiques individuelles (Chrisman, 1977 ; Fainzang, 1985 ; Fassin, 1990).

Quelques études s'intéressant à la mobilité transfrontalière ou transnationale en santé abordent de manière spécifique l'itinéraire thérapeutique des patients en soulignant l'importance du capital social (Bochaton, 2009, 2015 ; Durham, 2017 ; Kangas, 2007). Les réseaux sociaux influencent et interviennent tout au long de l'itinéraire thérapeutique (Bochaton, 2009, 2015). De manière spécifique, ils orientent et guident les choix en permettant le partage des informations diverses sur les établissements de santé, leur fonctionnement, etc. Ils peuvent aussi appuyer financièrement ou moralement, le cas échéant. Bochaton (2009, 2015) montre aussi l'importance du capital spatial, soit de l'expérience et de la connaissance de la frontière, dans ces déplacements thérapeutiques transfrontaliers. Quant à Durham (2017), il estime que la mobilité thérapeutique transfrontalière résulte de la capacité de mobilisation et de l'interaction des réseaux sociaux et économiques et du capital culturel des individus.

Focaliser sur l'itinéraire thérapeutique permet d'explorer les logiques et comprendre le « butinage médical » (Fosso, 2011) des patient.e.s, soit le cumul de différentes offres thérapeutiques. La notion de « butinage » est empruntée à un travail d'anthropologie sociale portant sur les pratiques religieuses plurielles au Brésil (Droz, Oro, & Soares, 2014 ; Droz, Soares, Gez, & Rey, 2016 ; Soares, 2009, 2011). Elle permet d'interroger le comportement des individus afin d'en cerner le sens et les logiques sociales qui les sous-tendent. Ceci en tenant compte que le contexte socioéconomique et politique, les particularités de la frontière, le fonctionnement des différents systèmes de santé influencent aussi le comportement des individus. Il faut aussi considérer que les inégalités observées dans l'accès aux soins révèlent autant des problèmes d'accessibilité physique, financière que ceux liés à l'existence d'une offre de soins de qualité (Fassin, 1990).

3.6. La frontière haïtiano-dominicaine entre asymétrie et interdépendance

3.6.1. Une dynamique frontalière complexe tissée à l'aune d'un passé et d'un présent empreints de conflits et de solidarités

Haïti et la République dominicaine sont parmi les rares pays insulaires qui partagent une frontière internationale. L'élaboration et l'inscription de la frontière haïtiano- dominicaine dans l'espace est autant liée à l'histoire coloniale de l'île qu'au processus de formation et de consolidation des deux États- nations (Corten, 2011; Fouchard, 2017; Hector & Hurbon, 2009a; Moya Pons, 2002, 2009; Price-Mars, 1953; Théodat, 2003). En Haïti, la révolte des esclaves conduit à l'indépendance (1804) et mène à la création d'un État anticolonial, anti-esclavagiste et antiraciste ainsi qu'au rejet du système de plantation (Hector & Hurbon, 2009b). La République dominicaine prend son indépendance d'Haïti (1844). De ces trajectoires différentes, résulte une « double insularité » (Théodat, 2003) qui se manifeste dans le système sociospatial, dans les références culturelles, dans les structures économiques et politiques.

La frontière a été tout au long de l'histoire de ces deux pays (et ce depuis l'époque coloniale) autant une zone de contact qu'une barrière ou une zone de convoitise. Ouanaminthe (Haïti) et Dajabón (République dominicaine) émergent d'ailleurs à la faveur des pratiques commerciales entre les populations des deux rives de la rivière Massacre et ce, par-delà les rivalités entre les empires coloniaux français et espagnols. Leur histoire est celle de pratiques de bon voisinage et de coexistence harmonieuse mais aussi celle d'un « contentieux historique », le massacre en 1937 en République dominicaine de dizaines de milliers d'Haïtiens (plus de trois mille victimes dans la ville de Ouanaminthe selon Jan (1950)). Après ce massacre, des tensions naissent dans les relations entre les deux pays avec pour corollaire une diminution dans l'intensité des échanges transfrontaliers, une séparation des familles haïtiano- dominicaines. Aujourd'hui, le passage Dajabón-Ouanaminthe, l'un des quatre points d'entrée officiels (figure 1) est le deuxième en importance au regard de l'intensité des flux (personnes et biens). Ce poste frontalier est d'ailleurs considéré comme une plaque tournante des échanges transfrontaliers (Théodat, Mathon, Mathelier, & Casséus, 2003).

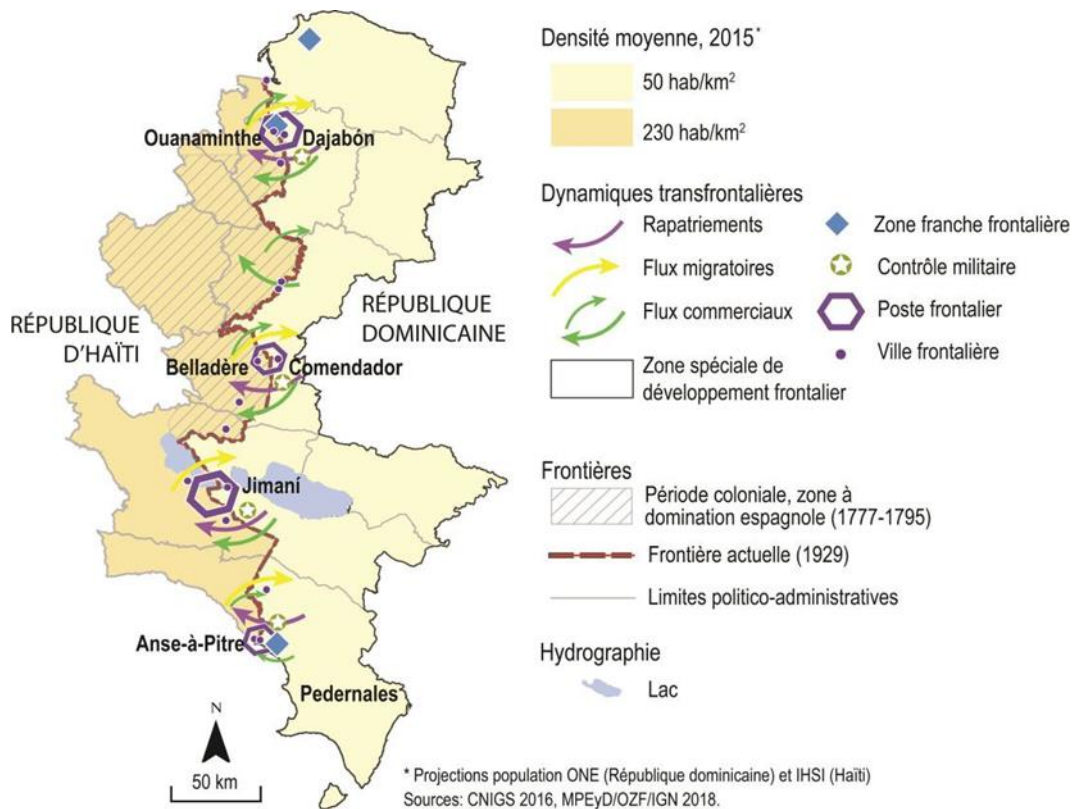


Figure 1. La frontière haïtiano-dominicaine

Figure 3.1: La frontière haïtiano-dominicaine

Les données disponibles sur les flux de personnes ne renseignent que sur les contrôles migratoires (entrées et sorties) (figure 2) et non sur les navettes quotidiennes (travail, école, approvisionnement, etc.) ou les jours de marché. Le marché « binational » de Dajabón accueille deux fois par semaine, les lundi et vendredi, un nombre imposant d'acheteurs haïtiens et dans une moindre mesure de vendeurs à cause des contrôles et restrictions de toute sorte (réglementations, exactions, confiscations de marchandises, etc.) à l'encontre de ces derniers. Le contrôle douanier du côté haïtien vis-à-vis des marchandises dominicaines est beaucoup moins strict. Il est à noter que pour les Haïtiens, l'obtention d'un visa est nécessaire pour traverser la frontière, à l'exception des jours de marché où la traversée peut se faire librement pour se rendre au marché. Les frontaliers — les personnes vivant dans la zone frontalière haïtienne — peuvent, s'ils le désirent, faire la demande d'un carnet (valable un an) qui les autorise à traverser et mener des activités économiques (petits commerces) dans les limites du marché « binational ».

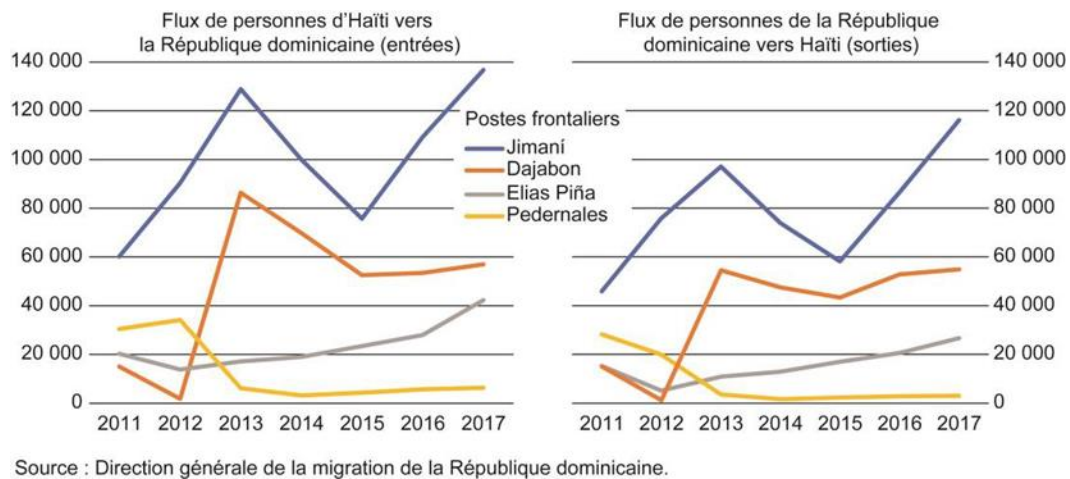
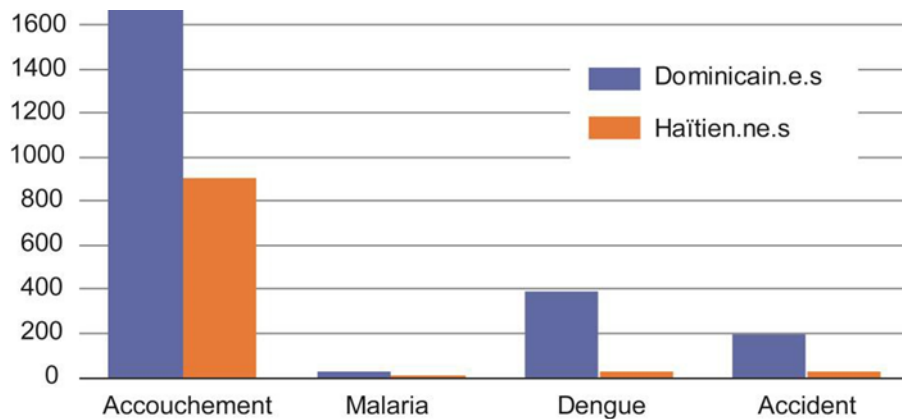


Figure 2. Flux migratoires entre les deux pays selon les quatre postes frontaliers

Figure 3.2 : Flux migratoires entre les deux pays selon les quatre postes frontaliers

Les apports de main-d'œuvre haïtienne à l'économie dominicaine datent du début du 20e siècle, à partir de l'occupation américaine des deux pays. Les immigrants haïtiens représentent, en 2017, 87% de la population immigrante en République dominicaine (Oficina Nacional de Estadística, 2018). Cette forte migration pose par ailleurs la question de l'utilisation des services de santé publique. La proportion d'Haïtiens et Haïtiennes reçus en consultation en 2017 représente 83% des patients étrangers. Cependant, ces consultations, rapportées à l'ensemble de celles réalisées par les établissements de santé publique dominicains, ne comptent que pour environ 5 % des consultations réalisées (Servicio Nacional de Salud, 2017).

Les statistiques de l'hôpital public Ramón Matías Mella situé à Dajabón renseignent cependant un peu mieux sur l'utilisation de ses services par des patient.e.s d'origine haïtienne. Ainsi, selon les données disponibles pour 2014-2016, les Haïtien.ne.s auraient fréquenté cette structure de soins pour des maladies comme la tuberculose, la malaria, le choléra, la dengue (figure 3). De plus, 35% des femmes ayant accouché à l'hôpital Ramón Matías Mella sont d'origine haïtienne (figure 3).



Source: Hôpital Ramón Matías Mella de Dajabón

Figure 3. Cas traités à l'hôpital provincial de Dajabón de 2014 à 2016

Figure 3.3 : Cas traités à l'hôpital provincial de Dajabón de 2014 à 2016

Sur l'ensemble des patient.e.s haïtiennes venues accoucher, la moitié d'entre elles résident en Haïti et l'autre moitié en République dominicaine. Il convient de relever le fait que : i) plus des deux tiers (68 %) des patient.e.s sont originaires de localités frontalières situées au sud de Ouanaminthe ; ii) celles-ci ont été référées à l'hôpital de Dajabón par des centres de santé dominicains — proche de leur lieu de résidence — où elles s'étaient rendues initialement. Parallèlement, 32 % d'entre elles viennent de différentes villes haïtiennes (figure 4) : Ouanaminthe, Fort-Liberté, Trou du Nord, Cap-Haïtien, Gonaïves, et même Port-au-Prince (la capitale) située à plus de 300 km. Dans ce cas les patient.e.s se rendent directement à l'hôpital de Dajabón pour leur accouchement. Cela dit, des informations complémentaires auraient été nécessaires pour mieux cerner les raisons portant des femmes à faire un aussi long trajet notamment dans les cas de résidence déclarée à Port-au-Prince ou au Gonaïves (162 km).

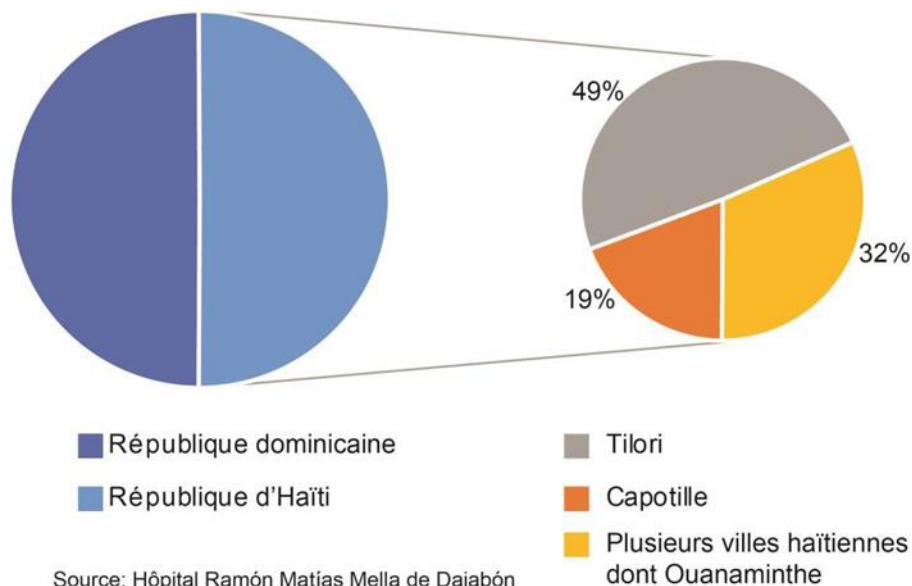


Figure 4. Distribution selon le lieu de résidence déclaré des patientes haïtiennes ayant accouché à l'hôpital de Dajabón entre 2014 et 2016

Figure 3.4 : Distribution selon le lieu de résidence déclaré des patientes haïtiennes ayant accouché à l'hôpital de Dajabón entre 2014 et 2016

La perception de la population dominicaine par rapport à la présence haïtienne est pour le moins contrastée allant du rejet à l'acceptation : discours l'assimilant à une « invasion », acceptation utilitaire (bénéfice économique), stéréotypes empreints de préjugés antihaïtiens, compassion (Dilla Alfonso, 2011; Murray, 2010a). Dilla Alfonso (2011) souligne que de toutes les villes frontalières, Dajabón est celle où la perception à l'encontre des Haïtiens est la plus « ambiguë et inconsistante ». Il existe aussi une perception négative des Dominicains notamment chez les Haïtiens et Haïtiennes des villes frontalières haïtiennes ; celle-ci est fondée sur leur expérience de la frontière (abus, agressions verbales et physiques, exactions, confiscation de marchandises, etc.) (Murray, 2010a, 2010b).

3.7.2. Des écarts dans l'offre de soins et les ressources disponibles

Au cours des années 1990, une réforme du système de santé a été initiée en Haïti en vue d'améliorer l'accès à la santé et le rendre plus équitable. Une structure pyramidale composée de trois niveaux de soins (primaire, secondaire et tertiaire) avec un système de référence et contre-

référence a été mise en place (figure 5). L'offre de soins est assurée par les secteurs public et privé.

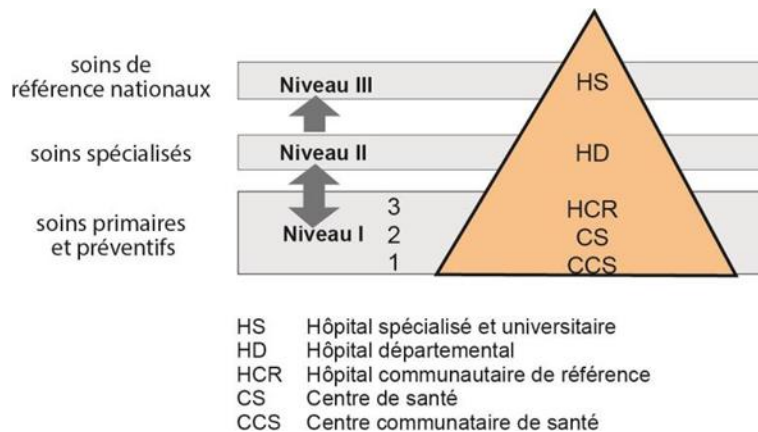


Figure 5 : Pyramide de soins

Figure 3.5 : Pyramide de soins

Les statistiques récentes (2017) du Ministère de la Santé publique et de la population (MSPP) en Haïti révèlent une forte présence du secteur privé à but lucratif dans le secteur de la santé. En effet, environ 30% des établissements au niveau national sont administrés par le secteur privé à but lucratif, 17% par le secteur privé à but non lucratif et 19% comptent un système de gestion mixte (privé et public) (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2018). La situation en matière d'offre de soins à Ouanaminthe ne diffère pas de celle observée sur l'ensemble du territoire national. Selon les données collectées sur le terrain (2016-2017) et celles du MSPP, le secteur privé domine largement. En effet, sur les sept structures de soins identifiées (figure 6) : six sont privées et une publique. Le centre de santé de Ouanaminthe qui fait office, selon des responsables du MSPP, d'hôpital communautaire de référence (HCR) ne compte pas pour autant tous les services correspondant à cet échelon (notamment ceux relatifs à la médecine interne). Le Centre de santé de Ouanaminthe offre les services de base : médecine générale, pédiatrie, gynécologie, VIH et Tuberculose, centre de choléra, réhabilitation, maternité, imagerie (échographie et rayon X), salle d'opération pour gynécologie/obstétrique, urologie, laboratoire.

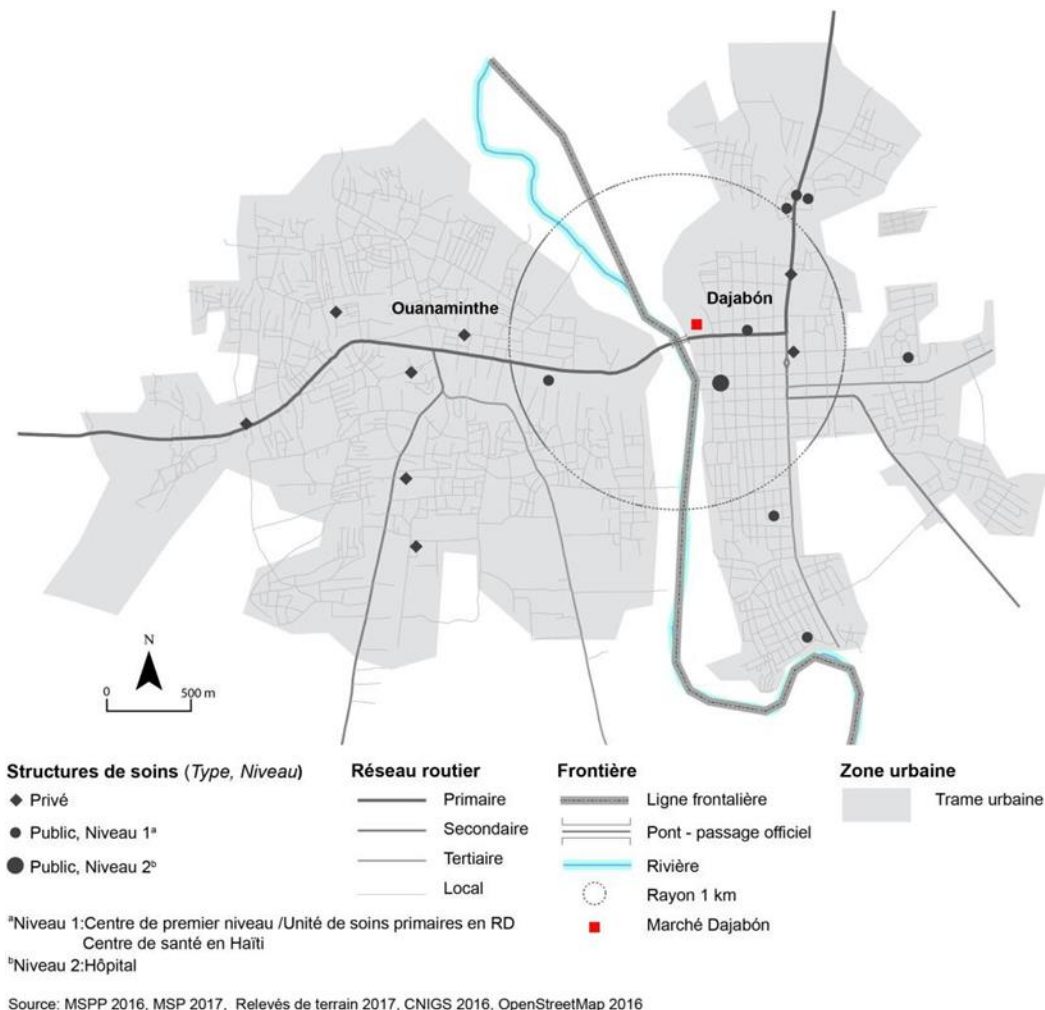


Figure 6 : Distribution des structures de soins à Ouanaminthe et Dajabón

Figure 3.6 : Distribution des structures de soins à Ouanaminthe et Dajabón

En Haïti, le manque de professionnels de santé est flagrant avec seulement 6,3 professionnels pour 10 000 habitants, soit un ratio bien en dessous du seuil minimal suggéré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (25 pour 10 000). La situation au niveau du département du Nord-Est — dont Ouanaminthe est la ville principale — est loin d'être différente avec un ratio de 6,7 (Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2018, p. 44). La République dominicaine compte 28,2 professionnels de santé pour 10 000 habitants, un ratio néanmoins bien en dessous de la moyenne régionale des Amériques qui est de 82,6 (World Health Organization, 2018).

De plus, les ressources budgétaires allouées au secteur de la santé en Haïti sont limitées et représentaient moins de 5 % du budget rectificatif national pour 2016-2017 (Institut Haïtien de

l'Enfance - IHE/Haiti & ICF, 2018) contre 12 % en République dominicaine en 2017 (Ministerio de Hacienda, 2017a, 2017b). Le Service national de Santé (SNS) de la République dominicaine estime que l'attention médicale fournie aux étrangers en 2017 (consultation, accouchements, suivi prénatal, les soins fournis dans le cadre des programmes de VIH-SIDA et de Tuberculose) représente un investissement total de 2,98 milliards de pesos dominicains, soit l'équivalent de 55,56 milliers d'euros¹ (Servicio Nacional de Salud, 2017).

En République dominicaine, le secteur privé est aussi présent (Rathe & Moliné, 2011). La ville de Dajabón compte un hôpital public de 30 lits (niveau 2) et deux cliniques privées offrant des services spécialisés comme gynéco-obstétrique, médecine interne, services de laboratoire, de radiologie et d'échographie. Tous ces établissements sont proches de la frontière dans un rayon de moins d'un kilomètre), ce qui les rend relativement accessibles aux habitants de Ouanaminthe (figure 6).

3.7. Méthodes

3.7.1. Méthodes et collecte de données

Cette étude repose sur une approche qualitative descriptive (Sandelowski & Barroso, 2006). Elle s'appuie sur le recours à plusieurs méthodes combinées à savoir l'observation de terrain et la conduite d'entretiens semi-directifs (Olivier de Sardan, 2008). Les entretiens ont été conduits en mai 2016 et juin 2017. Des entretiens exploratoires informels ont été menés (mai 2016) préalablement afin d'identifier les cliniques privées de Dajabón et établir les contacts avec celles-ci.

3.7.1.1. Les entretiens avec les patient.e.s

Au cours d'un premier séjour de terrain d'une durée de 15 jours en mai 2016, avec l'aide d'informateurs clés travaillant dans une organisation non gouvernementale (ONG) basée à Ouanaminthe et travaillant sur la frontière haïtiano-dominicaine, 2 personnes ont pu être identifiées pour des entretiens. Au cours d'un deuxième terrain d'une durée de 15 jours en juin

¹ En 2017 le taux moyen était : 1 euro = 53,62 pesos ; 1 dollar américain = 47,54 pesos.

2017, des entretiens auprès d'un corpus de 19 personnes fréquentant les cliniques privées (n=17) et l'hôpital public de Dajabón (n=2) ont été réalisés. Au total, 21 personnes ont été interrogées. Contrairement à ce qui était initialement prévu, en raison des difficultés pour obtenir des références de patient.e.s à travers les réseaux et contacts disponibles à Ouanaminthe, les personnes ont été identifiées en les approchant directement sur les différents lieux de consultation (cliniques privées et hôpital public) avec l'accord préalable des responsables de ces institutions.

Ce changement de stratégie a permis une observation périodique des structures de soins, des fluctuations en termes d'affluence, de clientèle, du temps d'attente, des interactions entre la clientèle et le personnel (médical ou de soutien). Le point d'ancrage étant à Ouanaminthe, il fallait traverser la frontière tous les jours à pied ou en voiture.

Ceci a permis de mesurer au quotidien ce que représentait la mobilité pour les patient.e.s en quête de soins de l'autre côté de la frontière. L'ensemble de ces observations étaient consignées dans un journal de terrain. Les difficultés à la frontière, le temps mis pour traverser, les interactions des Haïtiens avec les officiels (militaires ou civils), etc. sont autant d'éléments qui permettent une mise en contexte.

Les entretiens avec les patient.e.s comprenaient les sections suivantes : 1) leur itinéraire thérapeutique ; 2) à quel moment, ils ont pris la décision de venir en consultation à Dajabón ; 3) les motifs et la manière dont la décision a été prise ; 4) comment ils ont eu connaissance de la clinique ou de l'hôpital ; 5) leurs perceptions de la qualité des soins reçus en Haïti et en République dominicaine ; 6) expérience de la frontière (pratique, difficultés rencontrées, etc.). Les entretiens avec les patients.tes sont menés en créole. Ils ont, dans leur grande majorité, eu lieu sur place (clinique ou hôpital) car, les tentatives pour rejoindre les personnes ciblées une fois qu'elles avaient quitté les structures de soins s'étaient soldées à plusieurs reprises par des échecs (par manque de disponibilité de ces personnes ou dû à des difficultés de communication téléphonique).

Sur l'ensemble des 23 personnes approchées, deux ont refusé. Les 21 autres ont donné leur consentement verbal pour répondre aux questions après avoir pris connaissance de l'objectif de la recherche, mais 19 d'entre elles ont refusé que l'entretien soit enregistré. Les entretiens ont été menés par la première auteure et se sont déroulés dans un endroit retiré de la salle d'attente, à l'exception de trois d'entre eux : deux ont eu lieu sur le lieu de travail et un sur le lieu de résidence.

3.7.1.2. Les entretiens avec les cliniciens et gestionnaires

Sept entretiens semi-structurés ont également été réalisés auprès de médecins des cliniques privées et hôpital public à Dajabón (n=4) et des médecins du Centre de santé de Ouanaminthe et du ministère de la Santé publique et de la population d'Haïti (n=3). Sur les sept entretiens, trois ont été enregistrés. Ces personnes ont été contactées directement sur leur lieu de travail. L'objectif de ces entretiens était entre autres de collecter des informations sur les l'organisation du système de santé, les structures de soins et leur fonctionnement, la fréquentation des institutions de santé dominicaines par une clientèle haïtienne, les modalités d'accès aux soins, l'existence de collaboration ou de référence médicale entre Haïti et la République dominicaine. Ces entretiens ont été réalisés en espagnol avec les Dominicain.e.s, en français et/ou en créole avec les Haïtien.ne.s, au gré de leurs préférences et de la dynamique de l'entretien.

3.7.2. Analyse des données

Pour renforcer la rigueur et la crédibilité des résultats, nous avons adopté un processus d'analyse thématique itératif. Les notes ou les enregistrements des entretiens auprès des patient.e.s, des cliniciens et gestionnaires ont tous été retranscrits dans leur langue originale par la première auteure et traduits lorsque nécessaire (du créole ou de l'espagnol vers le français). Le processus d'analyse comprenait la codification manuelle des données, un tableau synthèse en fonction des différentes catégories thématiques définies initialement, un tableau pour établir le profil des patient.e.s, la connaissance de langue, leur expérience de la frontière, leur activité économique. De ce processus, d'autres catégories thématiques ont émergé et des regroupements en sous-catégories ont été effectués.

3.7.3. Considérations éthiques

Chaque participant a été contacté directement et une description du projet par écrit leur a été fournie. Une fois, la description du projet fournie, leur consentement écrit ou verbal leur a été demandé. Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'Éthique de l'Institut National de la Recherche Scientifique (INRS).

3.8. Résultats

3.8.1. Profil des patientes et patients, des cliniciens et gestionnaires

Sur les 21 personnes ayant accepté de participer à la recherche, 12 vivent à Ouanaminthe. Les autres habitent dans des villes ou localités voisines : 4 au Cap-Haïtien, 1 à Fort-Liberté, 1 à Limonade, 1 à Ti Lori, une localité rurale du Centre et 2 n'ont pas donné leur lieu de résidence. La clientèle de ces structures de soins de Dajabón durant la période au cours de laquelle les entretiens ont été effectués était surtout composée de femmes, d'enfants, de personnes âgées et très peu d'hommes. Notre corpus le reflète avec : 14 femmes, 1 mère avec un nourrisson, 3 parents avec enfants et 3 hommes dont un âgé.

D'une manière générale, la plupart des personnes venues en consultation dans les deux cliniques ou à l'hôpital étaient accompagnées soit d'un parent ou d'un proche (ami, voisin). Le point de passage frontalier officiel est celui utilisé par l'ensemble des patients et patientes pour se rendre aux établissements de santé. Les contrôles sont variables et dépendent du jour (jour de marché ou pas), du contexte (situation de tensions ou pas) au moment de la traversée, de la pratique de la frontière par les usagers. Le moyen de transport le plus utilisé est la moto ou un taxi-moto.

Les personnes ont presque toutes une pratique récurrente de la frontière ; soit elles vont s'approvisionner à Dajabón, soit elles ont une activité économique en lien avec le marché « binational » de Dajabón (commerce, transport de marchandises), soit elles travaillent dans une organisation qui mène des activités sur la problématique frontalière. La majorité des patients et patientes déclarent avoir une activité et donc un revenu.

3.8.2. Itinéraire thérapeutique et mobilité transfrontalière

3.8.2.1. Des cheminements pluriels

Les entretiens ont permis de retracer partiellement l'itinéraire thérapeutique en amont de leur consultation à une clinique ou un hôpital à Dajabón. Les différents récits recueillis décrivent succinctement les structures de soins fréquentés tant en Haïti et en République dominicaine en lien avec leur problème de santé à l'instant t. Parfois, celui-ci remonte à plusieurs années et a fait

l'objet d'un cheminement déjà complexe et sinueux. Pour certains, il s'agit de la première visite, pour d'autres ce sont des visites de suivi médical. Enfin, d'autres viendront en consultation soit pour un problème ponctuel, soit pour un examen.

Le cas d'une femme résidente de Limonade — ville située à environ 52 km de la frontière — venue en consultation à une clinique de Dajabón pour des douleurs récurrentes illustre bien la sinuosité de l'itinéraire thérapeutique. Ses deux premières visites ont été effectuées dans deux établissements de soins haïtiens distincts (respectivement public et privé), relativement proches de son lieu de résidence et qu'elle a coutume de fréquenter. Après trois ans, elle décide de faire une consultation à clinique de Dajabón, pour retourner ensuite à Trou du Nord (Haïti), le point de départ de son parcours, où elle fait des analyses et une nouvelle consultation.

« La première fois où j'ai ressenti la douleur, j'ai été en consultation à Trou du Nord, on m'a dit que c'était un kyste, un fibrome. C'était en 2014. On m'a donné des médicaments et j'ai suivi le traitement. Depuis trois ans, la douleur persiste. J'ai alors été en 2016 à l'hôpital à Carrefour La mort [du côté haïtien proche de Limonade] [...]. Ils disent n'avoir rien trouvé et m'ont donné des médicaments pour soulager la douleur. La douleur est revenue. Je suis venue à cette clinique [de Dajabon]. C'est la première fois [que je viens à la clinique de Dajabon] [...] J'ai des analyses à faire. Je les ai faites lundi à Trou du Nord [...] » (Femme, clinique privée de Dajabón)

Cumuler, pour un même problème de santé (ou des symptômes s'étalant dans la durée), des consultations auprès de différentes structures de soins, voire combiner médecine traditionnelle et biomédecine, est une pratique courante en Haïti. Les raisons évoquées par les personnes concernées pour un tel comportement sont diverses comme la recherche d'une seconde opinion ou l'habitude. « Je vais toujours en consultation dans deux endroits », dira une patiente pour souligner qu'il s'agit d'une pratique courante chez elle et qu'elle ne se contente pas de l'avis d'un seul médecin. Pour d'autres en revanche, avoir un dossier dans plusieurs cliniques en Haïti même quand un suivi régulier est réalisé chez un médecin à Dajabón est une façon de mettre toutes les chances de leur côté. Il s'agit d'une mesure de prudence en cas d'urgence et d'impossibilité de traverser la frontière, d'un comportement judicieux selon les propos d'une personne du corpus. Un monsieur signale avoir amené sa femme suivie dans une clinique privée à Dajabon en consultation une fois au Centre de santé de Ouanaminthe et aussi une fois à l'hôpital de Fort-Liberté, au cas où un problème surviendrait en pleine nuit. Il s'agit, selon lui, d'une précaution pour parer à toute éventualité face aux aléas de la frontière.

Il existe néanmoins des cas de « rupture » complète avec le système de santé haïtien comme cette patiente qui, après une mauvaise expérience lors d'une hospitalisation pour un épisode d'hypertension et d'accident vasculaire cérébral dans une clinique privée de Ouanaminthe, est hospitalisée plusieurs jours dans une clinique privée de Dajabón où elle effectue depuis son suivi médical.

« Je suis venue [...] au mois de mai 2016. Depuis, je ne vais plus en consultation en Haïti. Aujourd'hui, je suis venue pour mon rendez-vous de suivi [...] Je viens chaque deux ou trois jours [pour contrôler la tension artérielle] » (Femme, clinique privée de Dajabón).

Enfin, certains des médecins dominicains de cliniques privées de Dajabón rencontrés signalent qu'ils réfèrent parfois leurs patientes à l'hôpital de Dajabón, notamment quand celles-ci ont des difficultés économiques et qu'une intervention chirurgicale doit être envisagée. La référence à l'hôpital public de Dajabón peut, lorsque la complexité du cas le requiert, aboutir à une référence à un hôpital du troisième niveau, à Santiago qui se trouve à 135 km à l'est de la ville de Dajabón. Des évidences pour un tel type d'itinéraire n'ont pas pu être collectées sur le terrain. Néanmoins, une personne rencontrée à une clinique privée de Dajabón indique y avoir été référée par une clinique privée de Ouanaminthe pour une échographie. Le médecin de la clinique de Dajabón lui indique qu'elle doit se rendre à l'hôpital de Dajabón pour son traitement. Le personnel de l'hôpital de Dajabón refuse la traiter et lui explique qu'elle doit retourner en Haïti pour son traitement. Cette femme retourne voir le médecin de la clinique de Dajabón pour obtenir de ce dernier une référence qui lui permettrait d'être admise et traitée à l'hôpital de Dajabón. Ainsi, cette patiente s'est retrouvée à faire des allers-retours à Dajabón entre une clinique privée et un hôpital public pour recevoir finalement un traitement. Ce cas illustre les difficultés auxquelles font parfois face les Haïtiens pour obtenir des soins en République dominicaine.

Force est de constater par ailleurs que, peu de personnes déclarent avoir fréquenté le centre de santé de Ouanaminthe. Les motifs d'un tel évitement sont divers comme on le verra plus loin. Les personnes rencontrées ont plutôt tendance soit à consulter des cliniques privées en Haïti (Ouanaminthe et villes avoisinantes), à se rendre directement dans des hôpitaux « réputés » de la région (Trou du Nord, Milot, parfois Fort-Liberté) pour ensuite, selon le cas se rendre dans une clinique privée de Dajabón ou à l'hôpital public de cette ville. La rupture avec les structures de soins en Haïti ne semble pas définitive.

Au regard de ces mobilités thérapeutiques individuelles reliant deux systèmes de santé originellement disjoints, il convient de s'interroger sur le rôle de la frontière dans cette mobilité d'une part et de cerner d'autre part, comment l'obstacle qu'elle pourrait représenter est surmonté.

3.9.2.2. La gestion de la frontière : un élément déterminant de la mobilité thérapeutique

La durée des trajets pour se rendre à Dajabón ne semble pas constituer un obstacle à la mobilité thérapeutique des patients et patientes. En effet, plusieurs des personnes rencontrées n'habitent pas à proximité de la frontière. Plusieurs d'entre elles font un trajet d'une heure et demie à deux heures, voire de trois heures, pour une visite médicale d'environ 30 minutes à Dajabón, ou pour simplement récupérer des résultats d'analyses médicales. Cela ne tient pas compte du temps requis pour traverser la frontière. Celui-ci est variable, allant de 15 minutes environ en temps normal à une heure, voire plus les jours de marché selon l'affluence. D'autres facteurs conjoncturels (conflits, augmentation du niveau de contrôle du côté dominicain, etc.) peuvent causer des délais dans le passage de la frontière.

Une femme habitant à Limonade, une ville située à environ 50 km de la frontière, raconte avoir quitté sa résidence à 6 h du matin pour arriver à la clinique à 8 h 30, après avoir passé une heure à la frontière à attendre l'ouverture de la barrière à 8 h. Une autre indique avoir fait trois heures à moto pour sortir de Tilorí, une localité rurale haïtienne située à une cinquantaine de kilomètres au sud de Ouanaminthe, et se rendre en consultation à Dajabón. Pour elle, cependant, Dajabón représente une option plus avantageuse et accessible physiquement que l'hôpital de Hinche (Haïti) situé à environ 64 km de son lieu de résidence. Et ceci, en tenant compte des aléas en lien avec l'offre du service du côté haïtien (spécialiste absent, équipement en panne, etc.), venir en consultation, faire des analyses ou chercher des résultats peut impliquer de mobiliser une journée complète. Ainsi, certaines personnes déclarent profiter de leur déplacement pour s'approvisionner à Dajabón ou régler certaines choses en lien avec leurs activités professionnelles ou personnelles. D'autres viendront spécifiquement pour leur visite médicale.

Mais, dans certains cas, le déplacement peut être de longue durée (plusieurs jours), notamment dans le cas d'une hospitalisation. Une patiente raconte avoir été hospitalisée près d'une dizaine de jours à une clinique privée de Dajabón. Une telle situation entraîne des déplacements continus (des allers-retours quotidiens) pour les membres de sa famille associés à la gestion de la thérapie.

« J'ai été hospitalisée pendant neuf jours. Ma cousine est restée avec moi durant mon hospitalisation. Chaque jour, Maman m'envoyait de la nourriture » (Femme, Clinique privée de Dajabón).

Cependant, il faut souligner que la gestion de la frontière par les autorités tend à contraindre la mobilité et à moduler, à certains égards, la dimension temporelle de celle-ci. Les déplacements à travers le point de passage officiel sont limités dans le temps, soit la durée d'ouverture journalière de la frontière qui est de 9 heures (du lundi au samedi de 8 à 17 h) et de 7 heures (dimanche de 9 à 16 h). La fermeture de la frontière est parfois imprévisible ; elle dépend des conjonctures nationale et locale. Ainsi, l'ouverture peut être décalée de plusieurs heures ou un conflit peut occasionner sa fermeture anticipée. Durant les observations de terrain en juin 2017, l'ouverture de la frontière a été décalée une fois d'environ trois heures avec une forte présence militaire du côté dominicain. Les raisons de cette fermeture temporaire sont méconnues et à notre connaissance, aucune communication officielle n'a été diffusée. Les contrôles frontaliers, notamment du côté dominicain, sont cependant plus importants, et ceci, depuis 2 à 5 ans environ, selon les médecins et gestionnaires interrogés. Les jours de marché, les lundis et vendredis, les flux à la frontière sont particulièrement denses (plus de 30 mille personnes, selon des estimations non officielles, font des allers — retours). Ceci complique la circulation piétonne et motorisée et de ce fait, le passage. Contrairement aux autres jours, les Haïtiens et les Haïtiennes peuvent traverser « librement » la frontière les jours de marché, mais les « gardes dominicains » (en uniforme ou en civil) sont omniprésents particulièrement dans les limites du périmètre du marché ; ils surveillent ceux qui tenteraient d'aller au-delà. La tension est vive. Ces journées sont ponctuées de conflits divers et de fouilles effectuées par les militaires dominicains sur des vendeurs et vendeuses d'origine haïtienne se terminant soit par des exactions ou la confiscation des marchandises. Certaines des personnes rencontrées ont d'ailleurs déclaré éviter de venir en consultation à Dajabón les jours de marché ; il y a trop d'encombrements (« Jou mache yo gen twòp ankombremman ») déclare une femme venue du Cap-Haïtien pour une consultation à Dajabón.

Ces contrôles tendraient à affecter les flux selon certains. Un médecin dominicain d'une clinique privée de Dajabón dont une part relativement significative de la clientèle est haïtienne signale avoir constaté depuis cinq ans une baisse dans le flux de patients haïtiens qu'il explique par ce durcissement à la frontière. Une opinion que partage un responsable du MSPP.

« Maintenant, il y a un ralentissement dans le flux des gens qui traversent vers la frontière pour aller en République dominicaine, mais, eh... eh... parce que bon... il y a cette tension qui existe depuis tantôt deux ans entre Haïti et la République dominicaine. Mais, dans le temps, les gens pour un oui ou pour un non traversaient pour aller chercher des soins en République dominicaine » (Responsable MSPP).

Mais les avis sont partagés en ce qui trait à l'évolution de l'affluence de patient.e.s d'origine haïtienne. En effet, un médecin dominicain travaillant dans une autre clinique privée estime en revanche qu'il y aurait eu, au cours des dernières années, une hausse du nombre de patient.e.s d'origine haïtienne imputable à une amélioration des relations haïtiano-dominicaines.

« L'amélioration des relations haïtiano-dominicaines favorise une augmentation des entrées de ressortissants haïtiens qui viennent pour des soins médicaux ici, non seulement en gynécologie, mais dans tous les domaines » (Médecin, Clinique privée de Dajabón).

Ces points de vue reflètent les différences de perception existant au sein des sociétés haïtiennes et dominicaines quant aux relations entre les deux pays. Il convient de souligner que celles-ci, au cours des quinze dernières années, ont connu des moments de tension² parallèlement au développement d'une coopération transfrontalière encore embryonnaire (projets financés par des organisations internationales ou des initiatives d'acteurs locaux divers).

Traverser la frontière est généralement compliqué pour les Haïtien.ne.s. Toutefois, certaines personnes, incluant celles ne disposant pas de papiers (passeport ou visa), affirment ne pas rencontrer de difficulté majeure pour traverser. Pour un médecin dominicain, la majorité des gens qui traversent la frontière ont des documents légaux et pourtant, ils n'échappent pas aux pressions. Selon ce médecin, il y aurait des gens intéressés à venir, mais qui y renoncent. Les récits de plusieurs personnes montrent en effet que des négociations sont souvent nécessaires. De l'argent est parfois soutiré à certains.

² Ces tensions découlent autant de mesures phytosanitaires prises par les autorités haïtiennes lesquelles visaient à prohiber l'importation d'œufs et de produits carnés en provenance de la République dominicaine que de la résurgence d'une nouvelle vague anti-haïtienne. Le verdict TC/168 de septembre 2013 de la Cour constitutionnelle contre plus de 200 mille descendants d'immigrants haïtiens tend aussi par ailleurs à exacerber les manifestations de xénophobie, à accroître les tensions, les contrôles frontaliers ainsi que les rapatriements.

« Quand on traversait, on ne voulait pas nous laisser passer. Nous avons dit que nous allions à l'hôpital et on nous a laissé rentrer. Nous avons payé 100 pesos [1,86 €] plus le prix du transport » (Femme, clinique privée de Dajabón).

En fait, il s'agit d'une dynamique à géométrie variable dont la lecture est parfois difficile. Elle donne lieu à un sentiment d'injustice comme en témoignent les propos ci-après.

« Il n'est pas question de personne en situation de légalité ou d'illégalité, le Dominicain, ne respecte personne [...] là où un délinquant peut être à l'aise pour rentrer, toi qui as des papiers, tu ne l'es pas. Parce que toi qui as des papiers, les gens te tiraillent ici et là, ils te dupent, te font perdre du temps, te disent des choses désagréables, tu dois faire plein de déclarations pour passer bien que tu aies un passeport, que tu aies un visa et que tu aies passé l'immigration. Et le délinquant [...] c'est lui l'ami des chefs, il passe comme il veut, quand il veut, là où il veut » (Homme, parlant de son expérience avec sa femme).

Ceci montre les difficultés auxquelles sont confrontées les Haïtien.ne.s pour passer la frontière et révèle par ailleurs le décalage dans les niveaux contrôles exercés ainsi que l'existence de réseaux favorisant le développement de trafics ou pratiques frauduleuses. Ainsi, dans un contexte où légalité et corruption s'entremêlent, où la migration demeure une épineuse question, les populations locales mobilisent compétences et réseaux sociaux pour se rendre à Dajabón et tenter de trouver une solution à leurs problèmes de santé.

3.8.2.3. Mobilisation du réseau social et de compétences diverses

L'analyse des entretiens montre que des compétences diverses doivent être mobilisées par les patient.e.s et leurs proches pour traverser la frontière.

Premièrement, les personnes rencontrées viennent rarement seules en consultation. Les enfants et les personnes âgées sont évidemment accompagnés de leurs parents (père, mère, enfants). Les femmes, quant à elles, s'organisent pour venir en groupe (avec des amies ou des connaissances) ou accompagnées de leur conjoint ou de leur mère. S'il est difficile, compte tenu du nombre réduit de personnes rencontrées d'en déduire un modèle de comportement, on peut faire l'hypothèse que des précautions semblent être prises pour traverser la frontière. Autrement dit, pouvoir mobiliser des contacts, des connaissances (Haïtiens ou Dominicains) semble constituer un atout pour traverser la frontière et se faire soigner en République dominicaine. Une

femme est venue dans la voiture d'un ami. Une autre accompagnant son fils pour qu'on lui mette un plâtre a été conduite à moto par un voisin de nationalité dominicaine. Habitant une communauté rurale située dans le Département du Centre en Haïti (plus au sud de Dajabón), à proximité de la frontière, elle indique avoir fait un voyage d'environ 4 heures avec son fils.

Deuxièmement, le choix de consulter à Dajabón repose rarement sur une connaissance fine ou préalable du système de santé dominicain. Sur l'ensemble des personnes, seules deux ont déclaré avoir vécu pendant un temps en République dominicaine. Par conséquent, les décisions semblent plutôt résulter du « bouche-à-oreille », entre autres du partage par des tiers (amis, connaissance) d'expériences positives, de la connaissance par un proche du système de santé dominicain ou d'informations provenant de personnes travaillant dans le secteur. Un monsieur raconte que c'est au cours d'une conversation entre amis qu'ils, lui et sa femme, ont eu des informations sur une clinique privée de Dajabón.

Troisièmement, l'expérience de la frontière constitue un atout non négligeable à deux niveaux : i) des contacts et une pratique pouvant faciliter le passage de la frontière ; ii) une connaissance même rudimentaire de la langue. En effet, le vécu de la frontière permet d'être (re)connu des « gardes dominicains », avoir un savoir-faire et savoir sur quelle ficelle tirer en cas de difficulté.

« Je n'ai pas de problème pour traverser, je vends ici tous les jours. Je vends au marché avec un dominicain. Je n'ai pas eu de problème pour traverser avec l'enfant parce qu'on me connaît, mais ces jours-ci, les enfants ne traversent pas » (Femme, accompagnant son enfant, Hôpital de Dajabón).

Ces propos montrent comment cette femme, grâce à sa pratique de la frontière, a pu contourner les dispositifs de surveillance mis en place pour limiter le trafic d'enfants. En principe, un adulte accompagné d'un mineur ne peut pas traverser sans autorisation. Il est intéressant de souligner par ailleurs que sur l'ensemble des personnes rencontrées, la grande majorité comptait avec une expérience de la frontière, souvent en lien avec le marché de Dajabón. « *Je travaille sur la frontière* » dira l'une des personnes. Une autre indique être venue avec quelqu'un travaillant à l'une des cliniques et dit : « *N'était-ce de cette personne, nous n'aurions pas pu rentrer. Nous avons payé 200 gourdes [2,78 €] pour rentrer* ». Ainsi, les moins habitués mobilisent des contacts avec lesquels ils traversent ou qui peuvent les aider à surmonter les obstacles auxquels ils sont confrontés lors de leur passage. Les récits montrent donc l'importance à la fois du savoir-traverser acquis avec la pratique de la frontière (capital spatial) et du réseau social (capital social) dans la mobilité transfrontalière.

Quatrièmement, la connaissance de l'espagnol est un avantage pouvant s'avérer utile dans les négociations à la frontière. Mais, sa méconnaissance n'est pas vécue comme une contrainte. En effet, celles et ceux qui déclarent parler espagnol sont peu nombreux (n=3) alors que plusieurs disent comprendre l'espagnol sans pour autant le parler (soit une maîtrise incomplète de la langue). Un cas probant est celui d'une femme ne parlant pas l'espagnol qui est accompagnée de sa mère qui, elle, d'après ses dires, « se défendait ». Ainsi donc, l'accompagnateur (connaissance ou membre de la famille) peut servir d'interprète le cas échéant.

Compte tenu ces contraintes, qu'est-ce qui motive les personnes interrogées à aller chercher des soins à Dajabón ?

3.8.3. Le recours transfrontalier aux soins : pourquoi traverser ?

3.8.3.1. Référence médicale ou « bouche-à-oreille »

La référence médicale, soit l'orientation d'une structure de soins publics haïtienne vers une dominicaine, n'existe pas formellement entre Haïti et la République dominicaine. C'est l'avis des médecins dominicains et haïtiens rencontrés. Le protocole au sein du système de santé publique haïtien ne permet, selon un médecin haïtien, de référer un patient à l'étranger. Ceci n'empêche qu'un médecin peut, si le patient désire se faire soigner dans un autre pays, préparer un rapport avec les informations indispensables pour le suivi ou la réalisation d'exams plus poussés. Cela étant, les références médicales institutionnelles ou formelles sont rares aux dires des médecins dominicains. Les « références sociales » —équivalent au « bouche-à-oreille » - sont bien plus courantes comme l'indique ce médecin dominicain d'une clinique privée de Dajabón

« Les références sont plutôt sociales, l'un dit à l'autre. Il y a quelques références médicales, mais peu nombreuses. La référence est informelle surtout pour l'échographie. 90% des femmes viennent au début de leur grossesse » (Médecin, clinique privée de Dajabón).

Un responsable du MSPP, tout en reconnaissant l'absence d'un système de référence formelle entre les deux pays, souligne que la pratique peut être conditionnée par des urgences médicales, notamment des cas demandant une prise en charge immédiate et un traitement spécialisé.

« Non, on ne fait pas de références, [...] parfois on est obligé d'écrire les notes de référence pour la République dominicaine [...] on n'a pas un système de référence formel avec la République dominicaine. Mais, [...] on sait qu'il y a déjà des cas [...] que de toute façon il faut les référer vers la République dominicaine. Par exemple, s'il y a un accident vasculaire cérébral, on réfère la personne directement en République dominicaine parce qu'on sait qu'il n'y aura pas une bonne prise en charge de notre côté à moins d'envoyer la personne jusqu'à Port- au-Prince à [l'hôpital] Bernard Mevs. Mais, sinon en République dominicaine à deux heures de la frontière, la personne sera déjà dans un hôpital de Santiago où on peut faire une bonne prise en charge [...] » (Responsable MSPP).

Mais, prendre la décision de se faire soigner à Dajabón semble, le plus souvent, être une décision individuelle ou familiale (patient.e ou ses proches). Les récits des patient.e.s mettent en lumière le rôle des proches dans la gestion de la thérapie et l'influence subséquente sur l'itinéraire thérapeutique. Plusieurs facteurs interviennent dans la prise de décision dont l'expérience positive de proches, les informations obtenues d'amis ou de connaissance.

Une dame déclare par exemple avoir été amenée en consultation à Dajabón par son mari ; ce dernier, ayant vécu en République dominicaine, connaissait la clinique. Une autre personne raconte comment ses parents ont pris la décision de l'amener à Dajabón alors qu'elle était hospitalisée à une clinique privée de Ouanaminthe : *« Ils voulaient me garder, mais ma mère et mon père ont pris la décision de m'amener ici [...] ma mère vient aussi en consultation ici »*. De plus, les informations obtenues et les expériences partagées peuvent porter le patient à choisir une clinique plutôt qu'une autre. Une femme indique que c'est une « *sèvant* » (servante, personne fréquentant la même église qu'elle) qui l'a référée à une clinique spécifique de Dajabón ; une autre déclare que sa voisine l'a mise en contact avec quelqu'un travaillant à l'une des cliniques de Dajabón. En définitive, les informations circulent à travers différents canaux, différents réseaux. Un monsieur raconte l'expérience de son père qui, quoiqu'ancienne (entre 2005 et 2007), illustre bien la diversité des sources d'informations dans le recours transfrontalier aux soins.

« On a eu l'information qu'un groupe de spécialistes dominicaines allait opérer gratuitement [des patients souffrant de hernie] à l'hôpital de Dajabón [...] c'est à l'Église que l'annonce a été faite [...] une liste a été dressée par les responsables de l'Église. Mon père est parti avec eux [...] il n'a eu aucune formalité à remplir ».

Force est de constater qu'en amont du choix, l'évaluation des résultats obtenus au cours des étapes antérieures de l'itinéraire par le patient et ses proches pèse dans la prise de décision.

Beaucoup des témoignages recueillis révèlent en effet que la recherche de résultats (traitement efficace, guérison, etc.) est au centre des préoccupations des patients et patientes.

3.8.3.2. La quête de résultats

L'itinéraire thérapeutique, comme l'indiquent la plupart des récits, commence en Haïti. La décision de se rendre à Dajabón découlerait plutôt d'une mauvaise expérience (en lien avec le diagnostic ou la thérapie) ou de l'absence de résultats à l'issue du traitement reçu. Les médecins dominicains interrogés estiment que les cliniques de Dajabón seraient le dernier recours après un long itinéraire thérapeutique avec peu ou sans résultats dans les cliniques/hôpitaux en Haïti.

« Beaucoup d'entre eux viennent parce [...] qu'ils ont été traités et n'ont pas eu [ou] vu d'amélioration. Par conséquent, ils cherchent une autre [...] option, une autre opinion » (Médecin, clinique privée Dajabón).

Le récit de plusieurs patients souligne effectivement ce long périple, cette quête de résultats et comment les cliniques à Dajabón apparaissent comme « la » solution. Au regard de leurs déclarations quant aux raisons d'une telle décision, « rezilta » (résultats) est un leitmotiv (n=10). En guise d'exemple, le récit d'un couple qui, après plusieurs tentatives non concluantes à Ouanaminthe, à Fort-Liberté et au Cap-Haïtien (à près de 65 km au nord-ouest de Ouanaminthe), choisit de se rendre en consultation à Dajabón.

« [...] nous avons eu 4 expériences déjà ici, à Ouanaminthe, à Fort-Liberté et au Cap-Haïtien, nous n'avons malheureusement pas obtenu le résultat que nous désirions. C'est pour cela que nous étions toujours à la recherche d'un endroit qui pourrait vraiment nous aider [...] Et... nous n'étions pas vraiment optimistes quand nous sommes allés parce que nous avons déjà vu un spécialiste dans le nord qui nous avait été recommandé aussi et qui avait beaucoup de résultats, beaucoup de personnes parlaient de lui, et nous aussi sommes allés là, mais nous n'avons vraiment pas trouvé le résultat souhaité [...]. Alors, nous sommes allés là [une clinique privée de Dajabón] » (Homme, clinique privée de Dajabón).

Mais, les traitements proposés ne sont pas toujours acceptés ou le sont avec une certaine réserve. Deux cas l'illustrent. Le premier est celui d'une femme qui décide d'aller à une clinique de Dajabón pour des douleurs et démangeaisons au bras que les médicaments prescrits par son

médecin traitant à Ouanaminthe ne soulagent pas. Son bras avait été plâtré à une clinique privée Ouanaminthe après un accident de motocyclette. À Dajabón, on lui propose de lui « casser à nouveau le bras » ; elle décide alors de se rendre à l'hôpital de Milot, puis de faire la réhabilitation dans un centre privé à Ouanaminthe.

Le deuxième est celui d'une femme qui a été opérée à une clinique privée de Dajabón. Selon elle, le médecin en Haïti aurait eu une approche différente : « *Le dominicain a enlevé l'utérus, alors que le médecin en Haïti aurait essayé de faire en sorte de le garder* ». Mais, sa peur due, entre autres aux difficultés pour obtenir du sang si elle était opérée en Haïti, l'a incitée à privilégier l'option dominicaine. Elle continue d'ailleurs à faire son suivi à Dajabón. Elle met ainsi l'accent sur un autre motif souvent évoqué par plusieurs personnes, la « faiblesse » des services (disponibilité de ressources, d'équipements, d'intrants, etc.) comme facteur intervenant dans leur décision.

3.8.3.3. *Carence de services, manque de ressources, temps d'attente*

Une femme déclare d'entrée de jeu quand la question lui est posée sur les motifs de sa présence : « *En Haïti, il n'y a pas d'hôpitaux, il n'y a pas de services [...], pas de services de qualité* », un constat sans appel basé sur une mauvaise expérience, résultant en une aggravation de son état de santé dans une clinique privée de Ouanaminthe.

D'autres font valoir le manque de ressources techniques : « la difficulté pour faire des analyses, une échographie », « *tu ne peux pas faire une échographie, car l'appareil chauffe* ». C'est aussi l'absence des médecins, de techniciens ou tout simplement de services spécialisés qui est mise de l'avant. Une personne âgée habitant Fort-Liberté venue en consultation dans une clinique privée de Dajabón explique :

« Fort-Liberté a un hôpital, mais, il n'est pas bien structuré, il lui manque beaucoup de service de base. J'ai besoin d'un cardiologue ou d'un urologue. Mais il n'y a pas ces services à Fort-Liberté » (Homme, clinique privée Dajabón).

Pourtant, le centre de santé de Ouanaminthe – situé à 20 km de Fort-Liberté – compte un urologue selon les informations recueillies auprès d'un responsable dudit centre. La méconnaissance de cette offre de soins spécialisés résulte peut-être du manque de communication sur les services offerts et disponibles dans la région. Mais, d'une manière générale les personnes interrogées au cours de l'enquête sont peu enclines à fréquenter les structures de soins étatiques, en particulier

le centre de santé de Ouanaminthe pour plusieurs des raisons évoquées plus haut, mais aussi à cause de la perte de temps. Le temps d'attente paraît être, au regard des propos recueillis, un problème constaté au niveau de divers établissements publics de soins de la zone. « *Tu peux passer la journée et ne jamais recevoir de soins* » déclare une femme concernant par exemple l'hôpital public au Cap-Haïtien.

Le temps d'attente serait particulièrement long au centre de santé de Ouanaminthe, voire à certaines cliniques privées de Ouanaminthe qui sont très fréquentées, selon plusieurs personnes. « *Au centre de santé, il faut avoir du temps* » dit une patiente rencontrée à Dajabón. Pourtant, au regard des estimations effectuées, les patient.e.s doivent mobiliser plusieurs heures (une demi-journée environ) pour une consultation dans une clinique privée à Dajabón. Dans certains cas, ils arrivent à la clinique dès 8h et n'arrivent à voir le médecin qu'aux environs de midi. Selon les informations recueillies et nos observations, les médecins n'arrivent généralement pas avant midi, soit après leur travail à l'Hôpital de Dajabón. En cas d'urgence, ils peuvent toutefois être appelés et arriver avant. Cette attente ne semble pourtant pas déranger ceux qui fréquentent les cliniques privées de Dajabón.

3.8.3.3. Pour des relations soigné.e/soignant.e empathiques

La relation soigné.e/soignant.e apparaît comme une des pierres d'achoppement. Elle influence le degré de satisfaction ou d'insatisfaction observée chez les personnes interrogées. Dans leur récit, les patient.e.s, quand il leur est demandé, de comparer les services reçus en Haïti avec ceux reçus en République dominicaine (Dajabón ou Santiago, que ce soit dans le privé ou le public) ont une appréciation largement plus favorable de l'accueil qui leur est fait en République dominicaine.

Plusieurs personnes ont émis des réserves quant au suivi réalisé par les médecins haïtiens consultés. Elles ont eu à insister sur leur manque de disponibilité en dehors des heures de consultation, et ce, même en cas d'urgence. Une femme commente : « En Haïti, le médecin est introuvable en dehors de ses heures de travail. Il est difficile de le trouver même quand il y a une urgence ». Sans vouloir généraliser, une personne rencontrée estime qu'il y aurait moins de négligence et que le suivi serait plus serré chez son médecin à Dajabón comparativement à ses expériences antérieures en Haïti.

« Le Dominicain ne fait pas de négligences. [...] il arrive que nous ayons un rendez-vous à telle date, tu as un problème [...] Il est 10h, ton téléphone sonne, ils te font appeler, aujourd'hui tu avais rendez-vous et tu n'es pas venu. Cela montre qu'ils sont toujours en train de suivre le patient de près. Automatiquement qu'un problème se présente, ils ont le temps de l'identifier. Mais ici [Haïti], tu vas quand tu veux [...] » (Homme, clinique privée Dajabón).

Le manque d'empathie chez les professionnels de santé en Haïti est soulevé par la plupart des personnes rencontrées : « *on ne soucie pas de vous* », « *vous n'êtes pas pris en considération* », « *le médecin n'a pas vraiment de patience pour parler au patient. Il ne lui pose pas de question* ». Or, la communication soigné.e/soignant.e est une composante essentielle de la pratique clinique. L'accueil constitue une autre cause d'insatisfaction des patients et patientes fréquentant les structures de santé haïtiennes, en particulier celles qui sont publiques. Les responsables du Centre de Santé de Ouanaminthe sont conscients des failles à ce niveau. Selon, eux il y a un problème de formation au niveau du personnel et des efforts devraient être faits en ce sens.

« L'accueil est un facteur important. Il y a un gros problème de formation continue. Les conditions de travail des employés dans l'État ne sont pas faciles » (Gestionnaire)

En revanche, aucune des personnes interrogées que ce soit dans les cliniques privées ou à l'hôpital de Dajabón ne s'est plainte de leurs interactions avec les professionnels de santé dominicains. « *Les gens m'ont bien accueilli à la clinique. Le service est meilleur* ». Mais, lors de nos observations, une certaine indifférence de la part du personnel de santé à l'hôpital public de Dajabón à l'égard des Haïtien.ne.s sollicitant des informations a été constatée. Minn (2004) a d'ailleurs relevé un comportement différencié à l'égard des Haïtien.ne.s à l'hôpital de Dajabón, les relations étant plus brusques, voire empreints de préjugés notamment envers ceux ou celles à plus faibles revenus. Les temps d'attente des Haïtien.ne.s peuvent, par exemple, être beaucoup plus longs que ceux des Dominicain.e.s. Les allers-retours forcés des patient.e.s entre les structures de soins privées et publiques dominicaines, comme relaté plus haut, soulignent aussi des différences dans l'attention et l'accueil réservé aux patient.e.s d'origine haïtienne.

3.9.3.4. Des mécanismes mis en place pour faciliter la communication

Contre toutes attentes, la barrière linguistique ne semble pas constituer un handicap dans les interactions entre les patient.e.s qui ne maîtrisent pas la langue espagnole et les professionnels

de santé. Un interprète est mis à la disposition de leur clientèle haïtienne par les cliniques privées de Dajabón pour faciliter la communication lors des consultations. Cette intermédiation linguistique semble toutefois ne soulever aucun problème majeur aux patient.e.s, ni aux médecins qui semble s'en accommoder. Une certaine relation de confiance existerait entre interprète/patient.e et médecin/interprète.

Deux éléments semblent entrer en ligne de compte dans la relation patient.e/interprète : habitude et expérience. L'habitude permet l'établissement de rapports privilégiés et la création d'un climat de confiance. La longévité, quant à elle, donne lieu à une expertise et des compétences appréciées par les patient.e.s. Ceci contribue à mettre en confiance les patient.e.s qui peuvent alors parler ouvertement au médecin sans se soucier de la barrière linguistique. Celle-ci n'est pas sans risques comme le souligne un des médecins dominicains :

« Par exemple, il y a ici un jeune homme qui est interprète [...] Il est haïtien et parle très bien la langue. Mais... je le paie parce que je comprends que je ne peux pas avoir une patiente, lui parler et ce qu'elle me répond « oui, oui, oui ». En plus, j'ai eu des complications avec une patiente parce qu'elle ne comprenait pas comment utiliser un médicament. J'ai eu une Haïtienne qui a pris un ovule [...] Oui un ovule, un ovule, quelque chose qui va dans le vagin... elle l'a avalé malgré sa prescription lisible [...] puisqu'imprimée de l'ordinateur. Mais, elle n'a pas compris que c'était pour là. La barrière de langue est parfois dangereuse en médecine » (Médecin, clinique privée Dajabón).

En l'absence d'interprète, les patient.e.s, s'organisent aussi. S'ils ne sont pas accompagnés d'une personne parlant/comprenant l'espagnol, ils sollicitent l'appui de patient.e.s ou de tiers le cas échéant. Une femme venue seule pour une échographie à l'hôpital de Dajabón et ne parlant, ni ne comprenant l'espagnol, a dû demander de l'aide dans la salle d'attente pour communiquer et s'orienter. Les techniciens responsables de l'examen, ne s'accordant pas sur le sens d'une information fournie par la patiente, ont cherché à la vérifier avec une personne, en l'occurrence la première auteure de l'article assise dans la salle d'attente et qui a fait office d'interprète.

3.8.3.5. *Un investissement*

Les patient.e.s paient eux-mêmes pour les services de santé (consultation, examen, achat de médicaments) qu'ils contractent à Dajabón en particulier dans les cliniques privées. Les coûts y

sont légèrement plus élevés que ceux pratiqués en Haïti ce, notamment à cause du taux de change gourde/peso dominicain peu favorable aux Haïtien.ne.s.

Les frais de consultation varient d'une clinique privée à l'autre en Haïti : de 750 gourdes (9,90€) à 1 500 gourdes (19,82 €) contre l'équivalent de 1 320 gourdes (1000 pesos dominicains), soit 18,78 €, à une clinique privée de Dajabón. En revanche, une consultation au centre de santé de Ouanaminthe coûte 50 gourdes (0,66 €) et une échographie 300 gourdes (3,96 €).

Certaines des personnes rencontrées mentionnent les problèmes d'accessibilité financière aux soins de santé auxquels elles sont confrontées. Les contraintes économiques sont d'autant plus grandes que les revenus des patient.e.s sont faibles et de ce fait, les moyens financiers mobilisables limités. Pour se faire une idée, il convient de signaler que le revenu d'activité moyen mensuel en Haïti s'élevait en 2012 à 4 830 gourdes, soit 86,85 € (Herrera Javier et al., 2014). Le salaire minimum officiel de 300 gourdes (5,39 €) par jour (2012) a été relevé à 500 (5,65 €) gourdes en 2018, alors que, parallèlement, la gourde s'est considérablement dépréciée durant cette période. Au regard de ces chiffres, il ressort que les dépenses de santé représentent une part significative du budget du ménage quand ce dernier doit y faire face ; elles peuvent, le cas échéant augmenter la vulnérabilité des ménages les plus pauvres.

« Les services sont excessivement chers. L'écart dans le change peso/gourde est un problème [...] Chaque fois que je viens pour une consultation, je paie 1000 pesos [18,65€]. Pour récupérer des résultats, je dois payer 500 pesos [9,32 €]. Si huit jours s'écoulent avant que tu ne viennes chercher les résultats, tu dois alors payer 1000 pesos [18,65 €]. Je viens en consultations chaque mois et je dois déboursier 1000 pesos [18,65€]. Depuis trois mois, je viens en consultation deux ou trois jours par semaine. J'ai dû dépenser 7 400 pesos [138,01 €] pour m'acheter des médicaments » (Femme, clinique privée Dajabón).

Les propos de cette patiente montrent clairement l'effort financier consenti pour résoudre ses problèmes de santé et se faire soigner à Dajabón. Celui-ci est d'ailleurs reconnu par les médecins des cliniques privées de Dajabón qui soulignent le sérieux des Haïtien.ne.s quant au paiement de leurs dettes.

D'un autre côté, les Haïtien.ne.s rencontré.e.s à l'Hôpital de Dajabón disent avoir payé pour les soins qui leur ont été prodigués. En effet, une des patientes rencontrée et venue se faire soigner pour un problème orthopédique indique avoir payé 12 000 pesos (223,70 €) pour son traitement. Les médicaments prescrits ont été achetés à Santiago par le médecin à qui elle a remis la valeur

à cet effet. Les services de radiologie ainsi que la mise en plâtre pour une fracture ont été payés, affirme une autre patiente dont l'enfant avait un bras cassé. Les analyses de laboratoire ont été effectuées à l'extérieur de l'hôpital. Pour les analyses et le plâtre, elle dit avoir dépensé 2 820 pesos (52,59 €).

3.9. Discussion et conclusion

Les résultats des entretiens montrent que le recours transfrontalier aux soins comme dans le cas de plusieurs autres pays (Bochaton, 2009, 2015; Dione, 2013; Durham, 2017; Liberona Concha et al., 2017) constitue une étape, parfois l'étape finale, d'un itinéraire thérapeutique débuté dans le pays d'origine des patientes ou patients. Il intervient souvent lorsque des résultats n'ont pas été obtenus dans le pays d'origine. Parfois, les patient.e.s décident du recours transfrontalier aux soins sans avoir transité au préalable par les structures de santé en Haïti. Dès lors traverser la frontière, indépendamment de son éloignement, apparaît comme « la solution » en particulier lorsque l'offre de l'autre côté semble plus attrayante. Pour ce faire, les patient.e.s doivent pouvoir mobiliser des compétences diverses comme la familiarité avec le système de santé, une pratique de la frontière, une connaissance de la langue ainsi que des ressources financières.

En ce sens, la situation en Haïti diffère peu de celles analysées dans d'autres contextes (Bochaton, 2009, 2015; Dione, 2013; Liberona Concha et al., 2017). Cependant, une particularité d'ordre ethnolinguistique est à souligner. En effet, contrairement aux autres situations frontalières, il existe une barrière linguistique. Celle-ci est contournée via un interprète qui sert de « passerelle entre les individus et les cultures » : il permet d'établir la communication, aux interlocuteurs de se comprendre et d'engager un dialogue (L. Tremblay, Brouillet, Rhéaume, & Laquerre, 2006). L'interprète peut être soit un parent accompagnant le/la patient.e ou un employé de la clinique en République dominicaine. On est donc bien loin des facteurs signalés dans d'autres études, à savoir la langue comme un des éléments déterminants du retour par exemple des migrants mexicains dans leur pays d'origine pour la recherche de soins (Horton & Cole, 2011; Lee et al., 2010). Malgré le recours à des interprètes, les barrières linguistiques et culturelles peuvent avoir des incidences sur les résultats des traitements, tels que signalés par un médecin dominicain (avec l'exemple d'une patiente ayant avalé un ovule). Or, ces barrières ne sont que peu évoquées dans la littérature sur la mobilité transfrontalière en santé.

Un facteur de répulsion apparaît dans la relation soignant.e.s/soigné.e.s : le manque d'empathie, signalé par d'autres études réalisées en Haïti. En effet, Tremblay (1995) décrit la distance dans les relations, lors des accouchements, le manque d'empathie, voire le mépris qui caractérise les relations entre patientes et médecins dans une zone non loin de Port-au-Prince, la capitale. Des années plus tard, dans une autre zone d'Haïti, les patient.e.s font part de leur vécu et soulignent le manque de considération, de prise en compte de leur problème. Parallèlement, ils et elles expriment une certaine satisfaction concernant l'accueil et les interactions avec les médecins dominicains des cliniques privées de Dajabón. Cependant, le travail de Minn (2004) offre un autre regard notamment en ce qui a trait au traitement réservé aux patient.e.s d'origine haïtienne à l'hôpital public de Dajabón. Selon cet auteur, la relation soigné.e.s/soignant.e.s à cet hôpital est méprisante. En ce sens, elle se rapproche de celle attribuée aux professionnels de santé des structures de soins en Haïti et dénoncée par les patient.e.s interviewées. Une étude plus approfondie sur cette question permettrait de comprendre comment les perceptions mutuelles Haïtiens/Dominicains influencent les interactions entre soignés/soignants.

Aucune femme ayant accouché à l'Hôpital Ramón Matías Mella de Dajabón n'a pu être interrogée, ce qui constitue une limite du travail. Il aurait été intéressant de pouvoir cerner les raisons qui conduisent les femmes haïtiennes à venir accoucher à Dajabón plutôt que de le faire à Ouanaminthe, mis à part le problème de disponibilité du service. Des femmes qui se dirigent vers des cliniques privées sont référées à l'hôpital à cause de leur difficulté économique. Ce choix de la part du médecin peut être perçu comme un acte de compassion (Minn, 2004), mais aussi comme une exigence éthique notamment dans des cas où une intervention est vitale.

Les réseaux sociaux, le bouche-à-oreille et la capacité à mobiliser des moyens financiers apparaissent comme des éléments importants non seulement dans la prise de décision et le choix du lieu de consultation. Les réseaux sociaux interviennent tant pour faciliter le passage de la frontière que dans la gestion de la thérapie. Les accompagnateurs et accompagnatrices servent aussi de support moral, de défenseur du patient en cas d'abus ou de mauvais traitement (Minn, 2004). Ainsi, le réseau social du patient ou de la patiente lui offre une certaine « garantie » en matière de sécurité, une « sécurité par le nombre » (Minn, 2004) pour traverser la frontière, mais aussi pour faire front au sein des structures hospitalières si nécessaire. Il s'agit d'une dimension peu explorée dans les études sur la mobilité transfrontalière en santé. Par ailleurs, l'effort financier consenti par les Haïtien.ne.s pour faire face aux dépenses de santé est important et peut être considéré comme un investissement si l'on considère le poids de la santé dans le capital humain. Or, une étude de la Banque mondiale et de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion

sociale (2014) souligne qu'en Haïti « les chocs idiosyncrasiques les plus importants sont liés à la santé » et qu'ils affectent notamment les populations plus vulnérables. Certains auteurs (Durham, 2017) signalent les différents mécanismes mis en place par les populations les plus pauvres pour faire face aux dépenses du recours transfrontalier aux soins. Transfert, vente d'actifs, aide de proches, identification de structures de soins publiques fournissant des soins gratuits, etc. sont parmi les stratégies mobilisées. Compte tenu, l'importance des transferts dans l'économie haïtienne, on peut penser qu'ils jouent un rôle dans la mobilité transfrontalière en santé. Cette dimension n'a cependant pas été explorée lors des entretiens et gagnerait à être creusée. La mobilité transfrontalière en santé, au regard de ces différents aspects, peut aussi contribuer au renforcement des inégalités dans l'accès à la santé.

Par ailleurs, une meilleure compréhension des comportements et des stratégies individuelles peut aider à la définition de politiques publiques en santé et à une allocation plus adéquate et équitable des ressources. De même, elle peut servir à l'élaboration d'un cadre de coopération bilatérale tenant compte des pratiques de mobilité transfrontalière en santé ainsi que l'épineuse question migratoire entre les deux pays.

3.10. Bibliographie

- Acosta, D. (2017, 25 agosto, 2017). República Dominicana registra más de 4 mil partos de mujeres haitianas. El Día. Retrieved from <http://eldia.com.do>
- Allen, W. (2013). "I am From Busia!": Everyday Trading and Health Service Provision at the Kenya–Uganda Border as Place-Making Activities. *Journal of Borderlands Studies*, 28(3), 291-306. doi:10.1080/08865655.2013.862756
- Banque mondiale, & Observatoire nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale. (2014). Haïti: investir dans l'humain pour combattre la pauvreté. Éléments de réflexion pour une prise de décision informée. Retrieved from Washington:
- Benoist, J. (1993). *Anthropologie médicale en société créole*. Paris: Paris : Presses universitaires de France.
- Bergmark, R., Barr, D., & Garcia, R. (2010). Mexican Immigrants in the US Living Far from the Border may Return to Mexico for Health Services. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(4), 610-614. doi:10.1007/s10903-008-9213-8
- Bochaton, A. (2009). Construction d'un espace sanitaire transfrontalier: le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande. (Doctorat Doctorat), Université de Nanterre - Parix X, Paris.
- Bochaton, A. (2015). Cross-border mobility and social networks: Laotians seeking medical treatment along the Thai border. *Social Science & Medicine*, 124, 364-373.
- Bochaton, A., & Lefebvre, B. (2008). The rebirth of the hospital: Heterotopia and medical tourism in Asia. In *Asia on Tour: Exploring the rise of Asian tourism* : Routledge.
- Byrd, T. L., & Law, J. G. (2009). Cross-border utilization of health care services by United States residents living near the Mexican border Utilización transfronteriza de los servicios de salud por residentes en los Estados Unidos que viven cerca de la frontera con México.

- Revista Panamericana de Salud Pública, 26(2), 95-100. doi:10.1590/S1020-49892009000800001
- Caggiano, S. (2007). Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*(28).
- Chrisman, N. J. (1977). The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(4), 351-377. doi:10.1007/bf00116243
- Connell, J. (2015). From medical tourism to transnational health care? An epilogue for the future. *Social Science & Medicine*, 124, 398-401. doi:10.1016/j.socscimed.2014.11.015
- Corten, A. (2011). *L'État faible : Haïti et République dominicaine* (Éd. rev. et augm.. ed.). Montréal: Montréal : Mémoire d'encrier.
- De Jesus, M., & Xiao, C. (2013). Cross-border health care utilization among the Hispanic population in the United States: implications for closing the health care access gap. *Ethnicity & Health*, 18(3), 297- 314. doi:10.1080/13557858.2012.730610
- Diario Libre. (2017, 31 de Julio 2017). El director del Servicio Nacional de Salud dice que Haití y RD deben tratar la situación hospitalaria. *Diario Libre*. Retrieved from <https://www.diariolibre.com>
- Dilla Alfonso, H. (2004). Intercambio desigual y complejos urbanos binacionales en la frontera dominicana con Haití. *Estudios fronterizos*, 5, 35-58.
- Dilla Alfonso, H. (2007). República Dominicana: La nueva cartografía transfronteriza. *Caribbean Studies*, 35(1), 181-205.
- Dilla Alfonso, H. (2011). La migración transfronteriza haitiana en la República Dominicana. Retrieved from Dilla Alfonso, H., Alexis, S., Antoine, M. I., Carmona, C., de Jesús Cedano, S., Murray, G. F., Sánchez, N. (2010). *La frontera dominico-haitiana : Grupo de Estudios Multidisciplinarios Ciudades y Fronteras*.
- Dione, I. (2013). *Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance: entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier*. (Doctorat), Université d'Angers, Angers. (1320)
- Droz, Y., Oro, A. P., & Soares, E. (2014). Le butinage religieux: regard anthropologique sur les pratiques religieuses. In *Mobilité religieuse. Retours croisés des Afriques aux Amériques*. (pp. 17-37). Paris: Karthala.
- Droz, Y., Soares, E., Gez, Y. N., & Rey, J. (2016). La mobilité religieuse à l'aune du butinage. *Social Compass*, 63(2), 251-267. doi:10.1177/0037768616629305
- Durham, J. (2017). Cross-border patient movement from the Lao PDR and the interplay between social networks and economic and cultural capital: A qualitative study. *Asia Pacific Viewpoint*, 58(2), 175-189. doi:doi:10.1111/apv.12155
- Fainzang, S. (1985). La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina. *Sciences Sociales et Santé*, 105-128.
- Fassin, D. (1990). *Maladie et médecines*.
- Fassin, D., Jaffre, Y., *Sociétés*.
- Fassin, D. (2001). La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. In B. Hours (Ed.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie* (pp. 24- 40). Paris: Les Éditions Karthala.
- Fosso, A. L. (2011). Typologie du pluralisme et butinage médical au Cameroun. Paper presented at the EASA Conference on medical pluralism, Rome, Italie.
- Fouchard, J. (2017). *Histoire d'Haïti. Tome I 1492 - 1803 (Vol. Tome I)*. Port-au-Prince, Haïti: Éditions Henri Deschamps.
- Glinos, I., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place*, 16(6), 1145-1155. doi:10.1016/j.healthplace.2010.08.001
- Glinos, I., Doering, N., & Maarse, H. (2012). Travelling home for treatment and EU patients' rights to care abroad: Results of a survey among German students at Maastricht University. *Health Policy*, 105(1), 38-45. doi:10.1016/j.healthpol.2011.12.008

- González-Vázquez, T. T., Torres-Robles, C. A., & Pelcastre-Villafuerte, B. E. (2013). Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 55, s477-s484.
- Guerrero, E., Donastorg, Y., & de los Santos, A. (2014). Características y Análisi de salud de la población de origen extranjero - Estudio complementario de la primera Encuesta nacional de inmigrantes de la República Dominicana ENI-2012. Retrieved from Santo Domingo, República Dominicana:
- Hector, M., & Hurbon, L. (2009a). *Genèse de l'État haïtien (1804-1859)*. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Hector, M., & Hurbon, L. (2009b). Introduction. Les fondations. In M. Hector & L. Hurbon (Eds.), *Genèse de l'État haïtien (1804-1859)*. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Herrera Javier, Lamaute-Brisson Nathalie, Milbin Daniel, Roubaud François, Saint- Macary Camille, Torelli Constance, & Zanuso Claire. (2014). *L'évolution des conditions de vie en Haïti entre 2007 et 2012. La réplique sociale du séisme*. Paris, Port-au-Prince: IHSI, DIAL.
- Horton, S., & Cole, S. (2011). Medical returns: Seeking health care in Mexico. *Social Science & Medicine*, 72(11), 1846-1852. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed. 2011.03.035
- Institut Haïtien de l'Enfance - IHE/Haiti, & ICF. (2018). *Haiti Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2016-2017 - EMMUS-VI*. Pétiion- Ville/Haïti:
- Jan, J. M. (1950). *Monographie religieuse des paroisses du Cap-Haïtien*. Port-au-Prince, Haïti: H. Deschamps.
- Janzen, J. M., & Arkininstall, W. (1995). *La quête de la thérapie au Bas-Zaire*. Paris: Éditions Karthala.
- Kangas, B. (2007). Hope from abroad in the international medical travel of Yemeni patients. *Anthropology & Medicine*, 14(3), 293-305.
- Laugesen, M. J., & Vargas-Bustamante, A. (2010). A patient mobility framework that travels: European and United States– Mexican comparisons. *Health Policy*, 97(2– 3), 225-231. doi:10.1016/j.healthpol.2010.05.006
- Le National. (2017, 01 octobre 2017). *Les ressortissants haïtiens interdits de se faire soigner dans des hôpitaux publics en République dominicaine*. Le National. Retrieved from <http://www.lenational.org>
- Lee, J. Y., Kearns, R. A., & Friesen, W. (2010). Seeking affective health care: Korean immigrants' use of homeland medical services. *Health & Place*, 16(1), 108-115.
- Liberona Concha, N., Tapia Ladino, M., & Contreras Gatica, Y. (2017). Movilidad por salud entre Arica y Tacna: análisis de una demanda no satisfecha y de una oferta atractiva del otro lado de la frontera. *Geopolítica(S). Revista De Estudios Sobre Espacio Y Poder*, 8(2), 253-278.
- Luna, K. (2017, sábado, 26 de agosto de 2017). *Haitianas ocupan mayoría de camas en cuidados intensivos* Listin Diario. Retrieved from <https://www.listindiario.com>
- Luna, K., Santana, R., Rodríguez, B., & Durán, F. (2017, viernes 25 de agosto de 2017). *Altos porcentajes - Caso parturientas de Haïtí preocupa a todas las regiones*. Listin Diaro. Retrieved from <https://www.listindiario.com>
- Marcellini, A., Turpin, J.-P., Rolland, Y., & Ruffié, S. (2000). *Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. Le recours aux thérapies alternatives: une éducation à un «autre corps»?* Corps et culture(5).
- Ministère de la Santé Publique et de la Population. (2018). *Rapport statistique 2017*. Port-au-Prince
- Ley de presupuesto general del Estado 2017 - Tomo I, (2017a).
- Ley de presupuesto general del Estado 2017 - Tomo I Informe explicativo política presupuestaria 2017, (2017b).

- Minn, P. H. (2004). Health as a human right and medical humanitarianism on the Haitian-Dominican border. (Master of Arts), Mc Gill, Montreal.
- Moya Pons, F. (2002). Manual de historia Dominicana (13. ed. ed.). Santo Domingo: Caribbean Publishers.
- Moya Pons, F. (2009). La otra historia dominicana (Segunda edición ed.). Santo Domingo: Librería La Trinitaria.
- Murray, G. F. (2010a). Dominican-Haitian Racial and Ethnic Perceptions and Sentiments: Mutual adaptations, mutual tensions, mutual anxieties. Dominican Republic:
- Murray, G. F. (2010b). Sources of Conflict along and across the Haitian–Dominican border. Santo Domingo Dominican Republic:
- Oficina Nacional de Estadística. (2018). Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana - ENI-2017 - Version resumida del informe general. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant.
- Ormond, M., & Sulianti, D. (2017). More than medical tourism: lessons from Indonesia and Malaysia on South–South intra- regional medical travel. *Current Issues in Tourism*, 20(1), 94-110. doi:10.1080/13683500.2014.937324
- Petrozziello, A. J., & Wooding, B. (2014). Fanm Nan Fwontyè, Fanm Toupatou: Eclairage sur la violence exercée sur les Immigrantes d'origine haitienne, celles en transit migratoire et sur les déplacées internes le long de la frontière Dominicano- Haitienne (J. S. Roy, Trans.). Santo Domingo: Colectiva Mujer y Salud, Mujeres del Mundo et Observatoire sur la migration et la Caraïbe (Observatory Migrants of the Caribbean) (CIES-UNIBE).
- Poschet El Moudden, L. (2006). Villes à la frontière et transformation de l'espace : Le cas de Haïti et la République Dominicaine. (Docteur ès Sciences), École Polytechnique Fédérale de Lausanne, Lausanne. (3655)
- Price-Mars, J. (1953). La République d'Haïti et la République dominicaine. Les aspects divers d'un problème d'histoire, de géographie et d'ethnologie. TOME I (Vol. Tome I). Port-au-Prince: Collection du Tricinquantaire de l'Indépendance d'Haïti.
- Rathe, M., & Moliné, A. (2011). Sistema de salud de República Dominicana. *Salud Pública de México*, 53, s255-s264.
- Rivadulla, M. (2017, 1 de septiembre de 2017). Parturientas haitianas. Acento.
- Saint-Pré, P. (2017, 2017-09-21). Les Dominicains menacent de ne plus soigner les Haïtiens gratuitement Le Nouvelliste. Retrieved from <https://lenouvelliste.com>
- Saint-Pré, P. (2018, 2018-01-09). 80% des étrangères qui enfantent chaque année en République dominicaine sont haïtiennes Le Nouvelliste. Retrieved from <https://lenouvelliste.com>
- Sakoyan, J. (2012). Les mobilités thérapeutiques - Bilan et perspectives depuis les Comores. *Anthropologie et Santé*(5).
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2006). Handbook for synthesizing qualitative research : Springer Publishing Company.
- Santiago Santana, R. (2017). 40 emigrantes en total : Interceptan a 15 embarazadas venían de Haití Listin Diario. Retrieved from <https://listindiario.com>
- Servicio Nacional de Salud. (2017). Memoria Institucional. República Dominicana: Servicio Nacional de Salud (SNS)
- Soares, E. (2009). Le butinage religieux: pratiques et pratiquants au Brésil : KARTHALA Editions.
- Soares, E. (2011). Religious “Butinage”. Looking at Paranaguá-mirim (Brazil). *Social Compass*, 58(2), 223-234. doi:10.1177/0037768611402620
- Théodat, J.-M. (2003). Haïti-République Dominicaine : une île pour deux, 1804- 1916 : Paris : Éditions Karthala.

- Théodat, J.-M., Mathon, D., Mathelier, R., & Casséus, M. (2003). Quisqueya: un papillon d'envol. In R. Mathelier, D. Mathon, & M. Casséus (Eds.), *Entreprise, Territoire et Développement: Compilation 2002-2003*. Port-au-Prince: INESA/Le Nouvelliste.
- Tremblay, J. (1995). *Mères, pouvoir et santé en Haïti*. Paris: Paris Karthala.
- Tremblay, L., Brouillet, M.-I., Rhéaume, J., & Laquerre, M.-E. (2006). *La communication avec interprète dans l'intervention à domicile : Centre de recherche et de formation, CSSS de la Montagne*.
- Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & Van Ginneken, E. (2011). Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies. *Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies*.
- Wooding, B. (2012). Women fight for their safety in the Dominican-Haitian border. *Migration and Development*, 10(18), 37-58.
- World Health Organization. (2018, 2018-02-07). Health Workers density and distribution. Skilled health professionals. Retrieved from <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-c-viz?lang=en>

Chapitre 4 : ARTICLE 3

4.1. Formulaire d'inclusion d'un article à la thèse de doctorat

Identification de l'étudiant

Nom, Prénom : Dominique Mathon

Description de l'article

Titre :	Determinants of Cross-Border Health Care Use: The Case of the Haitian Border Population of the City of Ouanaminthe
Nom des auteurs :	Dominique Mathon, Philippe Apparicio et Ugo Lachapelle
Revue avec comité de lecture	International journal of health planning and Management
État du cheminement :	<input checked="" type="checkbox"/> Soumis date de publication : 10/11/2019
Résumé*	<p>Background: Several studies have suggested that Haitians living near the border of the Dominican Republic are increasingly seeking health care across the border. Yet the reasons, circumstances and characteristics of those crossing the border to seek health care remain generally unknown. This study aims to assess the determinants of cross-border health care seeking behaviour of Haitians in the border town of Ouanaminthe.</p> <p>Methods: A survey of 253 households was carried out in various Haitian neighborhoods based on distance to the border, population density and neighborhood characteristics, including neighborhood age and type of dwellings. A logistic regression was used to assess the determinants of cross-border health care use.</p> <p>Findings: Overall, 202 individuals (68% female and 32% male) from surveyed households declared they had visited a health-care facility in the past 6 months. 11.4% chose to seek care in the Dominican Republic. The perceived quality of care was the most significant determinant for cross-border health care.</p> <p>Conclusion: The study shows that the use of Dominican health services by the respondents is quite significant, although not as extensive, especially among pregnant women, as the media generally suggest. Nevertheless, the Haitian health sector should pay closer attention to cross-border health care mobility in the border regions (urban as well as rural) to respond more effectively to the population's needs. Discussions with the Dominican health authorities could serve to establish common ground in the management of Haitian cross-border health care patients.</p>

	Keywords: Cross-border; Delivery of Health Care; Health Services; Mobility; Haiti; Dominican Republic
--	--

Contribution de chaque coauteur

Identification du coauteur	Description de la contribution
Dominique Mathon	Principale chercheuse de l'étude : revue de littérature, design du questionnaire et collecte de données sur le terrain, structuration des données, analyses statistiques, rédaction de l'article.
Philippe Apparicio	Structuration des données, supervision des analyses statistiques et révision de l'article.
Ugo Lachapelle	Supervision des analyses statistiques et révision de l'article.

Mathon D., Apparicio P., Lachapelle U (soumis). Determinants of Cross-Border Health Care Use: The Case of the Haitian Border Population of the City of Ouanaminthe. *International journal of health planning and Management*.

ScholarOne Manuscripts™ Dominique Mathon ▾ Instructions & Forms Help Log Out

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF
Health Planning AND Management

Home Author Review

Author Dashboard

Author Dashboard

- 1 Manuscripts I Have Co-Authored >
- [Start New Submission](#) >
- [Legacy Instructions](#) >
- [5 Most Recent E-mails](#) >
- [English Language Editing Service](#) >

Manuscripts I Have Co-Authored

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
EE: Not Assigned	Draft (HPM-19-00541)	Determinants of Cross-Border Health Care Use: The Case of the Haitian Border Population of the City of Ouanaminthe View Submission Submitting Author: Apparicio, Philippe	11-Nov-2019	



Determinants of Cross-Border Health Care Use: The Case of the Haitian Border Population of the City of Ouanaminthe

Journal:	<i>International Journal of Health Planning and Management</i>
Manuscript ID	Draft
Wiley - Manuscript type:	Research Article
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Mathon, Dominique; Institut national de la recherche scientifique, Centre Urbanisation Culture Société Apparicio, Philippe; Institut national de la recherche scientifique, Centre Urbanisation Culture Société Lachapelle, Ugo; Université du Québec à Montréal, Département d'études urbaines et touristiques
Keywords:	Cross-border, Health Services, Mobility, Haiti, Dominican Republic

SCHOLARONE™
Manuscripts

4.2 Background

Promoting more equitable access to health remains a challenge in many low-income countries such as Haiti. Increasing transnational mobility related to health care seeking adds a new layer of complexity to this issue. A growing pattern of transnational mobility of Haitian patients is observed.(Laguerre 2016) There is some evidence that Haitians cross the border into the Dominican Republic to seek health care.(Dilla Alfonso 2011 ; Minn 2005) Dominican public institutions have also recently become interested in understanding the health status of Haitian immigrants, as well as their use of health care services at national and regional levels.(Oficina Nacional de Estadística 2018a ; Oficina Nacional de Estadística 2013 ; Guerrero, Donastorg et de los Santos 2014) To our knowledge, few studies have discussed the determinants of Haitians' cross-border health mobility.

In Haiti, scholars have mainly investigated the determinants of maternal health care utilization and health care-seeking behaviour,(Babalola 2014 ; A. D. Gage et al. 2018 ; Alexandre et al. 2005 ; Séraphin et al. 2015) as well as physical accessibility to health care.(A. J. Gage et Guirlène Calixte 2006 ; Mathon, Apparicio et Séguin 2014 ; Friedman et al. 2013) Age, levels of poverty,(Séraphin et al. 2015) and quality of care(A. D. Gage et al. 2018) are associated with birth delivery at a health-care facility. Geographical constraints such as distance, as well as the lack of roads, available transport, and good road conditions, all tend to limit access to health care.(A. J. Gage et Guirlène Calixte 2006) However, the effect of distance to health services is far more important in rural areas.(IHE 2018 ; A. D. Gage et al. 2018) Findings from the most recent Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services de Santé (EMMUS-VI, 2016–2017) reveal variations in health care utilization by age and wealth status. Better equipped facilities and more competent staff are among the foremost reasons for choosing particular facilities.(IHE 2018) Yet neither this most recent survey nor the two previous ones (2012 and 2005–2006) (Cayemittes et al. 2013 ; Cayemittes et al. 2007) provide evidence of Haitian cross-border health care utilization and its magnitude.

Nevertheless, transnational and cross-border health care mobility have been analyzed in different settings and border contexts using a variety of methods(I. A. Glinos 2012, 2010 ; I. A. Glinos et Baeten 2015 ; I. A. H. Glinos 2010 ; Legido-Quigley et al. 2012 ; Legido-Quigley et al. 2007 ; Bochaton 2009b) and frameworks. Andersen's Behavioural Model of Health Services Use (BMHSU)(R. Andersen et Newman 2005 ; Ronald M Andersen 1995 ; Ronald Max Andersen

2008) has been widely employed to assess the use of health care services,(De Jesus et Xiao 2013 ; Su et Wang 2012 ; Su et al. 2011b) though its complexity makes it difficult to apply.(Babitsch, Gohl et von Lengerke 2012) The BMHSU model considers three main categories of factors to explain individual health seeking behaviour: predisposing, enabling and needs factors. Predisposing factors account for individual characteristics such as demographic (age and gender) and social attributes (education, occupation, etc.), as well as health beliefs. Income and wealth are enabling factors for the use of health care services. Need factors differentiate between perceived need (perception and experience of personal health) and evaluated need (professional assessment and referral). All factor groups are interrelated with contextual factors (health policy and the environment) that predispose or enable the use of health care services.

Furthermore, logistic regression models have been used to assess and identify determinants of health care utilization(De Allegri et al. 2011 ; A. D. Gage et al. 2018 ; Alexandre et al. 2005) and cross-border health care utilization, including return flows from migrants to their country of origin.(Su et al. 2011b ; De Jesus et Xiao 2013 ; Perelman et Peralta-Santos 2018 ; Lamkaddem et al. 2014 ; Suwaree et al. 2014 ; Bochaton 2009b ; Su et Wang 2012 ; Kemppainen et al. 2018) Differences in socioeconomic level, language proficiency and health insurance status explained the generational gap in Mexican migrants' returning flows for health care in the Mexican border region of Texas.(Su et Wang 2012) Su et al. (2011b) further found that use of health care in Mexico by border residents of South Texas is explained by demographic factors (age and gender), cultural affinity (birthplace and language proficiency), education, self-rated health, satisfaction with the quality of health care received in the USA and health coverage. Perelman et Peralta-Santos (2018) also underlined age and education as driving factors for European patients traveling to another European Union (EU) country to receive medical treatment. Younger and more educated individuals are more likely to travel for medical care. Bochaton (2009b) noticed that elderly Laotians and adult women were more inclined to seek health care in Thailand. Economic capital, defined by household income and assets, intervenes as a factor driving cross-border healthcare utilization in the urban border region of Laos but not in rural border areas.

For the purpose of this research, we identified a selection of factors based on the scope of the study, the BMHSU framework, knowledge of care utilization in Haiti, and findings from health-related cross-border mobility research. Our working hypothesis is that the use of cross-border health services by Haitians living in the border area is related to factors that include proximity, cross-border mobility "skills," needs (perceived health status) and socioeconomic characteristics. Haitians who have lived or worked in the Dominican Republic, as well as traders participating in

the Dajabon market (Dominican Republic), are more likely to use Dominican health services, as they possess these “skills.” Individuals residing closer to the border and with higher income would also be more inclined to cross the border for health care. A survey was carried out to assess the prevalence of health care utilization in the Dominican Republic by Haitians living in the city of Ouanaminthe and to identify the main contributing factors to cross-border utilization of health care facilities. A brief summary of the study’s context will be followed by a presentation of the measures and statistical framework selected. The main results of the logistic regression are presented, and the key factors of Haitians’ cross-border care utilization discussed.

4.3. Methods

4.3.1. Study location and sampling

This study is part of a broader research project on cross-border mobility for health care of the Haitian population living in a region bordering the Dominican Republic.(Mathon, Apparicio et Lachapelle 2018, 2019) It was conducted in the municipality of Ouanaminthe (in the northeastern part of Haiti), close to the Dominican city of Dajabon. According to 2015 estimates, the city of Ouanaminthe has a population of 70,905 inhabitants, whereas it had barely 10,000 inhabitants in 1982.(Institut Haïtien de Statistique et d’Informatique 2015 ; Institut Haïtien de Statistique et d’Informatique 2006) This demographic growth, due to rural exodus and regional migration, is linked to an intensification of cross-border interactions since 1992 and the increasing importance of the so-called “binational market” of Dajabon. The international embargo imposed on Haiti in 1991 after the military coup against President Jean Bertrand Aristide has significantly contributed to this expansion, in particular at the Dajabón-Ouanaminthe border.

A study conducted in 2001(LR Consulting ApS et al. 2001) identified the neighborhoods of Ouanaminthe according to their respective year of creation (Figure 1). This delimitation and population estimates from the Haitian national institute of statistics were used to determine the survey’s sample size. To yield a representative sample of populations living in different environments and at various distances from the border, the neighborhoods were divided according to their proximity to the border, their age (whether established before or after 1991) and their characteristics (population density and types of dwellings). From the 37 neighborhoods listed in the *Études urbaines et études de faisabilité de la réhabilitation/extension du réseau d'eau potable de la ville de Ouanaminthe / Dossier Fondamental*, 11 were selected based on the aforementioned

criteria. The number of households interviewed within each neighborhood was calculated based upon the estimated number of households within a neighborhood relative to the total number of households in the city. Households were randomly selected by attempting to recruit participants at every third home. When the household decision-maker or an adult (18 or older) was not available, the next house was then used as a replacement.

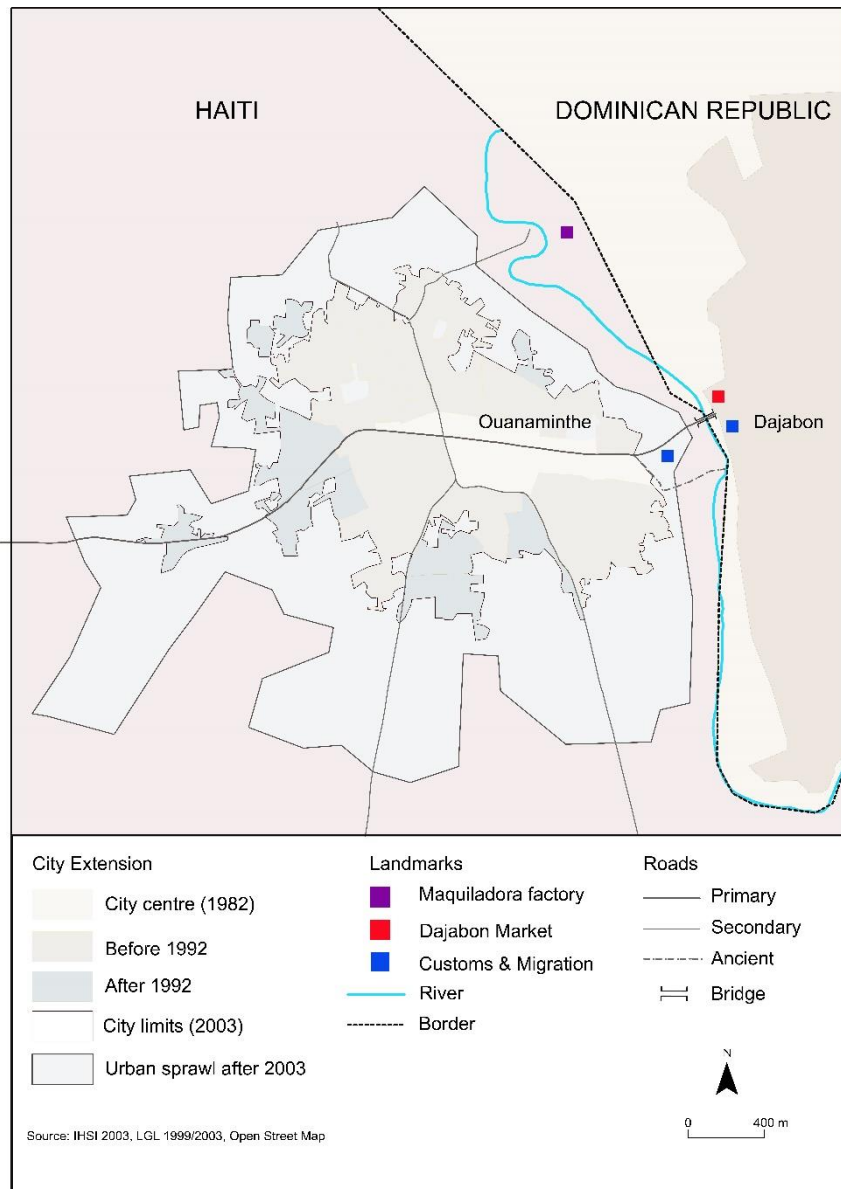


Figure 4.1 : Ouanaminthe and its neighbourhood

The survey was conducted in July 2016. Interviewers were students from the northern campus of the State University of Haiti (Université d'État d'Haïti) located at Limonade (an hour from Ouanaminthe). They were specially trained for the survey.

4.3.2. Survey data

Data were gathered using a survey of 253 households within the city of Ouanaminthe. 238 completed questionnaires comprised the working sample. Figure 2 details the workflow process from the survey to the selection of cases for the implementation of the logistic regression model. Only cases where respondents declared that they were sick in the six-month period prior to the survey or that they had consulted a health care facility for illness were retained for the analysis. Women who were pregnant during the year preceding the survey were also included in the working sample. We were able to gather information from 202 respondents, 151 who used health care because of illness and 51 who did so due to pregnancy (antenatal attendance and birth delivery).

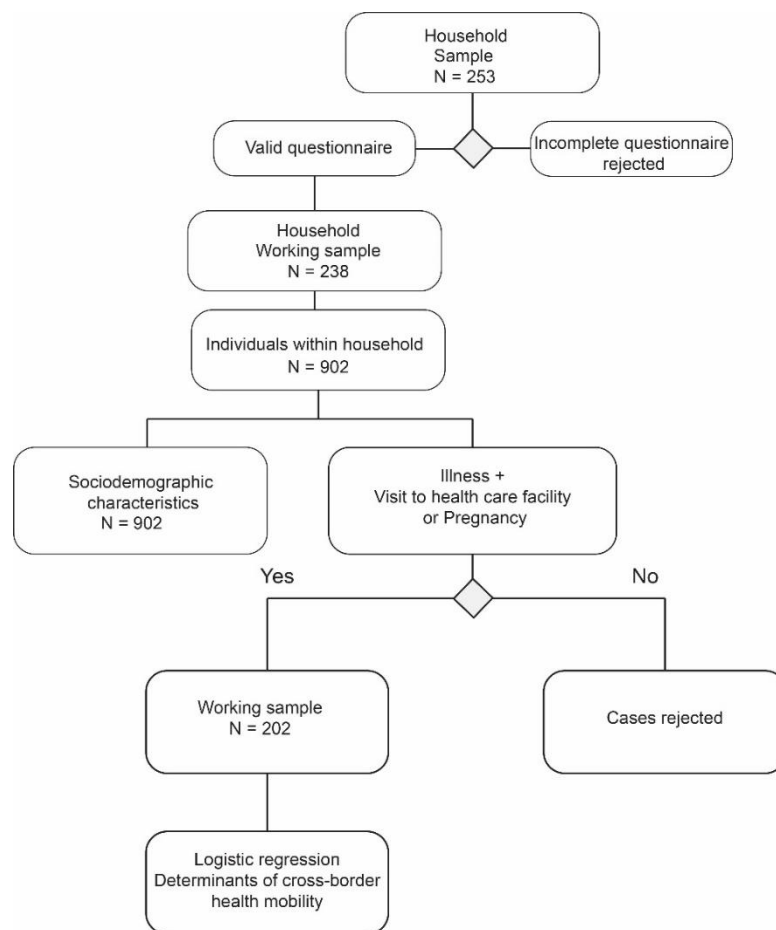


Figure 4.2 : Sampling process

A structured close-ended questionnaire was constructed based on the EMMUS V survey (Cayemittes et al. 2013) and on findings of studies on cross-border health care and health care utilization. (Babalola 2014 ; A. D. Gage et al. 2018 ; Séraphin et al. 2015 ; White et al. 2006) The questionnaire included five modules on the following topics: living standards; demographic, socioeconomic and cultural background; health care utilization; and cross-border mobility patterns. The first module aimed to collect information about the dwelling place and living standards. The second gathered sociodemographic data about each member of the household (age, gender and highest education level of family members). The third module collected information about socioeconomic characteristics of the head of the household (economic activity/labour, and the location of activity). Module 4 focused on self-rated health status and health care utilization by members of the household in the six months preceding the survey (the type of health care facility used, the location, and the reasons for the choice). A subsection specifically concerned women who were pregnant at any point during the past year (prenatal follow-up and delivery). The last module concerned the cross-border mobility of respondents (the frequency of border crossing, reasons for this, and destinations).

The Census and Survey Processing System (CSPPro) was used for data entry. Variables were re-coded and transformed using the R Project for Statistical Computing version 3.4.0.

4.3.3. Ethical clearance and informed consent

The study and questionnaire were approved by the ethics committee of the Institut national de la recherche scientifique (INRS). Interviews lasted less than half an hour per household. Each head of household provided oral or written consent to the survey after receiving information regarding the study's objective and the survey's content. Participation was voluntary, and participants could refuse to answer or stop at any moment. Interviewees were also guaranteed confidentiality.

4.3.4. Measures

4.3.4.1. Binary outcome: Cross-border health care utilization

Cross-border health care utilization was our primary outcome of interest. The cross-border flow was captured based on the location of the health care facility used within the stated time frame for illness, as well as for pregnancy.

4.3.4.2. Sociodemographic and cultural indicators

The sociodemographic variables that were expected to influence cross-border health care seeking are gender, age, educational attainment and pregnancy status. Age was measured in years and recoded in intervals. The choice made for the interval considered the common age bracket for pregnant woman (15–49 years old). (Cayemittes et al. 2013 ; IHE 2018) Five categories indicating the level of education attained at the time of the survey were used. A binary variable of whether or not the respondent spoke Spanish could take into account cultural familiarity with the Dominican Republic and ease of communication with staff and physicians.

4.3.4.3. Familiarity

Information on the birthplace of the respondent and years of residence in the border region were used to assess their familiarity with the dynamics of border life, with the expectation that long time residents may be more familiar with the neighbouring Dominican region and be able to cross the border more readily.

4.3.4.4. Perceived health status

How people perceived their health and the reported presence of chronic diseases could influence the utilization of health care and lead to border crossings to seek medical care. Information regarding health status was not gathered for women who were pregnant.

4.3.4.5. Cross-border mobility and economic activity

The study was conducted in a border region with relatively intense flows of goods and people, as well as socioeconomic interactions between the population of Ouanaminthe and Dajabon. As indicated previously, the Dajabon market generally draws thousands of people twice a week, mostly from Ouanaminthe. A binary variable of attendance at the Dajabon market to sell or purchase goods during their last border crossing in the week before the survey, as well as a categorical indicator of border-crossing frequency over the week prior to the survey, were used as cross-border mobility indicators.

The means of transportation (walking, motorcycles, cars and public transportation) used to travel to the health care facility on the last visit was also considered. Having a job (formal/informal vs. no employment) during the week prior to the survey was considered an indicator of the economic activity of the respondents. An individual with a source of income is more likely to cross the border for treatment than someone without a job.

4.3.4.6. Health care facility utilization and driving factors

Respondents were asked about the motives (reasons) that led them to visit the health facility. Therefore, several indicators based on the EMMUS survey and the findings of studies on cross-border health care mobility are considered. These include proximity, quality of care, price, a physician's referral, social referral (social network), and expected wait time. Respondents could also report having gone either to a public or a private health care facility.

Tableau 4.1 : Explanatory variables and expected signs for coefficients in the model

Variables	Hypothesis
Dependent variable	
Cross-border health care utilization (Yes/No)	
Independent variables	
<i>Sociodemographic, socioeconomic characteristics</i>	
Age	+
Sex (female)	+
Education level	+/-
Pregnancy/Women 15 to 49 years (Yes)	+
Having a formal or informal job (Yes)	+/-
Declared spanish proficiency (Yes)	+/-
<i>Driving factors to health care use</i>	
Proximity	+
Habit	+
Quality of care	+
Specialized care	+
Costs of services	+/-
Physician's referral	+
Social network (advice)	+/-
Waiting time	+/-
Free of charge	+
<i>Familiarity</i>	
Birthplace	-
Years living in the border city	-
<i>Mobility</i>	
Location of workplace (Dominican Republic)	+/-
Mode of transport	+/-
Attendance to Dajabón Market (Yes)	+
Border-crossing frequency	+
<i>Morbidity and perceived health</i>	
Perceived health status	+
Presence of chronic disease	+

4.3.5. Statistical Analysis

Descriptive and bivariate chi square statistics were computed to identify correlations between the outcome variable and the aforementioned predisposing and enabling indicators. As an initial step to explore the contributing factors to cross-border healthcare utilization, we evaluate the differences in the results and identify the most important variables to include in the model.

Next, a multivariate logistic regression model was used to assess which factors are associated with use of cross-border health care facilities (0 = no; 1 = yes). The set of explanatory variables was based on evidence from studies on cross-border health care utilization, as well as those on health care determinants in Haiti, and on the previous chi square results. Age and education,

despite their potential contribution to cross-border health care utilization, were not incorporated into the model due to high non-response.

The independent variables were entered in the model one by one, checking the significant ones. Subsequently, all the listed variables, significant or not, were entered in the model (Model A). The explanatory variables were retained based on Haitian reality, the literature (Bochaton 2009b ; A. D. Gage et al. 2018 ; R. Andersen et Newman 2005 ; Babitsch, Gohl et von Lengerke 2012) and the most significant results of the bivariate analysis. Given the results, a stepwise method (backward) was employed. After comparing the results of the model (A) with those of the stepwise method, a final model (B) with a selection of predictors was computed. Model B attempts to be parsimonious.

4.4. Results

4.4.1. Description of the sample and bivariate analysis

The characteristics of respondents in the sample, along with the chi square results, are summarized in Table 2. Among the sample's 202 respondents, 23 (11.4%) have crossed the border for health care, 64 (31.68%) are male and 138 (68.32%) are female. The overrepresentation of females is explained in part by the presence of pregnant women in the working sample (for which a longer time span of a year was used). Nevertheless, females appear to cross the border for medical care slightly less often than males (respectively 10.87% of the female respondents versus 12.5% of the male respondents). No significant correlation is observed for age groups. Young adults and adults (respectively 11% and 15.15%) are barely more inclined to visit the health care facilities in Dajabon. Children are less likely to cross the border for healthcare, even though the motives may vary from one context to another. One can hypothesize in the case of Haiti that the reinforced control at the border, especially for parents crossing with children, could be an obstacle.

More than 60% of the sample declared they were born elsewhere than Ouanaminthe (in localities nearby or in other parts of Haiti). Nevertheless, being born in Ouanaminthe or elsewhere in Haiti was not significantly associated with cross-border health care utilization. Length of residency in Ouanaminthe is also not significantly correlated with cross-border health care utilization, though people living for 10 or more years in Ouanaminthe seem more inclined to do so. The capacity to

communicate in Spanish is slightly correlated with cross-border health care use. Indeed, individuals who declared they speak Spanish are more likely to cross the border for medical care (19.7% of the respondents speaking Spanish).

Perceived health and declared presence of chronic disease are not significantly associated with cross-border health care utilization. Perceived health status has no effect on the likelihood of crossing the border for health care, although individuals who reported poor health are more likely to cross (18.2% of the respondents with poor health).

Respondents from the sample visited both private and public health care facilities in Dajabon (11.50% and 13% respectively) but the association is not statistically significant. Proximity to the border does not appear to be a driving factor for using health care in Dajabon; neither is the price of the services. In contrast, the quality of care and specialized care are significantly associated with cross-border health care utilization (respectively 24.4% and 31.6% of respondents). Among other reasons for using health care facilities in the Dominican Republic, some respondents mentioned a strike in the Haitian public health facility, as the survey was conducted a few months after a four month strike of resident doctors in Haiti which led to a closure of all public health facilities in the country. Consequently, this may overrepresent the share of border crossing for health care.

Surprisingly, attending the Dajabon market is not correlated with the use of medical services in Dajabon. Even though there is no significant association, this variable has been integrated into the model for its theoretical importance in the studied context.

Tableau 4.2 : Characteristics of the sample – Chi square analysis

	Border crossing				Chi ² (p)
	No		Yes		
	N (col. %)	Row %	N (col. %)	Row %	
Total	179 (%)	88.6	23 (%)	11.4	
Sociodemographic and cultural characteristics					
Sex					0.115 (0.734)
Male	56 (31.3)	87.5	8 (34.8)	12.5	
Female	123 (61.7)	89.1	15 (65.2)	10.9	
Age					2.249 (0.690)
ND	73 (3.9)	100.0	0 (0.0)	0.0	
0-14	24 (13.4)	92.3	2 (8.7)	7.7	
15-29	65 (36.3)	89.0	8 (34.8)	11.0	
30-49	56 (31.3)	84.9	10 (43.5)	15.1	
50+	27 (15.1)	90.0	3 (13.0)	10.0	
Education					2.676 (0.848)
ND	2 (1.1)	100.0	0 (0.0)	0.0	
NA (Child 1-3)	7 (3.9)	100.0	0 (0.0)	0.0	
None	20 (11.2)	91.0	2 (8.7)	9.0	
Preschool	6 (3.4)	85.7	1 (4.3)	14.3	
Primary	118 (65.9)	86.8	18 (78.3)	13.2	
Secondary	20 (11.2)	91.0	2 (8.7)	9.0	
University	6 (3.3)	100.0	0 (0.0)	0.0	
Pregnancy					2.048 (0.152)
Yes	48 (26.8)	94.1	3 (13.0)	5.9	
Having a job					0.751 (0.386)
Yes	116 (64.8)	87.2	17 (73.9)	12.8	
Spanish speaking					5.947 (0.015)
Yes	49 (27.4)	80.3	12 (52.2)	19.7	
Driving factors for Health care utilization					
Health care facility type					1.734 (0.420)
Private	100 (55.9)	88.5	13	11.5	
Public	67 (37.4)	87.0	10	13.0	
Both	12 (6.7)	100.0	0	0.0	
Proximity					5.548 (0.019)
Yes	58 (32.4)	96.7	2 (8.7)	3.3	
Habit					0.170 (0.679)
Yes	5 (2.8)	83.3	1 (4.3)	16.7	
Quality of care					21.194 (<0.001)
Yes	59 (33.0)	75.6	19 (82.6)	24.4	
Seeking specialized health services					8.475 (0.003)
Yes	13 (7.3)	68.4	6 (26.1)	31.6	
Costs of services					1.049 (0.305)
Yes	49 (27.4)	92.5	4 (17.4)	7.5	
Physician's Referral					0.220 (0.639)
Yes	11 (6.1)	84.6	2 (8.7)	15.4	
Social network (advice)					1.932 (0.164)
Yes	14 (7.8)	100.0	0 (0.0)	0.0	
Waiting time					1.942 (0.163)
Yes	15 (8.4)	78.9	4 (17.4)	21.1	
Free of charge					0.220 (0.639)
Yes	11 (6.1)	84.6	2 (8.7)	15.4	

Strike in Haitian public health facility					0.352
Yes	10 (5.6)	83.3	2 (8.7)	16.7	(0.552)
Border crossing					
	No		Yes		Chi ²
	N (col. %)	Row %	N (col. %)	Row %	(p)
Familiarity					
Birthplace					
Ouanaminthe	60 (33.5)	88.2	8 (34.8)	11.8	0.526 (0.768)
Another place in Haiti	115 (64.2)	88.5	15 (65.2)	11.5	
Dominican Republic	4 (2.3)	100.0	0 (0.0)	0.0	
Residence (Years)					
< 10	65 (36.3)	95.6	3 (13.0)	4.4	5.409 (0.067)
10-24	60 (35.5)	83.3	12 (52.2)	16.7	
25 +	54 (30.2)	87.1	8 (34.8)	12.9	
Mobility					
Location of workplace					
ND	3 (1.7)	100.0	0 (0.0)	0.0	1.329 (0.722)
Haiti	97 (54.2)	86.6	15 (65.2)	13.4	
Dominican Republic	16 (8.9)	88.9	2 (8.7)	11.1	
Mode of transport to access health facility					
Walking	63 (35.2)	95.5	3 (13.0)	4.5	8.446 (0.037)
Motorcycle	86 (48.0)	86.0	14 (60.9)	14.0	
Car	14 (7.8)	73.7	5 (21.7)	26.3	
Public transportation	16 (9.0)	94.1	1 (4.4)	5.9	
Attendance to Dajabon Market					
Yes	90 (50.3)	88.2	12 (52.2)	11.9	0.029 (0.864)
Border-crossing frequency ^a					
No crossing	72 (40.2)	96.0	3 (13.0)	4.0	6.498 (0.039)
Once	56 (31.3)	84.8	10 (43.5)	15.2	
two times and more	51 (28.5)	83.6	10 (43.5)	16.4	
Morbidity and perceived health ^a					
Perceived Health Status					
Good	36 (20.1)	85.7	6 (26.1)	14.3	3.447 (0.327)
Fair	68 (38.0)	89.5	8 (34.8)	10.5	
Poor	27 (15.1)	81.8	6 (26.1)	18.2	
Presence of chronic disease					
Yes	50 (27.9)	82.0	11 (47.8)	18.0	4.373
Dwelling characteristics					
Rooms number					
1 to 2	120 (67.0)	93.8	8 (34.8)	6.2	9,135 (0.002)
3 and more	59 (33.0)	79.7	15 (65.2)	20.3	
Dwelling tenancy					
Owner	98 (54.7)	85.2	17 (74.0)	14.8	3.053 (0.081)
Tenant & Free occupancy	81 (45.3)	93.1	6 (26.0)	6.9	
Access to drinking water					
Home water inlet	46 (25.7)	90.2	5 (21.7)	9.8	5.888 (0.117)
Public water fountain	21 (11.7)	100	0 (0.0)	0	
Purchase of processed water	101 (56.4)	84.9	18 (78.3)	15.1	
Untreated water	11 (6.2)	100	0 (0.0)	0	
Access to sanitation					
No toilet facilities	16 (9.0)	100	0 (0.0)	0	18.222 (<0.001)
WC	16 (8.9)	64	9 (39.1)	36	
Latrine	147 (82.1)	91.3	14 (60.9)	8.7	

4.4.2. Cross-border health care facility utilization model

Next, we provide two logistic regressions estimating associations between predictors and the outcome variable (Table 3). With reference to Model A, several factors jointly contributed to cross-border health care utilization. These include having lived in Ouanaminthe for 10 to 24 years (vs. more recent residents), seeking quality of care, and having crossed the border once during the week prior to the survey. Indeed, people living in the region for 10 to 24 years had a greater probability of using health care facilities in Dajabon (OR = 10.814, CI95% = 2.029–93.324). This relationship is not significant after 25 years. In Model B (the final parsimonious model), we observed a reduced, albeit still significant ($p < 0.05$), OR of cross-border health care utilization by people living in Ouanaminthe for 10-24 years (OR = 6.743, CI95% = 1.635-37.186).

The probability of crossing the border to go to a health care facility because of the perceived quality of care is also very high (OR = 9.957, CI95% = 2.952-42.278) and the most statistically significant.

Respondents who crossed the border for any reason other than for health care use at least once during the week prior to the survey have a greater probability of using Dominican health care facilities (OR = 9.389, CI95% = 1.416 – 78.864). This result is consistent with the findings in other settings where cross-border experience appears to be a driving factor in health care utilization in the neighbouring country.(Bochaton 2009b)

Contrary to expectations, being pregnant did not yield a significant difference in the likelihood of crossing the border for health care in Dajabon.

Proximity (physical accessibility) was also not related to the utilization of Dominican health care facilities. Respondents did not consider proximity a driving factor in their use of a specific health facility. As indicated in Table 3, the coefficient is negative. This result could seem surprising given other studies on cross-border mobility in health care. However, as in the EMMUS VI survey, in urban areas, distance is not a significant driving factor in the choice of health care facility. Studies also show that distance is not always a factor influencing cross-border health care utilization.(Bochaton 2009b ; S. Guendelman et Jasis 1990) Moreover, some authors have pointed out that individuals may bypass the nearest facility for various reasons.(Kanté et al. 2016 ; Akin et Hutchinson 1999)

Tableau 4.3 : Logistic regression results for factors associated with cross-border health care utilization

	Model A				Model B			
	Est.	P	OR	CI95%	Est.	P	OR	CI95%
(Intercept)	-6.35				-5.425			
Sociodemographic, socioeconomic characteristics								
Female (ref.: male)	0.27	0.684	1.307	[0.364-4.958]				
Pregnancy (ref.: not pregnant)	-0.93	0.269	0.396	[0.064-1.871]	-0.822	0.269	0.439	[0.085-1.689]
Having a Job (economic activity)	0.53	0.488	1.695	[0.402-8.385]				
Spanish speaking	0.32	0.627	1.376	[0.364-4.963]	0.437	0.478	1.548	[0.448-5.169]
Driving factors to health care use								
Proximity	-1.48	0.104	0.227	[0.028-1.177]	-1.166	0.163	0.312	[0.044-1.365]
Habit	0.32	0.818	1.382	[0.049-18.126]				
Quality of care	2.38	0.001	10.812	[2.841-53.173]	2.298	0.001	9.957	[2.952-42.278]
Specialized services	0.53	0.569	1.706	[0.25-10.296]	0.972	0.216	2.642	[0.545-12.339]
Costs of services	0.96	0.201	2.619	[0.562-11.605]	0.778	0.278	2.177	[0.493-8.794]
Physician's referral	0.50	0.682	1.647	[0.104-14.685]				
Waiting time	0.50	0.594	1.653	[0.234-10.252]				
Free of charge	1.40	0.246	4.040	[0.311-40.867]				
Familiarity								
<i>Years living in Ouanaminthe (Ref.: <10 years)</i>								
10 to 24	2.38	0.012	10.814	[2.029-93.324]	1.908	0.014	6.743	[1.635-37.186]
25 +	1.57	0.120	4.804	[0.742-43.228]	0.813	0.321	2.255	[0.472-12.779]
Mobility								
Vehicle	-0.10	0.931	0.909	[0.097-8.229]				
Public transportation	-0.99	0.495	0.372	[0.013-5.379]				
Attendance to Dajabon Market	-1.46	0.066	0.232	[0.046-1.095]	-1.193	0.086	0.303	[0.076-1.197]
<i>Border-crossing frequency (Ref.: none)</i>								
Once	2.21	0.024	9.082	[1.43-71.183]	2.031	0.027	7.618	[1.345-52.263]
Twice or more	1.96	0.050	7.120	[1.052-56.634]	1.837	0.047	6.277	[1.068-43.092]
N	202				202			
AIC	135.69				121.02			
-2 Log-likelihood	93.689				97.018			
R ₂ (Cox and Snell)	0.2175				0.2045			
R ₂ (Nagelkerke)	0.4282				0.4026			

Overall, Models A and B are quite stable in terms of factors influencing cross-border health care utilization. Having lived in Ouanaminthe for 10 to 24 years, the quality of care and the experience of having crossed the border once during the past week increase the likelihood of crossing the border for health care, while other values are not significant.

4.5. Discussion and Conclusion

This study highlights the extent of the use of Dominican health services by respondents living in Ouanaminthe. More than one respondent in ten declared that they had used Dominican medical facilities, which is quite significant, especially considering the border control. However, it is difficult to compare these data with others since, to our knowledge, no other study has measured the magnitude of cross-border mobility health care use between Haiti and the Dominican Republic.

The study also pinpoints the main determinants of the respondents' cross-border healthcare use. First, no gender differences in the pattern of using health care facilities in the Dominican Republic were found. Those findings suggest that everyone crosses the border seeking health care, as surprising as this may seem when compared to other contexts, (Bochaton 2009b ; Su et al. 2011b) and taking into account that women tend to have a greater use of health care services. (Bertakis et al. 2000) Furthermore, contrary to our hypothesis, being pregnant does not increase the likelihood of cross-border health care utilization. Few pregnant women from our sample declared that they had crossed the border for perinatal consultation or birth delivery. This result seems to contradict reports from some Dominican newspapers that a significant number of Haitian women crossed the border to use health care facilities for birth delivery. The small sample of pregnant women may inhibit the identification of significant findings. Further investigation of this specific issue could provide greater insight into the scale of the phenomenon since in another context there is evidence of the use of health care services by pregnant women in neighboring countries. (Bochaton 2009b) Moreover, a gendered approach to cross-border health mobility will offer further insight into the behaviour in cross-border health care utilization.

As in other studies, (Bochaton 2009b) cross-border experience appears to be a driving factor in the Ouanaminthe population's use of Dominican health care services. The quality of care is the most significant determinant of cross-border health care use. Based on findings from different studies, this result is not surprising. The quality of care or more attractive services have frequently been found to be pull factors for cross-border health mobility. (Bochaton 2009b ; I. A. Glinos 2010 ; S. Guendelman et Jasis 1990)

While we sought to gather a representative sample for the region, our sample size was limited and could not be clearly benchmarked to national statistics. Further study with a representative sample is necessary to gain a more precise measure of the use of Dominican health care services by Haitian populations living in the border region. Taking into account socioeconomic factors, such

as wealth status, would have made it possible to better weigh the contribution of socio-economic factors to the likelihood of crossing the border for health care. Nevertheless, this study offers an initial assessment of cross-border mobility between two low income-countries and, as such, it opens the way to other studies. It also somewhat highlights the necessity for the Haitian health sector to pay closer attention to cross-border health care mobility in the border regions (urban as well as rural) to better respond to the population's needs. Discussions with the Dominican health authorities would also allow for the finding of common ground in the management of Haitian cross-border health care patients.

4.6. Declarations

Ethics approval and consent to participate. The study and questionnaire were approved by the ethics committee of the Institut national de la recherche scientifique (INRS). Each head of household provided oral or written consent to the survey after receiving information regarding the study's objective and the survey's content.

Acknowledgments. We are grateful to Environnement et Aménagement du Territoire faculty members at the Université d'État (UEH) for allowing the use UEH Henry Christophe Campus facilities for the students' training prior to data collection, and all study participants.

Consent for publication. The authors provide full consent to publish the manuscript.

Competing Interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding. The authors are grateful for the financial support provided by the Canada Research Chair in Environmental Equity and the City (950-230813).

Author's contributions. DM is the principal investigator of the study. DM, PA, and UL designed the study and the survey. DM carried out the fieldwork. DM and PA structured the database for statistical analysis. DM carried out the statistical analyses. PA and UL revised all the statistical analyses. PA and UL jointly drafted and critically revised the paper. All authors read and approved the final manuscript.

4.7. References

1. Laguerre MS. *The Multisite Nation : Crossborder Organizations, Transfrontier Infrastructure, and Global Digital Public Sphere*. New York: Palgrave Macmillan 2016.
2. Dilla Alfonso H. *La migración transfronteriza haitiana en la República Dominicana*. Friedrich Ebert Stiftung;2011.
3. Minn PH. *Health as a human right and medical humanitarianism on the Haitian-Dominican border*. 2005.
4. Oficina Nacional de Estadística. *Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI-2017)*. In: Estadística ONd, ed. Santo Domingo: ONE; 2018.
5. Oficina Nacional de Estadística. *Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI-2012)*. In. Santo Domingo, República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística; 2013:345.
6. Guerrero E, Donastorg Y, de los Santos A. *Características y Análisis de salud de la población de origen extranjero - Estudio complementario de la primera Encuesta nacional de inmigrantes de la República Dominicana ENI-2012*. Santo Domingo, República Dominicana: Ministerio de Salud Pública-Dirección General VIH/SIDA(DIGECITSS), Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH y EPOS health Management, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA);2014.
7. Babalola SO. *Factors associated with use of maternal health services in Haiti: a multilevel analysis*. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014;36:1-09.
8. Gage AD, Leslie HH, Bitton A, et al. *Does quality influence utilization of primary health care? Evidence from Haiti*. *Globalization and health*. 2018;14(1):59.
9. Alexandre PK, Saint-Jean G, Crandall L, Fevrin E. *Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti*. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18:84-92.
10. Séraphin MN, Ngnie-Teta I, Ayoya MA, et al. *Determinants of Institutional Delivery Among Women of Childbearing Age in Rural Haiti*. *Maternal and Child Health Journal*. 2015;19(6):1400-1407.
11. Gage AJ, Guirlène Calixte M. *Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti*. *Population studies*. 2006;60(3):271-288.
12. Mathon D, Apparicio P, Séguin A-M. *Accessibilité aux services de santé dans la région du Haut-Plateau Central en Haïti. Application d'un modèle de localisation-affectation opérationnalis e dans un SIG*. *Revue internationale de géomatique*. 2014;24(1):1-36.
13. Friedman JM, Hagander L, Hughes CD, et al. *Distance to hospital and utilization of surgical services in Haiti: do children, delivering mothers, and patients with emergent surgical conditions experience greater geographical barriers to surgical care? The International Journal of Health Planning and Management*. 2013;28(3):248-256.
14. Institut Haïtien de l'Enfance. *Haiti Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2016-2017 - EMMUS-VI*. Pétion-Ville/Haïti: IHE/Haiti, ICF;2018.
15. Cayemittes M, Busangu M, Bizimana J, et al. *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-V): Haïti 2012*. Calverton, MD: Ministère de la Santé Publique et de la Population/L'Institut Haïtien de l'Enfance/ICF International. 2013.
16. Cayemittes M, Placide MF, Mariko S, Barrère B, Sévère B, Alexandre C. *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti–2005–2006*. Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance and Macro International, Calverton, MD. 2007.

17. Glinos IA. Travelling home for treatment and EU patients' rights to care abroad: Results of a survey among German students at Maastricht University. *Health policy*. 2012;105(1):38-45.
18. Glinos IA. A typology of cross-border patient mobility. *Health & place*. 2010;16(6):1145-1155.
19. Glinos IA, Baeten R. Reprint of: Dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe. *Social Science & Medicine*. 2015;124:331-337.
20. Glinos IA. Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. *Health policy*. 2010;95(2/3):103-112.
21. Legido-Quigley H, Glinos IA, Baeten R, McKee M, Busse R. Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework. *Health Policy*. 2012;108(1):27-36.
22. Legido-Quigley H, McKee M, Glinos I, Baeten R. Patient Mobility in the European Union. *BMJ: British Medical Journal*. 2007;334(7586):188-190.
23. Bochaton A. Construction d'un espace sanitaire transfrontalier: le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande, Université de Nanterre-Paris X; 2009.
24. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):Online-only-Online-only.
25. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995;36(1):1-10.
26. Andersen RM. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical Care*. 2008;46(7):647-653.
27. De Jesus M, Xiao C. Cross-border health care utilization among the Hispanic population in the United States: implications for closing the health care access gap. *Ethnicity & Health*. 2013;18(3):297-314.
28. Su D, Wang D. Acculturation and Cross-Border Utilization of Health Services. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2012;14(4):563-569.
29. Su D, Richardson C, Wen M, Pagán JA. Cross-border utilization of health care: evidence from a population-based study in south Texas. *Health services research*. 2011;46(3):859-876.
30. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psycho-social medicine*. 2012;9:Doc11-Doc11.
31. De Allegri M, Ridde V, Louis VR, et al. Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso. *Health Policy*. 2011;99(3):210-218.
32. Perelman J, Peralta-Santos A. Who wants to cross borders in the EU for healthcare? An analysis of the Eurobarometer data in 2007 and 2014. *European Journal of Public Health*. 2018;28(5):879-884.
33. Lamkaddem M, Snijder MB, Essink-Bot M-L, Şekercan A, Peters RJG. Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. *European Journal of Public Health*. 2014;25(3):384-390.
34. Suwaree C, Jiruth S, Sarunya H, Chanvit T. Factors influencing decisions of Laotian patients to use health care services in Thailand. *Asian Biomedicine*. 2014;8(5):665-672.
35. Kempainen L, Kempainen T, Skogberg N, Kuusio H, Koponen P. Immigrants 'use of health care in their country of origin: the role of social integration, discrimination and the parallel use of health care systems. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2018;32(2):698-706.

36. Mathon D, Apparicio P, Lachapelle U. Cross-border spatial accessibility of health care in the North-East Department of Haiti. *International Journal of Health Geographics*. 2018;17(1):36.
37. Mathon D, Apparicio P, Lachapelle U. Mobilité transfrontalière et itinéraire thérapeutique des Haïtiennes et des Haïtiens de la région de Ouanaminthe. *Revue francophone sur la santé et les territoires*. 2019:25.
38. Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. Population totale de 18 ans et plus: Ménages et densités estimés en 2015. In: Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, ed. Port-au-Prince: Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) Port-au-Prince; 2015:131.
39. Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. Atlas censitaire 2003. In. Port au Prince, Haïti: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique; 2006.
40. LR Consulting ApS, Rambell A/S, Skårup & Jespersen AIS, LGL SA. Études urbaines et études de faisabilité de la réhabilitation/extension du réseau d'eau potable de la ville de Ouanaminthe / Dossier Fondamental. Port-au-Prince, Haïti: BID, CNUEH-HABITAT;2001.
41. White K, Small M, Frederic R, Joseph G, Bateau R, Kershaw T. Health Seeking Behavior Among Pregnant Women in Rural Haiti. *Health Care for Women International*. 2006;27(9):822-838.
42. Guendelman S, Jasis M. Measuring Tijuana residents' choice of Mexican or U.S. health care services. *Public Health Rep*. 1990;105(6):575-583.
43. Kanté AM, Exavery A, Phillips JF, Jackson EF. Why women bypass front-line health facility services in pursuit of obstetric care provided elsewhere: a case study in three rural districts of Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*. 2016;21(4):504-514.
44. Akin JS, Hutchinson P. Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing. *Health Policy Plan*. 1999;14(2):135-151.
45. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal Of Family Practice*. 2000;49(2):147-152.

Chapitre 5 : **SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Ce chapitre présente de manière synthétique l'ensemble des résultats du travail de recherche sur la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins de santé pour ensuite les discuter. Chacun des articles composant la thèse aborde un aspect du phénomène et cherche, *in fine*, à cerner les apports de celle-ci à la structuration d'un « espace transfrontalier de soins ».

L'impact de la frontière sur l'accessibilité spatiale potentielle aux services de santé, les itinéraires thérapeutiques et les déterminants du recours transfrontalier aux soins de santé sont abordés respectivement dans les premier, deuxième et troisième articles constituant le corpus de la thèse. Les résultats apportent un éclairage sur la mobilité transfrontalière en santé intervenant entre deux pays à faibles revenus et se partageant un espace insulaire. De manière spécifique, ils renseignent sur la singularité des itinéraires thérapeutiques et montrent que le gradient de la frontière en matière de recours aux soins de santé va bien au-delà de la ville de Ouanaminthe, voire du Département du Nord-Est (Haïti). Le maillage routier (connectivité), le capital social, une pratique et un vécu de la frontière émergent comme des composantes essentielles de cette mobilité. Peut-on, pour autant, conclure que la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins de santé contribue à la structuration d'un espace transfrontalier de soins ?

L'objectif premier de ce dernier chapitre est de répondre à cette question et montrer comment la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins de santé concourt à la structuration d'un espace de soins transfrontaliers. Pour ce faire, dans un premier temps, une caractérisation de la frontière haïtiano-dominicaine est réalisée à partir des observations et résultats du travail de recherche. La notion d'espace transfrontalier de soins est aussi précisée. Dans un deuxième temps, les résultats des trois articles sont croisés et discutés en s'intéressant notamment aux transformations sociospatiales induites par la mobilité transfrontalière en santé. Les spécificités de l'espace transfrontalier et du « territoire de santé en partage » sont par la suite dégagées. Ensuite, les limites de la thèse sont précisées : la contribution de celle-ci à la réflexion sur la mobilité transfrontalière en santé est également abordée. En dernier lieu, des pistes sont identifiées pour des recherches futures. Certains enjeux en matière de coopération transfrontalière en santé et d'aménagement « transfrontalier » sont évoqués pour conclure.

5.1. Frontière-filtre et espace transfrontalier

La frontière haïtiano-dominicaine a été abordée à travers le prisme des mobilités transfrontalières en santé. Cette lecture renseigne, par l'analyse qui est réalisée des pratiques de mobilité et des interactions qu'elle génère entre acteurs locaux de pays limitrophes, sur la configuration prévalant au point de passage Ouanaminthe-Dajabón, une dyade reconnue pour l'intensité de ses échanges transfrontaliers (Dilla Alfonso 2004 ; H. A. Dilla Alfonso 2007 ; Théodat et al. 2003). La particularité du terrain d'étude n'autorise pas à une généralisation des caractéristiques observées à l'ensemble de la ligne partageant l'espace insulaire Haïti-Quisqueya entre deux États souverains. Toutefois, des lignes de force sur la nature des relations peuvent être dégagées, en s'appuyant sur d'autres travaux qui permettent d'avoir un regard diachronique des dynamiques transfrontalières entre Haïti et la République dominicaine (Théodat 1998, 2003 ; H. Dilla Alfonso 2007 ; Price-Mars 1953b, 1953a).

Une appréhension de l'évolution de la frontière haïtiano-dominicaine est, de fait, importante pour la compréhension des relations tissées entre les acteurs, d'autant que ces dernières se reflètent dans l'espace et participent de sa configuration, de sa transformation. Partant de cette idée et de celle que la frontière est un « objet mobile »³⁵ (Bochaton 2009a, 67), s'attarder sur les différences d'organisation territoriale, en particulier celles des systèmes de soins, contribue à une meilleure compréhension des dynamiques à l'œuvre. La position de Ouanaminthe et de Dajabón par rapport à leurs territoires nationaux respectifs (périphérie et nœud actif) est importante, car elle oriente les flux d'une part et, d'autre part, détermine le niveau de contrôle exercé.

Comme indiqué tout au long de ce travail, la frontière haïtiano-dominicaine est historiquement un lieu de tensions et de contacts. Cette ambivalence (séparation/contact, connexions/disjonctions) se traduit autant dans la gestion actuelle faite de la frontière au point de passage par les autorités en poste que dans les interactions entre acteurs. Le contrôle exercé à la frontière par les Dominicains répond d'un côté, à la volonté de faire respecter la souveraineté territoriale et de l'autre, à celle d'asseoir leur hégémonie. Rappelons que l'existence même des frontières est liée à celle des États (Amilhat Szary, Lévy et Fourny 2014) ; de plus, la matérialisation de la souveraineté des États fait de la frontière « un phénomène de séparation, de différentiation [...], de ségrégation » (Soule 2010). Ainsi, l'ouverture des frontières à travers le monde est bien

³⁵ Plusieurs auteurs (Hamez 2015 ; Amilhat Szary, Lévy et Fourny 2014) considèrent que les frontières, dans leur évolution récente, deviennent « mobiles ».

souvent concomitante à une « politique de cloisonnement de l'espace », la « teichopolitique », qui vise à renforcer la protection du territoire et du coup le contrôle, notamment au regard de la circulation des personnes et du « risque migratoire »³⁶ (Ballif et Rosière 2009) ; la traversée de la frontière est alors sélective (Paasi 2013 ; Kellerman 2006 ; Richardson 2013 ; Amilhat Szary 2007, 2010). La frontière haïtiano-dominicaine n'échappe pas à ce renforcement du contrôle³⁷. Les récits relatés à l'article 2 (chapitre 3) portant sur l'itinéraire thérapeutique et la mobilité transfrontalière et les observations effectuées montrent comment la frontière agit comme « filtre », limitant la circulation des personnes (également des marchandises en provenance d'Haïti et de Ouanaminthe). Les rapatriements continus (en nombre croissant) ou l'interdiction d'entrée de femmes haïtiennes enceintes sont aussi des indicateurs du contrôle et de la sélection. Concomitamment à ce filtrage, les navettes quotidiennes, les flux de biens et services, etc. entre les villes frontalières de Ouanaminthe et Dajabón sont relativement intenses indiquant une certaine ouverture (sous contrôle certes) sur « un ailleurs », un champ des possibles, l'existence d'une « zone privilégiée de contact avec l'altérité » (Hamez 2015). Ces dynamiques paradoxales mettent en évidence le fait que la frontière haïtiano-dominicaine, comme d'autres frontières, se structure comme « mécanismes de disciplinarisation/normalisation de la différence, modalité de contrôle des individus et des processus dans le temps et l'espace [...] et filtres garantissant les processus d'échange inégal » (Dilla Alfonso et Breton Winkler 2018, 18, traduction libre de l'auteure). Autrement dit, elles tirent parti des différences et peuvent ainsi contribuer au développement de relations asymétriques favorables au maintien ou au renforcement des écarts entre pays frontaliers.

Ces différences ou dissymétries tendent à une polarisation des flux selon les avantages et opportunités existant de part et d'autre de la frontière et déterminent l'intensité des contacts transfrontaliers (Pradeau 1994 ; Hamez 2015 ; Amilhat Szary et Fourny 2006 ; Dilla Alfonso et Breton Winkler 2018). En santé, cela se traduit — comme le montre le corpus de texte de cette thèse, et ce, à l'instar des résultats d'études réalisées dans d'autres contextes (Dione 2013 ; Bochaton 2009b) — par un recours aux services de santé dans le pays voisin où l'offre est perçue comme plus attrayante. Cela dit, les contrôles à la frontière peuvent, comme mentionné plus haut en faisant référence à l'article 2, restreindre l'entrée de patient.e.s. Cependant, dans un contexte de marchandisation des soins et celui d'une frontière peu ou prou perméable comme celle que se

³⁶ La frontière mexicano-étasunienne en est l'exemple.

³⁷ L'utilisation de drones (Haïti et République dominicaine) et de caméras de surveillance (République dominicaine) s'ajoute aux mécanismes existants comme la présence militaire du côté dominicain ainsi que des structures habituelles (douane, migration).

partagent Haïti et la République dominicaine, d'autres facteurs interviennent facilitant le passage comme le montre notamment l'article 2. Parmi ceux-ci, deux découlant des observations et récits méritent d'être signalés : i) une pratique de la frontière et son corollaire, un réseau de contacts rendant plus aisée la traversée ; ii) une tendance à la transgression des normes, voire une « exploitation du différentiel »³⁸ pour reprendre une expression de Amilhat Szary et Fourny (2006, 9). À la faveur donc de « ces connexions et ces disjonctions [...] émerge[nt] des espaces-frontières, où se tisse du lien social entre différents univers, acteurs, échelles et secteurs » (Hamman 2013, 17; 2012).

De Ruffray et al. (2008, nd), reprenant la définition de Reitel et Zander (2004), indiquent que « [d]un point de vue théorique, la définition d'un espace transfrontalier, espace traversé par une frontière n'est pas pertinente en soi : elle suppose la surimposition d'une frontière dans un espace a priori continu et elle sous-estime les effets-frontière ». Ces auteurs soulignent la nécessité dans le processus conduisant du frontalier au transfrontalier de l'existence au préalable d'un « espace frontalier » désigné comme tel. En raison de sa situation en périphérie du territoire national et du fait de la présence d'une frontière internationale, cet espace fait « l'objet d'une gestion spécifique ».

« Reconnaître un espace transfrontalier suppose qu'existent au préalable des espaces frontaliers, désignés comme une partie d'un territoire national bordée par une frontière d'État. L'espace frontalier (région, agglomération, zone) se trouve en situation de périphérie, de confins dans un contexte national et fait l'objet d'une gestion spécifique de la part des États en raison de la présence de la frontière, de cette limite bornée de son territoire. Or cette situation diffère selon la taille des États, l'éloignement des lieux de pouvoirs (au sens propre et au sens figuré), l'intérêt stratégique de cet espace pour l'État, le degré d'ouverture des frontières. L'adjectif transfrontalier traduit la traversée, le passage, la transgression et s'applique a priori à tout mouvement, toute relation à travers une limite politique entre deux États » (De Ruffray et al. 2008, nd).

Dans le passage du frontalier au transfrontalier, le lien domine, prenant ainsi le dessus sur la séparation, la rupture. Ce lien se matérialise à travers les échanges multiformes et multiscalaires

³⁸ Murray (2010b, 6) souligne : « [...] Dominican military personnel on the border play a major role, and collect substantial income, in admitting undocumented Haitians into the country for a fee ». De plus l'article 2 relate que plusieurs personnes ont déclaré avoir payé pour traverser. Ces faits renseignent sur le fonctionnement de la frontière-filtre, sur la manière dont le différentiel est exploité, sur la diversité des liens qui se tissent entre acteurs ainsi que sur le niveau de contrôle exercé par le pouvoir central sur les marges ou la périphérie.

qui se développent. Selon De Ruffray et al. (2008), ces échanges devraient être « organisés, structurés et durables » ; ils s'effectuent sur de courtes distances (proximité). Leurs effets sont variables dépendant du degré d'interrelation et du différentiel existant entre les lieux et les espaces. Plus la frontière est ouverte, moins il y a de contraintes, plus les échanges s'intensifient. La connectivité, pour sa part, permet une meilleure accessibilité des lieux de part et d'autre de la frontière. Les différentiels génèrent des opportunités, mais aller au-delà de celles-ci pour établir des relations durables s'affranchissant de la tutelle des États et des limites étatiques constitue un enjeu majeur pour la structuration de territoire transfrontalier (Hamez 2015 ; De Ruffray et al. 2008). Certes, ces réflexions s'inscrivent dans une réalité particulière, celle des pays de l'Union européenne. Mais, elles offrent quand même un cadre intéressant pour caractériser l'espace transfrontalier haïtiano-dominicain. Celui-ci s'enrichit des observations effectuées et des résultats de cette recherche. Par ailleurs, en revenant sur la taxonomie dont il a été fait mention au chapitre premier³⁹, on retient l'intérêt du terme « espace transfrontalier » en lieu et place de « région transfrontalière », voire de celui de « territoire transfrontalier » pour les latitudes qu'il offre en termes de délimitations, d'échelle et de prise en compte des multiples interactions (sociales, culturelles, économiques, etc.). Il permet aussi de considérer les caractéristiques de la frontière haïtiano-dominicaine, les logiques à l'œuvre en particulier en ce qui a trait à la mobilité transfrontalière en santé.

5.1. Mobilité transfrontalière en santé : quelles transformations sociospatiales ?

La mobilité (circulation des biens, des personnes, etc.) joue un rôle important dans la structuration de l'espace, en particulier de l'espace frontalier (Ogunsola John Igue et Zinsou-Klassou 2010 ; Lawrence A Herzog 1991 ; Faret 2003 ; Théodat et al. 2003). La mobilité transfrontalière en santé participe à ce processus de transformation multidimensionnel et multiscalair. Comme l'indiquent Capron, Cortes et Guétat-Bernard (2005, 9) cités par Bochaton (2009a) :

« Les déplacements des hommes dans l'espace, quelles que soient leurs échelles et leurs modalités spatio-temporelles d'intervention [...] sont un puissant facteur de reconfigurations sociales et territoriales ».

Dans cette dynamique de transformation, le territoire, comme support pour la localisation des activités humaines, est remis en question, certaines activités semblant s'affranchir des « logiques

³⁹ Se référer au sous-point 1.2.2.1. Le transfrontalier : de sa définition à son analyse

territoriales ». Certains parlent de « déterritorialisation » pour caractériser cette transformation des territoires et « rendre compte de l'effacement de l'État territorial traversé par des flux transnationaux » (Géoconfluences 2019).

Cependant, le territoire est au cœur de la planification spatiale du système de soins des pays, la finalité pour les États étant de donner une réponse adéquate et équitable aux besoins de leur population respective. La « territorialisation de la santé » répond donc à cet objectif en prenant en compte « la répartition et les pratiques spatiales de la population dans ses espaces de vie habituels [...] en y associant la notion de polarité et la question de distance d'accès dans un souci de justice spatiale » (Amat-Roze 2011, 17, 22). De fait, l'organisation et la distribution des systèmes de soins relèvent des compétences nationales, de la souveraineté politique des États ; elles se réalisent dans les limites des territoires nationaux. Il en résulte des systèmes de soins différenciés comme c'est le cas pour Haïti et la République dominicaine tel qu'indiqué aux articles 1 et 2. Des écarts sont également observés dans la distribution des structures de soins sur le territoire de chaque pays. Ce point abordé à l'article 1 sera discuté dans la partie analysant l'effet frontière⁴⁰.

En Haïti, le premier niveau de la pyramide de soins comprend trois échelons alors qu'en République dominicaine celui-ci n'en compte qu'un seul. Cette complexité (subdivision) du premier niveau du système de soins haïtien est loin cependant de garantir un accès équitable aux soins de santé ; les mesures d'accessibilité de l'article 1 sont à cet égard édifiantes. En outre, comme le souligne l'article 1, seule une infime portion de la population haïtienne dispose d'une assurance maladie tandis qu'en République dominicaine des avancées importantes ont été réalisées même si une part significative de la population n'est pas couverte. Enfin, les ressources publiques allouées à la santé en République dominicaine, quoique limitées, sont quand même relativement supérieures à celles d'Haïti comme mentionné à l'article 2. D'une part, ces différences ont des impacts sur les résultats de santé (voir la table 2.1 de l'article 1). D'autre part, ce différentiel — comme le montre les résultats de cette recherche à l'instar d'autres (Bochaton 2010, 2009b ; Dione 2013 ; I. A. Glinos 2010 ; Legido-Quigley et al. 2007 ; Rouland, Jarraya et Fleuret 2016) — invite à la mobilité et tendent à une remise en question du principe de territorialité sur lequel sont construits les systèmes de santé nationaux.

Cela dit, un aspect et non le moindre doit être pris en compte dans l'analyse, et c'est l'importance du secteur privé dans le système de santé tant en Haïti qu'en République dominicaine. En effet,

⁴⁰ Voir infra 5.1.1

comme indiqué à l'article 2, celui-ci compte pour 30 % de l'offre de soins à l'échelle nationale pour Haïti. D'ailleurs, les villes de Ouanaminthe et Dajabón comptent respectivement cinq (5) et deux (2) établissements de soins privés (soit 80 % vs 20 %). J. Durham et al. (2015, 1) soulignent le caractère usuel de cette mixité et les difficultés en matière de régulation notamment pour les pays à faibles revenus⁴¹.

« Most contemporary health systems are mixed in character. That is, to varying degrees they consist of a mix of public and private healthcare providers, and both bio-medical and traditional practices with a variety of financing mechanisms. [...] to work effectively however, they need to be regulated through law, regulation, or contracts [...] In many low and middle-income countries [...], effective regulatory arrangements are often constrained by limited resources, poor understanding by regulators of their role and low incentives to take action in the case of non-compliance ».

Dans le cas à l'étude, cette mixité revêt une dimension particulière car, les Haïtiennes et Haïtiens fréquentent indifféremment les structures de soins publiques et privées tant en Haïti qu'en République dominicaine comme le révèlent les itinéraires thérapeutiques (article 2) et l'enquête (article 3). La marchandisation croissante des soins de santé favorise par ailleurs la mobilité des patient.e.s. Restreindre donc l'analyse aux services du secteur public ne rend pas compte de la réalité dans toute sa complexité. Ceci entraîne une « *misrepresentation of health-seeking practices, and masks the true burden of disease* ». (Jo Durham et Blondell 2017). En considérant par conséquent l'offre de soins (disponibilité, type, etc.) et les pratiques de la population, un décalage est observé entre les aires de recours aux soins et les aires de desserte de santé définies par les autorités sanitaires des deux pays. Un espace sanitaire fluide répondant aux besoins/usages des différents groupes de personnes se structure, s'affranchissant des limites territoriales étatiques.

5.1.1. Effet-frontière sur l'accès à la santé : un impact et une profondeur variable

Le système de soins haïtien connaît des problèmes d'efficience et d'efficacité qui, à plusieurs égards, affectent sa capacité à répondre aux besoins et attentes de la population (Groupe de la Banque mondiale 2017). En effet, comme signalé dans les trois articles constituant le corpus de

⁴¹ En Haïti, par exemple, toutes les cliniques privées en fonctionnement ne sont pas toujours enregistrées ou reconnues par le MSPP. La situation est plus critique pour les guérisseurs traditionnels (*medsen-fèy, oungan*, etc.), l'articulation entre médecine traditionnelle et biomédecine reste encore à faire.

cette thèse ainsi que dans d'autres travaux ou études (IHE 2018 ; Groupe de la Banque mondiale 2017 ; Cayemittes et al. 2013), l'offre de services (public et privé) est inégalement distribuée, les ressources allouées insuffisantes. L'article 1 montre bien les inégalités spatiales en termes d'accessibilité physique existant au sein du département du Nord-Est. L'article 2 souligne les difficultés rencontrées par les patient.e.s pour résoudre leurs problèmes de santé et ce, en dépit d'une offre de soins privée plus importante numériquement à Ouanaminthe qu'à Dajabón. Cette situation et la proximité à une offre perçue comme plus attrayante portent une proportion relativement significative de personnes (11,4 % des personnes enquêtées dans le cadre de ce travail de recherche⁴²) à se rendre en République dominicaine, en particulier à Dajabón, pour des soins. Cette mobilité transfrontalière dans le recours aux soins de santé, révélatrice des dysfonctionnements du système de soins haïtien, souligne par ailleurs l'effet frontière sur l'accès à la santé des Haïtien.ne.s du Département du Nord-Est et au-delà. Dans l'article 2, cela a d'ailleurs été rapporté par les gestionnaires des systèmes de soins haïtien et dominicain ainsi que la patientèle haïtienne des cliniques privées dominicaines en particulier. Amilhat Szary et Fourny (2006, 9) indiquent en effet que les « flux engendrés par la limite surimposée sur un espace donné [...] peuvent [être] encouragés du fait de l'exploitation du différentiel [...] ». L'exploitation de ces dissymétries se fait tant par les patient.e.s (côté Haïti) que par les médecins notamment des cliniques (côté dominicain). Cela cependant est moins vrai pour l'hôpital public de Dajabón avec une affluence de patient.e.s haïtien.ne.s pas toujours bien accueillies (Minn 2004). Dans ce cas, l'effet-frontière est plutôt négatif pour le système de santé dominicain puisqu'il tend à augmenter la charge sur des ressources considérées comme peu abondantes.

L'accessibilité aux services de santé constitue un enjeu majeur du point de vue de l'équité (De Ruffray et Hamez 2009 ; Perry et Gesler 2000 ; Schoeps et al. 2011 ; Tanser, Gijsbertsen et Herbst 2006 ; Rushton 1984 ; Rosero-Bixby 2004 ; Barnes-Josiah, Myntti et Augustin 1998). Au cœur des objectifs des réformes de santé tant en Haïti qu'en République dominicaine (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social 2005 ; Ministère de la santé publique et de la population 2012 ; Ministerio de Salud Pública 2012), elle demeure néanmoins une pierre d'achoppement majeure pour l'atteinte de meilleurs résultats de santé notamment en Haïti (Mathon, Apparicio et Séguin 2014 ; Groupe de la Banque mondiale 2017). Certes, les mesures d'accessibilité spatiale potentielle⁴³ ne permettent pas de juger, dans une « perspective fonctionnelle » au sens où l'entendent De Ruffray et Hamez (2009), de la « fragilité » des

⁴² Voir article 3

⁴³ Il convient de rappeler que l'accessibilité spatiale potentielle mesure la distance-temps entre l'offre (nombre de professionnels de santé) et la demande (population).

territoires en cas de congestion d'un équipement. Elles renseignent néanmoins sur les carences en matière de services et dans le cas sous étude sur : a) l'impact potentiel de la mobilité transfrontalière sur les structures publiques de soins dominicaines et haïtiennes ; b) la profondeur potentielle de l'effet-frontière.

Une frontière semi-ouverte ou ouverte favorise le chevauchement des aires d'influence d'établissements de santé situés à proximité l'un de l'autre de part et d'autre de la frontière (De Ruffray et Hamez 2009, 2010). Les résultats pour des mesures d'accessibilité (E2SFCA) du premier article montrent que l'ouverture de la frontière favorise une amélioration de l'accessibilité pour les localités haïtiennes situées à proximité de la frontière — voire au-delà — concomitamment à une diminution de l'accessibilité du côté dominicain. Les localités proches de la frontière haïtiano-dominicaine ou connectées à celle-ci par un réseau routier bénéficient d'une « rente de position » (Casteigts 2003 ; Pradeau 1994, 149-164).

En revanche, le milieu rural haïtien, plus délaissé et moins bien connecté est peu sensible au degré d'ouverture de la frontière. Le caractère structurant du maillage routier dans la structuration d'un espace transfrontalier est aussi mis en exergue. Des effets de dissymétrie (Pradeau 1994) dans l'accessibilité spatiale potentielle sont donc observés de part et d'autre en fonction de l'ouverture/fermeture et de la connectivité des lieux. Les fluctuations de l'étendue de l'espace transfrontalier soulignent le rôle de la mobilité (flux) dans les recompositions territoriales et la structuration d'un espace de soins transfrontalier. Cette fluidité invite à s'intéresser de manière particulière aux enjeux d'un éventuel aménagement transfrontalier dans le domaine de la santé ; elle montre la nécessité de prendre en compte les pratiques des usagers dans un contexte où prévaut une offre mixte comme mentionné antérieurement. De plus, l'effet-frontière ne se manifeste pas seulement sur le plan spatial, il influence aussi les relations et les pratiques sociales. Là encore, le différentiel autant que les représentations de la frontière peuvent générer divers types d'effets, de même que déterminer l'intensité et la nature des interactions.

5.2.2. Des relations de coexistence et des pratiques sociales réticulées

5.2.2.1. De l'institutionnel : un champ ciblé d'interactions

Les implications de la mobilité des patient.e.s sont multiples tant pour les pays émetteurs que ceux qui sont récepteurs. Des auteurs ayant abordé le sujet soulignent les conséquences sur

l'organisation et la planification des soins (Fihon, Tissier et Cariou 2012 ; Andritsos et Tang 2013). Les expériences des pays sont certes diverses ; elles dépendent de facteurs politiques, économiques et sociaux, des dynamiques transfrontalières, des relations entre les États concernés, des systèmes de santé et du financement de la santé. Mis à part les pays de l'UE où le recours transfrontalier aux soins est encadré, peu de pays à ma connaissance peuvent se prévaloir de directives ou de mécanismes fixant les modalités et conditions d'utilisation des services de santé en pays voisin.

Les systèmes de santé collaborent en revanche dans le domaine de la surveillance épidémiologique à travers différentes structures régionales ou internationales. Par ailleurs, certains pays regroupés dans des structures régionales définissent conjointement stratégies, politiques, plans ; des axes de coopération et de recherches sont aussi dégagés (Dione 2013 ; COMISCA 2016 ; Giovanella et al. 2007 ; SICA 2009). C'est le cas par exemple pour la République dominicaine comme membre du *Sistema de Integración Centroamericano* (SICA)⁴⁴. Toutefois, malgré leur proximité et l'interdépendance de leur économie, les relations entre Haïti et la République dominicaine dans le domaine de la santé, comme signalé à l'article 1, sont beaucoup plus ciblées⁴⁵. Elles prennent souvent la forme de réunions (ministres, directions ministérielles, OMS/OPS) à périodicité variable⁴⁶ et de quelques projets binationaux. Les axes et actions privilégiés sont plutôt orientés vers la surveillance épidémiologique et la lutte contre certaines maladies comme le paludisme, le VIH, la tuberculose, le choléra (OPS 2009) ; proximité et intensité de la mobilité transfrontalière obligent. L'épidémie de choléra apparue en Haïti en octobre 2010 et sa gestion subséquente illustrent autant le rôle de la mobilité dans la transmission de maladies infectieuses ou virales que l'importance des collaborations entre systèmes de santé (Shaw, Dorling et Mitchell 2002 ; Coldsmith 2012 ; Deane, Parkhurst et Johnston 2010 ; Gaudart et al. 2013). Dans la gestion du choléra par les autorités dominicaines, on ne peut passer sous silence l'augmentation du nombre de rapatriements d'Haïtiens pour des « raisons sanitaires » (Wooding 2012), révélant du coup une autre facette du lien entre santé et mobilité, en particulier la perception des migrants comme « vecteurs de maladie » (Bourdier 2005, 2002 ; López-Severino

⁴⁴ Haïti a engagé le processus pour intégrer la structure, en qualité d'observateur.

⁴⁵ Ceci témoigne de l'aporie des relations bilatérales d'une part et d'autre part de la faiblesse de l'État haïtien, du manque de volonté politique et de la logique de rente régissant les choix (aide internationale). Sur la rente, voir Magrin (2011, 2013).

⁴⁶ La Commission mixte binationale (CMB) est une structure supposée fonctionner de manière permanente et devant se réunir annuellement. Dans les faits néanmoins, les rencontres sont loin d'être aussi régulières. La CMB comprend plusieurs sous-commissions, dont une sur la santé. En plus des acteurs étatiques (ministères, organismes déconcentrés de l'État), le secteur syndical et les associations professionnelles (secteur privé) y sont aussi représentés (STCMB 2020).

et Moya 2007). Ceci met en lumière par ailleurs la complexité des relations haïtiano-dominicaines. Enfin, beaucoup des projets binationaux incluant ceux en santé sont financés par des institutions internationales et de ce fait, souvent porteurs de la vision des frontières de ces dernières (Amilhat Szary et Rouvière 2011).

Mis à part les axes de collaboration susmentionnés et dont l'importance n'est surtout pas à négliger, l'utilisation des services de santé dominicains par la population frontalière haïtienne ne fait pas l'objet de mesures particulières. En effet, aucune directive n'est émise par les autorités sanitaires des deux pays pour réguler la prise en charge des patient.e.s en cas de recours transfrontalier aux soins. L'article 2 montre assez clairement la coexistence des structures de soins dans leur fonctionnement en ce qui a trait à cet aspect spécifique. Celle-ci est révélée autant par les propos des gestionnaires/médecins haïtiens ou médecins dominicains que par ceux de la patientèle. Cette dernière ne fait que très peu (voire pas du tout) mention de références médicales comme facteur l'ayant portée à se rendre à Dajabón pour des soins (articles 2 et 3). De leur côté, les médecins dominicains ne font état d'aucun contact avec leurs collègues en Haïti. Enfin, les établissements de soins publics en Haïti, en l'absence d'un cadre légal et institutionnel de coopération, ne peuvent référer formellement un patient vers une structure publique de soins en République dominicaine. Ceci n'empêche pas la fréquentation par des Haïtiennes et Haïtiens de l'hôpital de Dajabón pour des accouchements, soins orthopédiques, etc., des soins, dont certains (gynécologie par exemple) sont disponibles à Ouanaminthe. Les patient.e.s reçu.e.s sont soigné.e.s parfois moyennant le paiement de frais comme mentionné à l'article 2. Ces soins requièrent parfois le transfert à une structure du niveau supérieur (hôpital spécialisé) comme le montrent les données de l'hôpital de Dajabón ou l'indiquent certains témoignages de médecins, ou patient.e.s.

L'absence de relations formelles entre les établissements de soins haïtiens et dominicains a cependant des conséquences pour l'établissement de santé récepteur (coûts défrayés sans possibilité de recouvrement par exemple)⁴⁷, mais dont l'ampleur et la nature sont difficilement mesurables sans une étude spécifique et approfondie. Les patient.e.s ne sont pas non plus protégé.e.s, des abus pouvant avoir lieu sans aucune possibilité de recours (Minn 2004). Les suivis médicaux peuvent être déficients, et ce, avec des implications pour la santé de la personne malade. Les résultats de la recherche (article 2) montrent que le niveau d'interactions entre les secteurs privés de santé haïtien et dominicain, tout au moins à Ouanaminthe et Dajabón, n'est pas

⁴⁷ À l'article 2, il est fait mention des dépenses assumées par les hôpitaux publics pour la prise en charge des femmes haïtiennes venues accoucher en République dominicaine.

meilleur. En effet, les contacts entre cliniques privées haïtiennes et dominicaines semblent tout aussi inexistantes au regard des informations collectées et relatées à l'article 2, avec très peu de références médicales (pour ne pas dire aucune). Certes, la logique de ce secteur est différente de celle du secteur public, les cliniques privées se trouvant plutôt dans une situation de concurrence (compétition). À cet égard, Jo Durham et Blondell (2017) indiquent :

« [H]ealthcare markets, however, typically do not function in the way of ideal markets, as described in neo-classical economics. Thus, [...] healthcare markets in particular, [are] interactive socioeconomic institutions that work through process of interactions of demand and supply, with patient consumers and healthcare providers participating in a social contact with healthcare goods or services exchanged within a system of social relations and networks ».

5.2.2.2. Au fonctionnel : un réseautage multidimensionnel

Les résultats de l'article 2, à l'instar d'autres études (Jo Durham 2017 ; Bochaton 2015, 2009a), montrent que le réseau social est particulièrement mobilisé lors de la mobilité transfrontalière en santé. Ce sont toutes les personnes qui, comme l'indique Bochaton (2015, 366), « [...] *directly or indirectly, assist cross-border patients in their healthcare projects by offering them advice on health facilities [...] or by providing them services while travelling* »⁴⁸. Heaney et Israel (2008) considèrent le « support social » comme un élément fondamental du réseau social. Référant à House (1981), ces auteurs considèrent quatre types de support social : i) émotionnel (empathie, amour, confiance, attention) ; ii) sous forme d'aide ou de services (*instrumental* en anglais) ; iii) informationnel (conseils, suggestions, informations) ; iv) facilitant l'auto-évaluation par retour constructif d'information. Ces supports sont souvent interreliés et peuvent être fournis par la même personne. Dans le cadre de cette recherche, plusieurs de ces types de support social ont été observés ; ils interviennent à différents moments de la mobilité transfrontalière en santé comme le montrent les différents récits.

L'article 2 met en effet bien en lumière les multiples formes d'accompagnement/assistance offertes par le réseau social de chaque personne qui se rend à Dajabón se faire soigner. Les parents, amis ou connaissances sont mobilisés pour accompagner les patient.e.s lors de leurs

⁴⁸ Une définition qui se rapproche de celle de Heaney et Israel (2008, 190) qui définissent le réseau social « [...] *linkages between people that may or may not provide social support and that may serve functions other than providing support* ».

consultations outre-frontière. Un type de support (aide physique) également observé par Bochaton (2015) dans le cas de la mobilité transfrontalière en santé entre le Laos et la Thaïlande. De plus, la mobilisation du réseau social est au menu des précautions prises pour traverser la frontière (article 2). Pouvoir bénéficier du savoir traverser constitue un atout pour contourner certains dispositifs mis en place à la frontière ou pour simplement éviter des abus comme certains l'ont mentionné dans leur récit (article 2). En ce sens, on retrouve une des dimensions en lien de manière spécifique à la mobilité, à savoir la capacité à mobiliser des compétences, un « capital social » (J.-P. Lévy 2009 ; Kaufmann 2008). Des expériences personnelles sont partagées, des informations diffusées dans différents cercles (famille, ami.e.s, églises, voisins). Le « bouche-à-oreille » (*word-of-mouth* en anglais) comme canal de transmission de l'information est d'ailleurs un phénomène observé dans d'autres contextes (Bochaton 2009a, 2015 ; Jo Durham 2017 ; Kangas 2007). Le « *word-of-mouth* » est considéré par plusieurs comme une source d'informations particulièrement valorisée par les patient.e.s concomitamment à l'expérience personnelle (Yeoh, Othman et Ahmad 2013 ; Yang 2011). En outre, les organisations tirent des bénéfices à court et long terme du bouche-à-oreille, des échos positifs ; il peut en résulter une croissance soutenue et pérenne (Yeoh, Othman et Ahmad 2013 ; Campbell 2015). Les médecins dominicains des cliniques privées reconnaissent d'ailleurs eux aussi le poids de ces « références sociales ». Celles-ci, selon eux, constituent un facteur déterminant du recours aux soins transfrontaliers de leur patientèle haïtienne. On peut aussi s'interroger dans le même ordre d'idée sur le rôle que peuvent jouer par exemple certains de leurs employés haïtiens dans une stratégie visant à capter une clientèle haïtienne plus nombreuse. Bien qu'il soit difficile de mesurer un tel impact, il convient de noter que les employés peuvent aussi, à travers leur réseau social, soit aider à traverser comme cela a été le cas pour la patiente d'une clinique, soit fournir des informations sur les services offerts par la clinique soit, enfin, être un support émotionnel (mise en confiance).

Le réseau social intervient aussi dans la gestion de la thérapie, en participant à la prise de décision, en orientant les choix comme le soulignent plusieurs personnes rencontrées dans les cliniques à Dajabón (article 2). L'influence des liens sociaux sur les comportements individuels en santé est d'ailleurs reconnue par plus d'un (Viswanath 2008 ; Heaney et Israel 2008). Enfin, le réseau social agit aussi comme « support émotionnel » (Heaney et Israel 2008, 190). Ceci est d'ailleurs relaté à l'article 2 avec le récit d'une patiente qui décrit comment ses proches ont été présents lors de son hospitalisation.

5.2.3. Les acteurs de l'espace transfrontalier de soins

5.2.2.2. *Une pratique courante chez les adultes des deux sexes, mais plus répandue chez les femmes*

Les femmes sont plus enclines à utiliser les services de santé que les hommes. Cette évidence généralement expliquée entre autres par des facteurs biologiques (grossesse et accouchement), ne doit pas faire l'impasse néanmoins sur les autres causes à l'origine de disparités selon le genre dans l'utilisation des services de santé (Brown Travis, Meltzer et Howerton 2010 ; WHO 1998). Les travaux portant sur le recours transfrontalier aux soins de santé ne rendent pas toujours compte de ces différences, voire des inégalités. Certes, plusieurs auteurs signalent une plus forte probabilité pour les femmes de se faire soigner en pays voisin sans pour autant en explorer les motifs dans une perspective de genre (E. P. Macias et Morales 2001). Peralta-Santos et Perelman (2018), pour leur part, notent qu'en Europe, la mobilité transfrontalière en santé est relativement plus importante chez les hommes que chez les femmes un constat similaire est fait à la frontière mexicano-étasunienne (flux du Mexique vers les États-Unis) avec quand même une prédominance de femmes pour les catégories socioéconomiques plus élevées (Jasis-Silber et Guendelman 1991). En revanche, peu de différences selon le genre sont observées pour le flux inverse des migrants mexicains résidant à la frontière Mexique-États-Unis (Landeck et Garza 2003).

Les résultats de cette recherche (article 3) indiquent que le fait d'être femme n'est pas un facteur déterminant du recours transfrontalier aux soins de santé. Parallèlement, le corpus des entretiens montre que les femmes sont plus nombreuses à consulter à Dajabón (République dominicaine) ce qui serait révélateur d'un comportement différencié selon le genre. À cet égard, les résultats peuvent sembler contradictoires, mais il faut tenir compte du fait que les femmes sont surreprésentées aussi bien dans les entretiens que dans l'échantillon⁴⁹ de l'enquête (article 2 et 3). Cette surreprésentation traduit une réalité, une propension à l'utilisation des services de santé plus élevée chez les femmes comparativement aux hommes. Les résultats de l'EMMUS-VI, une enquête menée à l'échelle nationale, révèlent d'ailleurs que les femmes sont relativement plus nombreuses à fréquenter des établissements de santé en cas de maladies ou de blessures (IHE 2018).

⁴⁹ Des personnes ayant eu recours aux services de santé.

Par ailleurs, des études abordant l'utilisation des services de santé à partir d'une perspective de genre soulignent, en plus de l'existence de disparités dans l'accès à la santé, le rôle des stéréotypes dans le comportement des personnes ainsi que dans l'interaction médecin/patient.e. Enfin, dans un contexte frontalier relativement « hostile » et où les abus sont courants, la question de la sécurité revêt une dimension particulière selon le genre. Dans de telles circonstances, le recours aux soins transfrontaliers requiert la mobilisation du réseau social tel que signalé dans l'article 2. Se faire accompagner n'est plus seulement en lien avec la gestion de la thérapie ou un support moral, mais relève aussi du domaine de la sécurité et de la capacité de faire front aux abus et discriminations de toute sorte (Minn 2004 ; Murray 2010b ; Petrozziello et Wooding 2014 ; Wooding 2012). Rares sont les femmes rencontrées qui déclarent traverser seules la frontière.

5.2.2.3. Les « habitués » de la frontière

Le vécu de la frontière constitue en quelque sorte un « capital spatial » pour beaucoup de ceux qui vont se faire soigner outre-frontière. Pour la mobilité, encore plus pour la mobilité transfrontalière, cette capacité à mobiliser des compétences et des connaissances accumulées à travers des expériences, une pratique, est essentielle. De plus, l'expérience et la pratique permettent d'acquérir une certaine maîtrise de l'espace frontalier. Une maîtrise qui, dans un contexte où la frontière reste un lieu de « tension », permet de gagner en confiance et de développer un réseau utile au moment de traverser (Bochaton 2009a). Plusieurs auteurs ont en effet souligné le poids déterminant de la « familiarité » (liens sociaux, pratique de la frontière) dans le recours transfrontalier aux soins (I. Glinos et al. 2010 ; I. A. Glinos, Doering et Maarse 2012 ; Bochaton 2009a ; Dione 2013). La familiarité c'est avoir aussi une certaine connaissance du système de santé du pays voisin pour l'avoir utilisé antérieurement, soit pour y avoir emmené des proches, soit pour avoir résidé dans le pays.

Savoir traverser, « savoir-circuler » (Amilhat Szary 2012a), pouvoir mobiliser et exploiter les expériences issues des lieux pratiqués et traversés constituent donc des atouts comme le montrent plusieurs des récits relatés à l'article 2. La plupart des personnes rencontrées dans les cliniques et à l'hôpital public de Dajabón ont une pratique récurrente de la frontière et plusieurs d'entre elles ont une activité en lien avec le marché « binational » de Dajabón ou travaillent dans une organisation qui mène des activités en lien avec la problématique frontalière. Dione (2013, 175) dans son étude sur la Haute-Casamance explique comment les marchés (*loumo*) participent de la transformation de l'espace frontalier et tendent, en plus des flux commerciaux importants

qu'ils génèrent, à induire d'autres types de déplacements comme le recours aux soins transfrontaliers. Il estime que les mobilités de soins sont du point de vue leur trajectoire « plus ou moins dépendantes des itinéraires [...] des transactions économiques ». Un schéma plus ou moins similaire est de fait observé entre Ouanaminthe et Dajabón au regard de la provenance des personnes qui utilisent les structures de soins dominicaines privées et publiques (article 2). Certaines, par ailleurs, profitent de leur visite médicale à Dajabón pour s'approvisionner ou utiliser un autre service disponible dans la ville. Ceci montre une certaine articulation entre mobilité/espace d'activités (Vallée et al. 2010 ; Vallée 2012) et recours transfrontalier aux soins. Les résultats de l'enquête (article 3) indiquent que l'expérience de la frontière constitue un facteur déterminant dans l'utilisation des services de santé dominicains. Ils soulignent qu'une connaissance de la langue, manifestation d'une certaine familiarité avec la culture voisine, compte parmi les facteurs pouvant à certains égards favoriser la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins.

5.3. Limites et apports de la thèse

5.3.1. Limites de la recherche

La recherche s'est limitée au point frontalier Ouanaminthe-Dajabón, et à la zone frontalière couvrant respectivement le Département du Nord-Est (Haïti) et la province de Dajabón (République dominicaine). En ce sens, elle offre une perspective limitée qui, difficilement, peut être généralisée à l'ensemble de la région frontalière haïtiano-dominicaine. Ceci est d'autant plus vrai que la frontière haïtiano-dominicaine — longue de plus de 300 km — présente, comme l'indiquent plusieurs travaux (H. Dilla Alfonso 2007 ; Théodat et al. 2003), des caractéristiques différentes aux différents points frontaliers. De plus, plusieurs auteurs ont montré les particularités des dynamiques transfrontalières, en particulier de la mobilité transfrontalière en santé, le long des frontières (Dione 2013 ; Bochaton 2009a).

L'accessibilité spatiale potentielle transfrontalière prend seulement en compte l'offre publique de soins de part et d'autre de la frontière. Or, les itinéraires thérapeutiques révèlent l'importance des cliniques privées dans le choix des patient.e.s. La prise en compte des pratiques des usagers et de l'utilisation des services privés de santé aurait été utile pour avoir une mesure plus robuste de l'accessibilité spatiale. De plus, l'intégration des cliniques privées rendrait compte de la mixité de l'offre, une réalité dans beaucoup de pays à faibles revenus, surtout ceux où le système de soins

public connaît des difficultés pour répondre aux besoins de la population (J. Durham et al. 2015 ; Jo Durham et Blondell 2017). En ce sens, pour mesurer l'accessibilité spatiale, il aurait été intéressant de combiner les professionnels des structures privées et publiques qui dans leur globalité constituent l'offre de soins (Gao et al. 2016), tout en les différenciant. Une variante du *Huff Model* par exemple, pourrait permettre de déterminer la probabilité que les personnes choisissent un service sur l'ensemble de ceux (publics ou privés) disponibles sur le site (J. Luo 2014). La méthode utilisée serait ainsi affinée pour rendre compte au mieux du comportement réel dans l'utilisation des services (McGrail 2012 ; Gao et al. 2016).

De plus, considérer les départements (Haïti) et provinces (République dominicaine) voisins à la zone d'étude aurait permis de réduire les effets de bordure (*edge effects* en anglais). À cet effet, une zone tampon (*buffer* en anglais) pourrait être déterminée en se basant sur des études empiriques informant sur le comportement observé dans l'utilisation des services de santé. D'un autre côté, le milieu rural et le milieu urbain sont traités de manière similaire dans le calcul. Or, la population est moins dense en milieu rural et plus dispersée. Les mesures d'accessibilité obtenues indiquent un faible impact de la frontière sur le milieu rural, excepté pour les localités situées très proches de la frontière. Il serait intéressant dans le cadre d'autres études, surtout celles qui porteraient sur des zones frontalières plus rurales, soit de faire varier les aires de recrutement (McGrail et Humphreys 2014 ; McGrail 2012), soit de pondérer les centroïdes en fonction de la population.

Cette recherche exploratoire ne s'est focalisée sur aucun groupe en particulier. Cette vue globale sur l'utilisation transfrontalière des soins de santé, quoique permettant de cerner les déterminants du recours transfrontalier aux soins, n'arrive pas à identifier les différences de comportement ni l'existence d'inégalités selon le genre. De plus, en focalisant sur les femmes et notamment les femmes enceintes, il aurait été possible d'évaluer de manière plus précise l'ampleur du phénomène, qui de manière récurrente est évoquée par certains secteurs de la presse dominicaine. Une telle approche aurait permis aussi d'avoir une mesure de l'accessibilité spatiale pour un service en particulier. La méthode utilisée par De Ruffray et Hamez (2009, 2010) « [...] fondée sur la logique floue » permet, en plus de représenter le chevauchement existant entre zones d'influences en matière d'aire de recrutement (desserte) dans des espaces frontaliers, de mettre l'accent sur les territoires jouissant d'une bonne accessibilité et ceux se trouvant en situation de « fragilité territoriale ». L'avantage de cette méthode comparativement à celle privilégiée pour l'accessibilité spatiale potentielle est qu'elle offre la possibilité d'introduire d'autres critères d'attraction comme la qualité des services ou d'autres plus subjectifs comme la

notoriété/prestige des établissements de soins. Le coût du service (gratuit ou payant) pourrait aussi faire partie des paramètres à introduire.

Les travaux de terrain, notamment lors de l'enquête auprès des ménages, se sont déroulés durant l'épisode épidémique de Zika. Plusieurs personnes malades ont déclaré qu'elles ne s'étaient pas rendues chez le médecin, car elles avaient le Zika. En outre, le terrain s'est réalisé peu de temps après que les établissements de santé publics eurent été paralysés pendant plus de trois mois.

La taille réduite de l'échantillon ne permet pas d'inférences à l'échelle de la ville de Ouanaminthe, voire à l'échelle de l'ensemble de la frontière. Pour une meilleure compréhension de la mobilité transfrontalière en santé et mesurer de manière plus robuste l'ampleur du recours transfrontalier aux soins, une enquête sur l'ensemble de la ligne frontalière serait nécessaire.

5.3.2. Apports de la recherche

5.3.2.1. Le « butinage médical » au cœur de l'itinéraire thérapeutique

Plusieurs études soulignent le poids du pluralisme médical dans les pays où la « médecine traditionnelle » coexiste avec la « biomédecine ». Les modalités de gestion de la maladie diffèrent selon les sociétés, les systèmes de croyance et de représentations influant dans la prise en charge (Fainzang 2009). La pluralité favorise un « cumul de recours » (Benoît 2004 ; Sakoyan 2012). Fosso (2011) privilégie la notion de « butinage médical » pour analyser les itinéraires thérapeutiques et le pluralisme médical. Cette notion empruntée à un travail d'anthropologie sociale (Soares 2009) sur les pratiques religieuses au Brésil lui permet de mettre l'accent sur les pratiques et de cerner la rationalité à l'œuvre. Il interroge ainsi

« l'appréhension classique des pratiques médicales selon laquelle, lorsqu'on est astreint à un suivi médical, ou lorsqu'on adhère à une certaine rationalité de soins, l'on devrait s'interdire de recourir à d'autres pratiques thérapeutiques ».

Certes, dans le cas de cette recherche, aucun recours à la médecine traditionnelle n'a été signalé par les patient.e.s rencontrées. Cela ne veut pas pour autant dire qu'elle en soit complètement absente. Vonarx (2011) considère que la dissimulation de va-et-vient entre différents secteurs constitutifs du système médical dans les itinéraires thérapeutiques est une des manifestations de la pluralité dans l'utilisation des différents secteurs de soins en Haïti. Pour lui, la quête de soins

prévaut sur l'explication de la maladie, celle-ci intervenant a posteriori. Le cumul de recours s'inscrit dans cette quête de soins et de résultats (souvent évoqués comme facteur explicatif du recours aux soins transfrontaliers). La notion du « butinage médical » tel que défini Fosso (2011) permet donc de centrer le regard sur les acteurs de la santé, dans ce cas les patient.e.s. Des études anthropologiques permettraient certainement d'arriver à une meilleure compréhension du butinage médical, de l'itinéraire thérapeutique et de la pluralité médicale.

5.3.3.1. Frontière et espace transfrontalier de soins : au-delà de la frontière

La mobilité transfrontalière, ces circulations des patient.e.s qui tendent à articuler des systèmes de santé disjoints, est révélatrice de processus non institutionnalisés qui tendent à la structuration d'un espace transfrontalier. Cette mobilité dans le recours aux soins de santé s'affranchit ainsi des limites territoriales étatiques et des aires de desserte des institutions de santé. Les interactions et circulations qui se développent tendent à façonner l'espace par des ancrages et des réseaux (Hamman 2013). Cette construction de l'espace transfrontalier dans certains cas, comme celui étudié, se réalise peu ou prou en dehors de l'action publique. Elle ne concourt pas à une forme d'intégration, ni même d'intégration sectorielle comme cela se passe dans le cadre des coopérations transfrontalières inter hospitalières observées entre certains pays de l'Union européenne (UE).

Cette thèse, en explorant la mobilité transfrontalière en santé, apporte des connaissances nouvelles sur la frontière haïtiano-dominicaine et les dynamiques transfrontalières. Les études réalisées à date se sont penchées essentiellement sur les migrations, les échanges commerciaux, l'environnement, l'éducation (Petrozziello et Wooding 2014 ; OBMEC 2016a, 2016b, 2016c, 2016d ; Dilla Alfonso 2011). Les réflexions sur le secteur de la santé, notamment l'utilisation des services de santé dominicains par les Haïtiens, sont peu courantes. Or, comme l'indiquent plusieurs chercheurs haïtiens et dominicains, un « saut qualitatif » est essentiel pour passer du conflit à la coopération (Silié, Cornielle Segura et Dore Cabral 2002 ; OBMEC 2016d). En ce sens, la thèse renseigne sur certains aspects comme les déterminants du recours transfrontalier aux soins, elle ouvre des pistes pour d'autres recherches et montre l'intérêt de la recherche académique sur des problématiques sensibles.

La diffusion de ces connaissances peut contribuer à une prise de décision éclairée en matière de coopération transfrontalière en santé. Les enjeux d'une telle coopération gagneraient à être

clairement identifiés afin que celle-ci puisse répondre aux attentes des populations haïtiennes et dominicaines d'une part et que, d'autre part, la coopération ne soit pas un élément contribuant à l'approfondissement des écarts et un moyen supplémentaire pour asseoir la domination d'une des parties. En outre, les résultats obtenus lors de cette recherche soulignent l'importance de l'analyse spatiale dans les propositions d'aménagement et les prises de décision pour « contrôler » les flux de patientes et patients haïtiens dans les hôpitaux publics dominicains. Une étude du Groupe de la Banque mondiale (2017) indique que la construction de nouveaux établissements de santé n'est pas forcément la solution pour améliorer l'accès aux services de santé en Haïti, ce que montre indirectement la thèse en mesurant l'accessibilité spatiale potentielle aux services de santé. Les mesures d'accessibilité soulignent les carences du réseau routier en milieu rural haïtien et le manque de ressources humaines dans les différentes structures de soins haïtiennes. De plus, la qualité des services émerge comme le principal facteur répulsif favorisant le recours transfrontalier aux soins de santé. Néanmoins, la thèse n'apporte qu'un éclairage partiel sur la mobilité transfrontalière en santé, des études plus poussées méritent d'être réalisées.

5.4. Pistes pour de futures recherches

5.4.1. Approche genrée de la mobilité transfrontalière en santé

Les différences de genre sont des construits sociaux. La notion de genre réfère aux rôles et responsabilités socialement définis des hommes et des femmes. Ainsi, à travers le monde, la ligne de fracture en fonction du genre divise les sociétés et tend à façonner la vie, les identités. Elle contribue aussi à justifier les inégalités et iniquités auxquelles font face les femmes en particulier, à contraindre leur accès aux ressources économiques et sociales (Sen et Östlin 2011 ; Brown Travis, Meltzer et Howerton 2010). L'introduction de la dimension genre dans la littérature sur la santé est relativement récente. Subséquemment à la Conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en place différentes initiatives pour explorer les implications d'une analyse de genre sur la santé et les problèmes en lien avec l'accès aux soins (WHO 1998).

« The purpose of a gender analysis is [...] to identify, analyse and act upon inequalities that arise from belonging to one sex or the other, or from the unequal power relations between the sexes. These inequalities can create, maintain or exacerbate exposure to risk factors that endanger health. They can also affect the access to and control of resources,

including decision-making and education, which protect and promote health [...] » (WHO 1998, 6).

Autrement dit, l'approche dépasse la différenciation des données selon le sexe, à l'opposition de la santé des femmes à celles des hommes (WHO 1998) ou le traitement statistique ignorant le genre comme covariable (Hwang et Danoff-Burg 2010). « *It requires [...] an analysis of the power differentials that shape the relations between women and men along multiple dimensions, and hence affect their health* » (Sen et Östlin 2011, 60).

Une telle démarche dans l'analyse de l'accès à la santé et plus particulièrement de l'utilisation des services de santé conduit à : i) une meilleure définition des politiques de santé ; ii) une compréhension de l'utilisation des services de santé, des réactions des personnes face au diagnostic ; iii) cerner le poids des stéréotypes (et du « *gender-role socialization* ») dans la prise de décision, l'adaptation au traitement et l'interaction médecin/patient.e. Elle permet aussi d'analyser les relations de pouvoir et les différences multidimensionnelles inhérentes au genre qui peuvent avoir un impact sur la santé (Sen et Östlin 2011 ; Hwang et Danoff-Burg 2010 ; Lee 2010 ; Brown Travis, Meltzer et Howerton 2010).

La lumière pourra ainsi être faite sur les contraintes rencontrées par les femmes dans l'accès aux services de santé, plus particulièrement dans le cas de la mobilité transfrontalière. Des aspects spécifiques en lien avec les relations de pouvoir existant aux frontières, la violence liée au genre souvent présente et l'impact subséquent sur le recours aux soins transfrontaliers pourraient être explorés. Cela dit, les conditions socioéconomiques doivent être aussi prises en compte, car déterminantes dans la définition des différences (tendances) sexospécifiques (Brown Travis, Meltzer et Howerton 2010). En outre, plusieurs recherches révèlent que les inégalités de genre au sein du ménage ont des impacts entre autres sur la morbidité et la mortalité infantile, et l'utilisation des services de santé (Adjiwanou et LeGrand 2014).

5.4.1.2. Violence liée au genre dans la mobilité transfrontalière et accès à la santé

L'accent devrait également être mis sur la violence liée au genre dans la mobilité transfrontalière et son impact subséquent dans l'utilisation des services de santé. En effet, plusieurs études ont mis en lumière les violences subies par les femmes lorsqu'elles traversent la frontière haïtiano-dominicaine ou mènent leurs activités (commerce) aux marchés frontaliers. Elles sont exposées à différents types de violence comme le signalent Petrozziello et Wooding (2014). Ces auteures

révèlent qu'à Comendador (une ville frontalière dominicaine) durant l'épidémie de choléra en Haïti, les autorités dominicaines séparaient, pour des « raisons de santé publique », vendeurs haïtiens et dominicains. Ceci conduisait plus de femmes à utiliser les points de passage non officiels pour traverser la frontière, les exposant ainsi au vol, à la violence sexuelle et dans certains extrêmes à des homicides/féminicides. Ces cas de violence sont généralement peu dénoncés par les survivantes dû tant à la méconnaissance de leurs droits qu'à l'absence de services à la frontière haïtienne et au dysfonctionnement des services du côté dominicain. Et ceci, sans parler du choc post-traumatique que souffriront les survivantes et pour lequel elles ne recevront aucun support (Petrozziello et Wooding 2014, 14). Des études complémentaires sont donc nécessaires pour documenter la situation le long de la frontière haïtiano-dominicaine et approfondir les connaissances sur ce sujet.

5.4.1.2. Déterminants du recours transfrontalier aux soins des femmes enceintes

Peu d'études se sont intéressées aux déterminants du recours transfrontalier aux soins des femmes enceintes. Des études ont montré que les inégalités de genre avaient un impact négatif sur les pratiques et la santé reproductive des femmes. Parmi les facteurs explicatifs de ces inégalités de genre, on signale : un accès limité à l'information et aux services de santé ainsi qu'une plus grande vulnérabilité à la violence sexiste (Adjiwanou et LeGrand 2014). Par ailleurs, la distance, notamment dans les pays en développement et particulièrement pour les populations résidant en milieu rural, joue un rôle non négligeable comme l'indique plusieurs études (Mathon, Apparicio et Séguin 2014 ; Séraphin et al. 2015 ; Friedman et al. 2013 ; A. J. Gage et Guirlène Calixte 2006). De plus, la question de l'autonomie des femmes dans la gestion de leur sexualité et de leur santé reproductive constitue un point fondamental au regard des droits des femmes, notamment en ce qui concerne l'autonomie de ces dernières dans la gestion de leur sexualité et de leur santé reproductive.

« the research agenda on maternal and infant health has shifted to consider women's autonomy or empowerment, defined as '*women's ability to make decisions which affect outcomes of importance to themselves and their families*', as a fundamental factor for understanding their reproductive behavior in developing countries » (Adjiwanou et LeGrand 2014, 67).

Cette dimension a porté certains auteurs à aborder le recours aux soins transfrontaliers à partir d'une perspective de droits des femmes dans le choix de leur lieu d'accouchement (Caggiano 2007). La notion d'autonomisation renvoie à l'accessibilité des ressources, à leur contrôle ainsi qu'à la liberté de choix dans la prise de décision (Adjiwanou 2014). Mais sous-jacent au choix se pose la question de la disponibilité des ressources. Aborder les déterminants du recours transfrontalier aux soins de santé des femmes à partir d'une approche de genre implique de considérer : 1) le degré d'autonomie des femmes ; 2) les facteurs qui interviennent dans la prise de décision (accessibilité et disponibilité des services) ; 3) sa mobilité et sa capacité à faire face aux contraintes en lien avec la frontière ; 4) le contexte (environnement, normes, facteurs socioculturels pouvant limiter l'autonomie des femmes ainsi que la perception par rapport à la grossesse, l'utilisation des services de santé et l'accouchement).

CONCLUSION

La mobilité transfrontalière en santé est un thème qui intéresse plusieurs disciplines et connaît un regain d'intérêt depuis environ trois décennies. Les approches pluridisciplinaires ou celles articulant mobilité/frontière/accès à la santé sont en revanche moins courantes. De plus, rares sont les études qui analysent le recours transfrontalier aux soins dans des pays à faibles revenus et insulaires. L'objectif de cette recherche était donc, à partir d'une approche pluridisciplinaire, d'étudier le recours transfrontalier de la population haïtienne à la frontière haïtiano-dominicaine et de déterminer si celui-ci concourt à la structuration d'un espace transfrontalier de soins. De manière spécifique, l'impact de la frontière sur l'accessibilité spatiale potentielle a été mesuré. Des itinéraires thérapeutiques ont pu être retracés, les facteurs conduisant au recours transfrontalier aux soins identifiés.

Les résultats de la thèse montrent que la mobilité transfrontalière en santé concourt à la structuration d'un espace transfrontalier de soins qui se caractérise par sa fluidité et la mise en réseau d'une diversité d'acteurs. Ils invitent toutefois à aborder certains points non discutés qui peuvent aussi servir de cadre pour des recommandations.

La coopération transfrontalière en santé : quels enjeux ?

Haïti et la République dominicaine, comme bien d'autres pays, ont développé des axes de coopération en santé surtout en surveillance épidémiologique et contrôle de maladie. En revanche, le recours transfrontalier aux soins, bien que constituant un sujet d'intérêt pour les deux pays, n'a pas fait l'objet à ce jour d'accords de coopération. Des discussions semblent avoir été entamées sur la question, tout au moins sur « un réseau transfrontalier » de soins. Une étude aurait même été commanditée ; son contenu, n'ayant pas été approuvé par les deux parties, n'a pas été divulgué (STCMB 2020). Un rapport du CSIS (2019, 7) traitant du commerce transfrontalier et de la corruption à la frontière haïtiano-dominicaine évoque dans ses recommandations, en vue de « bâtir la confiance », la nécessité de

« fournir aux résidents authentifiés de la région frontalière des pièces d'identité leur permettant de voyager à des fins commerciales, professionnelles, éducatives ou pour obtenir des soins de santé ».

Le statut de *habitante fronterizo* (habitant frontalier) est légalement reconnu en République dominicaine, mais seulement pour la réalisation d'activités commerciales dans les limites du marché de Dajabón (Ministerio de Interior y Policía 2012). Toujours du côté dominicain, une zone spéciale de développement frontalier a été créée et délimitée (Congreso Nacional 2001) afin d'inciter les entreprises à s'installer dans les provinces concernées, espérant ainsi pouvoir contenir l'émigration des populations frontalières dominicaines vers d'autres régions de la République dominicaine. Du côté haïtien, il n'existe aucune délimitation officielle de la zone frontalière et les populations frontalières ne jouissent d'aucun statut particulier.

À côté de la Commission mixte bilatérale (CMB), d'autres institutions s'intéressant à la frontière ont été mises en place dans les deux pays. En République dominicaine, la *Dirección General de Desarrollo Fronterizo* (DGDF) créée en 2000 a pour mission de coordonner les politiques d'investissement public et de développement de la frontière. Un *Observatorio de la zona fronteriza* (OZF) a également vu le jour. Cette structure se trouve au sein du *Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo* (MEPyD) et est coordonnée par l'Unité d'Études de politiques économiques et sociales de la Caraïbe (*Unidad de Estudios de Políticas Económicas y Sociales del Caribe*). Sa mission est de produire des informations sur les performances des provinces frontalières. En Haïti, la Commission technique de gestion des Frontières (CTF) créée en 2015 doit proposer des plans de réforme, établir les priorités d'action et les politiques, proposer des procédures légales, promouvoir la coopération entre les partenaires nationaux et étrangers, privés et publics, coordonner les actions à entreprendre comme le développement des services sociaux de base. (MEF 2015). Il est important de signaler qu'aucune information ni rapport sur les activités de la CTF n'ont pu être trouvés. Au-delà de sa création, il semblerait donc que cette institution ne soit pas fonctionnelle. Récemment, l'OBMEC qui se définit comme un « espace académique, d'échange et de réflexion sur les relations haïtiano-dominicaines, au service des sociétés civiles respectives de ces deux pays », a réalisé une série d'études financées à plus de 90 % par l'UE desquelles ont découlé des recommandations de politiques publiques (UNIQ 2020). Nonobstant, la santé est absente des sujets abordés par cette structure.

Aucune des institutions susmentionnées ne s'intéresse de manière spécifique à la santé, seule la CMB compte une sous-commission santé. C'est donc à ce niveau qu'est discutée la coopération transfrontalière en santé. Les actions et stratégies envisagées sont d'ailleurs le plus souvent appuyées par les bureaux de l'OMS/OPS en Haïti et en République dominicaine. La diffusion de certaines des actions de coopération transfrontalière se fait à travers des rapports/communiqués

de presse produits par les bureaux de l'OMS/OPS en Haïti et en République dominicaine. Certaines réunions ou actions conjointes sont également relatées dans la presse.

Par ailleurs, les analyses effectuées tout au long de ce travail montrent : i) les décalages entre Haïti et la République dominicaine (développement, vision de la frontière, etc.) ; ii) l'aporie des relations haïtiano-dominicaines; iii) la faiblesse de l'État haïtien ; iv) la forte dépendance par rapport à l'international ; v) des cadres réglementaires et légaux différents, voire peu adaptés aux dynamiques transfrontalières actuelles. Or, penser à une coopération transfrontalière en santé au-delà de la surveillance épidémiologique requiert d'une réflexion pluridimensionnelle et interdisciplinaire au regard de la multiplicité des enjeux et défis. En ce sens, intégrer la problématique de la mobilité transfrontalière en santé au menu des recherches académiques à l'échelle binationale est une avenue à privilégier. De plus, aborder la question du recours transfrontalier, voire d'un réseau transfrontalier de santé, invite à prendre la mesure des enjeux et la complexité des défis auxquels les pays qui s'engagent dans cette voie doivent faire face. Des études complémentaires visant à documenter la situation le long de ligne frontière haïtiano-dominicaine sont indispensables pour bien cerner les différentes réalités, les comportements et logiques à l'œuvre.

Les enjeux posés par le recours transfrontalier aux soins sont multiples y compris pour les pays où la réflexion, l'encadrement et les pratiques de coopération transfrontalière sont particulièrement développés. Berzi et Guimerà (2015) indiquent quelques-uns des défis auxquels sont confrontés les pays de l'UE pour le recours aux soins en raison notamment des différences entre systèmes de santé : le cadre réglementaire, la gestion, le type de service (public, privé ou mixte), le droit aux services de base et spécialisés, le remboursement des frais, etc. Dans des pays à faible revenu où la part des budgets publics attribués au service de santé demeure faible et la couverture universelle à la santé pas toujours acquise, le recours transfrontalier aux soins peut par conséquent avoir un impact non négligeable sur la gestion des services de santé ainsi que la disponibilité des ressources (financières et humaines) allouées tant dans le pays récepteur que dans celui émetteur. De ce fait, l'encadrement du recours transfrontalier est fondamental pour protéger les patients ainsi que les systèmes de santé. Autrement dit, les modalités pour avoir accès aux soins doivent être clairement établies, les populations informées pour qu'elles connaissent leurs droits et puissent avoir un recours juridique en cas d'abus. Cela suppose par conséquent que le système judiciaire fonctionne correctement, que les lois et règlements soient respectés. Or, au niveau de la frontière haïtiano-dominicaine en particulier, les transgressions des normes établies sont courantes (Murray 2010a, 2010b). Petrozziello et Wooding (2014) décrivent

le comportement discriminatoire des autorités dominicaines vis-à-vis des femmes commerçantes haïtiennes lors de l'épidémie de choléra sous prétexte de mesures sanitaires. Minn (2004) souligne aussi les abus que subissent parfois les patient.e.s haïtien.ne.s qui se font soigner à l'hôpital de Dajabón. Ceci montre le poids des perceptions (Murray 2010a) et les représentations de la frontière dans l'imaginaire que la coopération transfrontalière, à elle seule, n'éliminera pas.

La coopération transfrontalière est influencée autant par le degré d'ouverture/fermeture de la frontière que la symbolique associée à la frontière, voire « l'imaginaire de la frontière ». Les formes que prendra donc la coopération vont dépendre tant de « la nature de la frontière [que] de l'évolution du rôle de l'État » (Lecoquierre 2009, 82). Ainsi, Lecoquierre (2009) considère, parmi les quatre formes de coopération pouvant exister entre les territoires et les États, deux qui sont du domaine de la coopération transfrontalière : les informelles et les organisées. Les coopérations transfrontalières informelles se caractérisent par une absence de contrôle (et évidemment de cadre réglementaire ou d'accord formel) de la part des États ; elles se développent essentiellement entre les acteurs socioéconomiques. Mieux, elles ne s'inscrivent dans le cadre d'aucune action politique. C'est cette absence de la dimension politique qui la différencie de la coopération transfrontalière dite « organisée ». Il existe par ailleurs un élément d'importance dans la coopération transfrontalière organisée, c'est la nature même de la frontière. Celle-ci perd son « rôle de barrière et de séparation » comme c'est le cas par exemple pour l'espace Schengen. Dès lors, les possibilités et formes de coopération sont multiples : « des territoires à différentes échelles » peuvent être mis en relation, s'emboîter. Les discontinuités s'estompent. Comme le souligne Lecoquierre (2009), cela prend non seulement une proximité (spatiale, culturelle, économique, politique), mais aussi une volonté politique. Cette dernière se manifeste par la mise en place des cadres institutionnels nécessaires et indispensables pour réguler le fonctionnement de ces coopérations. L'existence de dynamiques de coopération transfrontalière organisée n'efface pas pour autant la frontière dont la prégnance se fait sentir dans les pratiques et les mentalités.

BIBLIOGRAPHIE

- Adjiwanou, Vissého. 2014. « Contexte de genre, autonomie des femmes et utilisation des services de santé maternelle en milieu rural africain: analyse par modèles d'équations structurelles. ».
- Adjiwanou, Vissého et Thomas LeGrand. 2014. « Gender inequality and the use of maternal healthcare services in rural sub-Saharan Africa. » *Health & place* 29: 67-78. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.06.001>.
- Akin, John S. et Paul Hutchinson. 1999. « Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing. » *Health Policy Plan* 14 (2): 135-151. doi: 10.1093/heapol/14.2.135.
- Alegría, Tito. 1989. « La ciudad y los procesos transfronterizos entre México y Estados Unidos. » *Frontera norte* 1 (2): 53-90.
- Alexandre, Pierre Kébreau, Gilbert Saint-Jean, Lee Crandall et Etzer Fevrin. 2005. « Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti. » *Revista Panamericana de Salud Pública* 18: 84-92.
- Allen, William. 2013. « "I am From Busia!": Everyday Trading and Health Service Provision at the Kenya–Uganda Border as Place-Making Activities. » *Journal of Borderlands Studies* 28 (3): 291-306. doi: 10.1080/08865655.2013.862756.
- Amat-Roze, Jeanne-Marie. 2011. « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. » *Hérodote* 143 (4): 13-32. doi: 10.3917/her.143.0013.
- Amilhat Szary, Anne-Laure. 2007. « Are Borders More Easily Crossed Today? The Paradox of Contemporary Trans-Border Mobility in the Andes. » *Geopolitics* 12 (1): 1-18. doi: 10.1080/14650040601031065.
- . 2010. « Frontières et intégration régionale en Amérique Latine : sur la piste du chaînon manquant. » *Regards croisés sur les intégrations régionales Europe/Amériques* : 307-341.
- . 2012a. « Identités collectives à la frontière. » *Civilisations* 60 (1): 81-101.
- . 2012b. « Que montrent les murs? Des frontières contemporaines de plus en plus visibles. » *Études internationales* 43 (1): 67-87.
- Amilhat Szary, Anne-Laure et Marie-Christine Fourny. 2006. *Après les frontières, avec la frontière. Nouvelles dynamiques transfrontalières en Europe.*

- Amilhat Szary, Anne-Laure, Jacques Lévy et Marie-Christine Fourny. 2014. Frontière. In *EspacesTempsnet*. <http://www.espacestemp.net/articles/frontiere/>.
- Amilhat Szary, Anne-Laure et Laetitia Rouvière. 2011. « Des dynamiques transfrontalières au bilan d'aménagement du territoire : innovations et blocages dans les Andes centrales (Chili-Pérou-Bolivie). » *Mosella* 32 (1-4-Numéro spécial" Frontières et Aménagement"): 181-196.
- Andersen, Ronald M. 1995. « Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? » *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1): 1-10. doi: 10.2307/2137284.
- Andersen, Ronald Max. 2008. « National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. » *Medical Care* 46 (7): 647-653. <http://www.jstor.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/stable/40221718>.
- Andersen, Ronald et John F. Newman. 2005. « Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. » *The Milbank Quarterly* 83 (4). doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.
- Anderson, James et Liam O'Dowd. 1999. « Borders, Border Regions and Territoriality: Contradictory Meanings, Changing Significance. » *Regional Studies* 33 (7): 593-604. doi: 10.1080/00343409950078648.
- Andritsos, Dimitrios A. et Christopher S. Tang. 2013. « The impact of cross-border patient movement on the delivery of healthcare services. » *International Journal of Production Economics* 145 (2): 702-712. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpe.2013.05.025>.
- Arbaret-Schulz, Christiane, Antoine Beyer, Jean-Luc Piermay, Bernard Reitel, Catherine Selimanovski, Christophe Sohn et Patricia Zander. 2004. « La frontière, un objet spatial en mutation. » *EspacesTemps net* 29 (04).
- Augé, Marc. 1986. « L'Anthropologie de la maladie. » *L'Homme* 26 (97/98): 81-90. doi: 10.2307/25132215.
- Babalola, Stella O. 2014. « Factors associated with use of maternal health services in Haiti: a multilevel analysis. » *Revista Panamericana de Salud Pública* 36: 1-09.
- Babitsch, Birgit, Daniela Gohl et Thomas von Lengerke. 2012. « Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. » *Psycho-social medicine* 9: Doc11-Doc11. doi: 10.3205/psm000089.
- Báez Evertsz, Frank et Wilfredo Lozano. 2008. « La inmigración contemporánea en la República Dominicana. » Dans *Los retos del desarrollo insular: Desarrollo sostenible, migraciones y derechos humanos en las relaciones dominico-haitianas en el siglo XXI*, sous la dir. de Wilfredo Lozano et Bridget Wooding. Santo Domingo: FLACSO/CIES/UNIBE.

- Bala, Raj et Gopal Krishan. 1982. « Urbanization in a Border Region: A Case Study of India's Border Districts Adjoining Pakistan. » *Geographical Journal* : 43-49.
- Ballif, Florine et Stéphane Rosière. 2009. « Le défi des « teichopolitiques ». Analyser la fermeture contemporaine des territoires. » *L'Espace géographique* 38 (3): 193-206. doi: 10.3917/eg.383.0193.
- Barnes-Josiah, Debora, Cynthia Myntti et Antoine Augustin. 1998. « The “three delays” as a framework for examining maternal mortality in Haiti. » *Social Science & Medicine* 46 (8): 981-993.
- Bassand, Michel et Marie-Claude Brulhardt. 1980. *Mobilité spatiale : bilan et analyse des recherches en Suisse*. Saint-Saphorin, Suisse: Georgi Saint-Saphorin, Suisse.
- Bell, David, Ruth Holliday, Meghann Ormond et Tomas Mainil. 2015. « Transnational healthcare, cross-border perspectives. » *Social Science & Medicine* 124 (0): 284-289. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.014>.
- Benoît, Catherine. 2004. « Vivre avec la drépanocytose ou le sida : culture et géopolitique des itinéraires thérapeutiques des étrangers caribéens résidant à Saint-Martin. » *Espace populations sociétés Space populations societies* (2004/2): 265-279.
- Bernier, Xavier. 2008. « Les dynamiques réticulo-territoriales et la frontière en zone de montagne: approche typologique. » *Flux* 70 (4): 8-19.
- Bertakis, K. D., R. Azari, L. J. Helms, E. J. Callahan et J. A. Robbins. 2000. « Gender differences in the utilization of health care services. » *The Journal Of Family Practice* 49 (2): 147-152. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=10718692&lang=fr&site=e=ehost-live>.
- Berzi, Matteo et Antoni Durà Guimerà. 2015. La gobernanza de la cooperación transfronteriza sanitaria en la UE: un estado de la cuestión y el caso de estudio del Hospital de la Cerdanya. Dans *Unpublished paper presented at XII AECPA Congress, ¿ Dónde está hoy el poder*.
- Bioteau, Emmanuel et Yann Calberac. 2005. « Le géographe face à son objet. Distanciation et méthode à travers l'exemple d'un terrain urbain frontalier. » *Geographica Timisiensis* 14: pp. 55 à 73.
- Bochaton, Audrey. 2009a. « Construction d'un espace sanitaire transfrontalier : le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande. » *Espace, Santé et Territoires*, Université Paris Ouest Nanterre.
- . 2009b. « Construction d'un espace sanitaire transfrontalier : le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande. » *Espace, Santé et Territoires*, Université de Nanterre-Paris X.

- . 2010. « Recours aux soins transfrontaliers et réseaux informels: l'exemple lao-thaïlandais. » Dans *Frontières et Santé: Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*, sous la dir. de François Moullé et Sabine Duhamel. Paris: L'Harmattan.
- . 2011. « Construction d'un espace sanitaire transfrontalier : le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande. Thèse pour l'obtention du doctorat de géographie de la santé, sous la direction de Gérard Salem, Université de Paris Ouest Nanterre, décembre 2009. » *Bulletin Amades Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et à la Santé* (83).
- . 2015. « Cross-border mobility and social networks : Laotians seeking medical treatment along the Thai border. » *Social Science & Medicine* 124 (0): 364-373. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.022>.
- Bonerandi, E. 2004. « De la mobilité en géographie. » *Géoconfluences, Mobilités, flux et transports*.
- Bourdier, Frédéric. 2002. « Malades et maladies en exil : les migrations brésiliennes vers la Guyane à l'épreuve du sida. » *Sciences sociales et santé* : 5-28. /web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2002_num_20_3_1557.
- . 2005. « L'avancée du sida dans les zones frontalières guyano-brésiliennes. » *HOMMES ET MIGRATIONS* 1256: 116.
- Bourdin, Alain. 2005. « Les mobilités et le programme de la sociologie. » *Cahiers internationaux de sociologie* (1): 5-5.
- Brachet, Julien. 2012. Géographie du mouvement, géographie en mouvement. La mobilité comme dimension du terrain dans l'étude des migrations. Dans *Annales de géographie*, : Armand Colin.
- Brown, Henry Shelton. 2008. « Do Mexican immigrants substitute health care in Mexico for health insurance in the United States? The role of distance. » *Social Science & Medicine* 67 (12): 2036-2042. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.014>.
- Brown, Tim, Sara McLafferty et Graham Moon. 2010. *A companion to health and medical geography*. Chichester, U.K: Wiley-Blackwell.
- Brown Travis, Cheryl, Andrea L. Meltzer et Dawn M. Howerton. 2010. Gender and Health-Care Utilization. In *Handbook of Gender Research in Psychology: Volume 2: Gender Research in Social and Applied Psychology*, sous la dir. de Joan C. Chrisler et Donald R. McCreary. New York, NY: New York, NY: Springer New York.
- Brulhardt, Marie-Claude et Michel Bassand. 1981. « La mobilité spatiale en tant que système. » *Swiss Journal of Economics and Statistics (SJES)* 117 (III): 505-519.

- Brunet, Roger. 1992. *Les mots de la géographie dictionnaire critique*. Montpellier, France, Paris: RECLUS, La Documentation française
- Brzosko-Sermak, Agnieszka. 2007. « Theoretical deliberations on frontier location of cities. » *Bulletin of Geography Socio-economic Series* (7): 73-86.
- Bustamante, Jorge A. 1989. « Frontera México-Estados Unidos: reflexiones para un marco teórico. » *Frontera norte* 1 (1): 7-24.
- Caggiano, Sergio. 2007. « Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción. » *Iconos Revista de Ciencias Sociales* (28).
- Campbell, Arthur. 2015. « Word of mouth model of sales. » *Economics Letters* 133: 45-50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.econlet.2015.04.019>.
- Capron, Guénola, Geneviève Cortes et Hélène Guétat-Bernard. 2005. *Liens et lieux de la mobilité: ces autres territoires*. Paris : Belin.
- Carpentier, Samuel. 2012. « Cross-Border Local Mobility between Luxembourg and the Walloon Region: an Overview. » *European Journal of Transport and Infrastructure Research* 12 (2): 198-210.
- Carpentier, Samuel et Philippe Gerber. 2012. « Impacts de la mobilité résidentielle transfrontalière sur les espaces de la vie quotidienne des actifs du Luxembourg. » *Economie et statistique*: 77-95. /web/revues/home/prescript/article/estat_0336-1454_2012_num_457_1_9965.
- Casteigts, Michel. 2003. « Enjeux et limites de la coopération transfrontalière. » *Territoires 2040 : revue d'études et de prospective*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01558396>.
- Castor, Suzy. 1983. *La ocupación norteamericana de haití y sus consecuencias (1915-1934)*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Cayemittes, Michel, MF Busangu, J Bizimana, B Barrère, Blaise Sévère, V Cayemittes et E Charles. 2013. « Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-V): Haïti 2012. » *Calverton, MD: Ministère de la Santé Publique et de la Population/L'Institut Haïtien de l'Enfance/ICF International*.
- Cayemittes, Michel, Marie Florencia Placide, Soumaïla Mariko, Bernard Barrère, Blaise Sévère et Canez Alexandre. 2007. « Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti–2005–2006. » *Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance and Macro International, Calverton, MD*.

- Chalas, Yves et Florence Paulhiac. 2008. *La mobilité qui fait la ville : Actes des 3e rencontres internationales en urbanisme de l'Institut d'urbanisme de Grenoble*. Lyon: Éditions du CERTU.
- Christaller, Walter. 1966. *Central places in southern Germany* Englewood Cliffs, N.J: Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- Coldsmith, Erin C. 2012. « Haitian-Dominican Relations in Times of Cholera: Migration, Public Health and Human Security on the Border. » *Latin American Studies (Arts and Sciences)*, University of Miami.
- Collins, Damian, Sébastien Fleuret, Robert Huish et Anne-Cécile Hoyez. 2011. « Regards croisés sur les géographies anglophone et francophone. » In *Santé et géographie: Nouveaux regards*, sous la dir. de Sébastien Fleuret et Anne-Cécile Hoyez. Paris: Economica Anthropos.
- COMISCA, Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016. *Política regional de salud del SICA 2015-2022*. sous la dir. de Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Salvador: Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA).
- Congreso Nacional. 2001. Ley No. 28-01 que crea una Zona Especial de Desarrollo Fronterizo, que abarca las provincias de Pedernales, Independencia, Elías Piña, Dajabón, Montecristi, Santiago Rodríguez y Bahoruco. In *Ley No28-01*, sous la dir. de Congreso Nacional. Santo Domingo: Congreso Nacional.
- Cresswell, Tim. 2010a. « Mobilities I: Catching up. » *Progress in Human Geography*. doi: 10.1177/0309132510383348.
- . 2010b. « Towards a politics of mobility. » *Environment and Planning D: Society and Space* 28 (1): 17-31. <http://www.envplan.com/abstract.cgi?id=d11407>.
- Cromley, Ellen K. et Gary W. Shannon. 1986. « Locating ambulatory medical care facilities for the elderly. » *Health services research* 21 (4): 499-514. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1068968/>.
- CSIS, (Center for Strategic & International Studies). 2019. *Commerce et corruption transfrontaliers sur la frontière entre Haïti et la République Dominicaine*: CSIS-USAID.
- Cuisinier-Raynal, Arnaud. 2001. « La frontière au Pérou entre fronts et synapses. » *L'Espace géographique* (3): 213-230.
- Daudé, Eric et Emmanuel Eliot. 2005. « Exploration de l'effet des types de mobilités sur la diffusion des épidémies. » *Proceedings of Theo Quant* 5: 80.

- De Allegri, Manuela, Valéry Ridde, Valérie R. Louis, Malabika Sarker, Justin Tiendrebéogo, Maurice Yé, Olaf Müller et Albrecht Jahn. 2011. « Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso. » *Health Policy* 99 (3): 210-218. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.10.010>.
- de Goyet, Claude de Ville, Juan Pablo Sarmiento et François Grünewald. 2011. *La réponse sanitaire au tremblement de terre en Haïti Janvier 2010*. Washington: Organisation panaméricaine de la Santé.
- De Jesus, Maria et Chenyang Xiao. 2013. « Cross-border health care utilization among the Hispanic population in the United States: implications for closing the health care access gap. » *Ethnicity & Health* 18 (3): 297-314. doi: 10.1080/13557858.2012.730610.
- De Ruffray, Sophie et Grégory Hamez. 2009. « La dimension sociale de la cohésion territoriale. » *L'Espace Géographique* 38 (4): 328-344. www.cairn.info/revue-espace-geographique-2009-4-page-328.htm.
- . 2010. « L'accessibilité transfrontalière aux maternités: Enjeux territoriaux d'une coopération sanitaire dans la Grande Région. » Dans *Frontières et Santé: Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*, sous la dir. de François Moullé et Sabine Duhamel. Paris: L'Harmattan.
- De Ruffray, Sophie, Grégory Hamez, Danielle Meddahi, Emilie Moron et Florence Smits. 2008. *La comparaison des territoires transfrontaliers à l'échelle nationale - Vers une typologie fondée sur les logiques d'intégration*: Centre d'Etudes Géographiques de l'Université de Metz.
- Deane, Kevin D., Justin O. Parkhurst et Deborah Johnston. 2010. « Linking migration, mobility and HIV. » *Tropical Medicine & International Health* 15 (12): 1458-1463. doi: 10.1111/j.1365-3156.2010.02647.x.
- Decoupigny, Fabrice, Sandra Perez et Diana Yordanova. 2007. « Modélisation de l'accessibilité aux soins: application à l'espace transfrontalier des Alpes-du-Sud. » *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement Territory in movement Journal of geography and planning* (4): 47-60.
- Diarra, Tiéman. 1993. « Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni. ».
- Dilla Alfonso, Haroldo. 2004. « Intercambio desigual y complejos urbanos binacionales en la frontera dominicana con Haïti. » *Estudios fronterizos* 5: 35-58.
- . 2007. « Border urban intermediation in the Dominican Republic - three case studies. », EPFL.

- . 2008. « La cuestión del desarrollo en la frontera dominico-haitiana. » In *Los retos del desarrollo insular: Desarrollo sostenible, migraciones y derechos humanos en las relaciones dominico-haitianas en el siglo XXI*, sous la dir. de Wilfredo Lozano et Bridget Wooding. République Dominicana: FLACSO/CIES/UNIBE.
- . 2011. *La migración transfronteriza haitiana en la República Dominicana*: Friedich Ebert Stiftung.
- Dilla Alfonso, Haroldo et Camila Álvarez Torres. 2018. « Economía e intercambio desigual en una región transfronteriza: Arica, Chile-Tacna, Perú. » *Estudios fronterizos* 19. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612018000100109&nrm=iso.
- Dilla Alfonso, Haroldo et Ingrid Breton Winkler. 2018. « Las regiones transfronterizas en América Latina. » *Polis (Santiago)* 17 (51): 15-37.
- Dilla Alfonso, Humberto Aroldo. 2007. « Border urban intermediation in the Dominican Republic: three case studies. » Faculté de l'environnement naturel, architectural et construit, Ecole Polytechnique fédérale de Lausanne. http://infoscience.epfl.ch/record/91135/files/EPFL_TH3694.pdf.
- Dione, Ibrahima. 2013. « Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance: entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier. », Université d'Angers.
- Droz, Yvan, Ari Pedro Oro et Edio Soares. 2014. « Le butinage religieux: regard anthropologique sur les pratiques religieuses. » Dans *Mobilité religieuse Retours croisés des Afriques aux Amériques* 17-37. Paris: Karthala.
- Duez, Denis et Damien Simonneau. 2018. « Repenser la notion de frontière aujourd'hui. Du droit à la sociologie. » *Droit et société* 98: 37-52.
- Dureau, Françoise et Marie-Antoinette Hily. 2009. *Les mondes de la mobilité*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Durham, J., Marcos Michael, P. S. Hill et E. Paviignani. 2015. « Haïti and the health marketplace: the role of the private, informal market in filling the gaps left by the state. » *BMC Health Services Research* 15 (1): 424. doi: 10.1186/s12913-015-1088-5.
- Durham, Jo. 2017. « Cross-border patient movement from the Lao PDR and the interplay between social networks and economic and cultural capital: A qualitative study. » *Asia Pacific Viewpoint* 58 (2): 175-189. doi: doi:10.1111/apv.12155.
- Durham, Jo et Sarah J. Blondell. 2017. « A realist synthesis of cross-border patient movement from low and middle income countries to similar or higher income countries. » *Global Health* 13 (1): 68. doi: 10.1186/s12992-017-0287-8.

- Fainzang, Sylvie. 2009. « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale. ».
- Faret, Laurent. 2003. *Les territoires de la mobilité : migration et communautés transnationales entre le Mexique et les États-Unis*. Paris: CNRS éditions.
- Fassin, Didier. 2001. « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. » Dans *Systèmes et politiques de santé De la santé publique à l'anthropologie*, sous la dir. de Bernard Hours, 24-40. Paris: Les Éditions Karthala.
- Faye, SL, AN Diene et Alice Desclaux. 2010. « Regards croisés sur migration et santé au Nord et au Sud: analyses sénégalaises. » *Revue de Sociologie, d'Anthropologie et de Psychologie* (02): 1-9.
- Filhon, G, F Tissier et M Cariou. 2012. « La mobilité des patients dans l'Union européenne : les enjeux de la prise de décision. » *Pratiques et Organisation des Soins* 43 (4): 285-294.
- Fosso, Albert Le Grand. 2011. « Typologie du pluralisme et butinage médical au Cameroun. » EASA Conference on medical pluralism, Rome, Italie.
- Foucher, Michel. 1991. *Fronts et frontières un tour du monde géopolitique*. : Paris A. Fayard.
- Frétygny, Jean-Baptiste et Nadine Cattan. 2011. « Les portes d'entrée de la France et les systèmes territoriaux des flux. » *Territoires 2040* (3): 61-77.
- Friedman, James M., Lars Hagander, Christopher D. Hughes, Katherine A. Nash, Allison F. Linden, Jeff Blossom et John G. Meara. 2013. « Distance to hospital and utilization of surgical services in Haiti: do children, delivering mothers, and patients with emergent surgical conditions experience greater geographical barriers to surgical care? » *The International Journal of Health Planning and Management* 28 (3): 248-256. doi: 10.1002/hpm.2134.
- Gage, A. D., H. H. Leslie, A. Bitton, J. G. Jerome, J. P. Joseph, R. Thermidor et M. E. Kruk. 2018. « Does quality influence utilization of primary health care? Evidence from Haiti. » *Global Health* 14 (1): 59. doi: 10.1186/s12992-018-0379-0.
- Gage, Anastasia J et Marie Guirlène Calixte. 2006. « Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti. » *Population studies* 60 (3): 271-288.
- Gallez, Caroline et Vincent Kaufmann. 2009. « Aux racines de la mobilité en sciences sociales. » *De l'histoire des transports à l'histoire de la mobilité?* : 41-55.
- Gallo, Edmundo et Laís Costa. 2004. *SIS-MERCOSUR: una agenda para integración*. : OPAS.

- Gao, Fei, Wahida Kihal, Nolwenn Le Meur, Marc Souris et Séverine Deguen. 2016. « Assessment of the spatial accessibility to health professionals at French census block level. » *International Journal for Equity in Health* 15 (1): 125. doi: 10.1186/s12939-016-0411-z.
- Gasquet, Clélia, Eric Leroy et Gerard Salem. 2010. « Ebola au Gabon et au Congo: Logiques transfrontalières de survie et gestion transnationale de la crise épidémique de 2001-2002. » Dans *Frontières et Santé: Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*, sous la dir. de François Moullé et Sabine Duhamel, 229-247. Paris: L'Harmattan.
- Gatrell, Anthony C. et Susan J. Elliott. 2009. *Geographies of health : an introduction*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Gaudart, Jean, Stanislas Rebaudet, Robert Barraix, Jacques Boncy, Benoit Faucher, Martine Piarroux, Roc Magloire, Gabriel Thimothe et Renaud Piarroux. 2013. « Spatio-temporal dynamics of cholera during the first year of the epidemic in Haiti. » *PLoS neglected tropical diseases* 7 (4): e2145.
- Géoconfluences. 2019. *Déterritorialisation, reterritorialisation*. Consulté le 20 janvier 2020. <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/deterritorialisation>.
- Gesler, Wilbert M. et Melinda S. Meade. 1988. « Locational and population factors in health care-seeking behavior in Savannah, Georgia. » *Health services research* 23 (3): 443-462. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1065514/>.
- Giovanella, Ligia, Luisa Guimarães, Vera Maria Ribeiro Nogueira, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et Giseli Nogueira Damacena. 2007. « Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. » *Cad Saúde Pública* 23 (s2).
- Glinos, Irene A. 2010. « A typology of cross-border patient mobility. » *Health & place* 16 (6): 1145-1155.
- . 2012. « Travelling home for treatment and EU patients' rights to care abroad: Results of a survey among German students at Maastricht University. » *Health Policy* 105 (1): 38-45.
- Glinos, Irene A. et Rita Baeten. 2015. « Reprint of: Dream vs. reality: Seven case-studies on the desirability and feasibility of cross-border hospital collaboration in Europe. » *Social Science & Medicine* 124: 331-337. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.057>.
- Glinos, Irene A., Nora Doering et Hans Maarse. 2012. « Travelling home for treatment and EU patients' rights to care abroad: Results of a survey among German students at Maastricht University. » *Health Policy* 105 (1): 38-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.12.008>.

- Glinos, Irene A. H. 2010. « Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. » *Health Policy* 95 (2/3): 103-112.
- Glinos, Irene et Rita Baeten. 2006. *A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union*: Observatoire social européen. Europe for patients.
- Glinos, Irene, Rita Baeten, Matthias Helble et Hans Maarse. 2010. « A typology of cross-border patient mobility. » *Health and Place* 16 (6): 1145-1155. doi: doi:10.1016/j.healthplace.2010.08.001.
- Graizbord, Boris. 1983. « Integración, diferencias regionales e interdependencia en la frontera de México con Estados Unidos. » *Demografía y economía* : 1-20.
- Grossman, Daniel, Sandra G. Garcia, Jessica Kingston et Suzanne Schweikert. 2012. « Mexican Women Seeking Safe Abortion Services in San Diego, California. » *Health Care for Women International* 33 (11): 1060-1069. doi: 10.1080/07399332.2012.673660.
- Groupe de la Banque mondiale. 2017. *Mieux dépenser pour mieux soigner : un regard sur le financement de la santé en Haïti*. Washington: Banque internationale pour la reconstruction et le développement,
- Banque mondiale. <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/publication/better-spending-better-care-a-look-at-haitis-health-financing>.
- Guagliardo, M. 2004. « Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges.» *International Journal of Health Geographics* 3 (1): 1-13.
- Guendelman, S. et M. Jasis. 1990. « Measuring Tijuana residents' choice of Mexican or U.S. health care services. » *Public health reports (Washington, DC : 1974)* 105 (6): 575-583. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2124358>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1580173/>.
- Guendelman, Sylvia et Monica Jasis. 1992. « Giving birth across the border: The San Diego-Tijuana connection. » *Social Science & Medicine* 34 (4): 419-425. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90302-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90302-7).
- Guerrero, Ernesto, Yeycy Donastorg et Alejandro de los Santos. 2014. *Características y Análisis de salud de la población de origen extranjero - Estudio complementario de la primera Encuesta nacional de inmigrantes de la República Dominicana ENI-2012*. Santo Domingo, República Dominicana: Ministerio de Salud Pública-Dirección General VIH/SIDA(DIGECITSS), Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH y EPOS health Management, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Guével, Marie-Renée et Jeanine Pommier. 2012. « Recherche par les méthodes mixtes en santé publique: enjeux et illustration. » *Santé publique* 24 (1): 23-38.

- Hamez, Grégory. 2013. « Vers un modèle multiscalaire des territoires frontaliers intérieurs à l'Union européenne. » *Belgeo Revue belge de géographie* (1).
- . 2015. « Pour une analyse géographique des espaces transfrontaliers. », Université de Rouen. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01321837>.
- Hamman, Philippe. 2012. Espaces-frontières et production du lien social : quelques propositions In *Faire lien*, sous la dir. de Jean-Yves Causer, Freddy Raphaël et Stéphanie Cassilde. France: Néothèque.
- . 2013. *Sociologie des espaces-frontières : les relations transfrontalières autour des frontières françaises de l'Est*. Strasbourg : Presses universitaires de Strasbourg.
- Haynes, Robin, Andrew Lovett et Gisela Sunnenberg. 2003. « Potential accessibility, travel time, and consumer choice: geographical variations in general medical practice registrations in Eastern England. » *Environment and Planning A* 35 (10): 1733-1750.
- Heaney, Catherine A et Barbara A Israel. 2008. « Social networks and social support. » *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* 4: 189-210.
- Herzog, Lawrence A. 1991. « The transfrontier organization of space along the US-Mexico border. » *Geoforum* 22 (3): 255-269.
- Herzog, Lawrence A. et Christophe Sohn. 2014. « The Cross-Border Metropolis in a Global Age: A Conceptual Model and Empirical Evidence from the US–Mexico and European Border Regions. » *Global Society* 28 (4): 441-461. doi: 10.1080/13600826.2014.948539.
- Hodgson, M. et Soren Jacobsen. 2009. « A hierarchical location-allocation model with travel based on expected referral distances. » *Annals of Operations Research* 167 (1): 271-286. doi: 10.1007/s10479-008-0380-8.
- Horton, Sarah et Stephanie Cole. 2011. « Medical returns: Seeking health care in Mexico. » *Social Science & Medicine* 72 (11): 1846-1852. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.035>.
- House, James S. 1981. « Work stress and social support. ». <http://books.google.com/books?id=qO2RAAAIAAJ>.
- Humphreys, J. S. et K. B. Smith. 2009. « Healthcare Accessibility. » In *International Encyclopedia of Human Geography*, sous la dir. de Rob Kitchin/Nigel Thrift, 71-79. Oxford: Elsevier. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080449104003370>.
- Hwang, Vivian S et Sharon Danoff-Burg. 2010. « Gender issues in the diagnosis and treatment of chronic illness. » In *Handbook of gender research in psychology*, 541-560. : Springer.

- Igue, Ogunsola John. 1995. *Le territoire et l'état en Afrique: les dimensions spatiales du développement*. : KARTHALA Editions.
- . 2010. « La problématique frontalière en Afrique de l'Ouest et du Centre. » In *Frontières, espaces de développement partagé*, sous la dir. de Ogunsola John Igue et Kossiwa Zinsou-Klassou, 21-50. Paris: Karthala.
- Igue, Ogunsola John et Kossiwa Zinsou-Klassou. 2010. *Frontières, espaces de développement partagé*. Paris: Karthala.
- IHE, (Institut Haïtien de l'Enfance). 2018. *Haiti Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2016-2017 - EMMUS-VI*. Pétiion-Ville/Haïti: IHE/Haiti, ICF. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>.
- Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. 2006. Atlas censitaire 2003. Port au Prince, Haïti: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique.
- Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. 2015. Population totale de 18 ans et plus: Ménages et densités estimés en 2015. sous la dir. de Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. Port-au-Prince: Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) Port-au-Prince.
- Jasis-Silber, Mónica et Sylvia Guendelman. 1991. « Uso bi-nacional de servicios de salud en la frontera México-Estados Unidos: el caso de los residentes de Tijuana. » *Salud Pública de México*; Vol 33, Núm 5 (1991). <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5435/5734>.
- Jean, Yves. 2002. La notion de territoire : entre polysémie, analyses critiques et intérêts. In *Lire les territoires*, sous la dir. de Yves Jean et Christian Calenge: Presses universitaires François-Rabelais.
- Jiménez, Roser Pérez et Vera Maria Ribeiro Nogueira. 2009. « La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: los desafíos de las fronteras. » *Revista Katálysis* 12 (1): 50-58.
- Joly, Patricia, Olivier Taïeb et Tahar Abbal. 2005. « Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe. » *La psychiatrie de l'enfant* 48 (2): 537-575.
- Jusot, Florence. 2009. « Inégalités de santé liées à l'immigration en France. » *Revue économique* 60 (2): 385-411.
- Kangas, Beth. 2007. « Hope from abroad in the international medical travel of Yemeni patients. » *Anthropology & Medicine* 14 (3): 293-305.

- Kanté, A. M., A. Exavery, J. F. Phillips et E. F. Jackson. 2016. « Why women bypass front-line health facility services in pursuit of obstetric care provided elsewhere: a case study in three rural districts of Tanzania. » *Tropical Medicine & International Health* 21 (4): 504-514. doi: 10.1111/tmi.12672.
- Kaufmann, Vincent. 2004. « La mobilité comme capital? » In *Mobilités, fluidités libertés?*, sous la dir. de Bertrand Montulet et Vincent Kaufmann, 35-41. Bruxelles: Publications des Facultés universitaires Saint-Louis.
- . 2008. *Les paradoxes de la mobilité : bouger, s'enraciner*, 1re éd.. Lausanne, [Suisse]: Lausanne, Suisse : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Kaufmann, Vincent et Christophe Jemelin. 2004. La motilité, une forme de capital permettant d'éviter les irréversibilités socio-spatiales. In *Colloque de géographie sociale Espaces et Sociétés aujourd'hui, Rennes*.
- Kellerman, Aharon. 2006. Personal mobilities. In *Collections : Networked cities series*, sous la dir. de MyLibrary. Abingdon, Oxon New York: Abingdon, Oxon New York : Routledge.
- Kemppainen, Laura, Teemu Kemppainen, Natalia Skogberg, Hannamaria Kuusio et Päivikki Koponen. 2018. « Immigrants 'use of health care in their country of origin: the role of social integration, discrimination and the parallel use of health care systems. » *Scandinavian journal of caring sciences* 32 (2): 698-706.
- Kissah-Korsah, Kwaku. 2008. « Spatial accessibility to health care facilities in the Ajumako-Enyan-Essiam and Upper Denkyira Districts in the Central Region of Ghana. » *Norsk Geografisk Tidsskrift - Norwegian Journal of Geography* 62 (3): 203-209. doi: 10.1080/00291950802335822.
- Kleinman, Arthur. 1981. *Patients and healers in the context of culture an exploration of the Borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley.
- Kostrubiec, Benjamin et Jan Loboda. 2002. « Le fonctionnement des villes doublons de la frontière germano-polonaise. » In *Villes et Frontières*, sous la dir. de Bernard Reitel, Patricia Zander, Jean-Luc Piermay et Jean-Pierre Renard, 37-50. Paris: Economica.
- Kwan, Mei-Po. 1999. « Gender and Individual Access to Urban Opportunities: A Study Using Space-Time Measures. » *The Professional Geographer* 51 (2): 211-227. doi: 10.1111/0033-0124.00158.
- Laguerre, Michel S. 2016. *The Multisite Nation : Crossborder Organizations, Transfrontier Infrastructure, and Global Digital Public Sphere*. New York: Palgrave Macmillan

- Lamkaddem, Majda, Marieke B. Snijder, Marie-Louise Essink-Bot, Aydın Şekercan et Ron J. G. Peters. 2014. « Healthcare consumption by ethnic minority people in their country of origin. » *European journal of public health* 25 (3): 384-390. doi: 10.1093/eurpub/cku205.
- Lamour, Christian. 2010. « Polarité hospitalière et intégration européenne: le cas de l'Agglomération du PED. » In *Frontières et santé : Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*, sous la dir. de François Moullé et Sabine Duhamel. Paris: L'Harmattan.
- Landeck, Michael et Cecilia Garza. 2003. « Utilization of physician health care services in Mexico by US Hispanic border residents. » *Health marketing quarterly* 20 (1): 3-16.
- Lecoquierre, Bruno. 2009. « Par-delà les frontières, vers de nouvelles formes de coopérations territoriales. » In *Un monde en recomposition, géographie des coopérations territoriales*, sous la dir. de Michel Bussi, 75-88. Rouen: Publications des universités de Rouen et du Havre.
- Lee, Christina. 2010. « Gender, health, and health behaviors. » Dans *Handbook of gender research in psychology*, 471-493. : Springer.
- Legido-Quigley, Helena, Irene A. Glinos, Rita Baeten, Martin McKee et Reinhard Busse. 2012. « Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework. » *Health Policy* 108 (1): 27-36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.07.001>.
- Legido-Quigley, Helena, Martin McKee, Irene Glinos et Rita Baeten. 2007. « Patient Mobility in the European Union. » *BMJ: British Medical Journal* 334 (7586): 188-190.
- Lévy, Jacques. 2003. « Capital spatial. » In *Dictionnaire de la Géographie et de l'Espace des Sociétés*, sous la dir. de Jacques Lévy et Michel Lussault. Paris: Belin.
- Levy, Jaques. 2000. « Les nouveaux espaces de la mobilité. » In *Les territoires de la mobilité*, sous la dir. de Michel Bonnet et Dominique Desjeux, 156-170. : Presses Universitaires de France.
- Lévy, Jean-Pierre. 2009. « Mobilités urbaines: des pratiques sociales aux évolutions territoriales. » Dans *Les mondes de la mobilité*, sous la dir. de Françoise Dureau et Marie-Antoinette Hily. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Loesch, August. 1964. *The economics of location* New Haven, Conn: New Haven, Conn. Yale University Press.
- López-Severino, Irene et Antonio de Moya. 2007. « Migratory routes from Haiti to the Dominican Republic: implications for the epidemic and the human rights of people living with HIV/AIDS. » *Interamerican Journal of Psychology* 41 (1): 7-16.

- LR Consulting ApS, Rambell A/S, Skårup & Jespersen AIS et LGL SA. 2001. *Études urbaines et études de faisabilité de la réhabilitation/extension du réseau d'eau potable de la ville de Ouanaminthe / Dossier Fondamental*. Port-au-Prince, Haïti: BID, CNUEH-HABITAT.
- Luo, Jun. 2014. « Integrating the Huff model and floating catchment area methods to analyze spatial access to healthcare services. » *Transactions in GIS* 18 (3): 436-448.
- Luo, W. et F. Wang. 2003. « Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region. » *Environment and Planning B: Planning and Design* 30 (6): 865-884. <http://www.envplan.com/abstract.cgi?id=b29120>.
- Luo, Wei et Yi Qi. 2009. « An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians. » *Health & place* 15 (4): 1100-1107.
- Lussault, Michel et Mathis Stock. 2003. « Mobilité. » In *Dictionnaire de la Géographie et de l'Espace des Sociétés*, sous la dir. de Jacques Lévy et Michel Lussault. Paris: Belin.
- Macias, Eduardo P et Leo S Morales. 2001. « Crossing the border for health care. » *Journal of Health care for the Poor and Underserved* 12 (1): 77-87.
- Macias, Marie Carmen. 2010. « Jeux et enjeux d'une mobilité transfrontalière à contre-courant à la frontière Mexique-Etats-Unis. » *Transcontinentales* 8/9 (10).
- MacPherson, Douglas W, Brian D Gushulak et Liane Macdonald. 2007. « Health and foreign policy: influences of migration and population mobility. » *Bulletin of the World Health organization* 85 (3): 200-206.
- Magrin, Géraud. 2011. « Des rentes aux territoires : contribution pour une géographie du développement en Afrique. » Accreditation to supervise theses, Université Panthéon-Sorbonne. Consulté le 2011-11-17.
- . 2013. *Voyage en Afrique rentière : une lecture géographique des trajectoires du développement*. Paris: Paris : Publications de la Sorbonne.
- Manigat, Leslie François. 1997. *Les relations haïtiano-dominicaines ce que tout Haïtien devrait savoir*. Port-au-Prince, Haïti: Centre "Humanisme démocratique en action.
- Marleny Bustamante, Ana 2011. « La frontera colombo-venezolana: de la conflictividad limítrofe a la global. » Dans *Relaciones fronterizas: Encuentros y Conflictos*, sous la dir. de Fernando M. Carrión et Johanna M. Espín. Quito: FLACSO.
- Martinez, Oscar J. 1994a. *Border people: Life and society in the US-Mexico borderlands*. : University of Arizona Press.

- . 1994b. « The dynamics of Border Interaction: New approaches to border analysis. » In *Global Boundaries : World Boundaries Volume 1*, sous la dir. de Clive H. Schofield, 1-15. Abingdon, Oxon, UNITED STATES: Routledge. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uqam/detail.action?docID=169123>.
- Mathelier, Richard. 2013. « Économies haïtienne et dominicaines: dépendance et/ou interdépendance? » *Rencontre* (28-29): 69-75. http://www.cresfed-haiti.org/IMG/pdf/003_economie.pdf.
- Mathon, Dominique, Philippe Apparicio et Ugo Lachapelle. 2018. « Cross-border spatial accessibility of health care in the North-East Department of Haiti. » *International Journal of Health Geographics* 17 (1): 36. doi: 10.1186/s12942-018-0156-6.
- . 2019. « Mobilité transfrontalière et itinéraire thérapeutique des Haïtiennes et des Haïtiens de la région de Ouanaminthe. » *Revue francophone sur la santé et les territoires* : 25.
- Mathon, Dominique, Philippe Apparicio et Anne-Marie Séguin. 2014. « Accessibilité aux services de santé dans la région du Haut-Plateau Central en Haïti. Application d'un modèle de localisation-affectation opérationnalisé dans un SIG. » *Revue internationale de géomatique* 24 (1): 1-36.
- McGrail, Matthew R. 2012. « Spatial accessibility of primary health care utilising the two step floating catchment area method: an assessment of recent improvements. » *International Journal of Health Geographics* 11 (1): 50. doi: 10.1186/1476-072X-11-50.
- McGrail, Matthew R. et John S. Humphreys. 2014. « Measuring spatial accessibility to primary health care services: Utilising dynamic catchment sizes. » *Applied geography* 54: 182-188. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2014.08.005>.
- Meade, Melinda S. et Robert J. Earickson. 2000. *Medical geography*. New York: Guilford Press.
- MEF, (Ministère de l'économie et des finances). 2015. *Communiqué de presse*. <http://www.mef.gouv.ht>.
- Ministère de la santé publique et de la population. 2012. Politique Nationale de Santé. sous la dir. de Ministère de la santé publique et de la population. Port-au-Prince.
- Ministerio de Interior y Policía. 2012. Ley general de migración - Reglamento de aplicación. sous la dir. de Ministerio de Interior y Policía. Santo Domingo: Ministerio de Interior y Policía. https://mip.gob.do/transparencia/images/docs/Publicaciones_Oficiales/Libros_y_Revistas/_Ley%20de%20Migraci%C3%B3n/LEY%20DE%20MIGRACION.pdf.
- Ministerio de Salud Pública. 2012. Modelo de atención en salud en el sistema nacional de salud de la República Dominicana. sous la dir. de Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional (DDEI). Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.

- Ministerio Salud Pública Asistencia Social. 2010. Anuario estadístico de salud. sous la dir. de Dirección General de Información y Estadística de Salud. República Dominicana: Viceministerio de Planificación y Desarrollo.
- . 2011. Anuario estadístico de salud. sous la dir. de Dirección General de Información y Estadística de Salud. República Dominicana: Viceministerio de Planificación y Desarrollo.
- . 2012. Anuario estadístico de salud. sous la dir. de Dirección General de Información y Estadística de Salud. República Dominicana: Viceministerio de Planificación y Desarrollo.
- Minn, Pierre H. 2004. « Health as a human right and medical humanitarianism on the Haitian-Dominican border. » Department of Anthropology, Mc Gill. http://digitool.library.mcgill.ca/R/?func=dbin-jump-full&object_id=83129&local_base=GEN01-MCG02.
- . 2005. « Health as a human right and medical humanitarianism on the Haitian-Dominican border. ».
- Montulet, Bertrand et Vincent Kaufmann. 2004. *Mobilités, fluidités-- libertés?* Bruxelles: Publications des Facultes universitaires Saint-Louis.
- MOT. 2003. *Les agglomérations transfrontalières*: Mission opérationnelle transfrontalière.
- . 2004. *Coopération transfrontalière sanitaire*: Mission opérationnelle transfrontalière.
- Moullé, François. 2010. « Introduction. » In *Frontières et santé : genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*. : Paris: L'Harmattan.
- Moullé, François et Sabine Duhamel. 2010. *Frontières et santé : genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*. : Paris : L'Harmattan.
- Murray, Gerald F. 2010a. *Dominican-Haitian Racial and Ethnic Perceptions and Sentiments: Mutual adaptations, mutual tensions, mutual anxieties*. Dominican Republic: Pan American Development Foundations. http://users.clas.ufl.edu/murray/research/Dominican_Republic/Dominican_Haitian_Perceptions.pdf.
- . 2010b. *Sources of Conflict along and across the Haitian–Dominican border*. Santo Domingo Dominican Republic: Pan American Development Foundation. Consulté le 21 septembre 2017.
- Ngamini Ngui, André et Philippe Apparicio. 2011. « L'accessibilité potentielle aux services de santé mentale à Montréal : approche par les systèmes d'information géographique. »

- Ngamini Ngui, André et Alain Vanasse. 2012. « Assessing spatial accessibility to mental health facilities in an urban environment. » *Spatial and Spatio-temporal Epidemiology* 3 (3): 195-203. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877584511000566>.
- Nogueira, Vera Maria Ribeiro et Keli Regina Dal Prá. 2010. « Mercosul: expressões das desigualdades em saúde na linha da fronteira. » *Revista SER Social* (18): 159-188.
- Nogueira, Vera Maria Ribeiro, Keli Regina Dal Prá et Sabrina Fermiano. 2007. « A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira MERCOSUL. » *Cad Saúde Pública* 23 (s2).
- OBMEC, (Observatoire binational sur la migration, l'éducation, l'environnement et le commerce). 2016a. *Diagnostric commerce bilatéral République d'Haïti et République dominicaine*. Port-au-Prince.
- . 2016b. *Diagnostric éducation République d'Haïti et République dominicaine*. Port-au-Prince.
- . 2016c. *Diagnostric environnemental bilatéral République d'Haïti et République dominicaine*. Port-au-Prince.
- . 2016d. *Diagnostric sur le phénomène migratoire République d'Haïti et République dominicaine*. Port-au-Prince.
- Oficina Nacional de Estadística. 2018a. Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI-2017). sous la dir. de Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo: ONE.
- . 2018b. Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI-2017) - Informe general. sous la dir. de Oficina Nacional de Estadística. Santo Domingo: ONE.
- Oficina Nacional de Estadística. 2013. Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI-2012). Santo Domingo, República Dominicana: Oficina Nacional de Estadística. [https://www.one.gob.do/Estadisticas/218/encuesta-nacional-de-inmigrantes-\(ENI\)](https://www.one.gob.do/Estadisticas/218/encuesta-nacional-de-inmigrantes-(ENI)).
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre. 2010. « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes.... » *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* (1).

- Opong, JR et MJ Hodgson. 1994. « Spatial Accessibility to Health Care Facilities in Suhum District, Ghana. » *The Professional Geographer* 46: 199 - 209.
- OPS, (Organisation panaméricaine de la santé). 2009. Coordination d'actions pour la santé avec la République dominicaine. In *Haïti - La coopération technique de l'OPS/OMS 2007-2009*, sous la dir. de OMS/OPS.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2007. *Rapport sur la santé dans le monde 2007: un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au 21e siècle.* : Organisation Mondiale de la Santé.
- Ouendo, Edgard - Marius, Michel Makoutodé, Moussiliou N Paraiso, Michèle Wilmet - Dramaix et Bruno Dujardin. 2005. « Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (pauvreté et soins de santé). » *Tropical Medicine & International Health* 10 (2): 179-186.
- Paasi, Anssi. 2013. « Borders and Border-Crossings. » In *Cultural Geography*, sous la dir. de Nuala C. Johnson, Richard H. Schein et Jamie Winders, 478-493. Chichester, UK: Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Park, Robert Ezra. [1922] 1969. *Introduction to the science of sociology*. Chicago: Chicago University of Chicago Press.
- . [1925] 1968. *The city*. Chicago: Chicago University of Chicago Press.
- Peiter, Paulo Cesar. 2007. « Condiciones de vida, situación de salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. » *Cad Saúde Pública*.
- Penchansky, Roy et J. William Thomas. 1981. « The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. » *Medical Care* 19 (2): 127-140. doi: 10.2307/3764310.
- Peralta-Santos, André et Julian Perelman. 2018. « Who wants to cross borders in the EU for healthcare? An analysis of the Eurobarometer data in 2007 and 2014. » *European journal of public health* 28 (5): 879. doi: 10.1093/eurpub/cky071.
- Perelman, Julian et André Peralta-Santos. 2018. « Who wants to cross borders in the EU for healthcare? An analysis of the Eurobarometer data in 2007 and 2014. » *European journal of public health* 28 (5): 879-884. doi: 10.1093/eurpub/cky071.
- Pérez, Pedro. 1992. « Malades et médecins à Ciudad Acuña (Mexique): Une anthropologie de la médecine dans une région frontalière. » *L'Homme* : 235-251.
- Perez, Sandra et Alessandro Balli. 2010. « L'accessibilité aux soins dans l'espace frontalier des Alpes du Sud. » In *Frontières et santé : genèses et maillages des réseaux transfrontaliers.* : Paris: L'Harmattan.

- Perry, Baker et Wil Gesler. 2000. « Physical access to primary health care in Andean Bolivia. » *Social Science & Medicine* 50 (9): 1177-1188. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953699003640>.
- Petrozziello, Allison J. et Bridget Wooding. 2014. *Fanm Nan Fwontyè, Fanm Toupatou: Eclairage sur la violence exercée sur les Immigrantes d'origine haïtienne, celles en transit migratoire et sur les déplacées internes le long de la frontière Dominicano-Haïtienne*. Santo Domingo: Colectiva Mujer y Salud, Mujeres del Mundo et Observatoire sur la migration et la Caraïbe (Observatory Migrants of the Caribbean) (CIES-UNIBE).
- Piermay, Jean-Luc, Bernard Reitel et Patricia Zander. 2002. « Introduction. » In *Villes et frontières*, sous la dir. de Bernard Reitel, 2-9. Paris: Paris : Anthropos : Economica.
- Piolle, Xavier. 1990. « Mobilité, identités, territoires/Mobility, identities, territories. » *Revue de géographie de Lyon* 65 (3): 149-154.
- Pradeau, Christian. 1994. *Jeux et enjeux des frontières essai de géographie générale*. : Presses universitaires de Bordeaux Talence.
- Price-Mars, Jean Dr. 1953a. La République d'Haïti et la République dominicaine. In *Les aspects divers d'un problème d'histoire, de géographie et d'ethnologie*. Port-au-Prince: Collection du Tricentenaire de l'Indépendance d'Haïti.
- . 1953b. La République d'Haïti et la République dominicaine. In *Les aspects divers d'un problème d'histoire, de géographie et d'ethnologie*. Port-au-Prince: Collection du Tricentenaire de l'Indépendance d'Haïti.
- Rebouha, Fafa. 2007. « Concentration des services de santé, contraintes de mobilité et difficultés d'accès aux soins dans la métropole d'Oran. » *Territoire en Mouvement* 4.
- Reitel, Bernard. 2007. « Les agglomérations transfrontalières: des systèmes urbains en voie d'intégration? Les espaces urbains de la 'frontière' du territoire français. » *Geographica Helvetica* 1 (07): 5-15.
- Reitel, Bernard et Patricia Zander. 2004. Espace transfrontalier. In *Hypergeo*. http://www.hypergeo.eu/article.php3?id_article=207.
- Renard, Jean-Pierre et Patrick Picouet. 2007. *Les frontières mondiales : origines et dynamiques*. : Nantes : Éditions du Temps.
- Richardson, Tim. 2013. « Borders and Mobilities: Introduction to the Special Issue. » *Mobilities* 8 (1): 1-6. doi: 10.1080/17450101.2012.747747.
- Rosero-Bixby, Luis. 2004. « Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. » *Social Science & Medicine* 58 (7): 1271-1284. doi: DOI: 10.1016/S0277-

9536(03)00322-8. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VBF-496NHVW-1/2/9505d9014b9fd26c1474a2e699975122>.

Rouland, Betty, Mounir Jarraya et Sébastien Fleuret. 2016. « Du tourisme médical à la mise en place d'un espace de soins transnational. L'exemple des patients lybiens à Sfax (Tunisie). » *Revue francophone sur la santé et les territoires* : 1-21.

Rushton, Gerard. 1984. « Use of Location-Allocation Models for Improving the Geographical Accessibility of Rural Services in Developing Countries. » *International Regional Science Review* 9 (3): 217-240. doi: doi:10.1177/016001768400900303.

Sakoyan, Juliette. 2012. « Les mobilités thérapeutiques - Bilan et perspectives depuis les Comores. » *Anthropologie et Santé* (5). <http://anthropologiesante.revues.org/1035>.

Schoeps, Anja, Sabine Gabrysch, Louis Niamba, Ali Sié et Heiko Becher. 2011. « The effect of distance to health-care facilities on childhood mortality in rural Burkina Faso. » *American journal of epidemiology* 173 (5): 492-498.

Schulz, Christian. 2002. « L'agglomération Saarbrücken-Moselle-est: ville-frontière ou villes frontalières? » Dans *Villes et Frontières*, sous la dir. de Bernard Reitel, Patricia Zander, Jean-Luc Piermay et Jean-Pierre Renard, 51-62. Paris: Economica.

Scott, Darren M., Elenna R. Dugundji et Antonio Páez. 2013. « The social dimension of activity, travel and location choice behavior. » *Journal of Transport Geography* 31 (0): 212-215. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2013.06.009>.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. 2005. Modelos de Red de los Servicios Regionales de Salud. sous la dir. de Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Consulté le 10/15/2015. http://www.msp.gob.do/oai/Documentos/Disposiciones/DISP_00024-05_CreaElModeloDeRedServRegSalud_20130206.pdf.

Sen, Gita et Piroška Östlin. 2011. Gender inequity in health. In *Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants*, sous la dir. de The Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks, Jennifer H Lee et Ritu Sadana. Geneva: World Health Organization.

Séraphin, Marie Nancy, Ismael Ngnie-Teta, Mohamed Ag Ayoya, Maria R. Khan, Catherine W. Striley, Ellen Boldon, Aissa Mamadoultabou, Jean Ernst Saint-Fleur, Leslie Koo et Miliane Clermont. 2015. « Determinants of Institutional Delivery Among Women of Childbearing Age in Rural Haiti. » *Maternal and Child Health Journal* 19 (6): 1400-1407. doi: 10.1007/s10995-014-1646-1.

- Shannon, Gary W, Rashid L Bashshur et Carl W Spurlock. 1978. « The search for medical care: an exploration of urban black behavior. » *International journal of health services* 8 (3): 519-530.
- Shaw, Mary, Danny Dorling et Richard Mitchell. 2002. *Health, place, and society*. Harlow, England: Harlow, England : Prentice Hall.
- SICA, (Sistema de la Integración Centroamericana). 2009. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015. sous la dir. de Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana. San José: Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana.
- Silié, Rubén, Carlos Cornielle Segura et Carlos Dore Cabral. 2002. *La nueva inmigración haitiana*. Santo Domingo, República Dominicana: Flacso.
- Simmel, Georg. [1903] 1964. *The Metropolis and Mental Life*. New York: New York Free press.
- Simon, Gildas. 2002. « Penser globalement les migrations. » *Revue Projet* 272 (4): 37-45.
- Soares, Edio. 2009. *Le butinage religieux : pratiques et pratiquants au Brésil*. Paris : Genève: Paris : Karthala Genève : Institut de hautes études internationales et du développement.
- Soule, Bio Goura. 2010. « Frontière: espace de développement partagé. » In *Frontières, espaces de développement partagé*, sous la dir. de Ogunsola John Igue et Kossiwa Zinsou-Klassou, 51-61. Paris: Karthala.
- STCMB, (Secrétariat technique commission mixte haïtiano-dominicaine). 2020. <http://secretariat-techniquehd.gouv.ht>.
- Su, Dejun, Chad Richardson, Ming Wen et José A Pagán. 2011a. « Cross - Border Utilization of Health Care: Evidence from a Population - Based Study in South Texas. » *Health services research* 46 (3): 859-876.
- Su, Dejun, Chad Richardson, Ming Wen et José A. Pagán. 2011b. « Cross-border utilization of health care: evidence from a population-based study in south Texas. » *Health services research* 46 (3): 859-876. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01220.x.
- Su, Dejun et Daphne Wang. 2012. « Acculturation and Cross-Border Utilization of Health Services. » *Journal of Immigrant and Minority Health* 14 (4): 563-569. doi: 10.1007/s10903-011-9518-x.
- Suwaree, Charoenmukayananta, Sriratanaban Jiruth, Hengpraprom Sarunya et Trarathep Chanvit. 2014. « Factors influencing decisions of Laotian patients to use health care services in Thailand. » *Asian Biomedicine* 8 (5): 665-672. doi: <https://doi.org/10.5372/1905-7415.0805.342>.

- Tanser, Frank, Brice Gijbetsen et Kobus Herbst. 2006. « Modelling and understanding primary health care accessibility and utilization in rural South Africa: An exploration using a geographical information system. » *Social Science & Medicine* 63 (3): 691-705. doi: <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.015>.
- Tarrius, Alain. 1987. « L'entrée dans la ville : migrations maghrébines et recompositions des tissus urbains à Tunis et à Marseille. » *Revue européenne de migrations internationales* : 131-148. /web/revues/home/prescript/article/remi_0765-0752_1987_num_3_1_1131.
- . 1989. « Perspectives phénoménologiques dans l'étude de la mobilité. » In *Transports et sciences sociales : questions de méthode : Journée d'étude de l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité*, sous la dir. de Pierre-Emmanuel Barjonet. Caen: Paradigme.
- . 1992. *Les fourmis d'Europe : migrants riches, migrants pauvres et nouvelles villes internationales*. Paris: L'Harmattan.
- . 1996. « Territoires circulatoires et espaces urbains. » *Migrants Les nouvelles mobilités en Europe, Paris Montréal: L'Harmattan* : 93-117.
- . 2008. « Migrations en réseaux et cohabitations urbaines aux bordures de l'Europe. » *L'Année sociologique* 58 (1): 71-93.
- Théodat, Jean-Marie. 1998. « Haïti-Quisqueya: Une double insularité. » *MAPPE MONDE* 51: 7-11.
- . 2003. *Haïti-République Dominicaine : une île pour deux, 1804-1916*. : Paris : Éditions Karthala.
- . 2012. « Au-delà de la frontière, les relations Haïti-République Dominicaine à l'épreuve du tremblement de terre du 12 janvier 2010. » *Rencontre* (24-25): 23-27.
- Théodat, Jean-Marie, Dominique Mathon, Richard Mathelier et Myrtho Casséus. 2003. « Quisqueya: un papillon d'envol. » In *Entreprise, Territoire et Développement: Compilation 2002-2003*, sous la dir. de Richard Mathelier, Dominique Mathon et Myrtho Casséus. Port-au-Prince: INESA/Le Nouvelliste.
- Théry, Hervé. 2008. « Mondialisation, déterritorialisation, reterritorialisation. » *Bulletin de l'Association de Géographes Français* : 324-331. https://www.persee.fr/doc/bagf_0004-5322_2008_num_85_3_2628.
- UNIQ, (Université Quisqueya). 2020. *OBMEC - Observatoire Binational sur la Migration, l'Environnement, l'Éducation et le Commerce*. Consulté le 24 avril 2020. <http://uniq.edu.ht/obmec-presentation/>.

- Urry, John. 2005a. « Les systèmes de la mobilité. » *Cahiers internationaux de sociologie* 118 (1): 23-35.
- . 2005b. *Sociologie des mobilités : une nouvelle frontière pour la sociologie?* Paris: Armand Collin.
- Vaguet, Alain. 2011. « Santé, Frontière et mondialisation. » In *Le monde vu à la frontière*, sous la dir. de L'Harmattan. Paris.
- Vallée, Julie. 2012. « L'influence croisée des espaces de résidence et de mobilité sur la santé. L'exemple des recours aux soins de prévention et de la dépression dans l'agglomération parisienne. » *Bulletin de l'Association de Géographes Français* 2: 269-275.
- Vallée, Julie, Emmanuelle Cadot, Francesca Grillo, Isabelle Parizot et Pierre Chauvin. 2010. « The combined effects of activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities: The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France). » *Health & place* 16 (5): 838-852. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.009>.
- Vanneph, Alain. 2005. Frontera Norte: de las redes a la región transfronteriza. In *Las fronteras del istmo Fronteras y sociedades entre el sur de México y América Central*, sous la dir. de Philippe Bovin. México: Centro de estudios mexicanos y centroamericanos, Universidad Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Viswanath, Kasisomayajula. 2008. Models of health interpersonal behavior. In *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, sous la dir. de Karen Glanz, Barbara K Rimer et Kasisomayajula Viswanath: John Wiley & Sons.
- Vodoz, Luc, Barbara Pfister Giauque et Christophe Jemelin. 2004. *Les territoires de la mobilité : l'aire du temps*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Vonarx, Nicolas. 2011. *Le vodou haïtien : entre médecine, magie et religion*. Québec]: Québec : Presses de l'Université Laval.
- Wang, Fahui. 2006. *Quantitative Methods and Applications in GIS*. : London: Taylor & Francis Group.
- Wang, Fahui et Wei Luo. 2005. « Assessing spatial and nonspatial factors for healthcare access: towards and integrated approach to defining health professional shortage areas. » *Health & place* (11): 131-146.
- White, Kari, Maria Small, Rikerdy Frederic, Gabriel Joseph, Reginald Bateau et Trace Kershaw. 2006. « Health Seeking Behavior Among Pregnant Women in Rural Haiti. » *Health Care for Women International* 27 (9): 822-838. doi: 10.1080/07399330600880384.

- WHO, (World Health Organization). 1998. *Gender and health*: Geneva: World Health Organization.
- Wilson, Thomas M. et Hastings Donnan. 2012a. « Border and Border Studies. » In *A companion to border studies*, sous la dir. de Thomas M. Wilson et Hastings Donnan. Hoboken: Wiley Blackwell.
<http://proxy.bibliotheques.ugam.ca/login?url=http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781118255223>.
- . 2012b. *A companion to border studies*. Hoboken: Wiley Blackwell.
<http://proxy.bibliotheques.ugam.ca/login?url=http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781118255223>.
- Wismar, Matthias, Willy Palm, Josep Figueras, Kelly Ernst et Ewout Van Ginneken. 2011. « Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies. » *Cross-border health care in the European Union: mapping and analysing practices and policies*.
- Wooding, Bridget. 2012. « Women fight for their safety in the Dominican-Haitian border. » *Migration and Development* 10 (18): 37-58.
- Yang, Hae-Kyung. 2011. « The impact of moving pharmaceutical products from prescription only to over-the-counter status on consumer exposure to advertising. » *International Journal of Human Ecology* 12 (2): 1-12.
- Yasenovskiy, Vladimir et John Hodgson. 2007. « Hierarchical Location-Allocation with Spatial Choice Interaction Modeling. » *Annals of the Association of American Geographers* 97 (3): 496 - 511. <http://www.informaworld.com/10.1111/j.1467-8306.2007.00560.x>.
- Yeoh, Eugene, Khalifah Othman et Halim Ahmad. 2013. « Understanding medical tourists: Word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools. » *Tourism Management* 34: 196-201. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2012.04.010>.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ET GUIDES D'ENTRETIEN

Enquête sur la mobilité transfrontalière en santé (EMTS)

Questionnaire Ménage – EMTS [MM/AA]

A. Identification enquêteur et évaluation questionnaire				
1a. Nom superviseur			1 b. Code superviseur _ _ _ _	
1 b. Nom enquêteur			1 b. Code enquêteur _ _ _ _	
	3. Date d'enquête (JJ.MM.AA)	4. Heure de début de l'entrevue	5. Heure de fin de l'entrevue	6. Résultats du remplissage de l'enquête
a) 1 ^{er} passage	_ _ - _ _ - _ _	_ _ h _ _ mn	_ _ h _ _ mn	_ _
b) 2 ^e passage	_ _ - _ _ - _ _	_ _ h _ _ mn	_ _ h _ _ mn	_ _
c) 3 ^e passage	_ _ - _ _ - _ _	_ _ h _ _ mn	_ _ h _ _ mn	_ _
Code des résultats du remplissage				
01 = Rempli complètement		06 = Pas rempli, logement vide	-9 = Donnée manquante	
02 = Pas rempli complètement		07 = Retour plus tard chez le ménage		
03 = Pas rempli, refus de répondre		08 = Enquête suspendue, refus de poursuivre		
04 = Pas rempli, ménage absent				
05 = Pas rempli, logement non retrouvé				

Bonjour, mon nom est [*Nom enquêteur*]. Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat portant sur la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins de santé. Elle vise à mieux connaître les pratiques de mobilité et les stratégies dans la quête de soins des populations résidant à la frontière haïtiano-dominicaine. Quelques ménages, dont le vôtre, ont été choisis de façon aléatoire. En ce sens, nous aimerions poser quelques questions au chef de ménage et aux membres du ménage ayant eu des problèmes de santé il y a de cela moins de six mois. Les questions porteront sur vos activités, vos déplacements, votre état de santé, les structures de soins fréquentées ou les personnes consultées en cas de maladie. L'interview devrait durer environ 45 minutes. Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. Vous ne courez aucun risque en participant à cette enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer et il n'y a aucune pénalité si vous refusez d'y prendre part. Vous êtes aussi libre de choisir de ne pas répondre à des questions, et ce, sans avoir à justifier votre refus.

Acceptez-vous formellement de nous accorder cette entrevue ? Avez-vous des questions particulières à me poser ?
Pouvons-nous commencer l'entrevue maintenant ?

Consentement oui <input type="checkbox"/> je consens à participer à l'enquête non <input type="checkbox"/> je ne consens pas à participer à l'enquête	Signature _____ Date _____
--	---

INDEX DES MODULES			
Module	Page	Module	Page
A. Identification enquêteur et évaluation du questionnaire	1	E. Caractéristiques socioéconomiques	4
B. Identification et renseignements généraux sur le ménage	2	F. Utilisation des services de santé	5
C. Logement	2	G. Mobilité transfrontalière	8
D. Caractéristiques sociodémographiques des membres du ménage	3		

B. IDENTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE MÉNAGE			
Identification du questionnaire 1. Quartier _____ 2. Code SDE - - -			
Localisation du bâtiment 3. Points GPS X Y			
4. Numéro du ménage			
5. Adresse du bâtiment _____ _____			
6. Numéro du logement -			
C. LOGEMENT			
C1. Quel est le principal matériau des murs ? 1 = Bois/Planches 5 = Carton/Plastique 2 = Terre 6 = Briques/Roches 3 = Ciment/Blocs 7 = Clisses 4 = Tôle 8 = Autres, Précisez -----	_	C7. À quelle fréquence payez-vous votre loyer ? 1 = Une fois par mois 2 = Tous les 3 mois 3 = Tous les 6 mois 4 = Une fois par an	_
C2. Quel est le principal matériau du toit ? 1 = Chaume/Paille 4 = Plastique 2 = Béton 5 = Tuile 3 = Tôle 6 = Autres, Précisez -----	_	C8. Quel est le montant du loyer	
C3. Combien de pièces pour dormir comptent votre logement ?	_ _	C9. Quel est le principal mode d'approvisionnement en eau	
C4. Quel est le principal type d'éclairage dans le logement 1 = Électricité/Compteur individuel ED'H 2 = Électricité /Compteur collectif ED'H 3 = Électricité/ Prise sans compteur 4 = Génératrice (Delco) 5 = Panneau solaire 6 = Lampe à Gaz (Kérosène) 7 = Bougies 8 = Pas d'éclairage 9 = Autres, Précisez -----	_	C9a. Eau à boire	_ _
		C9b. Eau à usage courant (lavage, nettoyage, etc.)	_ _
		01 = Robinet privé/DINEPA 05 = Kiosque (vendeur eau traitée) 02 = Fontaine publique 06 = Eau traitée (camion, bouteille, etc.) 03 = Puits artésien/Forage 07 = Eau non traitée (camion, gallon, etc.) 04 = Eau de pluie 08 = Eau de surface (rivière, lac, etc.)	
		C10. Quel est le principal lieu d'aisance ? 1 = WC (Chasse d'eau) 4 = Trou/Enfouissement 2 = Latrine individuelle/privée 5 = Pas de lieu d'aisance 3 = Latrine publique/collective	_
C5. Quelle est la principale source d'énergie pour la cuisson ? 1 = Bois/Paille 4 = Kérosène 2 = Gaz Propane 5 = Four solaire 3 = Charbon de bois 6 = Autre	_	C11. Un des membres du ménage possède-t-il ? 1 = Oui 0 = Non	
		A. Poste de radio	A. _ _
		B. Télévision	B. _ _
		C. Téléphone portable (Cellulaire)	C. _ _
		D. Réfrigérateur	D. _ _
		E. Ordinateur/Tablette	E. _ _
		F. Voiture, camion ou camionnette	F. _ _
		G. Motocyclette	G. _ _
		H. Bicyclette	H. _ _
		I. Bétail (Bœuf, cabri, cochon, cheval)	I. _ _
		J. Volaille (poulet, pintade, dinde, canard)	J. _ _
		K. Terres cultivables	K. _ _
C6. À quel titre occupez-vous ce logement ? 1 = Propriétaire >>>C9 4 = Occupant à titre gratuit >>>C9 2 = Locataire 5 = Occupant de fait >>>C9 3 = Fermier -9 = Données manquantes >>>C9	_		

D. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES MEMBRES DU MÉNAGE						
Pouvez-vous me renseigner sur chacune des personnes qui séjournent en permanence dans votre logement? Commencez par vous-même.						
Notez 01 pour le numéro d'ordre pour le chef de ménage, 02 pour le conjoint/conjointe et séquentiellement pour les autres membres du ménage.						
D1a. Numéro d'ordre des membres du ménage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D2b. Prénom						
D3. (...) habite-t-il actuellement avec vous ? 1 = Oui (présent) 3 = Non, s'est déplacé pour plus de trois mois en République dominicaine 2 = Non, s'est déplacé pour plus de trois mois ailleurs en Haïti 4 = Non, s'est déplacé pour plus de trois mois à l'étranger	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D4. Sexe 1 = Homme 2 = Femme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D5. Âge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D7. Quel est le dernier niveau d'éducation achevé par (...) 1 = Aucun 4 = Secondaire 2 = Préscolaire 5 = Supérieure 3 = Primaire -9 = Donnée manquante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D7a. (...) Est-il scolarisé actuellement ? 1 = Oui 0 = Non >>>D8 -9 = Donnée manquante>>>D8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D7b Où (...) va-t-il à l'école ? 1 = Ouanaminthe 5 = Dajabón 2 = Fort-Liberté 6 = Santiago 3 = Cap-Haïtien 7 = Ailleurs, en République dominicaine 4 = Ailleurs, en Haïti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D8. Au cours du mois dernier (...) a-t-il été ... ? 1 = Oui >>module E 0 = Non						
A. Malade	A. <input type="text"/>	A. <input type="text"/>	A. <input type="text"/>	A. <input type="text"/>	A. <input type="text"/>	A. <input type="text"/>
B. Accidenté	B. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>	B. <input type="text"/>
D9. Au cours de l'année dernière (...) a consulté quelqu'un pour des conseils de santé ... ? 1 = Oui >>module F 0 = Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dans le cas où D9 = 2 (non), si Femme de 15 ans et plus question D10, sinon allez à D11						
D10. Êtes-vous enceinte ou l'avez-vous été au cours de l'année dernière ? 1 = Oui 0 = Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dans le cas où D10 = 1 (oui) à la sous-section spécifique du module F à la page 6.						
D11. Avez-vous traversé la frontière au cours de la semaine dernière ? 1 = Oui >>module G 0 = Non>>G8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E. CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES			
E0. Code du répondant		_ _	
E1. Code de l'individu à qui on se réfère		_ _	
E2. Quel est votre lieu de naissance ?		_	
1 = Ici, dans cette ville 2 = Dans une autre Ville/Quartier/Section communale en Haïti. <i>Précisez</i>		3 = En République dominicaine, <i>Précisez</i> 4 = Dans un autre pays, <i>Précisez</i>	
E2a. Où résidez-vous ?		_	
1 = Ici, dans cette ville 2 = Dans une autre Ville/Quartier/Section communale en Haïti. <i>Précisez</i>		3 = En République dominicaine, <i>Précisez</i> 4 = Dans un autre pays, <i>Précisez</i>	
E2b. Depuis combien de temps ?		_ _____	
<i>Inscrire l'unité temporelle (J= jours, M= mois, A= année) et le nombre (chiffre)</i>			
E3. Quelle est votre religion ?		_ _	
01 = Catholique 02 = Baptiste 03 = Adventiste		04 = Pentecôtiste 05 = Méthodiste 06 = Episcopale	
		07 = Témoin de Jéhovah 09 = Vaudou 10 = Musulman	
		11 = Autre 12 = Aucune -9 = Donnée manquante	
E4. Parlez-vous espagnol ?		_	
1 = Oui 0 = Non		-9 = Donnée manquante	
E5. Avez-vous séjourné plus d'un (1) mois dans un pays étranger au cours des trois dernières années		_	
1 = Oui 0 = Non >>> E7		-9 = Donnée manquante	
E6. Pour quel motif ?		_	
1 = Résident 2 = Raisons familiales 3 = Raisons de santé		4 = Études 5 = Raisons de sécurité 6 = Visite/Tourisme	
		7 = Affaires 8 = Autre, <i>Précisez</i> -----	
E6a. Dans quel pays ?		_	
1 = République dominicaine 2 = États-Unis		3 = Canada 4 = Autre, <i>Précisez</i> -----	
E7. Au cours de la semaine dernière avez-vous travaillé ?		_	
1 = Oui >>> E10 0 = Non		-9 = Donnée manquante	
E8. Au cours de la semaine dernière, avez-vous réalisé une de ces activités pour subvenir à vos besoins ou ceux du ménage ? 1 = Oui 0 = Non -9 = Donnée manquante			
A. Travail dans une affaire personnelle (demele/degage)	A. _	H. Travail pour un autre ménage contre rémunération	H. _
B. Fabrication d'un produit pour la vente ou la consommation du ménage	B. _	I. Apprenti (chez un artisan) rémunéré ou non	I. _
C. Artisanat ou commerce (rue ou dans un marché)	C. _	J. Stage dans une entreprise privée ou publique	J. _
D. Travail à la maison pour une rémunération en nature ou monétaire	D. _	K. Autre activité pour obtenir un revenu (bêf chenn, lavage de voitures, transport de marchandises, vente de devises, etc.)	K. _
E. Travail agricole/élevage, vente d'une journée de travail (Konbit, escouade, etc.)	E. _	L. Food ou cash for work	L. _
F. Services	F. _	M. Études et travail (entreprise/demele/degaje)	M. _
G. Aide dans une entreprise familiale/diriger son entreprise (demele/degaje)	G. _	Si E13 = 2 (non) pour toutes les modalités allez à F1	
E9. Où avez effectué cette activité ?		_	
1 = Ouanaminthe 2 = Fort-Liberté 3 = Cap-Haïtien		4 = Ailleurs, en Haïti 5 = Dajabón 6 = Santiago	
		7 = Ailleurs, en République dominicaine	
E10. Dans quel type d'entreprise travaillez-vous ?		_	
1 = Administration publique 2 = Entreprise publique ou parapublique 3 = Entreprise privée – Société (SA)		4 = Négoce/degaje/demele/entreprise familiale 5 = Coopérative, syndicat, église 6 = ONG	
		7 = Programme <i>cash/food for work</i> 8 = Ménage -9 = Donnée manquante	
E11. Où est située cette entreprise ?		_	
1 = Ouanaminthe 2 = Fort-Liberté 3 = Cap-Haïtien		4 = Ailleurs, en Haïti 5 = Dajabón 6 = Santiago	
		7 = Ailleurs, en République dominicaine	
E12. Quel était votre salaire le mois dernier ?		_ _ _____	
<i>Inscrire l'unité monétaire (G= gourdes, \$A= dollars américains, \$H= dollars haïtiens, P=peso dominicain) et le montant (chiffre)</i>			

F. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ			
E0. Code du répondant		_ _	
E1. Code de l'individu à qui on se réfère		_ _	
Permettez que je vous pose quelques questions sur votre santé			
F1. En général, diriez-vous que votre santé est ?		_	
1 = Excellente 2 = Très bonne		3 = Bonne 4 = Passable	
		5 = Mauvaise 6 = Ne sait pas (NSP)	
F2. Avez-vous été diagnostiqué d'une de ces maladies ?		1 = Oui 0 = Non	
A. Asthme	A. _ _	E. Maladie pulmonaire chronique	E. _ _
B. Hypertension artérielle	B. _ _	F. Cancer	F. _ _
C. Diabète	C. _ _	G. Autre, Précisez	G. _ _
D. Drépanocytose (anémie falciforme)	D. _ _		
F3. Avez-vous été malade, au cours des six derniers mois ?		_	
1 = Oui >>> F5		0 = Non	
		-9 = Donnée manquante	
F4. Avez-vous consulté quelqu'un pour un malaise ?			
1 = Oui		3 = Non, pas grave	
2 = Non, automédication		4 = Non, problèmes financiers	
		5 = Non, pas eu le temps	
		-9 = Donnée manquante	
Si F3 = Non (2, 3, 4, ou 5), allez à F14			
F5. Qui avez-vous consulté ?		1 = Oui 0 = Non	
A. Agent de santé	A. _ _	F. Membre église	F. _ _
B. Infirmière/auxiliaire	B. _ _	G. Medsen Fèy (Guérisseur)	G. _ _
C. Médecin généraliste	C. _ _	H. Pharmacien	H. _ _
D. Médecin spécialiste	D. _ _	I. Parent/ami	I. _ _
E. Oungan/mambo	E. _ _	J. Autre, Précisez	J. _ _
F6. Combien de fois avez-vous consulté ... au cours des six derniers mois		Inscrire le nombre et l'unité temporelle	
A. Agent de santé	A. _ _ _	F. Membre église	F. _ _ _
B. Infirmière/auxiliaire	B. _ _ _	G. Medsen Fèy (Guérisseur)	G. _ _ _
C. Médecin généraliste	C. _ _ _	H. Pharmacien	H. _ _ _
D. Médecin spécialiste	D. _ _ _	I. Parent/ami	I. _ _ _
E. Oungan/mambo	E. _ _ _	J. Autre, Précisez	J. _ _ _
Inscrire l'unité temporelle (J= jours, M= mois, A= année) et le nombre de fois (chiffre)			
F7. Pour vos consultations, où vous êtes-vous rendu ?		1 = Oui 0 = Non	
A. Ouanaminthe	A. _ _	F. Dajabón	F. _ _
B. Fort-Liberté	B. _ _	G. Santiago	G. _ _
C. Cap-Haïtien	C. _ _	H. Ailleurs en République dominicaine, Précisez	H. _ _
D. Ailleurs en Haïti, Précisez	D. _ _		
F8. Pourriez-vous me donner le nom de l'endroit et l'adresse exacte ?			
En cas de difficultés pour donner l'adresse exacte, demandez de donner un point de repère			

F22. Pourquoi avoir choisi cet endroit ?						1= Oui 0 = Non
A. Proche (Distance)	A. <input type="checkbox"/>	E. En confiance	E. <input type="checkbox"/>	I. Temps d'attente réduit	I. <input type="checkbox"/>	
B. Recommandé par parent/ami	B. <input type="checkbox"/>	F. Coût abordable	F. <input type="checkbox"/>	J. Accueil	J. <input type="checkbox"/>	
C. Référé par médecin/structure de soins	C. <input type="checkbox"/>	G. Gratuit	G. <input type="checkbox"/>	K. Services spécialisés	K. <input type="checkbox"/>	
D. Qualité des soins	D. <input type="checkbox"/>	H. Disponibilité du service	H. <input type="checkbox"/>	L. Autre, Précisez	L. <input type="checkbox"/>	
<i>Si vous n'arrivez pas à identifier la modalité appropriée, choisir Autre et noter la réponse fournie.</i>						
F23. Avez-vous payé pour vos soins prénataux ?						
1 = Oui 0 = Non >>> F30 -9 = Donnée manquante						<input type="checkbox"/>
F24. Combien avez-vous payé ?						
<i>Inscrire l'unité monétaire (G= gourdes, \$H= dollars haïtiens, P=peso dominicain) et le montant (chiffre)</i>						<input type="text"/>
F25. Qui vous a assisté lors de votre dernier accouchement ?						
01 = Médecin	04 = Auxiliaire	08 = Oungan/manbo				<input type="checkbox"/>
02 = Infirmière	05 = Agent de santé	09 = Parents/amis				<input type="checkbox"/>
03 = Infirmière sage-femme	06 = Matrone avec boîte	10 = Personne				<input type="checkbox"/>
	07 = Matrone sans boîte	11 = Autre, Précisez				<input type="checkbox"/>
F26. En quelle année avez-vous accouché						<input type="text"/>
F27. Où avez-vous accouché ?						
1 = Dispensaire	4 = Hôpital public	7 = Maternité				<input type="checkbox"/>
2 = Centre de santé	5 = Clinique privée	8 = Domicile >> F22				<input type="checkbox"/>
3 = Centre de santé à lit	6 = Hôpital privé	9 = Autre, Précisez				<input type="checkbox"/>
F28. Pouvez-vous me dire où se trouve cet endroit ?						
1 = Ouanaminthe	4 = Ailleurs, en Haïti	7 = Ailleurs, en République dominicaine				<input type="checkbox"/>
2 = Fort-Liberté	5 = Dajabón					<input type="checkbox"/>
3 = Cap-Haïtien	6 = Santiago					<input type="checkbox"/>
F29. Pourriez-vous me donner le nom de l'endroit et l'adresse exacte ?						
<i>En cas de difficultés pour donner l'adresse exacte, demandez de donner un point de repère</i>						
F30. Comment y allez-vous ?						
1 = À pied	3 = En voiture	5 = En camionnette				<input type="checkbox"/>
2 = À moto	4 = En taxi-moto	6 = Autre, Précisez				<input type="checkbox"/>
F31. Combien de temps prenez-vous pour vous y rendre ?						
1 = moins de 15 minutes	4 = 60 minutes	7 = plus de 120 minutes				<input type="checkbox"/>
2 = 15 minutes	5 = 90 minutes	8 = NSP				<input type="checkbox"/>
3 = 30 minutes	6 = 120 minutes					<input type="checkbox"/>
F32. Pourquoi avoir choisi cet endroit ?						
01 = Proche (Distance)	04 = Qualité des soins	07 = Disponibilité du service				<input type="checkbox"/>
02 = Recommandé par parent/ami	05 = En confiance	08 = Gratuit				<input type="checkbox"/>
03 = Référé par médecin/structure de soins	06 = Coût abordable	09 = Autre, Précisez				<input type="checkbox"/>
<i>Si vous n'arrivez pas à identifier la modalité appropriée, choisir Autre et noter la réponse fournie.</i>						
F33. Avez-vous payé pour votre accouchement ?						
1 = Oui 0 = Non >>> F30 -9 = Donnée manquante						<input type="checkbox"/>
F34. Combien avez-vous payé ?						
<i>Inscrire l'unité monétaire (G= gourdes, \$H= dollars haïtiens, P=peso) et le montant (chiffre)</i>						<input type="text"/>

G. MOBILITÉ TRANSFRONTALIÈRE	
G1. À quelle fréquence traversez-vous la frontière ?	_
1 = Au cours d'une journée 3 = Mois 6 = Six mois 2 = Semaine 4 = Deux mois 7 = Année 3 = Quinzaine 5 = Trois mois 8 = Autre, Précisez	_
<i>Vous devez inscrire le nombre dans la case du haut et préciser la fréquence selon les modalités ci-dessus indiquées dans la case du bas.</i>	
G2. La semaine dernière, combien de fois avez-vous traversé la frontière ?	_ _
G3. Comment avez-vous traversé ? 1 = À pied 3 = En voiture 5 = Autre, Précisez 2 = À moto 4 = À dos d'homme	_
G4. Où avez-vous traversé ? 1 = Rivière 2 = Pont -9 = Donnée manquante	_
G5. Quels étaient les motifs de votre dernière traversée de la frontière ?	1 = Oui 0 = Non
A. Vente au marché de Dajabón	A. _ _
B. Achat au marché de Dajabón	B. _ _
C. Achat dans un magasin/quincaillerie	C. _ _
D. Visite médicale	D. _ _
E. Visite famille/amis	E. _ _
F. Travail, Précisez type	F. _ _
G. Suivre un cours/formation	G. _ _
H. Participer à une rencontre (association)	H. _ _
I. Loisirs, Précisez-----	I. _ _
J. Accompagner quelqu'un chez le médecin	J. _ _
K. Déposer/chercher quelqu'un	K. _ _
L. Services (coiffeuse, banque...)	L. _ _
M. Autre, Précisez type -----	M. _ _
Si G5 = 04 (visite médicale), continuez avec G6 sinon allez à G7	
G6. Si vous pensez à votre récente visite médicale en République Dominicaine, pourquoi n'avez pas eu recours aux services de santé en Haïti ?	1 = Oui 0 = Non
A. Service non disponible à Ouanaminthe	A. _
B. Service non disponible à cette heure à Ouanaminthe	B. _
C. Temps d'attente trop long	C. _
D. Coût trop élevé	D. _
E. Service de mauvaise qualité	E. _
F. Mon médecin m'a référé	F. _
G. Dossier médical en République dominicaine	G. _
H. Autre, précisez-----	H. _
G7. La dernière fois que vous avez traversé la frontière, vous êtes allé à ... ?	_
1 = Dajabón 3 = Santo Domingo 2 = Santiago 4 = Autre, précisez-----	
G8. Avez-vous payé des frais pour traverser ? 1 = Oui 0 = Non -9 = Données manquantes	_
G9. Combien avez-vous payé ?	_ _ _____
<i>Inscrire l'unité monétaire (G= gourdes, \$H= dollars haïtiens, P=peso) et le montant (chiffre)</i>	
G8. Globalement, êtes-vous satisfait de vos déplacements en République dominicaine ?	_
1 = Très satisfait 3 = Insatisfait 4 = Très insatisfait 2 = Satisfait	
G9. Quels sont vos sentiments quand vous traversez la frontière ?	
1.	
2.	
3.	

GUIDES D'ENTRETIEN

1. Guide : Entretien exploratoire semi-structuré

L'objectif de ces entretiens menés auprès de personnes-ressources en Haïti et en République dominicaine est d'avoir une meilleure compréhension des systèmes de santé, d'identifier les sphères de collaboration et de compiler des informations sur la fréquentation des établissements de soins par les Haïtiens. Les points suivants seront abordés lors de ces entretiens semi-directifs :

1. Structure, organisation et fonctionnement des systèmes de santé haïtien et dominicain
2. Fréquentation des structures de soins dominicaines par les Haïtiens⁵⁰
 - a. Problèmes posés par cette affluence sur la gestion (capacité d'accueil, budget, etc.)
 - b. Modalités de prise en charge
 - c. Comment se fait le suivi
3. Référence de patients haïtiens à des établissements de santé dominicains⁵¹
 - a. Difficultés rencontrées
 - b. Modalités de prise en charge
 - c. Comment se fait le suivi
4. Fréquentation des structures de soins haïtiennes⁵²

⁵⁰ Cette question s'adresse seulement aux interlocuteurs dominicains.

⁵¹ Cette question s'adresse seulement aux personnes-ressources en Haïti

⁵² Cette question s'adresse seulement aux interlocuteurs haïtiens.

- a. Difficultés rencontrées (capacité d'accueil, budget, etc.)
 - b. Modalités de prise en charge
 - c. Comment se fait le suivi
- 5. Profil des patients (âge, sexe, etc.)
- 6. Pathologies soignées
- 7. Collaboration entre les établissements de soins haïtiens et dominicains (mécanismes, formes)
- 8. Coopération transfrontalière en santé
 - a. Programmes
 - b. Accords
 - c. Défis et enjeux pour les systèmes de santé nationaux

2. Guide d'entretien semi-structuré

L'objectif de ces entretiens auprès de personnes ayant eu recours aux soins de santé en République dominicaine est de collecter des informations sur les itinéraires thérapeutiques afin de mieux cerner les stratégies individuelles dans la quête de soins et d'identifier les déterminants de la mobilité transfrontalière dans le recours aux soins.

1. Profil de l'enquêté : âge, sexe, lieu de naissance, lieu de résidence, connaissance de l'espagnol, activités économiques
2. Mobilité transfrontalière
 - a. Expérience de la frontière : travail, éducation, marché, socialisation (famille, amis), loisir, activités communautaires, etc.
 - b. Pourquoi (motifs), où (pont, rivière), comment (seul, passeur, muni d'un passeport, sans papier...) et à quelle fréquence il/elle traverse la frontière ?
 - c. Appréciation du passage de la frontière : difficultés rencontrées (abus, mauvais traitement, paiement ou autres), facilitées
 - d. Expérience de rapatriement : Année ? Retour en République dominicaine ? Durée et lieu du séjour en République dominicaine avant le rapatriement ? A gardé des liens avec les parents ou amis se trouvant encore en République dominicaine ?
3. Connaissance et fréquentation des structures de soins disponibles en Haïti et en République dominicaine :
 - a. Structures de soins en Haïti : localisation, type, modalités d'accès, proximité (distance), coût
 - b. Structures de soins en République dominicaine : localisation, type, modalités d'accès, proximité (distance), coût
 - c. A déjà fréquenté l'une de ces structures récemment (au cours des trois mois précédents l'entretien) ? Pourquoi ? Références (médecins, parents/amis) ?

4. Morbidité et itinéraire thérapeutique

Itinéraire thérapeutique : stratégie mise en place pour se faire soigner = succession de recours aux soins (où, comment, pourquoi)

- a. État de santé actuel : Appréciation ; souffre d'une maladie chronique ? Diagnostic effectué où (Haïti, République dominicaine) et par qui ? Suivi et traitement effectué où ?
 - b. A été malade la semaine dernière ou au cours du mois précédant l'entretien ? Si oui, quelle maladie ? Gravité ? A consulté qui ? Pourquoi ?
 - c. Description de l'itinéraire suivi pour se faire soigner du début de la maladie à sa guérison : socialisation de la maladie, différentes structures de soins fréquentées, observance du traitement, difficultés et/ou barrières rencontrées, résultats obtenus... Motifs ayant poussé à suivre cet itinéraire ? A quel moment a décidé d'aller en République dominicaine se faire soigner ? Pourquoi ? Était accompagné (parent/ami) ? Comment a traversé la frontière ? Accueil reçu en République dominicaine ? Qui l'a référé ?
5. Appréciation des services : qualité des soins et du service, adéquation par rapport aux besoins, délai d'attente, coût, etc.
- a. Traitement reçu en Haïti versus traitement reçu en République dominicaine ?
6. Assurance maladie ? Si oui (assurance nationale ou internationale), mécanisme pour le remboursement des soins en République dominicaine, les soins sont-ils couverts ?
7. Barrières à l'accès aux soins