

La République d'Haïti, située dans la Caraïbe, partage avec la République Dominicaine la seconde île des Grandes Antilles dénommée île d'Haïti. Haïti est baignée au Nord par l'Océan Atlantique et au Sud par la mer des Caraïbes. Le Canal du Vent sépare Haïti de Cuba au Nord-Ouest et le Canal de la Jamaïque de la Jamaïque au Sud-Ouest.

C'est un pays essentiellement montagneux avec 20 % seulement de plaines côtières. La couverture végétale s'est réduite de façon dramatique depuis ces dernières décennies. Elle est estimée à seulement 2 % du territoire.

Le pays est divisé administrativement en dix départements : le Nord-Est, le Nord, le Nord-Ouest, le Centre, l'Artibonite, l'Ouest, le Sud-Est, le Sud, la Grande Anse et les Nippes. Chaque département est divisé en un certain nombre de communes et en sections communales. Au total, il existe 140 communes et 570 sections communales.

La capitale économique et politique, Port-au-Prince, se trouve dans le département de l'Ouest. Trois communes avoisinantes : Carrefour, Pétion-Ville, Delmas forment avec Port-au-Prince l'Aire Métropolitaine.

1.1 CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) effectué par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) en 2003 dénombrait une population de 8 373 750. Celle-ci est estimée en 2006 à 8 938 655 tenant compte d'un taux d'accroissement annuel de 2,2 %. La population est très jeune, soit 12 % âgés de moins de 5 ans, plus de la moitié ont moins de 21 ans et seulement 5 % ont plus de 64 ans. L'espérance de vie à la naissance est de l'ordre de 54 ans pour les femmes et de 52 ans pour les hommes.

Le rapport de masculinité est de 94 hommes pour 100 femmes. Une augmentation accélérée de la population urbaine a été observée au cours des dernières décennies. Cette population est passée de 28 % en 1990 à 40 % en 2003. La densité au kilomètre carré pour l'ensemble du pays est de 310 habitants en moyenne. Le département de l'Ouest est relativement surpeuplé et, en particulier, l'Aire Métropolitaine où, d'après le dernier RGPH, résident environ 37 % des habitants ; la grande majorité de cette population vit dans des bidonvilles. Il faut noter l'existence d'une migration constante de la population rurale vers les villes et, en particulier, vers la zone métropolitaine.

1.2 CONTEXTE ÉCONOMIQUE

Autrefois essentiellement agricole, l'économie a évolué au cours de ces trois dernières décennies en une économie « de marché » dominée par le secteur informel à la faveur de l'ouverture des ports au commerce extérieur en 1986. Parallèlement, l'industrialisation du pays s'est détériorée. Il en est résulté une baisse de la Production Intérieure Brute (PIB). Le taux de croissance au cours des dernières années n'a jamais atteint le niveau de 2,2 % de croissance de la population, contribuant aussi à une aggravation de la misère en Haïti.

Selon le dernier RGPH de 2003, le taux de population économiquement active était de l'ordre de 54,4 %. En réalité, dans la plupart des cas, il ne s'agit pas de travail vraiment générateur de revenus. Il est généralement admis que 70 % de la population vivent avec moins de 1\$ US par jour.

Un autre indicateur important à souligner est la faiblesse de la gourde par rapport au dollar qui, dans un contexte où l'exportation est au plus bas, contribue à accroître le déficit de la balance commerciale. La gourde qui était cotée à 5 unités pour 1 dollar américain vaut environ 7 à 8 fois moins, diminuant drastiquement le pouvoir d'achat de la population.

1.3 CONTEXTE POLITIQUE

Les deux dernières décennies ont été marquées par une instabilité politique croissante, en rupture avec les espoirs générés par la fin d'une période de dictature politique en 1986 et avec le vote d'une constitution démocratique en 1987. Dans un tel contexte, il n'a pas été possible de mettre en place des politiques publiques susceptibles de démocratiser la société et de favoriser un développement durable. Le nouveau gouvernement, constitué au début de 2006 dans un esprit de consensus de différents partis politiques, se trouve face à d'importants défis à relever, en particulier, stabiliser la situation politique et relancer l'économie.

1.4 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

L'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV) a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous populations des femmes de 15-49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15-59 ans. En particulier, l'EMMUS-IV vise à identifier et/ou à estimer :

Pour l'ensemble de la population :

- les niveaux de scolarisation ;
- les niveaux de disponibilité et d'utilisation des services de santé ;
- les niveaux d'utilisation du sel iodé ;
- certains indicateurs de bien-être des ménages.

Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans :

- divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et des adultes, ainsi que l'estimation du taux de mortalité maternelle ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques sociodémographiques ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité ;
- différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;

- la prévalence de l'anémie des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen d'un test sanguin ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- le niveau de prévalence du VIH ;
- les enfants orphelins et vulnérables ;
- le statut de la femme ;
- le niveau de violence domestique.

Pour les hommes de 15-59 ans :

- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux et les comportements sexuels ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- la prévalence de l'anémie au moyen d'un test sanguin ;
- le niveau de prévalence du VIH ;
- la participation des hommes dans les soins de santé.

L'ensemble des données collectées constitue une base de données qui facilitera la mise en place et le suivi de politiques et de programmes dans le domaine de la population et de la santé et, plus globalement, de politiques visant à l'amélioration des conditions de vie de la population haïtienne. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables au niveau international.

1.4.1 Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, trois types de questionnaires ont été utilisés. Il s'agit du questionnaire Ménage, du questionnaire Femme et du questionnaire Homme. Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme DHS, préalablement adaptés au contexte d'Haïti et en tenant compte des objectifs de l'enquête. Par ailleurs, le questionnaire Ménage et les questionnaires Individuels (Femme et Homme) ont été traduits en Créole, de manière qu'au cours de l'enquête, les questions soient posées le plus fidèlement possible par les enquêtrices/enquêteurs. En outre, en mai 2005, les questionnaires avaient été testés au cours d'une enquête pilote. Ce test avait permis de réviser les questionnaires ainsi que les autres documents méthodologiques de l'enquête et avait permis de finaliser la traduction des questionnaires en Créole.

1) **Questionnaire Ménage.** Il a permis de :

- collecter des informations sur le ménage, telles que le nombre de personnes, par sexe, âge, niveau d'instruction et survie des parents, etc.
- collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.), et sur le sel utilisé par les ménages : ces informations sont recueillies afin d'évaluer les conditions environnementales et nutritionnelles dans lesquelles vivent les personnes enquêtées.
- enregistrer les données concernant les mesures anthropométriques des femmes de 15-49 ans et des enfants de moins de 5 ans et les résultats des tests d'anémie des femmes, des enfants et des hommes de 15-59 ans.

- établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement.
 - déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques.
 - enregistrer les personnes éligibles pour le test du VIH ainsi que les réponses aux questions concernant le type d'aide ou de support reçu par la population vulnérable, c'est-à-dire, les personnes très malades ainsi que les enfants orphelins et vulnérables.
- 2) **Questionnaire Femme.** Il comprend les douze sections suivantes :
- caractéristiques sociodémographiques des enquêtées ;
 - reproduction ;
 - contraception ;
 - grossesse, soins postnatals et nutrition des enfants ;
 - vaccination, santé et nutrition des femmes ;
 - mariage et activité sexuelle ;
 - préférences en matière de fécondité ;
 - caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
 - VIH/sida et autres infections sexuellement transmissibles ;
 - mortalité maternelle ;
 - statut de la femme ;
 - relation dans le ménage.
- 3) **Questionnaire Homme.** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les cinq sections suivantes :
- caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
 - reproduction ;
 - mariage et activité sexuelle ;
 - VIH/sida.

1.4.2 Échantillonnage

L'échantillon de l'EMMUS-IV est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Vingt et une strates ont été définies : les 10 départements décomposés en urbain/rural et la zone métropolitaine de Port-au-Prince.

Au premier degré, 339 grappes ont été tirées à partir de la liste des sections d'énumération (SE) de l'Échantillon Maître d'Enquêtes Multiples (EMEM) établie par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique à partir du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2003. Les 339 grappes sélectionnées ont fait l'objet d'une cartographie et d'une énumération exhaustive des ménages.

Au deuxième degré, des ménages ont été tirés à partir des listes établies lors de l'opération de dénombrement. Les mesures du poids et de la taille ont été prises pour toutes les femmes de 15-49 ans et pour tous les enfants âgés de moins de cinq ans dans la moitié de l'échantillon des ménages. Dans le même sous échantillon d'un ménage sur deux, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans ont été testés pour estimer la prévalence de l'anémie et la prévalence du VIH. Tous les enfants

de moins de cinq ans du même sous échantillon ont été testés pour la mesure de la prévalence de l'anémie.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages ont été enquêtées individuellement. Cependant, les sections du questionnaire portant sur le VIH/sida et le statut de la femme n'ont été posées qu'aux femmes de 15-49 ans identifiées dans un ménage sur deux. De plus, parmi les femmes identifiées dans un ménage sur deux, une seule a été sélectionnée par ménage pour la section concernant les relations dans le ménage ou violence domestique.

Enfin, dans un sous échantillon d'un ménage sur deux, tous les hommes de 15-59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été enquêtés.

Les principaux domaines d'étude retenus sont : les 10 départements (Nord, Nord-Est, Nord-Ouest, Centre, Artibonite, Sud, Sud-Est, Grande-Anse, Ouest sans l'Aire métropolitaine de Port-au-Prince et Nippes) et l'Aire métropolitaine de Port-au-Prince.

Compte tenu de la taille variable de chaque strate, constituant chacune un domaine d'études, différents taux de sondage ont été appliqués initialement à chaque strate. Finalement, les résultats ont été pondérés au niveau de chaque grappe.

Les 339 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EMMUS-IV. Au total, 10 310 ménages ont été sélectionnés et parmi eux, 10 038 ménages ont été identifiés. De ces 10 038 ménages, 9998 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,6 % (tableau 1.1).

À l'intérieur des 9 998 ménages enquêtés, 10 892 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 10 757 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 98,8 %. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur deux : Au total, 5 094 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 5 094 hommes devant être interviewés individuellement, 4 958 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 97,3 %, légèrement inférieur à celui des femmes.

Que ce soit au niveau des ménages, des femmes ou des hommes, les taux de réponse sont très satisfaisants puisqu'ils sont très largement supérieurs à ceux qui avaient été prévus au moment de la conception du plan de sondage. De ce fait, le nombre de femmes enquêtées (10 757) dépasse nettement la taille de l'échantillon nécessaire pour les besoins de l'enquête, 9 500 ; de même, le nombre d'hommes enquêtés (4 958) dépasse nettement le nombre fixé au départ (4 500).

Tableau 1.1 Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle

Effectifs de ménages, de femmes et d'hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EMMUS-IV Haïti 2005-2006

Enquête	Résidence			Rural	Ensemble
	Aire Métropolitaine	Autres Villes	Ensemble urbain		
FEMMES					
Enquête Ménage					
Nombre de logements sélectionnés	1 382	2 798	4 180	6 130	10 310
Nombre de ménages identifiés	1 341	2 739	4 080	5 958	10 038
Nombre de ménages enquêtés	1 327	2 731	4 058	5 940	9 998
Taux de réponse des ménages	99,0	99,7	99,5	99,7	99,6
Enquête Individuelle Femme					
Nombre de femmes éligibles	1 847	3 416	5 263	5 629	10 892
Nombre de femmes enquêtées	1 810	3 386	5 196	5 561	10 757
Taux de réponse des femmes	98,0	99,1	98,7	98,8	98,8
HOMMES					
Enquête Ménage pour l'enquête Homme					
Nombre de logements sélectionnés	692	1 391	2 083	3 056	5 139
Nombre de ménages identifiés	667	1 362	2 029	2 948	4 977
Nombre de ménages enquêtés	658	1 357	2 015	2 940	4 955
Taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête homme	98,7	99,6	99,3	99,7	99,6
Enquête Individuelle Homme					
Nombre d'hommes éligibles	683	1 466	2 149	2 945	5 094
Nombre d'hommes enquêtés	645	1 430	2 075	2 883	4 958
Taux de réponse des hommes	94,4	97,5	96,6	97,9	97,3

1.4.3 Test du VIH/sida

Dans la moitié des ménages sélectionnés, les hommes de 15-59 ans et les femmes de 15-49 ans étaient éligibles pour le test du VIH/SIDA. Le protocole pour le test du VIH a été approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Board Committee*) de Macro International Inc. à Calverton et par le « Comité de Bio-Éthique et de Protection des Personnes », le comité national d'éthique d'Haïti.

Les prélèvements de sang ont été effectués auprès de tous les hommes de 15-59 ans et de toutes les femmes de 15-49 ans éligibles qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS (*Demographic and Health Surveys*) et approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Board Committee*) de Macro International Inc. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Après examen et amendement, le Comité National d'Éthique d'Haïti a approuvé le protocole anonyme lié spécifique de l'EMMUS-IV et la version finale du Consentement Éclairé et Volontaire du test. Étant donné que le test du VIH est strictement anonyme, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Cependant, aux personnes éligibles, qui avaient accepté (par signature du formulaire de consentement) ou non d'être

testées pour le VIH, on remettait une carte qui leur permettait d'obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuits auprès d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV). Chaque équipe disposait d'une liste de CDV opérationnels sur l'ensemble du territoire national afin d'indiquer aux enquêtés qui voulaient connaître leur statut sérologique le site le plus proche de leur domicile.

Deux membres de l'équipe de terrain, dont une infirmière, étaient chargés des prélèvements sur les personnes éligibles du ménage. En plus de la formation pour la collecte des gouttes de sang, les agents avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles du test du VIH. D'abord, pour chaque personne éligible, l'agent cherchait à obtenir son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et l'anonymat du test. Pour les enfants âgés de 15-17 ans, l'enquêteur/enquêtrice devait solliciter le consentement éclairé des parents ou de la personne responsable. Si la personne le souhaitait, l'enquêteur lui remettait la carte pour bénéficier des conseils et d'un test gratuits auprès d'un CDV.

Pour les femmes et les hommes qui acceptaient d'être testés, l'agent, en respectant toutes les précautions d'hygiène et de sécurité recommandées, prélevait des gouttes de sang sur un papier filtre. Dans la plupart des cas, les gouttes de sang étaient obtenues de la même piqûre faite au doigt pour le test d'anémie. Une étiquette contenant un code barre était collée sur le papier filtre contenant le sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre était collée sur le questionnaire sur la ligne correspondant au consentement de la personne éligible et une troisième étiquette, toujours avec le même code barre, était collée sur la fiche de transmission. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées, pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessiccants pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Pour la conservation des prélèvements, des dessiccants et un indicateur d'humidité étaient placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels étaient ainsi conservés au sec jusqu'à leur acheminement à l'IHE, puis au laboratoire IMIS/Centres GHESKIO à Port-au-Prince.

1.4.4 Formation et collecte des données

Le personnel de terrain, sélectionné par la direction de l'IHE, a été formé sur une période de quatre semaines. L'enquête a débuté tout de suite après cette formation. Les équipes standard, au nombre de 10, étaient composées de deux enquêtrices, d'une infirmière, d'un enquêteur, d'une contrôeuse, d'un chef d'équipe et d'un chauffeur. Deux autres équipes, spécialement sélectionnées et formées pour mener l'enquête à Cité Soleil, « zone dite de non droit », à ce moment-là, comportaient deux enquêtrices, une infirmière, deux enquêteurs et un chef d'équipe.

La formation pour le test d'anémie et du VIH a duré 15 jours pendant lesquels le spécialiste de Macro International Inc. a présenté et expliqué aux infirmières les techniques de prélèvement des gouttes de sang, de son analyse à l'aide de « l'HemoCue » pour le test d'anémie et de son expédition au laboratoire des Centres GHESKIO pour le test du VIH.

La collecte des données s'est étalée d'octobre 2005 à juin 2006, avec trois périodes d'arrêt de 30 jours au total dues à des problèmes logistiques.

1.4.5 Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel CSPro, développé par le programme DHS. Deux agents de bureau étaient chargés de la vérification des questionnaires venus du terrain avant de les transmettre à la saisie. Cette saisie a été réalisée par dix-sept opérateurs, de novembre 2005 à juin 2006, assistés de deux contrôleurs sous la supervision d'un gestionnaire de base des données et d'un assistant. Tous les

questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permet de détecter, pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement communiquées aux équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par l'équipe technique de l'IHE avec l'assistance d'un informaticien et d'un démographe du programme DHS, utilisant une technique éprouvée au cours de dizaines d'enquêtes similaires.