

CHAPITRE 1

CARACTERISTIQUES DU PAYS ET PRESENTATION DE L'ENQUETE

Ce premier chapitre a pour but de présenter les principales caractéristiques d'Haïti ainsi que la méthodologie de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-II). Ces informations permettront sans doute de mieux saisir le contexte dans lequel s'est déroulée l'EMMUS-II et, ainsi, de mieux situer les résultats obtenus.

1.1 BREVE PRESENTATION D'HAITI

1.1.1 Situation géographique

Haïti, située dans le bassin des Caraïbes, constitue, avec la République Dominicaine, la deuxième île des Grandes Antilles. Elle est baignée au nord par l'Océan Atlantique et au sud par la Mer des Caraïbes. Pays essentiellement montagneux, Haïti est bordée de plaines côtières qui représentent environ 20 pour cent du territoire. Sa superficie totale est de 27 250 km².

Deux langues officielles sont reconnues par la constitution de 1987 : le français et le créole. Cependant, une faible proportion de la population parle effectivement le français. Il est généralement admis que le taux d'analphabétisme est élevé en Haïti. Au cours de l'enquête, parmi les personnes âgées de 6 ans et plus, 39 pour cent des femmes et 28 pour cent des hommes avaient déclaré n'avoir jamais été à l'école.

Haïti est divisée en neuf départements et a pour capitale Port-au-Prince, située dans le département de l'Ouest. Près des deux tiers de la population vit en milieu rural et environ un tiers en milieu urbain. La population de Port-au-Prince, sans cesse croissante, avoisinerait actuellement 2 000 000 d'habitants.

1.1.2 Situation démographique

Plusieurs enquêtes démographiques ont été menées en Haïti au cours des 15 dernières années.¹ Elles fournissent essentiellement des informations sur la fécondité, la planification familiale et sur la santé des enfants. Cependant, du fait que le dernier recensement date de 1982 (Recensement Général de la Population et du Logement - RGPL), les données sur la taille de la population et sa structure, et sur les mouvements de population (natalité, mortalité et migrations) font cruellement défaut.²

Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base

Indicateurs	
Superficie (km ²)	27 250
Population totale ¹	7 200 000
Rapport de masculinité ² (hommes/100 femmes)	92
Densité (habitants/km ²)	264
Population de moins de 5 ans ² (p. 100)	15
Population de moins de 15 ans ² (p. 100)	46
Taux d'accroissement annuel ³ (p. 100)	2
Taux brut de natalité ² (p. 1 000)	34
Taux de mortalité infantile ² (p. 1 000)	74
Taux de mortalité maternelle ⁴ (p. 100 000)	460

Sources:

¹ Estimation pour 1995

² EMMUS-II, 1994-1995

³ Estimation de l'Institut Haïtien de la Statistique et de

l'Informatique

⁴ Maternal Mortality in Haïti, 1993

¹ L'Enquête Haïtienne sur la Fécondité (EHF) en 1977 (IHS et EMF, 1981); l'Enquête Haïtienne sur la Prévalence de la Contraception (EHPC) en 1983 (Ayad et al., 1985); Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-I) en 1987 (Cayemittes et al., 1989); l'Enquête Nationale Haïtienne sur la Contraception (ENHAC) en 1989 (Cayemittes et al., 1991).

² IHSI, 1984

La population d'Haïti est estimée actuellement à 7 200 000 habitants (voir Tableau 1.1). La densité est donc élevée, puisqu'elle atteint 267 habitants au km². Il est à noter qu'il s'agit d'une population très jeune dont 15 pour cent a moins de 5 ans et 46 pour cent moins de 15 ans. Les personnes de 65 ans et plus ne représentent que 3 pour cent. Le rapport de masculinité qui s'établit à 92 hommes pour 100 femmes met en évidence un déséquilibre entre les sexes au profit des femmes.

Le rythme d'urbanisation ne cesse de s'accroître au niveau de tous les départements et près de 60 pour cent de cette population migrante d'origine rurale va habiter dans les bidonvilles des centres urbains. L'émigration qui a débuté dans les années 50 s'est accentuée à partir des années 60 pour devenir très importante au cours de la décennie 90, suite aux troubles socio-politiques de ces dix dernières années. A la fin de 1989, on estimait à plus d'un million le nombre d'haïtiens vivant à l'étranger, la majorité se trouvant aux Etats-Unis (Guengant, 1993).

1.1.3 Situation économique

Pays originellement à vocation agricole où l'industrie est peu développée, Haïti se caractérise par un secteur économique informel important. Environ trois quarts de la population auraient un revenu se situant au-dessous du seuil de pauvreté absolue. Le taux de chômage global était estimé, en 1991, à plus de 50 pour cent de la population active (UNDP, 1991). Certainement, la situation s'est aggravée depuis cette époque. "Depuis 1980, la situation économique n'a cessé de se dégrader, avec un produit intérieur brut par tête en constante réduction; si on donne à celui-ci l'indice 100 en 1980, et qu'on l'estime en prix réel c'est-à-dire après avoir exclu l'impact de l'inflation, il est passé de 83 en 1989, à 80 en 1990, à 78 en 1991 et à 70 en 1992. Haïti se situe donc parmi les Pays les Moins Avancés (PMA) et est considéré comme *le pays le plus pauvre de l'hémisphère* avec un Produit National Brut (PNB) par tête estimé à 370 dollars américains en 1990." (OPS/OMS, 1993). D'après certaines estimations, ce chiffre serait tombé à moins de 300 dollars américains en 1994.

Au cours des deux dernières décennies, on a assisté à une dégradation de l'agriculture en relation avec une déforestation accélérée, l'absence de modernisation des techniques agricoles, une pression sans cesse croissante sur les terres, l'éclatement des structures sociales et la détérioration des termes de l'échange. Parallèlement, l'industrie naissante, essentiellement de sous-traitance, qui était en expansion à la fin des années 70 a subi une nette régression avec la crise du pétrole, l'inflation galopante avec la décade de la gourde (chute de plus de 300 pour cent de sa valeur au cours des quatre dernières années) et l'instabilité politique avec la succession de gouvernements éphémères.

Conséquence de cette dégradation économique, le coût de la vie ne cesse d'augmenter comme en témoigne par exemple l'indice des prix de produits alimentaires de base (riz, maïs, haricot). Il n'a cessé d'augmenter au cours des 3 dernières années, passant de 100 (indice de référence) en janvier 1992 à 161 pour la période mai-juin 95 (USAID, 1995).

1.1.4 Situation politique

Une instabilité politique chronique et le caractère anti-démocratique de la quasi-totalité des gouvernements constituent les deux traits essentiels du régime politique haïtien depuis l'indépendance du pays en 1804. Avec la chute du règne dictatorial des Duvalier en 1986, une perspective de changement est apparue, surtout avec l'avènement en 1990 du premier gouvernement élu démocratiquement. Malheureusement, un coup d'état sanglant est venu mettre fin à cette expérience. La résistance du peuple haïtien, l'intervention de la communauté internationale et l'embargo économique imposé à Haïti en 1994 ont permis le retour à l'ordre démocratique en octobre 1994. Depuis cette date, il germe à nouveau une lueur d'espoir mais la complexité de la situation et les énormes difficultés à surmonter montrent que le chemin à parcourir est encore long.

1.1.5 Situation sanitaire

La population vit dans un environnement sanitaire très malsain comme en témoigne ces indicateurs :

- 31 pour cent seulement de la population a accès à une eau potable salubre, située à moins de 15 minutes du domicile;
- 25 pour cent seulement de la population a accès à des installations sanitaires d'évacuation des excréments.

En ce qui concerne les affections les plus courantes qui touchent les adultes, on trouve la malaria, la tuberculose, le SIDA et la sous-nutrition. Alors que chez les enfants, ce sont surtout les diarrhées, la sous-nutrition et les infections respiratoires aiguës.

Le pays dispose de 652 établissements sanitaires dont plus d'un tiers est concentré dans le département de l'Ouest et surtout à Port-au-Prince (OPS/OMS, 1994). Ces structures disposent d'un total de 6 473 lits, soit 9 lits pour 10 000 habitants. En terme de personnel, on estime qu'il y a 1,1 médecins, 1,2 infirmières, 2,7 auxiliaires et 0,4 dentiste pour 10 000 habitants (MSPP, 1995). D'une manière générale, à peine 70 pour cent de la population a réellement accès aux soins de santé même si on se limite aux soins de santé primaires. "La dépense de l'état par habitant reste faible : environ 23 gourdes en 1992" (MSPP, 1995).

Avec les troubles politiques des années 1991-1994, nous avons assisté à un véritable bouleversement au niveau des prestations des services de santé. D'un côté, désagrégation de plus en plus importante du secteur public et, parallèlement, renforcement et élargissement du secteur privé à but non lucratif. En effet, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) travaillant dans le domaine des soins de santé primaires ont pu augmenter la couverture des services offerts à la population haïtienne, touchant près de 3 000 000 d'habitants,³ grâce à une augmentation de leurs ressources financières provenant de l'aide humanitaire instituée au cours de la période d'embargo, à une meilleure gestion et au dévouement de la plupart des travailleurs de santé.

Sur le plan de la politique sanitaire, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) donne la priorité à la promotion des soins de santé primaires.

1.2 OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

1.2.1 Cadre institutionnel

L'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-II) a été réalisée de juillet 1994 à janvier 1995 par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) avec l'assistance technique du programme Demographic and Health Surveys (DHS) de Macro International Inc. Elle a bénéficié du financement de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) et du soutien logistique du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), de l'Organisation Pan Américaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé (OPS/OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).

Il faut signaler que cette enquête a démarré en juillet 1994, au cours d'une période particulièrement troublée sur le plan socio-politique (embargo international, régime inconstitutionnel en place) et en pleine crise économique. Même si nous avons assisté au retour du régime constitutionnel en octobre 1994, la situation socio-économique qui a prévalu tout au long de la collecte des données était toujours très critique.

³ Estimation de l'IHE pour 1995.

1.2.2 Objectifs

L'EMMUS-II a pour objectifs d'estimer sur le plan national et selon le milieu de résidence (Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, Autres Villes et milieu rural) les indicateurs suivants :

Pour les enfants de moins de 5 ans :

- la prévalence de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës et de la fièvre au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête;
- le taux d'utilisation de la Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) chez les enfants atteints de diarrhée;
- la couverture vaccinale contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole;
- le taux de supplémentation en vitamine A au cours de l'année précédant l'enquête et l'état nutritionnel par mesures anthropométriques (poids et taille);
- le niveau de mortalité;
- les principaux déterminants des niveaux et tendances de la mortalité;
- les principales causes de décès.

Pour les femmes de 15 à 49 ans :

- les niveaux de fécondité;
- les principaux déterminants des niveaux et tendances de la fécondité;
- le niveau de connaissance de la contraception, la prévalence contraceptive, les différentes méthodes utilisées et leurs sources d'approvisionnement;
- les principaux déterminants des niveaux d'utilisation de la contraception;
- le niveau d'utilisation des services de soins prénatals;
- la couverture vaccinale contre le tétanos des femmes en âge de procréer;
- l'état nutritionnel des mères par mesures anthropométriques (poids et taille);
- le niveau de connaissances des modes de transmission et de prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et du SIDA, la perception du risque de contracter le SIDA et les moyens de prévention utilisés.

Pour les hommes de 15 à 59 ans :

- la prévalence de la contraception ainsi que les différentes méthodes utilisées;
- les principaux déterminants des niveaux d'utilisation de la contraception;
- le niveau de connaissances des modes de transmission et de prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) du SIDA, la perception du risque de contracter le SIDA et les moyens de prévention utilisés.

1.2.3 Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, quatre séries de questionnaires ont été utilisés :

- 1) Questionnaire communautaire, portant sur les infrastructures socio-économiques et sanitaires des 172 grappes visitées.
- 2) Questionnaire ménage, permettant de collecter des informations démographiques sur le ménage, tel que le nombre de personnes vivant sous le toit, leur sexe, leur âge, leur état matrimonial, leur niveau d'instruction, ainsi que quelques informations sur les caractéristiques du logement. Ce questionnaire permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement et il fournit également les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques (natalité et fécondité).
- 3) Questionnaire femme : il s'agit d'un questionnaire individuel comprenant dix sections et portant sur les indicateurs mentionnés plus haut pour les femmes de 15 à 49 ans.
- 4) Questionnaire homme : il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant six sections et portant sur les indicateurs mentionnés plus haut pour les hommes de 15 à 59 ans.

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme Demographic and Health Survey (DHS), préalablement adaptés au contexte haïtien et en tenant compte des objectifs de l'enquête. Ces questionnaires ont été traduits en créole et, après contre-traduction de la version créole en vue de vérification, ils ont été pré-testés avant leur utilisation. Ces questionnaires, dans leur version créole, figurent intégralement à l'Annexe E et ils sont suivis de leur traduction en français.

1.2.4 Plan de sondage

Pour les besoins de l'EMMUS-II, l'échantillon-cible était de 5 000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et 1 600 hommes de 15 à 59 ans. L'échantillon est représentatif au niveau national et au niveau des milieux de résidence (Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, Autres Villes et milieu rural).

L'échantillon de l'EMMUS-II est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, 172 grappes ont été tirées au hasard, soit à partir d'une carte, dans le cas de l'Aire Métropolitaine et du Cap-Haïtien, soit à partir de la liste des Sections d'Enumération (SDE) établie au cours du recensement de 1982 par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), dans le cas des autres centres urbains et du milieu rural. Toutes les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'une cartographie et d'une énumération exhaustive des ménages.

Au deuxième degré, un échantillon de ménages a été tiré à partir de la liste de l'ensemble des ménages de chacune de ces grappes. Toutes les femmes de 15 à 49 ans appartenant aux ménages sélectionnés ont été interviewées. Par ailleurs, dans un sous-échantillon de ménages (un sur trois), tous les hommes de 15 à 59 ans ont été interviewés.

Compte tenu de la taille variable de chaque strate (Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, Autres Villes et milieu rural) et pour garantir des résultats suffisamment précis pour chacune d'entre elles, différents taux de sondage ont été appliqués à chaque strate et, par conséquent, les résultats ont été pondérés au niveau national.

Toutes les 172 grappes sélectionnées ont pu être enquêtées au cours de l'EMMUS-II. Au total, 5 433 ménages ont été sélectionnés, parmi lesquels 4 944 ont été identifiés, et 4 818 ont été effectivement enquêtés, soit un taux de réponse de 97,5 pour cent (Tableau 1.2). Parmi les 5 709 femmes éligibles, 5 356 ont été effectivement interviewées avec succès, soit un taux de réponse de 93,8 pour cent. Parmi les 1 767 hommes éligibles, 1 610 ont été interviewés avec succès, soit un taux de réponse de 91,1 pour cent.

Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échantillon					
Effectifs des ménages, des femmes et des hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EMMUS-II Haïti 1994/95					
Enquête	Résidence				Ensemble
	Aire métropolitaine	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Enquête ménage					
Nombre de logements sélectionnés	1 411	1 024	2 435	2 998	5 433
Nombre de ménages identifiés	1 296	908	2 204	2 740	4 944
Nombre de ménages enquêtés	1 210	892	2 102	2 716	4 818
Taux de réponse des ménages	93,4	98,2	95,4	99,1	97,5
Enquête individuelle femme					
Nombre de femmes éligibles	1 751	1 092	2 843	2 866	5 709
Nombre de femmes enquêtées	1 555	1 049	2 604	2 752	5 356
Taux de réponse des femmes	88,8	96,1	91,6	96	93,8
Ménages pour l'enquête homme					
Nombre de logements sélectionnés pour l'enquête homme	470	337	807	992	1 799
Nombre de ménages identifiés	436	289	725	917	1 642
Nombre de ménages enquêtés	407	285	692	906	1 598
Taux de réponse des ménages pour l'enquête homme	93,3	98,6	95,4	98,8	97,3
Enquête individuelle homme					
Nombre d'hommes éligibles	451	315	766	1 001	1 767
Nombre d'hommes enquêtés	384	291	675	935	1 610
Taux de réponse des hommes	85,1	92,4	88,1	93,4	91,1

En Annexe B figure le plan de sondage complet ainsi que les résultats détaillés concernant la taille et la couverture de l'échantillon.

1.2.5 Formation et collecte des données

Le personnel de terrain, sélectionné sur concours, a été formé sur une période de quatre semaines. La formation, menée en français et en créole, était théorique et pratique. Elle a comporté une présentation du questionnaire et des techniques d'interview et d'enregistrement des informations, et elle a été complétée par des discussions sur les principaux thèmes abordés par l'enquête. Cette formation théorique a été complétée par des exercices pratiques sur la façon de remplir le questionnaire, des jeux de rôles entre enquêteurs et superviseurs et une pratique de terrain. La formation a été assurée par le personnel de l'IHE et les consultants de DHS. Une formation de même type avait été menée plusieurs mois plus tôt avant de réaliser le pré-test.

L'enquête débuta tout de suite après cette formation, avec sept équipes composées de trois enquêtrices, un enquêteur, une contrôlease, un chef d'équipe et un chauffeur.

La collecte des données s'est étalée de juillet 1994 à janvier 1995, avec plusieurs courtes périodes d'arrêt dues aux troubles socio-politiques. La contrôlease devait vérifier sur place tous les questionnaires avant de les envoyer à Port-au-Prince pour traitement informatique. De plus, des superviseurs visitaient fréquemment les équipes et participaient également au contrôle des questionnaires sur le terrain.

1.2.6 Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur débuta deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel ISSA (Integrated System for Survey Analysis), développé par DHS. Cette saisie a été réalisée par quatre opérateurs, assistés de deux contrôleurs et supervisés par un programmeur. A signaler que ces opérateurs et superviseurs avaient aussi participé à la formation donnée aux enquêteurs - à l'exception du pré-test. Le programmeur avait également assisté à cette formation. Avant de démarrer la saisie, les questionnaires étaient une seconde fois contrôlés par des agents de vérification. Tout au long de cette phase de saisie, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter les erreurs de collecte et le personnel de terrain en était avisé immédiatement. De même, le programme d'entrée des données était conçu de manière à détecter les erreurs au cours de la saisie. Et tout au long du travail, le contrôleur s'assurait de la qualité de la saisie.

A la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des questions. La vérification finale a été réalisée par le programmeur de l'IHE, puis par celui de DHS, utilisant une technique éprouvée au cours de dizaines d'enquêtes similaires.

