

Haïti



**Enquête Mortalité,
Morbidité et
Utilisation des
Services (EMMUS-VI)**

2016-2017

Indicateurs Clés



Haïti

Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI)

2016-2017

Indicateurs Clés

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)

Institut Haïtien de l'Enfance (IHE)
Pétion-Ville, Haïti

The DHS Program
ICF
Rockville, Maryland, USA

Septembre 2017



Ce rapport présente les indicateurs clés de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017) réalisée en Haïti de novembre 2016 à avril 2017 pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), en collaboration de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). L'EMMUS VI a été réalisé avec l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) à travers ICF, du Gouvernement du Canada accordé par l'entremise du ministère des Affaires étrangères, du Commerce, et du Développement (MAECD), du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), de la Banque mondiale à travers le projet PASMISSE, et du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, à travers PSI/OHMaSS. D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération, en particulier, le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) pour la réalisation des tests du VIH. Elle a aussi bénéficié de l'assistance technique de l'ICF par le biais du programme *Demographic and Health Surveys* (The DHS Program), financé par l'USAID.

Ce rapport a été préparé par l'IHE et the DHS program.

Pour tous renseignements concernant l'EMMUS VI, contacter l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), 41 Rue Borno ; P.O. Box 15606 ; Pétion-Ville, Haïti : e-mail ihehaiti@gmail.com.

Concernant the DHS program, des renseignements peuvent être obtenus auprès d'ICF, 503 Gaither Road, Rockville, MD 20850, USA : (Téléphone 301-407-6500 Fax 301-572-0999; e-mail : info@DHSprogram.com; Internet : <http://www.DHSprogram.com>).

Citation recommandée :

Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) [Haïti] et ICF. 2017. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2016-2017 : Indicateurs Clés*. Rockville, Maryland, et Pétion-Ville, Haïti : IHE et ICF.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAUX ET GRAPHIQUES	v
1 INTRODUCTION	1
2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	3
2.1 Échantillonnage.....	3
2.2 Questionnaires.....	3
2.3 Mesures et tests biologiques.....	5
2.4 Formation et collecte des données.....	7
2.5 Traitement des données.....	8
2.6 Procédure de laboratoire pour le test de VIH.....	8
3 RÉSULTATS	9
3.1 Couverture de l'échantillon.....	9
3.2 Conditions de vie des ménages.....	9
3.3 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.....	13
3.4 Enregistrement des naissances à l'état civil.....	16
3.5 Fécondité.....	17
3.6 Désir d'enfants (supplémentaires).....	20
3.7 Utilisation de la contraception.....	21
3.8 Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale.....	24
3.9 Santé de la reproduction.....	26
3.10 Santé de l'enfant.....	29
3.11 État nutritionnel des enfants.....	34
3.12 Allaitement.....	37
3.13 Anémie chez l'enfant et chez la femme.....	39
3.14 Mortalité des enfants.....	41
3.15 Virus de l'immunodéficience humaine (VIH).....	43
3.16 Prévention du paludisme.....	55

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1	Résultats des interviews Ménages et Individuelles	9
Tableau 2	Eau utilisée par les ménages pour boire	11
Tableau 3	Type de toilettes utilisées par les ménages.....	12
Tableau 4	Lavage des mains	13
Tableau 5	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	14
Tableau 6	Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans.....	16
Tableau 7	Fécondité actuelle.....	17
Tableau 8	Fécondité des adolescentes.....	19
Tableau 9	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants	20
Tableau 10	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques	22
Tableau 11	Besoin et demande pour des services de planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives.....	25
Tableau 12	Indicateurs de santé maternelle	26
Tableau 13	Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques	31
Tableau 14	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre, et de la diarrhée	33
Tableau 15	Etat nutritionnel des enfants	36
Tableau 16	Allaitement selon l'âge de l'enfant.....	38
Tableau 17	Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes	40
Tableau 18	Quotient de mortalité, des enfants de moins de 5 ans	41
Tableau 19	Quotients de mortalité des enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques démographiques	42
Tableau 20	Connaissance des moyens de prévention du VIH	44
Tableau 21	Connaissance des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes.....	45
Tableau 22.1	Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois: Femmes	47
Tableau 22.2	Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Hommes	48
Tableau 23.1	Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête: Femmes.....	50
Tableau 23.2	Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête: Hommes.....	51
Tableau 24	Couverture du test du VIH	52
Tableau 25.1	Prévalence du VIH selon l'âge.....	53
Tableau 25.2	Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques	54
Tableau 26	Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les ménages.....	55
Tableau 27	Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide par les enfants et les femmes enceintes.....	57
Tableau 28	Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants.....	58
Tableau 29	Niveau d'hémoglobine <8,0 g/dl chez les enfants	59
Graphique 1	Fécondité par âge selon le milieu de résidence	18
Graphique 2	Tendances de la fécondité 1994-2017.....	18
Graphique 3	Prévalence contraceptive (femmes en union) 2000-2017.....	23
Graphique 4	Indicateurs de santé maternelle (2005-2017)	29
Graphique 5	Vaccination des enfants de 12-23 mois (2005-2017)	32
Graphique 6	État nutritionnel des enfants par âge	37
Graphique 7	Tendance de la mortalité des enfants.....	41
Graphique 8	Prévalence du VIH par sexe et âge.....	53
Graphique 9	Prévalence du VIH par département.....	54

1 INTRODUCTION

L a sixième Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017) a été réalisée par l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) en collaboration avec l'Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique (IHSI). L'EMMUS-VI, commanditée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (The Demographic and Health Surveys (DHS Program)) d'ICF. L'objectif de cette enquête est de collecter, analyser, et diffuser des données démographiques et de santé portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale, la santé, et la nutrition de la mère et de l'enfant, et le VIH/SIDA. L'enquête a été financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), la Banque mondiale à travers le projet PASMISSE, le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, à travers PSI/OHMaSS, et le Gouvernement du Canada par l'entremise du ministère des Affaires étrangères, du Commerce, et du Développement (MAECD).

L'EMMUS-VI 2016-2017 a été conçue pour fournir des données de suivi et d'évaluation dans les domaines de la population et de la santé. Les données collectées sur le terrain de Novembre 2016 à Avril 2017 fournissent des estimations actualisées des indicateurs démographiques et sanitaires de base.

Plus précisément, l'EMMUS-VI a collecté des données sur les niveaux de fécondité, les préférences en matière de fécondité, la connaissance, et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, la mortalité des enfants, la santé infantile, et maternelle, la possession, et l'utilisation de moustiquaires, l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant. En outre, l'EMMUS-VI a permis d'estimer la prévalence de l'anémie, du VIH, du diabète, et de l'hypertension. L'analyse des prélèvements sanguins pour le VIH étant en cours au Laboratoire National de Santé Publique du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), les résultats sur la prévalence du VIH seront publiés dans un rapport ultérieur.

Ce rapport présente les indicateurs clés produits à partir des données collectées par l'EMMUS-VI. Une analyse complète de l'ensemble des données sera publiée dans les prochains mois.

2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 Échantillonnage

L'EMMUS-VI vise la population des individus qui résident dans les ménages ordinaires de l'ensemble du pays. Un échantillon national de 13 546 ménages a été sélectionné dont 13 405 ont pu être interviewés. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbains, et ruraux ainsi que des 11 domaines d'étude, correspondant aux 10 départements, et à l'aire métropolitaine.

L'échantillon de l'EMMUS-VI est un échantillon aréolaire stratifié, et tiré à deux degrés. Au premier degré, 450 Sections d'Énumération(SDE) ou grappes ont été tirées sur l'ensemble du territoire national, avec un tirage systématique à probabilité proportionnelle à la taille. La taille de SDE est le nombre de ménages résidant dans la SDE. La base de sondage retenue pour l'EMMUS-VI est le Recensement Général de la Population, et de l'Habitat de 2003 (RGPH 2003), avec une actualisation partielle en 2011 par l'IHSI. Après le tirage des SDE et avant l'enquête principale, un dénombrement des ménages, et une mise à jour de la carte de chaque SDE sélectionnée ont été effectués. Au second degré, un échantillon de ménages a été tiré avec un tirage systématique à probabilité égale à partir de la liste nouvellement établie dans le dénombrement.

Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. Dans deux tiers des ménages, l'enquête a aussi été réalisée auprès des hommes de 15-64 ans. Dans un tiers des ménages, les femmes de 50-64 ans et les hommes de 35-64 ans étaient également éligibles, mais seulement pour certains aspects de l'enquête.

2.2 Questionnaires

Quatre types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EMMUS-VI : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme, le questionnaire individuel homme, et le questionnaire pour les biomarqueurs. Le contenu de ces documents est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme DHS, auxquels ont été rajoutés certains modules du programme DHS, d'autres développés par l'UNICEF dans le cadre des Enquêtes par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS), et d'autres encore développés spécialement pour répondre aux besoins spécifiques d'Haïti.

Des réunions regroupant des techniciens représentant le gouvernement et les partenaires pour le développement ont été organisées pour définir les objectifs spécifiques de l'enquête. À l'issue de ces réunions, les questionnaires de base ont été adaptés pour tenir compte des besoins des utilisateurs et refléter les problèmes pertinents qui se posent en termes de population, de santé, de planification familiale, de VIH/SIDA et dans d'autres domaines de santé spécifiques à Haïti, comme le choléra.

Le **questionnaire ménage** permet d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Le but premier du questionnaire ménage est de fournir les informations permettant de déterminer les populations de référence pour le calcul des taux démographiques (mortalité, natalité, fécondité), et d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour être interviewés individuellement.

Le questionnaire ménage contient également des informations relatives aux conditions de vie du ménage. En outre différents modules ont été rajoutés. Il s'agit de :

- Possession et utilisation des moustiquaires
- Utilisation des services de santé
- Discipline des enfants
- Choléra
- Handicap

Le **questionnaire individuel femme** est utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans. Il comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée
- Historique des naissances (fécondité et mortalité des enfants) et avortement;
- Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives
- Préférences en matière de fécondité
- Santé maternelle
- Santé des enfants, allaitement et pratiques nutritionnelles
- Union et activité sexuelle
- Caractéristiques du conjoint et activité économique de la femme
- VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles
- Violence domestique
- Autres problèmes de santé
- Maladies non-transmissibles
- Mortalité adulte et Mortalité maternelle
- Développement du jeune enfant

Comme précisé plus haut, dans un tiers des ménages, les femmes de 50-64 ans étaient aussi éligibles pour l'enquête. Le questionnaire utilisé pour interviewer ces femmes était limité aux sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée
- Autres problèmes de santé
- Maladies non-transmissibles

Le **questionnaire individuel homme** est complètement indépendant du questionnaire femme, mais de nombreuses questions posées aux hommes âgés de 15-64 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté
- Reproduction
- Contraception
- Union et activité sexuelle
- Emploi et rôle des sexes
- Préférences en matière de fécondité
- VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles
- Autres problèmes de santé
- Maladies non-transmissibles

Dans un tiers des ménages, les hommes de 35-64 ans étaient aussi éligibles pour l'enquête. Le questionnaire utilisé pour interviewer ces hommes était limité aux sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée
- Autres problèmes de santé
- Maladies non-transmissibles

Le **questionnaire pour les biomarqueurs** permet d'enregistrer les résultats des mesures anthropométriques et des tests d'hémoglobine et de glucose, ainsi que le résultat de la collecte de sang pour le test du VIH. Par contre les mesures de la pression artérielle étaient enregistrées dans les questionnaires individuels.

CAPI

Dans l'EMMUS VI, les enquêteurs ont utilisé des tablettes PC pour enregistrer les réponses obtenues durant les interviews. Les tablettes, équipées de la technologie Bluetooth ont permis le transfert électronique de fichiers (transfert des feuilles d'affectation des superviseurs aux enquêteurs et le transfert des questionnaires remplis des enquêteurs aux superviseurs). Le système de collecte de données CAPI « Computer-Assisted Personal Interviewing » utilisé, a été développé par le DHS Program en utilisant la version mobile de CSPro.

2.3 Mesures et tests biologiques

L'EMMUS VI a incorporé les mesures et tests biologiques suivants : l'Anthropométrie, le dosage de l'hémoglobine, de l'hémoglobine glyquée, et le test du VIH. Contrairement à la collecte des données dans les ménages, les données des biomarqueurs ont été collectées initialement dans les questionnaires biomarqueurs en papier et enregistrées par la suite dans les tablettes des enquêteurs.

2.3.1 Poids et taille

La taille et le poids ont été enregistrés pour tous les enfants âgés de moins de 5 ans; dans deux ménages sur trois, ces paramètres ont aussi été enregistrés chez les femmes de 15-49 ans. Dans un autre sous échantillon d'un ménage sur trois, le poids et la taille ont également été enregistrés pour les hommes et les femmes de 35-64 ans.

2.3.2 Tests d'hémoglobine et du VIH

Dans deux ménages sur trois, les femmes de 15-49 ans étaient éligibles pour le test du VIH et le test d'Hémoglobine. Les hommes de 15-64 ans de ce sous-échantillon étaient éligibles seulement pour le test du VIH. Dans tous les ménages sélectionnés, les enfants de 6-59 mois étaient éligibles pour le test d'hémoglobine et les mesures anthropométriques. Les protocoles pour les tests d'anémie et du VIH ont été approuvés par le Comité National d'Éthique d'Haïti et par le Comité d'Éthique (*Institutional Review Board*) d'ICF International.

2.3.3 Test d'hémoglobine

Le dosage de l'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système HemoCue. Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur pique le bout du doigt de la personne éligible avec une lancette rétractable, stérile, et non réutilisable. Une goutte de sang est récupérée dans une microcuvette et ensuite introduite dans

le photomètre HemoCue qui indique alors le niveau d'hémoglobine. Ce résultat, enregistré dans le questionnaire biomarqueur, est communiqué à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en lui expliquant la signification du résultat. Si la personne présente une anémie sévère (un niveau d'hémoglobine <7 g/dl), l'enquêteur lui fournit une fiche de référence pour rechercher des soins auprès d'un service de santé.

2.3.4 *Test du VIH*

Le test du VIH a été effectué dans le sous-échantillon de 2/3 des ménages. Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles de ces ménages 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. Selon ce protocole, aucun nom, caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de la collecte, on remet aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, une carte de conseils/dépistage pour obtenir, si elles le souhaitent des conseils, et un test gratuit auprès des établissements de santé offrant ces services.

Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur prélève des gouttes de sang capillaire sur un papier filtre. Une étiquette contenant un code-barres est alors apposée sur le papier filtre. On colle ensuite une deuxième étiquette avec le même code-barres sur le questionnaire biomarqueur sur la ligne correspondant à la personne éligible. Une troisième étiquette code-barres identique aux deux précédentes est finalement attachée à la feuille de transmission des DBS. Les gouttes de sang sur papier filtre sont séchées pendant 24 heures dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché est placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Les sacs en plastique individuels sont ainsi conservés jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête au siège de l'IHE pour enregistrement, vérification, et transfert au Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) d'Haïti. Le LNSP enregistre, à son tour, les prélèvements avant de les stocker à basse température -80° C.

Après le transfert des données à l'IHE, le fichier est vérifié, apuré, et les coefficients de pondération appliqués. Après vérification que le fichier de données soit dans son format final, que les résultats préliminaires présentés ici aient été générés, que tous les identifiants permettant de retrouver un individu (plus précisément les numéros de ménage et de grappe) aient été brouillés et remplacés par des numéros générés aléatoirement, tous les identifiants originaux sont détruits du fichier de données. Par ailleurs, les couvertures des questionnaires contenant ces identifiants sont également détruites. Ce n'est qu'à ce stade que le LNSP est autorisé à commencer l'analyse des prélèvements de sang.

2.3.5 *Test pour le diabète : Hémoglobine glyquée*

L'Hémoglobine glyquée ou HbA1c est une part de l'hémoglobine qui capte le glucose à la surface des globules rouges. Son dosage évalue la glycémie moyenne des deux à trois mois précédents et en reflète l'équilibre. Il permet de diagnostiquer un état diabétique, pré-diabétique ou un diabète mal contrôlé. Dans le cadre de l'EMMUS VI, le test de l'HbA1c a été effectué dans un sous-échantillon d'1/3 des ménages chez les hommes et femmes de 35 à 64 ans. Après obtention du consentement éclairé et l'application de mesures antiseptiques, un échantillon de sang capillaire est prélevé du doigt de l'enquêté et recueilli dans la cassette prévue à cet effet.

L'HbA1c est alors mesuré en insérant la cassette dans l'HemoCue 501. L'analyseur affiche les résultats en pourcentage sur son écran après cinq minutes. Ce résultat, enregistré dans le questionnaire biomarqueur est communiqué à la personne testée, en lui expliquant sa signification. Si la personne présente une HbA1c > à 6,5 %, l'enquêteur lui fournit une fiche de référence pour rechercher des soins auprès d'un service de santé.

2.3.6 Mesure de la pression artérielle

La pression artérielle est la force exercée par le flux sanguin contre la paroi des artères, elle varie suivant l'activité du cœur et des muscles du corps. Durant la collecte des données, l'enquêteur mesure la pression artérielle des hommes et femmes de 35-64 ans dans un sous-échantillon d'un ménage sur trois. Dans le cadre de l'EMMUS VI, cette mesure est prise en trois occasions à l'aide d'un sphygmomanomètre digital LifeSource. Les résultats sont enregistrés dans le questionnaire individuel directement dans la tablette PC qui est formatée pour en calculer la tension artérielle moyenne. Si l'enquêté présente une tension artérielle élevée ($\geq 140/90$) une fiche de référence lui est remise pour rechercher des soins auprès d'un service de santé.

2.4 Formation et collecte des données

Toutes les procédures de collecte de l'EMMUS-VI ont été prétestées. Une trentaine d'agents ont été recrutés et formés pendant quatre semaines sur le remplissage des questionnaires et les procédures de tests. La formation a comporté une phase théorique et une phase pratique en salle. Les activités de terrain du prétest se sont déroulées dans deux quartiers semi-urbains de la commune de Pétion-Ville, en dehors de l'échantillon. Le taux élevé d'acceptation des prélèvements sanguins au cours du prétest a démontré que la réalisation des tests pendant l'enquête proprement dite était possible. Les leçons tirées de ce prétest ont été valorisées dans la finalisation des instruments et de la logistique de l'enquête.

Pour l'enquête principale, l'IHE a recruté 107 candidats, qui ont tous reçu une formation complète sur tous les volets de l'enquête du 24 octobre au 25 novembre 2016. La formation des enquêteurs a duré cinq semaines et a comporté également une phase pratique dans des quartiers hors échantillon de la commune de Croix-des-Bouquets. Parallèlement, trente-trois techniciens biomarqueurs ont reçu une formation théorique et pratique reposant sur la prise des mesures anthropométriques et la collecte de spécimens pour les différents tests biologiques faisant partie de l'enquête EMMUS VI. À l'issue de tests à la fois théorique et pratique, les meilleurs agents ont été retenus pour constituer 15 équipes de huit personnes.

Chaque équipe était composée d'un superviseur, d'un responsable logistique, de quatre enquêteurs (femmes et hommes) et de deux techniciens biomarqueurs. Les 15 équipes ont été placées sous la responsabilité de trois coordonnateurs de terrain ayant une expérience en matière de collecte de données, en raison de trois équipes par coordonnateur. Les responsables logistiques et les superviseurs ont reçu une formation complémentaire axée sur le contrôle technique, l'organisation, et la logistique, le contact avec les autorités et les populations.

Transfert des Données

La collecte des données a démarré le 30 novembre 2016 dans l'aire métropolitaine qui a été totalement couverte avant le déploiement des équipes dans les autres départements. Cette approche a permis d'assurer un suivi rapproché des équipes. Ensuite, les équipes ont été déployées dans leurs zones respectives de travail. La collecte s'est achevée au mois d'avril 2017.

2.5 Traitement des données

La collecte des données a été réalisée au moyen de Tablettes PC en utilisant le logiciel CSPro. Après validation des données sur le terrain, les fichiers de données ont été transférés au bureau central de l'IHE à Pétion-Ville par grappe via IFSS. Ces fichiers de données ont été ensuite enregistrés, compilés, et traités sur un ordinateur central. Les données de chaque grappe ont été vérifiées et un fichier unique de données apurées a été créé après que les fichiers de toutes les grappes aient été enregistrés et approuvés. L'enregistrement, contrôle, et compilation des données, ont été effectués par l'informaticien recruté pour les besoins de l'EMMUS VI. Après la fusion des fichiers, les dernières erreurs détectées ont été traitées.

2.6 Procédure de laboratoire pour le test de VIH

Le laboratoire perforait d'abord le papier filtre contenant les gouttes de sang séchées à l'aide d'une poinçonneuse. Le disque de papier coupé, mesurant approximativement 6 mm de diamètre, contenant 5uL de sang estimé, était ensuite plongé dans 200 uL de Phosphate Buffer Saline (PBS) pendant une nuit pour donner une dilution de 1:40. Des poinçons ont été prélevés à partir de la périphérie de la goutte de sang pour donner autant d'échantillons par carte que possible.

L'algorithme utilisé consistait à tester tous les échantillons avec Bioelisa HIV 1 + 2 (ELISA 1) selon les recommandations du fabricant. Il s'agit d'un ELISA très sensible, d'où son utilisation de première ligne. Tous les échantillons positifs et 2 % négatifs de ce premier test ont ensuite été analysés par Enzygnost® HIV Integral Assay (Siemens) (ELISA 2). Tous les échantillons qui étaient positifs à la fois sur ELISA 1 et ELISA 2 ont été testés sur le score INNO-LIA™ VIH I / II pour confirmation. De plus, tous les échantillons discordants, Bioelisa positifs et les échantillons négatifs Enzygnost, ont été testés de nouveau sur les tests ELISA 1 et 2 et ceux qui étaient positifs sur les deux tests ont également été analysés sur le score INNO-LIA™ VIH I / II.

Le contrôle de la qualité a été effectué à plusieurs :

- Les contrôles positifs et négatifs inclus avec le kit de dépistage en plus des contrôles de taches de sang séchés positifs, faibles positifs et négatifs ont été inclus sur chaque plaque d'essai, comme recommandé par le fabricant et le CDC.
- Deux pour cent des échantillons négatifs testés par Bioelisa ont été confirmés par Enzygnost.

De plus, 2 % des échantillons négatifs et 50 % des positifs ont été envoyés au Laboratoire de GHESKIO, en Haïti, pour un contrôle de qualité externe. Les résultats de cette revue seront présentés dans le rapport final.

3 RÉSULTATS

3.1 Couverture de l'échantillon

Le plan d'échantillonnage de l'EMMUS VI prévoyait d'enquêter 450 grappes qui ont toutes été couvertes. Au total, 13 546 ménages ont été sélectionnés dont 13 451 ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces derniers, 13 405 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,7 % (Tableau 1). Les taux de réponses des ménages sont quasiment identiques en milieu rural et en milieu urbain.

En ce qui concerne les femmes de 15-49 ans, 14 525 étaient éligibles dans les ménages enquêtés et, pour 14 371 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès, soit un taux de réponse de 98,9 % qui ne varie pratiquement pas selon le milieu de résidence.

Dans un tiers des ménages, 1 150 femmes de 50-64 ans étaient également éligibles, mais seulement pour certains aspects de l'enquête. Parmi ces femmes de 50-64 ans, 1 142 ont pu être interviewées soit un taux de réponse de 99,3 %.

Dans deux tiers des ménages, l'enquête a aussi été réalisée auprès des hommes de 15-64 ans. Dans ces ménages, 9 995 hommes de 15-64 ans étaient éligibles dont 9 795 ont été interviewés avec succès, correspondant à un taux de réponse de 98,0 %. Le taux de réponse enregistré chez les hommes du milieu urbain (96,8 %) est légèrement plus faible que celui enregistré chez ceux du milieu rural (98,7 %).

De même que pour les femmes, dans un tiers des ménages, 2 125 hommes de 35-64 ans étaient éligibles pour certains aspects de l'enquête. Parmi ces hommes de 35-64 ans, 2 091 ont pu être interviewés, soit 98,4 %. Le taux de réponse enregistré chez les hommes du milieu urbain (96,6 %) est, là encore, légèrement plus faible que celui enregistré chez ceux du milieu rural (99,1 %).

3.2 Conditions de vie des ménages

Au cours de l'enquête, des questions ont été posées sur l'environnement dans lequel vivent les ménages et leurs habitudes de vie. Le type de toilettes et les sources d'approvisionnement en eau utilisées par les ménages sont considérés dans cette section.

Tableau 1 Résultats des interviews Ménages et Individuelles

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse selon le milieu de résidence (non pondérés), EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Résultat	Résidence		Total
	Urbain	Rural	
Interviews Ménage			
Ménages sélectionnés	4 583	8 963	13 546
Ménages identifiés	4 550	8 901	13 451
Ménages interviewés	4 517	8 888	13 405
Taux de réponse des ménages ¹	99,3	99,9	99,7
Interviews des femmes de 15-49 ans			
Effectif de femmes éligibles	5 842	8 683	14 525
Effectif de femmes éligibles interviewées	5 755	8 616	14 371
Taux de réponse des femmes éligibles ²	98,5	99,2	98,9
Interviews des femmes de 50-64 (1/3 ménages)			
Effectif de femmes éligibles	337	813	1 150
Effectif de femmes éligibles interviewées	332	810	1 142
Taux de réponse des femmes éligibles ²	98,5	99,6	99,3
Interviews des hommes de 15-64 ans (2/3 ménages)			
Effectif d'hommes éligibles	3 477	6 518	9 995
Effectif d'hommes éligibles interviewés	3 364	6 431	9 795
Taux de réponse des hommes éligibles ²	96,8	98,7	98,0
Interviews des hommes de 35-64 (1/3 ménages)			
Effectif d'hommes éligibles	611	1 514	2 125
Effectif d'hommes éligibles interviewés	590	1 501	2 091
Taux de réponse des hommes éligibles ²	96,6	99,1	98,4

¹ Ménages enquêtés/ménages identifiés
² Enquêtés interviewés/enquêtés éligibles

3.2.1 Sources d'approvisionnement en eau

La répartition des ménages et de la population selon la source d'approvisionnement en eau de boisson présentée au tableau 2 permet de faire les constats suivants : 73 % de la population haïtienne utilise une source améliorée d'eau. L'accès à une source améliorée est beaucoup plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural (95 % contre 60 %). En milieu urbain, la population utilise principalement l'eau en bouteille (64 %) et les robinets publics (14 %). En milieu rural, les robinets publics sont la principale source améliorée d'eau (22 %), suivis de l'eau en bouteille (11 %) et des sources protégées (11 %). Il faut noter qu'en milieu rural, un tiers de la population (33 %) utilise pour boire de l'eau provenant de sources non protégées.

L'eau est disponible sur place pour seulement 14 % des ménages (16 % en urbain et 12 % en rural) ; la durée du trajet pour se procurer l'eau est de moins de 30 minutes pour un peu plus d'un ménage sur deux (56 %), et de 30 minutes ou plus pour 30 % des ménages. En milieu rural ce sont 42 % des ménages qui passent au moins 30 minutes pour se procurer de l'eau.

De manière générale, 56 % des ménages n'utilisent aucun moyen pour traiter l'eau et 30 % utilisent une méthode de traitement approprié : les méthodes les plus utilisées sont l'ajout de tablettes ou sachets purifiants ou d'Aquatab (34 %) et l'ajout de javel ou chlore (27 %).

Tableau 2 Eau utilisée par les ménages pour boire

Répartition (en %) des ménages et de la population de droit par la provenance de l'eau pour boire, le temps pour s'approvisionner en eau et par le moyen utilisé pour traiter l'eau, selon le milieu de résidence, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Ménages			Population		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Provenance de l'eau de boisson						
Source améliorée	95,0	60,0	74,0	95,0	59,5	73,4
Robinet dans logement/cour/parcelle	4,8	2,6	3,5	5,4	2,7	3,7
Robinet chez un voisin	5,9	2,5	3,8	5,9	2,5	3,8
Robinet public/borne fontaine	14,0	22,0	18,8	14,0	22,0	18,9
Puits protégé	4,1	8,6	6,8	4,5	8,5	6,9
Source protégée	1,1	10,1	6,5	1,2	10,5	6,8
Eau de pluie	0,2	2,7	1,7	0,2	2,8	1,8
Eau en bouteille, source améliorée pour faire la cuisine et laver les mains ¹	64,9	11,5	32,9	63,8	10,6	31,5
Source non améliorée	5,0	40,0	26,0	5,0	40,5	26,6
Puits ouvert non protégé	1,0	4,6	3,2	1,0	4,9	3,4
Source non protégée	1,4	32,2	19,8	1,5	32,6	20,4
Camion-citerne/petit vendeur d'eau à charrette	1,8	0,7	1,2	1,7	0,6	1,1
Eau de surface (rivière/barrage/lac/mare/canal)	0,1	2,2	1,4	0,1	2,2	1,4
Eau en bouteille, source non améliorée pour faire la cuisine et laver les mains ¹	0,7	0,3	0,4	0,6	0,2	0,4
Autre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Temps de trajet pour s'approvisionner en eau de boisson						
Eau sur place	16,2	12,5	14,0	16,3	12,4	13,9
Moins de 30 minutes	70,8	45,8	55,8	69,6	45,0	54,6
30 minutes ou plus	13,0	41,6	30,1	14,1	42,7	31,5
NSP/manquant	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyen de traitement de l'eau²						
Ébullition	1,2	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3
Ajout d'eau de Javel/chlore	19,7	32,1	27,1	20,9	33,9	28,8
Ajout de sachets/tablettes de purifiant/Aquatab	23,3	40,3	33,5	25,0	42,2	35,4
Passée à travers un linge	0,3	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5
Céramique, sable ou autre filtre	0,7	2,5	1,8	1,0	2,6	2,0
Désinfection solaire	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2	0,1
Autre	0,2	0,7	0,5	0,2	0,7	0,5
Aucun traitement	69,5	46,3	55,6	67,8	44,4	53,6
Pourcentage utilisant une méthode de traitement approprié ³	21,2	35,1	29,5	22,6	36,9	31,3
Effectif	5,373	8,032	13,405	22,568	34,985	57,552

¹ 1 Les ménages qui consomment de l'eau en bouteille sont classés comme utilisant de l'eau d'une source améliorée ou non améliorée en fonction de la provenance de l'eau utilisée pour cuisiner et pour se laver les mains.

² Les enquêtés peuvent déclarer plusieurs méthodes de traitement de l'eau et, par conséquent, la somme des pourcentages peut dépasser 100 %.

³ Les méthodes appropriées pour le traitement de l'eau comprennent l'ébullition, l'ajout de chlore, le filtrage, la désinfection solaire et l'ajout de sachet/tablette de purifiant/Aquatab.

3.2.2 Types de toilettes utilisés

Le tableau 3 présente le type de toilettes utilisées par les ménages. Il en ressort que 33 % de la population dispose de toilettes améliorées non partagées, principalement des fosses d'aisances avec dalles (21 %) et un système avec une chasse d'eau/chasse manuelle reliée à une fosse septique (9 %). C'est en milieu urbain que la proportion de population ayant accès à des toilettes améliorées non partagées est la plus élevée (43 % contre 23 % en milieu rural).

Tableau 3 Type de toilettes utilisées par les ménages

Répartition (en %) des ménages et de la population de droit par type de toilettes/latrines, selon le milieu de résidence EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Type de toilettes/latrines	Ménages			Population		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Toilettes améliorées, non partagées	42,9	23,1	31,2	46,8	24,4	33,3
Chasse d'eau/chasse manuelle connectée à un système d'égout	0,4	0,0	0,2	0,4	0,0	0,2
Chasse d'eau/chasse manuelle reliée à une fosse septique	19,3	2,7	9,4	20,1	2,6	9,4
Chasse d'eau/chasse manuelle reliée à une fosse d'aisances	1,6	0,2	0,8	1,7	0,2	0,8
Fosse d'aisance améliorée auto-aérée	1,6	1,7	1,7	2,0	1,9	2,0
Fosses d'aisance avec dalle	20,0	18,5	19,1	22,6	19,7	20,9
Toilettes partagées¹	36,4	16,1	24,1	32,4	14,5	21,5
Chasse d'eau/chasse manuelle connectée à un système d'égout	0,4	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1
Chasse d'eau/chasse manuelle reliée à une fosse septique	5,2	0,4	2,3	4,4	0,2	1,9
Chasse d'eau/chasse manuelle relié à une fosse d'aisances	0,7	0,0	0,3	0,6	0,0	0,2
Fosse d'aisance améliorée auto-aérée	2,2	1,2	1,6	2,0	0,9	1,3
Fosse d'aisance avec dalle	27,8	14,5	19,8	25,1	13,4	18,0
Toilette à compostage	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toilettes non améliorées	11,1	25,0	19,5	11,3	25,2	19,8
Chasse d'eau/chasse manuelle non reliée aux égouts/fosse septique/fosses d'aisances	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Fosse d'aisance sans dalle/trou ouvert	9,5	23,4	17,8	9,8	23,7	18,3
Seau	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toilette/latrine suspendue	1,1	1,2	1,2	1,0	1,2	1,1
Autre	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3
Pas de toilette/nature	9,6	35,8	25,3	9,3	35,8	25,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	5 373	8 032	13 405	22 568	34 985	57 552
Endroit où se trouvent les toilettes						
Dans le logement	26,2	4,4	15,0	26,3	4,0	14,6
Dans la cour/concession/parcelle	59,1	79,1	69,4	60,0	79,7	70,3
Ailleurs	14,7	16,5	15,6	13,7	16,3	15,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages/population disposant de toilettes/latrines	4 860	5 156	10 016	20 466	22 446	42 911

¹ Toilettes partagées qui seraient considérées comme "améliorées" si elles n'étaient pas partagées par deux ménages ou plus.

Plus d'un cinquième de la population (22 %) dispose de toilettes qui pourraient être considérées comme améliorées, mais qui sont partagées avec d'autres ménages, essentiellement les fosses d'aisance avec dalle (18 %) et ce sont surtout les personnes qui vivent en milieu urbain qui les utilisent (25 % contre 13 % en rural).

En ce qui concerne les toilettes non améliorées, elles sont utilisées par 20 % de la population, et plus particulièrement en milieu rural (25 % contre 11 % en milieu urbain). Enfin plus d'un tiers de la population du milieu rural (36 %) et 9 % de la population urbaine ne disposent d'aucun type de toilettes.

3.2.3 Lavage des mains

Le lavage des mains est un geste essentiel dans le cadre de la prévention de nombreuses maladies infectieuses dont le choléra. Au cours de l'EMMUS-VI on a observé l'endroit le plus souvent utilisé dans les ménages pour se laver les mains, qu'il soit fixe ou mobile, et si cet endroit disposait d'eau, de savon, et /ou d'un produit nettoyant quelconque. Les résultats sont présentés au tableau 4.

Tableau 4 Lavage des mains

Pourcentage de ménages dans lesquels l'endroit le plus souvent utilisé pour se laver les mains a été observé selon que l'endroit est fixe ou mobile et pourcentage total de ménages dont on a observé l'endroit utilisé pour le lavage des mains ; Parmi ces ménages dont l'endroit pour se laver les mains a été observé, répartition (en %) par disponibilité d'eau, de savon et d'autres produits nettoyants, selon certaines caractéristiques socio-économiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages dans lesquels l'endroit pour se laver les mains a été observé			Effectif de ménages	Parmi les ménages dans lesquels l'endroit pour se laver les mains a été observé						Effectif de ménages dans lesquels l'endroit pour se laver les mains a été observé	
	et dont l'endroit pour se laver les mains est fixe	et dont l'endroit pour se laver les mains est mobile	Total		Savon et eau ¹	Eau et produit nettoyant mais pas de savon ²	Eau seulement	Savon mais pas d'eau ³	Produit nettoyant mais pas de savon seulement ²	Pas d'eau, ni savon, ni autre produit nettoyant		Total
Milieu de Résidence												
Urbain	32,1	54,9	87,0	5 373	32,1	0,5	12,2	4,1	0,3	50,8	100,0	4 674
Rural	9,8	69,2	79,0	8 032	19,8	0,3	11,7	0,8	0,1	67,3	100,0	6 343
Département												
Aire Métropolitaine	39,3	49,5	88,8	2 914	33,0	0,5	10,6	5,8	0,4	49,6	100,0	2 586
Reste-Ouest	11,8	72,8	84,7	2 261	21,6	0,2	13,2	1,1	0,0	63,9	100,0	1 915
Sud-Est	13,8	65,5	79,3	805	24,7	0,5	11,4	0,8	0,0	62,7	100,0	638
Nord	18,7	60,3	79,0	1 295	26,8	0,6	12,7	1,7	0,1	58,1	100,0	1 024
Nord-Est	13,9	68,6	82,6	449	21,7	1,6	11,9	2,2	0,3	62,3	100,0	371
Artibonite	12,6	66,0	78,6	2 083	22,2	0,4	13,0	1,1	0,0	63,3	100,0	1 637
Centre	14,2	64,3	78,5	957	16,9	0,3	11,8	1,4	0,4	69,2	100,0	752
Sud	11,1	63,8	74,9	959	25,4	0,1	10,2	0,4	0,0	64,0	100,0	718
Grande Anse	7,6	74,8	82,3	560	22,5	0,1	11,1	1,1	0,0	65,2	100,0	461
Nord-Ouest	12,2	66,6	78,8	657	21,3	0,1	11,9	0,8	0,1	65,9	100,0	518
Nippes	12,2	73,2	85,4	464	23,7	0,0	13,0	0,1	0,0	63,2	100,0	396
Quintiles de bien-être économique												
Le plus bas	5,4	69,0	74,4	2 664	15,0	0,4	9,5	0,5	0,1	74,5	100,0	1 981
Second	8,1	71,9	80,0	2 576	16,9	0,3	11,5	0,3	0,2	70,8	100,0	2 059
Moyen	12,4	68,2	80,6	2 718	20,1	0,1	14,7	1,2	0,1	63,7	100,0	2 191
Quatrième	22,3	63,3	85,6	2 777	27,2	0,6	11,7	2,2	0,2	58,0	100,0	2 377
Le plus élevé	45,2	45,0	90,2	2 671	42,6	0,4	12,0	6,1	0,2	38,6	100,0	2 408
Ensemble	18,7	63,4	82,2	13 405	25,0	0,4	11,9	2,2	0,2	60,3	100,0	11 017

¹ Par "savon", on entend ici le savon ou un détergent en morceau, sous forme liquide, en poudre ou sous forme de pâte. Cette colonne inclut les ménages possédant du savon et de l'eau seulement ainsi que ceux qui possèdent du savon et de l'eau et un autre détergent.

² Les produits nettoyants autres que le savon incluent des produits disponibles localement comme la cendre, du sable, du citron ou des feuilles.

³ Y compris les ménages disposant de savon seulement ainsi que ceux qui disposent de savon et d'autres produits nettoyants

Dans 82 % des ménages, l'endroit pour se laver les mains a été observé : il s'agissait d'un endroit fixe dans 19 % des cas et, dans 63 % des cas, d'un « endroit » mobile : ce terme correspond bien plus à un « équipement » mobile (par exemple, une cuvette) plutôt qu'un endroit proprement dit. C'est en milieu urbain (32 %), dans l'Aire métropolitaine (39 %) et dans les ménages du quintile de bien-être économique le plus élevé (45 %) que l'on trouve la plus forte proportion d'endroit fixe observé alors que les pourcentages les plus élevés pour les « endroits mobiles » se trouvent en milieu rural (69 %), dans la Grande Anse (75 %) et dans les ménages des quintiles de bien-être économique les plus bas (69 %-72 %).

Parmi les ménages où un endroit pour se laver les mains a été observé, de l'eau et du savon ont globalement été observés dans 1 ménage sur 4 (25 %). Cette disponibilité est plus fréquente en milieu urbain (32 %), dans l'Aire métropolitaine (33 %) et là où le quintile de bien-être économique est le plus élevé (43 %). Il convient de signaler que même lorsqu'il existait un endroit pour se laver les mains, dans 60 % de ces ménages, il n'y avait ni d'eau, ni savon, ni autre produit nettoyant, cette situation étant la plus fréquente en milieu rural (67 %), dans le Centre (69 %) et dans les ménages du quintile de bien-être économique le plus bas (75 %).

3.3 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Au tableau 5 sont présentées les caractéristiques sociodémographiques des femmes de 15-49 ans enquêtées dans tous les ménages et des hommes de 15-49 ans enquêtés dans deux tiers des ménages. Ces caractéristiques sont l'âge, la religion, l'état matrimonial, le milieu de résidence, le département¹, le niveau d'instruction et le quintile du bien-être économique. Pour chaque

¹ Tous les départements sont présentés dans leur ensemble, sauf le département de l'Ouest qui est divisé en Aire métropolitaine et le reste de l'Ouest.

caractéristique, sont données le nombre de cas *non pondérés*, c'est-à-dire le nombre de personnes effectivement enquêtées dans chaque catégorie, et le nombre de cas pondérés, c'est-à-dire le nombre ajusté de personnes en utilisant les poids de sondage², ces derniers étant normalisés au niveau national.

Tableau 5 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Femme			Homme ¹		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Âge						
15-19	22,0	3 165	3 307	25,4	2 080	2 144
20-24	19,8	2 847	2 773	19,0	1 553	1 524
25-29	15,7	2 258	2 202	14,7	1 206	1 132
30-34	14,0	2 016	1 919	13,7	1 125	1 047
35-39	11,5	1 650	1 645	10,4	853	828
40-44	8,8	1 271	1 308	8,6	707	717
45-49	8,1	1 164	1 217	8,1	659	681
Religion						
Catholique	35,1	5 042	5 499	35,8	2 933	3 143
Protestant/Méthodiste/Adventiste/ Témoign de Jéhovah	55,8	8 013	7 762	44,8	3 669	3 528
Vodouisant	1,3	181	153	2,6	213	173
Pas de Religion	7,9	1 134	956	16,5	1 352	1 216
Autre	0,0	1	1	0,2	15	13
État matrimonial						
Célibataire	40,5	5 823	5 760	56,2	4 598	4 559
Marié(e)	16,6	2 379	2 434	14,3	1 172	1 140
Placée	26,3	3 773	3 894	22,6	1 849	1 813
Vivavèk	7,9	1 133	1 133	2,3	191	195
Vivant ensemble	0,8	116	102	0,2	13	11
Divorcé(e)	0,3	39	37	0,1	9	12
Séparé(e)	6,2	890	797	4,0	326	316
Veuve/veuf	1,5	217	214	0,3	25	27
Milieu de Résidence						
Urbain	46,8	6 731	5 755	44,7	3 655	2 937
Rural	53,2	7 640	8 616	55,3	4 528	5 136
Département						
Aire Métropolitaine	25,3	3 632	2 097	25,1	2 055	1 109
Reste Ouest	15,9	2 285	1 388	15,0	1 224	720
Sud-Est	5,3	756	1 027	5,4	441	597
Nord	10,8	1 559	1 444	10,0	821	727
Nord-Est	3,6	516	1 096	3,5	286	578
Artibonite	14,5	2 090	1 748	13,7	1 119	895
Centre	6,4	918	1 128	6,6	536	616
Sud	6,6	951	1 172	7,5	616	723
Grande Anse	3,7	532	941	4,6	379	680
Nord-Ouest	4,9	703	1 447	5,1	421	828
Nippes	3,0	427	883	3,5	285	600
Niveau d'instruction						
Aucun	13,3	1 915	2 023	8,6	700	772
Primaire	30,2	4 343	4 634	28,6	2 342	2 577
Secondaire	49,2	7 068	6 861	52,6	4 302	4 076
Supérieur	7,3	1 045	853	10,2	838	648
Quintile de bien-être économique						
Le plus bas	15,1	2 168	2 814	15,6	1 273	1 667
Second	16,9	2 428	2 863	17,0	1 390	1 657
Moyen	19,3	2 772	2 853	21,1	1 728	1 738
Quatrième	23,6	3 396	3 001	21,8	1 780	1 511
Le plus élevé	25,1	3 607	2 840	24,6	2 013	1 500
Total 15-49	100,0	14 371	14 371	100,0	8 183	8 073
50-64	na	na	na	na	1 612	1 722
Total 15-64	na	na	na	na	9 795	9 795

Note: Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau d'instruction atteint, qu'il ait été achevé ou non.

na = Non applicable

¹ Limité aux hommes enquêtés dans deux tiers des ménages

² Pour enquêter dans chaque domaine d'études (le département) un nombre suffisant de personnes pour obtenir des indicateurs avec un niveau de précision acceptable, on a enquêté, dans chaque domaine, un nombre de personnes supérieur ou inférieur à la taille réelle de ce domaine dans la population totale d'Haïti. En utilisant les poids de sondage, on redonne à chaque domaine son poids réel dans la population totale.

Du fait de la normalisation des poids, le nombre de cas pondéré égale le nombre de cas non pondérés au niveau national. Il faut préciser que dans le cadre de ce rapport, les effectifs et les proportions présentés dans tous les tableaux sont des effectifs pondérés.

Tant pour les femmes que pour les hommes, au niveau de la structure par âge, on constate que les proportions diminuent régulièrement avec l'augmentation en âge. Les résultats mettent en évidence la jeunesse de la population enquêtée. En effet, les groupes d'âges 15-19 ans et 20-24 ans totalisent 42 % des femmes et 44 % des hommes. En revanche, les groupes d'âges 40-44 ans et 45-49 ans sont inférieurs à 10 %.

Les résultats de l'EMMUS VI montrent que les protestants sont majoritaires, que ce soit chez les femmes (56 %) ou chez les hommes (45 %). Les catholiques viennent en deuxième position avec 35 % des femmes et 36 % des hommes. On trouve ensuite les personnes se déclarant sans religion (8 % des femmes et 17 % des hommes). Enfin, seulement 1 % des femmes et 3 % des hommes se déclarent vodouisants.

En ce qui concerne l'état matrimonial, les résultats montrent que plus de la moitié des femmes (52 %) et 39 % des hommes vivent en union, qu'ils soient marié(e)s, placé(e)s, vivavèk ou « vivant ensemble ». On note que la proportion de célibataires est nettement plus élevée chez les hommes (56 %) que chez les femmes (41 %).

En ce qui concerne la répartition spatiale, on constate que la plus grande proportion de la population vit en milieu rural (53 % des femmes et 55 % des hommes). Le département de l'Ouest (Aire métropolitaine et reste de l'Ouest) occupe la première place avec 41 % des femmes et 40 % des hommes, le département des Nippes se situe en dernière position avec moins de 4 % des hommes et 3 % des femmes.

Pour ce qui est de l'instruction, on observe que les hommes enquêtés sont plus instruits que les femmes. En effet, la proportion d'hommes qui ont atteint le niveau secondaire ou supérieur est plus élevée que celle des femmes (63 % contre 57 %). Par ailleurs, la proportion de femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction est de 13 %, alors qu'elle n'est que de 9 % chez les hommes.

Bien que l'EMMUS-VI n'ait pas collecté de données sur les revenus et la consommation des ménages, des informations détaillées ont été collectées sur le logement et ses caractéristiques et sur l'accès des ménages à une variété de biens de consommation et services qui sont utilisés comme une mesure de la situation économique. L'indice de bien-être économique est construit en utilisant les données sur les caractéristiques des logements et les possessions des ménages, au moyen d'une analyse en composantes principales. Les ménages sont alors divisés en 5 catégories d'effectifs égaux appelés quintiles: On établit ainsi une échelle allant du quintile de bien-être économique le plus bas au quintile le plus élevé.

La répartition des femmes et des hommes selon le niveau de bien-être économique des ménages montre que 15 % des femmes et 16 % des hommes appartiennent à des ménages du quintile le plus bas. À l'opposé, ce sont 25 % des femmes et 25 % des hommes qui vivent dans les ménages du quintile le plus élevé.

3.4 Enregistrement des naissances à l'état civil

Le Chapitre II de la Loi No.3 du Code Civil haïtien traite des actes de naissances. L'article 55 de ce code stipule : « les déclarations de naissance seront faites dans le mois de l'accouchement, à l'Officier de l'État Civil du lieu du domicile de la mère ou du lieu de naissance de l'enfant. La naissance de l'enfant sera déclarée par le père ou à défaut du père, par la mère légitime ou naturelle, par les médecins, chirurgiens, sages-femmes, ou autre personne qui auront assisté à l'accouchement et lorsque la mère aura accouché hors de son domicile, par la personne chez qui elle aura accouché. L'acte de naissance sera rédigé de suite en présence de deux témoins ». La couverture de l'enregistrement des naissances à l'état civil a été évaluée au cours de l'EMMUS-VI : elle est présentée dans le tableau 6.

Les résultats montrent que 85 % des enfants de moins de 5 ans sont enregistrés à l'état civil et la grande majorité (77 %) ont un acte de naissance. Il s'agit d'une légère amélioration depuis 2012, puisque selon l'EMMUS-V 80 % des enfants étaient enregistrés. Il faut signaler que, comme dans les enquêtes précédentes, la proportion d'enfants enregistrés est plus élevée parmi les 2-4 ans (93 %) que parmi les moins de 2 ans (72 %). Cette situation pourrait être due au fait que de nombreux enfants sont déclarés tardivement, après leur deuxième anniversaire.

Tableau 6 Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans (de droit) dont la naissance a été enregistré à l'état civil selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristiques sociodémographiques	Enfants dont la naissance a été enregistrée			Effectif d'enfants
	Pourcentage ayant un acte de naissance	Pourcentage n'ayant pas d'acte de naissance	Pourcentage enregistré	
Âge				
<2	58,4	13,1	71,5	2 489
2-4	88,3	4,5	92,8	4 120
Sexe				
Masculin	76,6	7,7	84,2	3 308
Féminin	77,5	7,9	85,4	3 301
Milieu de Résidence				
Urbain	84,9	5,6	90,4	2 182
Rural	73,2	8,8	82,0	4 427
Département				
Aire Métropolitaine	87,1	5,3	92,3	1 072
Reste-Ouest	80,1	6,6	86,7	1 177
Sud-Est	71,0	11,1	82,1	383
Nord	84,5	5,4	89,9	742
Nord-Est	79,2	8,5	87,7	253
Artibonite	63,6	12,0	75,5	1 084
Centre	69,5	7,6	77,2	596
Sud	84,2	4,5	88,7	467
Grande Anse	72,5	7,7	80,2	315
Nord-Ouest	70,1	12,7	82,8	352
Nippes	85,6	6,3	91,9	169
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	65,3	9,5	74,7	1 691
Second	71,3	10,9	82,2	1 421
Moyen	79,0	7,2	86,2	1 395
Quatrième	87,1	6,2	93,3	1 180
Le plus élevé	91,7	2,6	94,4	922
Total	77,0	7,8	84,8	6 609

Il y a très peu de différence entre les sexes ; par contre, on note des variations importantes selon le milieu et le département de résidence : le pourcentage d'enfants ayant été enregistrés (85 %), et particulièrement avec un acte de naissance (77 %) est plus élevé en milieu urbain (respectivement 90 % et 85 %) qu'en milieu rural (respectivement 82 % et 73 %). Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été enregistrée à l'état Civil varie de 76 % dans l'Artibonite à 92 % dans l'Aire Métropolitaine et les Nippes. L'enregistrement des naissances et la possession d'un acte de naissance augmente régulièrement avec l'augmentation du niveau de quintile de bien-être économique.

3.5 Fécondité

Le niveau de la fécondité est mesuré directement, au moyen des données issues de l'historique des naissances rapportées par les femmes. Les indicateurs sont calculés sur la période des trois dernières années précédant l'enquête. Cette période a été retenue comme un compromis entre trois exigences : i) fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles ; ii) réduire les erreurs de sondage ; iii) atténuer les effets des transferts possibles de l'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

3.5.1 Niveau de la fécondité

Le tableau 7 présente les indicateurs de mesure de la fécondité ainsi que le Taux Brut de Natalité (TBN).

À l'EMMUS VI, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 3,0 enfants par femme, au niveau national. L'ISF est nettement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (3,9 contre 2,1), avec un écart de 1,8 enfant par femme.

La courbe des taux de fécondité par âge (Graphique 1) présente, indépendamment du secteur de résidence, une allure attendue. Partant d'un niveau relativement élevé à l'adolescence (55 ‰), les taux augmentent rapidement pour atteindre un maximum de 135 ‰ entre 25 et 29 ans, puis diminuent régulièrement jusqu'à un minimum de 10 ‰ à 45-49 ans. Environ les 2/3 du calendrier de la fécondité, soit 64 %, se concentrent au niveau des groupes d'âges intermédiaires situés entre 20 et 34 ans.

Tableau 7 Fécondité actuelle

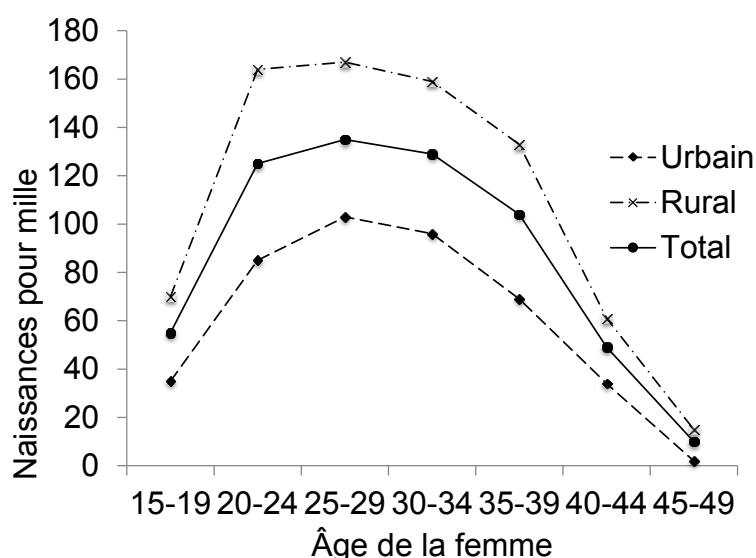
Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête, selon le milieu de résidence, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Groupe d'âges	Résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	35	70	55
20-24	85	164	125
25-29	103	167	135
30-34	96	159	129
35-39	69	133	104
40-44	34	61	49
45-49	2	15	10
ISF (15-49)	2,1	3,9	3,0
TGFG	73	127	101
TBN	21,1	26,3	24,3

Notes : Les taux de fécondité par âge sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés pour cause de troncature. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.
TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes de 15-44 ans
TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

L'analyse comparative des taux de fécondité par âge, entre le milieu urbain et le milieu rural, révèle que la sur-fécondité des femmes rurales est particulièrement marquée aux âges extrêmes de la vie procréatrice, notamment chez les jeunes filles de 15 à 24 ans et les femmes de 35 à 49 ans. Dans ces deux groupes d'âges, les taux de fécondité en milieu rural sont à peu près le double de ceux observés en milieu urbain. L'entrée dans la vie féconde est donc plus précoce en milieu rural qu'en milieu urbain, et la sortie de la vie féconde, plus tardive.

Graphique 1 Fécondité par âge selon le milieu de résidence



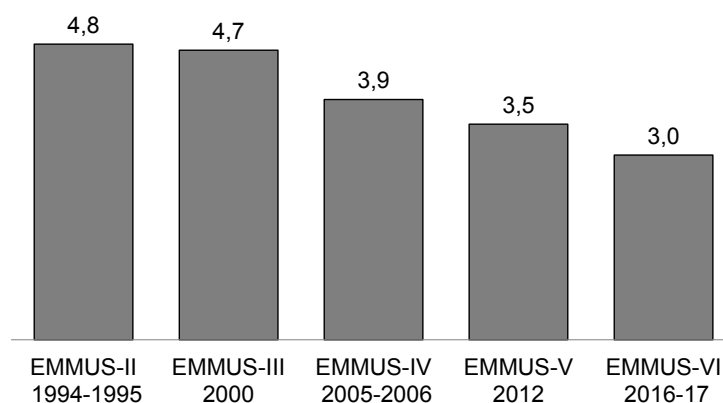
EMMUS-VI 2016-2017

Le tableau 7 fournit également un Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) de 101 naissances vivantes pour mille femmes en âge de procréer et un Taux Brut de Natalité (TBN) d'environ 24 naissances vivantes pour mille habitants.

3.5.2 Tendances de la Fécondité

Le Graphique 2 illustre l'évolution de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF), à travers les cinq enquêtes EMMUS menées en Haïti, de 1994 à 2017. De l'EMMUS-II (1994-95) à l'EMMUS-VI (2016-2017), l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 4,8 à 3,0 enfants par femme. Dans l'espace d'environ un quart de siècle, le nombre d'enfants par femme aurait baissé, en moyenne, de 1,8 enfants, soit une réduction de plus d'un tiers (38 %) de la fécondité. La partie la plus importante de cette baisse aurait eu lieu au cours de la première moitié des années 2000, entre l'EMMUS-III (2000) et l'EMMUS-IV (2005-2006), où l'ISF est passé de 4,7 à 3,9 enfants par femme, soit une réduction de 0,8 enfant par femme, représentant 44 % de la baisse totale (1,8 enfants par femme).

Graphique 2 Tendances de la fécondité 1994-2017



3.5.3 Fécondité des adolescentes

L'analyse de la fécondité des adolescentes est particulièrement pertinente pour orienter la politique de santé ainsi que les stratégies et programmes en rapport avec la Santé de la Reproduction. La fécondité précoce, chez les adolescentes, représente un facteur de risque important, du point de vue de la santé materno-infantile et du point de vue socio-économique. D'une part, le risque de décès maternel, étroitement lié à l'immaturation physiologique des adolescentes, est particulièrement élevé entre 15 et 19 ans. D'autre part, les enfants nés de mères adolescentes ont une probabilité de décéder plus élevée que les naissances issues des femmes de 20-24 ans et de 25-29 ans. Enfin, la fécondité précoce accroît l'abandon scolaire et hypothèque l'avenir des adolescentes

Le tableau 8 présente le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréatrice ainsi que ses deux composantes : i) le pourcentage d'adolescentes ayant déjà eu, au moins, une naissance vivante ; et ii) le pourcentage d'adolescentes enceintes d'un premier enfant.

On constate que, dans l'ensemble, 10 % des adolescentes âgées de 15 à 19 ans, ont déjà commencé leur vie procréatrice : 8 % a déjà eu une naissance vivante et 2 % sont enceintes d'un premier enfant. Comparativement aux enquêtes antérieures, le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréatrice a diminué, passant de 18 % en 2000 (EMMUS-III) à 14 % en 2005-6 et 2012 (EMMUS-IV et V) et à 10 % en 2016-2017.

Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréatrice augmente rapidement de 15 à 19 ans, passant de 1 % à 21 %. À l'âge de 19 ans, 19 % des adolescentes ont déjà eu une naissance vivante et environ 3 % sont enceintes d'un premier enfant.

Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréatrice est, de loin, plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (13 % contre 7 %). Au niveau départemental, l'indicateur varie fortement entre les deux extrêmes : le Centre (14 %) et l'Aire Métropolitaine (5 %). Outre le Centre, les départements se situant nettement au-dessus de la moyenne nationale, sont la Grande Anse (14 %), le Sud (13 %), le Nord-Ouest (12 %), et l'Artibonite (12 %).

Tableau 8 Fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant, et pourcentage qui ont déjà commencé leur vie procréatrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15-19 ans qui :		Pourcentage ayant commencé leur vie procréatrice	Effectif de femmes
	ont eu une naissance vivante	sont enceintes d'un premier enfant		
Âge				
15	1,2	0,2	1,4	646
16	3,0	1,9	4,8	665
17	6,7	2,3	8,9	683
18	13,3	2,5	15,8	638
19	18,7	2,5	21,3	533
Milieu de Résidence				
Urbain	5,5	1,3	6,8	1 390
Rural	10,2	2,3	12,5	1 775
Département				
Aire Métropolitaine	4,1	1,3	5,4	647
Reste-Ouest	8,1	1,1	9,1	502
Sud-Est	7,3	3,0	10,3	193
Nord	8,3	2,2	10,5	344
Nord-Est	8,3	2,5	10,8	148
Artibonite	10,9	1,0	11,9	472
Centre	10,2	4,0	14,2	222
Sud	9,5	3,1	12,6	240
Grande Anse	13,4	0,5	13,9	134
Nord-Ouest	9,1	3,1	12,2	166
Nippes	6,7	1,0	7,8	97
Niveau d'instruction				
Aucun	20,7	6,4	27,1	57
Primaire	14,7	2,5	17,2	1 033
Secondaire ou +	4,6	1,4	6,0	2 075
Secondaire	4,6	1,4	6,0	2 056
Supérieur	*	*	*	19
Quintile de bien-être économique				
Le plus bas	14,9	3,6	18,5	516
Second	9,7	2,2	11,9	610
Moyen	9,9	1,6	11,5	630
Quatrième	5,8	1,0	6,8	718
Le plus élevé	2,6	1,4	4,0	692
Total	8,2	1,8	10,0	3 165

Note : un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréatrice diminue, très nettement, avec l'amélioration du niveau d'instruction. L'indicateur passe de 27 %, chez les adolescentes n'ayant aucun niveau, à 6 %, chez celles ayant atteint, au moins, le niveau secondaire. La relation est également forte avec le Quintile de bien-être économique. Le pourcentage des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde varie de 19 % à 4 % entre les femmes du quintile le plus bas et celles du quintile le plus élevé.

3.6 Désir d'enfants (supplémentaires)

Le tableau 9 présente les préférences exprimées par les femmes de 15 à 49 ans en matière de fécondité, selon le nombre d'enfants actuellement en vie.

On constate que plus de la moitié des femmes en union (58 %) ne veulent plus d'enfant ou sont stérilisées. À l'opposé, 39 % des femmes souhaitent un enfant ou un autre enfant : 13 % souhaitent cet enfant dans les deux ans, et 26 % le souhaitent dans deux ans ou plus. Le désir d'enfants (ou d'enfants supplémentaires) varie fortement selon le nombre d'enfants actuellement en vie. Ainsi, 96 % des femmes sans enfant en souhaitent un et la majorité (73 %) le souhaitent dans les deux ans ; cette proportion est toujours élevée parmi les femmes ayant un enfant (84 %), mais déjà la grande majorité de ces femmes (64 %) veut espacer la naissance de deux ans ou plus. À la parité 3, 16 % des femmes souhaitent encore un enfant et cette proportion chute à 4 % chez les femmes de parité 5. Parallèlement, la proportion de femmes ne souhaitant plus d'enfant (ou stérilisées) augmente rapidement avec la parité, passant de moins de 1 % chez les femmes sans enfant à 61 % chez celles de parité 2 à 81 % et plus à partir de la parité 3.

Tableau 9 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants vivants ¹							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	72,6	18,9	7,9	4,5	4,9	2,1	1,9	12,8
Veut un autre plus tard ³	22,8	63,6	26,8	10,7	3,3	1,8	1,1	25,5
Veut un autre, NSP quand	0,2	1,4	0,5	0,3	0,0	0,0	0,1	0,5
Indécis	0,0	0,9	1,7	0,9	0,4	0,3	0,1	0,9
Ne veut plus d'enfant	0,2	13,7	60,6	78,7	84,2	89,3	88,2	56,1
Stérilisé ⁴	0,3	0,2	0,6	2,0	3,4	2,2	2,7	1,4
S'est déclaré stérile	3,8	1,3	1,9	2,9	3,8	4,3	5,8	2,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	484	1 756	1 815	1 167	839	530	810	7 402

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle.

² Veut une autre naissance dans les deux ans

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine

3.7 Utilisation de la contraception

La connaissance du niveau d'utilisation des méthodes de planification familiale par les femmes de 15-49 ans constituait un des objectifs de l'enquête. Les résultats sont présentés au tableau 10.

Dans l'ensemble, 34 % des 7 402 femmes en union interviewées ont déclaré utiliser une méthode quelconque de contraception, soit 32 % une méthode moderne et 3 % une méthode traditionnelle. Les méthodes modernes les plus fréquemment utilisées sont les injectables (21 %) suivies, de loin, par le condom masculin (4 %), les implants (3 %) et la pilule (2 %). Le graphique 3 présente les niveaux de prévalence contraceptive depuis 2000. On constate que la proportion de femmes en union utilisant une méthode de contraception a augmenté de 2000 à 2012, passant de 28 % à 35 %, et en particulier l'utilisation des méthodes modernes (passant de 22 % à 31 %), alors que celle des méthodes traditionnelles diminuait (de 6 % à 3 %). Cependant depuis 2012, on n'observe pas de variation de la prévalence contraceptive, que ce soit pour les méthodes modernes ou les traditionnelles.

Tableau 10. Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

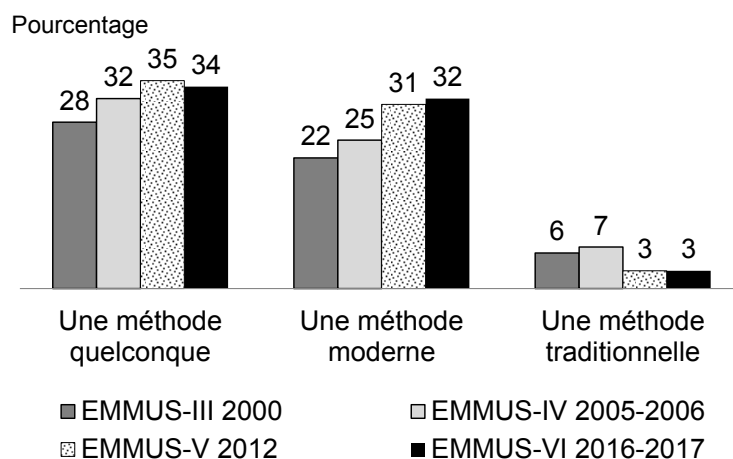
Caractéristique sociodémographique	Méthode moderne											Une méthode traditionnelle				N'utilise pas actuellement		Effectif de femmes
	N° importe quelle méthode	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injectables	Implants	Condom masculin	MAMA	Méthode traditionnelle		Rythme	Retrait	Autre	Total		
											FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION	FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES ¹						
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																		
Nombre d'enfants vivants																		
0	12,4	11,1	0,0	0,3	1,9	0,2	3,5	0,3	4,9	0,0	1,3	0,5	0,8	0,0	87,6	100,0	622	
1-2	36,0	33,5	0,4	0,0	2,7	0,1	22,9	2,0	4,8	0,6	2,5	1,2	1,1	0,3	64,0	100,0	3 523	
3-4	40,4	37,8	2,4	0,3	2,5	0,1	24,7	3,3	3,5	1,1	2,6	1,0	1,4	0,1	59,6	100,0	1 967	
5+	31,0	28,2	2,3	0,3	1,6	0,1	17,7	3,8	1,8	0,6	2,9	0,8	1,8	0,2	69,0	100,0	1 290	
Age																		
15-19	25,7	24,8	0,0	0,0	1,8	0,5	16,5	0,5	4,0	1,5	0,9	0,2	0,7	0,0	74,3	100,0	218	
20-24	37,1	36,2	0,0	0,0	1,7	0,3	26,8	3,4	2,9	1,1	0,9	0,4	0,5	0,0	62,9	100,0	1 073	
25-29	40,2	38,0	0,4	0,2	3,0	0,1	25,8	2,4	5,4	0,8	2,2	1,1	0,9	0,1	59,8	100,0	1 397	
30-34	36,7	34,4	0,4	0,0	3,0	0,1	23,2	2,1	4,7	0,9	2,3	0,9	1,2	0,1	63,3	100,0	1 508	
35-39	36,6	34,0	1,5	0,2	2,8	0,0	21,8	2,9	4,3	0,5	2,6	1,1	1,2	0,3	63,4	100,0	1 322	
40-44	31,6	26,9	2,5	0,4	2,3	0,1	15,0	2,9	3,5	0,2	4,6	1,7	2,4	0,6	68,4	100,0	1 017	
45-49	19,2	16,0	3,7	0,3	0,8	0,0	7,7	1,6	1,8	0,0	3,2	1,2	1,8	0,1	80,8	100,0	867	
Milieu de Résidence																		
Urban	37,0	33,1	1,2	0,1	3,2	0,2	19,0	1,9	7,1	0,5	3,9	1,7	1,7	0,4	63,0	100,0	3 025	
Rural	32,5	30,9	1,2	0,2	1,8	0,1	22,1	2,9	1,8	0,8	3,6	0,6	1,0	0,0	67,5	100,0	4 377	
Département																		
Aire Métropolitaine	38,8	34,0	0,4	0,2	3,2	0,1	19,2	1,3	9,3	0,3	4,8	1,9	2,1	0,8	61,2	100,0	1 608	
Reste-Ouest	24,4	23,6	1,1	0,0	2,4	0,2	14,5	2,0	2,8	0,7	0,9	0,3	0,5	0,0	75,6	100,0	1 285	
Sud-Est	29,4	26,2	0,5	0,0	1,9	0,0	15,7	4,2	2,6	1,3	3,2	1,3	1,6	0,2	70,6	100,0	369	
Nord	36,1	33,9	1,7	1,1	2,2	0,1	22,3	3,0	2,3	1,1	2,2	0,7	1,5	0,0	63,9	100,0	821	
Nord-Est	40,2	38,9	2,3	0,0	2,5	0,2	27,7	1,6	3,7	0,8	1,3	1,0	0,3	0,0	59,8	100,0	267	
Artibonite	35,6	33,9	0,8	0,0	2,1	0,0	25,2	3,8	1,3	0,9	1,7	0,7	1,0	0,0	64,4	100,0	1 131	
Centre	41,0	38,4	2,6	0,0	2,0	0,3	25,8	3,1	3,1	0,9	2,5	0,7	1,9	0,0	59,0	100,0	529	
Sud	31,3	28,3	0,7	0,0	1,6	0,0	17,4	2,7	4,1	0,3	3,0	1,9	0,9	0,2	68,7	100,0	473	
Grande Anse	34,9	32,9	0,7	0,0	2,3	0,3	25,8	1,0	1,9	1,0	1,9	1,2	0,5	0,1	65,1	100,0	290	
Nord-Ouest	32,9	30,7	1,9	0,0	1,4	0,1	23,6	1,2	2,1	0,5	2,1	1,1	1,1	0,0	67,1	100,0	384	
Nippes	38,7	37,3	1,5	0,0	3,3	0,0	25,3	4,5	2,3	0,5	1,4	0,4	1,0	0,0	61,3	100,0	246	
Niveau d'instruction																		
Aucun	28,9	27,9	1,4	0,4	1,3	0,0	20,1	3,2	0,9	0,5	1,0	0,0	1,0	0,0	71,1	100,0	1 532	
Primaire	35,5	33,4	1,3	0,2	1,8	0,2	23,7	3,5	2,1	0,6	2,1	0,5	1,4	0,2	64,5	100,0	2 646	
Secondaire ou +	35,9	32,4	1,0	0,1	3,4	0,1	18,8	1,4	6,9	0,8	3,5	2,0	1,2	0,3	64,1	100,0	3 224	
Secondaire	36,3	33,1	1,0	0,0	3,3	0,1	20,4	1,4	6,1	0,8	3,2	1,7	1,2	0,3	63,7	100,0	2 837	
Supérieur	32,9	27,1	1,0	0,4	3,7	0,2	7,1	1,0	13,2	0,4	5,8	3,7	1,8	0,4	67,1	100,0	387	
Quintile de bien-être économique																		
Le plus bas	29,7	28,3	0,6	0,2	0,9	0,2	21,5	3,3	0,8	0,7	1,5	0,2	1,2	0,0	70,3	100,0	1 383	
Second	34,5	33,4	1,5	0,1	1,7	0,1	24,6	3,6	0,5	1,3	1,1	0,2	0,8	0,1	65,5	100,0	1 362	
Moyen	38,4	36,7	1,1	0,1	2,2	0,1	26,0	3,1	3,2	0,9	1,7	0,6	1,0	0,1	61,6	100,0	1 499	
Quatrième	35,5	32,2	1,1	0,2	3,1	0,1	20,8	1,7	5,0	0,2	3,3	1,3	1,6	0,4	64,5	100,0	1 640	
Le plus élevé	33,0	28,3	1,7	0,2	3,7	0,1	11,7	1,2	9,5	0,3	4,7	2,7	1,6	0,4	67,0	100,0	1 517	
Ensemble	34,3	31,8	1,2	0,2	2,4	0,1	20,8	2,5	4,0	0,7	2,5	1,0	1,3	0,2	65,7	100,0	7 402	
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES¹																		
Milieu de Résidence																		
Urban	37,4	33,9	0,0	0,0	1,6	0,0	6,7	0,2	25,3	0,1	3,5	2,1	1,0	0,5	62,6	100,0	817	
Rural	28,3	25,6	1,1	0,0	0,3	0,0	6,6	0,0	17,6	0,0	2,7	1,1	1,7	0,0	71,7	100,0	452	
Ensemble	34,2	31,0	0,4	0,0	1,1	0,0	6,7	0,1	22,5	0,1	3,2	1,7	1,2	0,3	65,8	100,0	1 269	

Note: Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

MAMA = Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel

¹ Concerner les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours précédant l'interview

Graphique 3 Prévalence contraceptive (femmes en union) 2000-2017



L'utilisation de la contraception moderne varie selon toutes les caractéristiques sociodémographiques.

- Par rapport au nombre d'enfants vivants, on constate que la prévalence contraceptive est faible (11 %) parmi les femmes n'ayant aucun enfant et qu'elle environ trois fois plus élevée dès que les femmes ont 1-2 enfants (34 %).
- Pour ce qui est de l'âge, la prévalence contraceptive moderne est à son niveau le plus bas parmi les 15-19 ans (25 %) et augmente ensuite pour atteindre le pourcentage le plus élevé dans le groupe d'âge 25-29 ans (38 %) ; ce pourcentage reste à un niveau élevé jusqu'à 39 ans, puis diminue régulièrement pour atteindre 16 % chez les femmes de 45-49 ans.
- La prévalence est légèrement plus élevée en milieu urbain (33 %) qu'en milieu rural (31 %).
- De grandes variations sont notées dans les départements : le Reste de l'Ouest accuse le pourcentage le plus bas (24 %) et le Nord-Est (39 %) et le Centre (38 %) les plus élevés.
- Les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (28 %) et, curieusement, celles ayant un niveau supérieur (27 %) sont celles qui utilisent le moins fréquemment la contraception moderne ; la prévalence contraceptive varie peu autour de 33 % chez les femmes des autres niveaux d'instruction.
- En ce qui concerne le bien-être économique, les pourcentages les plus faibles de femmes utilisatrices de méthodes modernes (28 %) concernent les premier et cinquième quintiles tandis que la prévalence la plus élevée (37 %) correspond aux femmes du quintile moyen.
- Le tableau 10 fournit également le pourcentage de femmes non union mais sexuellement actives qui utilisent la contraception. On constate que l'utilisation d'une méthode quelconque (34 %) et d'une méthode moderne (31 %) est pratiquement la même que chez les femmes en union (respectivement 34 % et 32 %). La seule différence notable entre ces deux populations concerne le type de méthode utilisée :

alors que ce sont les injectables qui sont les plus utilisées par les femmes en union (21 %), le condom masculin est, de loin, la méthode la plus utilisée par les femmes non en union (23 %).

3.8 Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale

Au cours de l'enquête, des données ont été recueillies auprès des femmes de 15-49 ans pour déterminer leurs besoins en matière de planification familiale.

Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance ou qui ne veulent plus d'enfant sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits. Les femmes qui utilisent la contraception sont considérées comme ayant des besoins satisfaits.

Dans l'ensemble, 38 % des femmes ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et 34 % utilisent la contraception, c'est-à-dire qu'elles ont des besoins satisfaits (Tableau 11). La demande totale en matière de planification familiale (besoins non satisfaits et satisfaits) est donc de 72 % et moins de la moitié de cette demande (48 %) est satisfaite. Si on se limite aux méthodes modernes, le pourcentage de demande satisfaite est encore plus faible (44 %).

Au niveau national, le pourcentage de femmes ayant des besoins non satisfaits est plus élevé chez les jeunes femmes (56 % à 15-19 ans et 45 % à 20-24 ans), en milieu rural (41 %), chez les femmes sans instruction (39 %) et celle de niveau primaire (41 %), et chez les femmes des quintiles de bien-être les plus bas (42 % et 45 %).

Dans les départements du reste de l'Ouest, du Sud-Est, du Sud, de la Grande Anse et du Nord-Ouest, plus de 40 % des femmes ont des besoins non satisfaits, et c'est dans les départements du reste de l'Ouest, du Sud-Est, et du Sud que le pourcentage de demande satisfaite est le plus faible, aussi bien pour toutes les méthodes que pour les méthodes modernes. En ce qui concerne les femmes non en union, sexuellement actives, le tableau 11 révèle que 52 % d'entre elles ont des besoins non satisfaits et que 34 % utilisent une méthode quelconque de contraception. La demande totale dans ce groupe (86 %) est donc nettement plus élevée que pour les femmes en union ; à l'opposé, le pourcentage de demande satisfaite pour toutes les méthodes est nettement plus faible que pour les femmes en union (40 % contre 48 %) : il n'est que de 36 % si on se limite aux méthodes modernes. En milieu rural, le pourcentage de femmes non en union et sexuellement actives ayant des besoins non satisfaits en planification familiale est nettement plus élevé qu'en milieu urbain (58 % contre 49 %).

Tableau 11 Besoin et demande pour des services de planification familiale parmi les femmes actuellement en union et parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits, pourcentage ayant des besoins satisfaits par des méthodes modernes pourcentage de demande en planification familiale, pourcentage de demande en planification familiale satisfaite et pourcentage de demande en planification familiale satisfaite par des méthodes modernes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Besoins en planification familiale non satisfaits	Besoins en planification familiale satisfaits (utilise actuellement)		Demande totale en planification familiale ³	Effectif de femmes	Pourcentage de demande satisfaite ¹	
		Toutes les méthodes	Méthodes modernes ²			Toutes les méthodes	Méthodes modernes ²
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION							
Âge							
15-19	55,5	25,7	24,8	81,3	218	31,7	30,5
20-24	45,1	37,1	36,2	82,2	1 073	45,2	44,1
25-29	38,5	40,2	38,0	78,7	1 397	51,1	48,3
30-34	38,3	36,7	34,4	75,0	1 508	48,9	45,9
35-39	35,1	36,6	34,0	71,7	1 322	51,0	47,4
40-44	36,8	31,6	26,9	68,4	1 017	46,1	39,4
45-49	28,9	19,2	16,0	48,1	867	39,9	33,2
Milieu de Résidence							
Urbain	33,6	37,0	33,1	70,6	3 025	52,3	46,9
Rural	41,0	32,5	30,9	73,5	4 377	44,2	42,1
Département							
Aire Métropolitaine	31,7	38,8	34,0	70,6	1 608	55,0	48,2
Reste-Ouest	42,6	24,4	23,6	67,1	1 285	36,4	35,1
Sud-Est	43,8	29,4	26,2	73,2	369	40,1	35,8
Nord	39,5	36,1	33,9	75,6	821	47,8	44,9
Nord-Est	37,7	40,2	38,9	77,9	267	51,6	50,0
Artibonite	35,7	35,6	33,9	71,3	1 131	50,0	47,6
Centre	35,1	41,0	38,4	76,0	529	53,9	50,5
Sud	42,1	31,3	28,3	73,4	473	42,6	38,5
Grande Anse	41,0	34,9	32,9	75,8	290	46,0	43,4
Nord-Ouest	42,8	32,9	30,7	75,6	384	43,5	40,6
Nippes	38,4	38,7	37,3	77,1	246	50,2	48,4
Niveau d'instruction							
Aucun	39,0	28,9	27,9	67,9	1 532	42,6	41,1
Primaire	41,3	35,5	33,4	76,8	2 646	46,3	43,5
Secondaire ou +	34,7	35,9	32,4	70,6	3 224	50,8	45,8
Secondaire	36,3	36,3	33,1	72,6	2 837	50,0	45,6
Supérieur	23,5	32,9	27,1	56,4	387	58,4	48,0
Quintile de bien-être économique							
Le plus bas	45,1	29,7	28,3	74,8	1 383	39,7	37,8
Second	41,6	34,5	33,4	76,1	1 362	45,4	43,9
Moyen	38,3	38,4	36,7	76,7	1 499	50,1	47,9
Quatrième	36,6	35,5	32,2	72,1	1 640	49,2	44,7
Le plus élevé	29,4	33,0	28,3	62,4	1 517	52,9	45,4
Ensemble	38,0	34,3	31,8	72,3	7 402	47,5	44,0
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES⁴							
Milieu de Résidence							
Urbain	48,7	37,4	33,9	86,1	817	43,5	39,4
Rural	58,3	28,3	25,6	86,6	452	32,7	29,5
Ensemble	52,1	34,2	31,0	86,3	1 269	39,6	35,9

Note: Les valeurs figurant dans ce tableau sont basées sur la définition révisée des besoins non satisfaits décrite dans Bradley et al. 2012.

¹ Le pourcentage de demande satisfaite équivaut aux besoins satisfaits divisé par la demande totale.

² Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, la pilule, le DIU, les injectables, les implants, le condom masculin, et la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et d'autres méthodes modernes.

³ La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits.

⁴ Concerne les femmes qui ont eu des rapports sexuels dans les 30 jours ayant précédé l'interview

3.9 Santé de la reproduction

Les soins appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Au cours de l'enquête, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et les conditions d'accouchement ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté, et si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes les naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement. Enfin, pour toutes les naissances ayant eu lieu au cours des deux dernières années, on a demandé aux mères si elles avaient bénéficié de soins postnatals. Tous ces indicateurs sont présentés au Tableau 12.

Tableau 12 Indicateurs de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals d'un prestataire formé, pour la dernière naissance vivante, pourcentage ayant effectué, quatre visites prénatales ou plus pour la dernière naissance vivante et pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégé contre le tétanos néonatal; parmi toutes les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé et pourcentage qui ont eu lieu dans un établissement de santé; parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance dans les deux années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours après la dernière naissance vivante, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête				Naissances vivantes dans les cinq années ayant précédé l'enquête			Femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête	
	Pourcentage ayant eu des soins prénatals d'un prestataire formé ¹	Pourcentage ayant effectué 4 visites prénatales ou plus	Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage de naissances qui se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire formé ¹	Pourcentage de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances	Pourcentage de femmes qui ont eu des soins postnatals dans les deux jours après la naissance ³	Effectif de femmes
Âge de la mère à la naissance									
<20	92,6	61,1	69,2	639	41,5	39,4	888	26,9	313
20-34	92,0	68,5	76,0	3 318	43,5	41,2	4 299	35,3	1 676
35-49	86,1	63,9	73,7	932	35,0	32,5	1 116	30,5	435
Milieu de Résidence									
Urbain	93,4	75,9	74,8	1 842	62,7	59,8	2 209	45,9	808
Rural	89,5	61,0	74,5	3 048	30,4	28,5	4 094	27,1	1 615
Département									
Aire Métropolitaine	91,0	70,5	68,5	963	60,9	58,6	1 137	42,5	401
Reste-Ouest	88,7	58,9	72,4	898	34,5	31,9	1 194	27,2	458
Sud-Est	91,1	62,6	75,5	244	28,9	25,6	336	27,9	135
Nord	93,4	72,1	79,9	540	39,6	37,6	687	32,6	250
Nord-Est	94,6	75,4	84,0	190	46,3	44,3	243	34,7	95
Artibonite	89,8	66,5	74,8	768	38,8	36,7	988	33,5	401
Centre	92,8	72,5	73,0	379	45,6	43,7	542	42,8	202
Sud	87,7	58,7	78,2	317	36,0	36,3	411	32,6	165
Grande Anse	90,3	63,5	78,5	214	28,7	26,5	278	19,8	117
Nord-Ouest	95,6	66,5	79,2	245	33,5	29,2	322	28,1	134
Nippes	93,2	70,9	78,4	132	45,4	42,6	165	38,6	66
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	77,9	45,6	67,5	890	15,2	14,1	1 271	17,8	416
Primaire	90,7	61,3	72,4	1 843	32,0	29,4	2 474	25,3	966
Secondaire ou +	96,7	79,9	79,5	2 158	64,2	61,7	2 558	47,1	1 042
Secondaire	96,3	78,4	79,6	1 963	61,7	59,2	2 340	44,8	951
Supérieur	100,0	94,7	78,3	194	91,2	88,1	219	70,8	91
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	81,6	48,4	68,3	1 086	14,4	13,1	1 582	15,0	629
Second	90,0	57,7	73,4	967	27,1	25,4	1 303	27,2	540
Moyen	93,0	69,4	76,6	1 046	45,0	43,2	1 320	34,2	517
Quatrième	95,0	76,1	78,4	995	59,6	56,0	1 203	44,5	409
Le plus élevé	97,4	86,7	77,5	796	82,3	78,6	895	63,4	329
Ensemble	91,0	66,6	74,6	4 890	41,7	39,4	6 303	33,3	2 424

Note : Si plus d'un prestataire de santé a été mentionné, seul celui ayant les qualifications les plus élevées est pris en compte dans ce tableau.

¹ Sont considérés comme des prestataires de santé qualifiés: Médecins, infirmières, infirmières/sage-femme et auxiliaires

² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance vivante ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 3 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 5 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des 10 années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante. ³ Y compris les femmes ayant reçu des soins effectués par un médecin, une sage-femme, une infirmière, un agent de santé communautaire ou une sage-femme traditionnelle

3.9.1 Soins prénatals

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent débiter à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse, la première devant avoir lieu avant le troisième mois de la grossesse. Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) qui sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale constituent une composante importante des soins prénatals.

Les résultats indiquent que parmi les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années, 9 sur 10 (91 %) ont reçu des soins prénatals d'un prestataire formé, mais seulement deux tiers des femmes (67 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées. Par ailleurs, les trois quarts des femmes ont reçu les injections antitétaniques pour protéger leur naissance du tétanos néonatal³.

La couverture en soins prénatals varie selon les caractéristiques socioéconomiques. Les femmes les plus jeunes sont celles qui ont bénéficié le plus fréquemment de soins prénatals, mais aussi celles qui ont eu le moins fréquemment les quatre visites recommandées et qui sont le moins fréquemment vaccinées contre le tétanos. Par rapport aux femmes du milieu rural, celles du milieu urbain ont bénéficié un peu plus fréquemment de soins prénatals et elles ont aussi plus fréquemment effectué les quatre visites recommandées (respectivement 90 % et 61 % en milieu rural contre 93 % et 76 % en milieu urbain) ; par contre on ne dénote pas de différence du point de vue de la vaccination antitétanique. Le pourcentage de femmes ayant bénéficié de soins prénatals varie de 88 % dans le département du Sud à 96 % dans le Nord-Ouest ; les variations sont plus importantes en ce qui concerne les quatre visites (de 59 % dans le Sud à 75 % dans le Nord-Est) et le vaccin antitétanique (de 69 % dans l'Aire métropolitaine à 84 % dans le Nord-Est). Quel que soit l'indicateur, on constate une nette amélioration de la couverture avec l'augmentation du niveau d'instruction et celle du niveau de bien-être.

3.9.2 Accouchement

L'assistance par du personnel qualifié pendant l'accouchement permet de poser un diagnostic rapide et d'intervenir de manière efficace et rapide en cas de complication de la grossesse. De plus, l'accouchement dans un établissement de santé concourt également à réduire le risque de décès de la mère et de l'enfant. Au cours de l'enquête, on a demandé à la mère d'indiquer le lieu où elle avait accouché et la personne qui l'avait assistée pendant l'accouchement. Les résultats concernent toutes les naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années.

Le Tableau 12 montre qu'en moyenne 42 % des naissances des cinq dernières années se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire formé et 39 % ont eu lieu dans un établissement de santé. Ces deux indicateurs présentent d'importantes variations selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes.

Les proportions de naissances ayant eu lieu avec l'assistance d'un prestataire formé passent de 42 % pour les moins de 20 ans à 35 % pour celles de 35-49 ans ; les naissances qui se sont déroulées dans un établissement de santé varient aussi avec l'âge de la mère passant de 39 % à 33 % pour les mêmes groupes d'âges. Ces proportions sont plus élevées en milieu urbain qu'en

³ La note en bas du Tableau 12 explique comment est déterminée la couverture vaccinale.

milieu rural. En effet, en milieu urbain, 63 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire formé contre 30 %, en milieu rural ; 60 % des naissances, en milieu urbain, ont eu lieu dans un établissement de santé contre 29 % en milieu rural.

L'Aire Métropolitaine (61 %), les départements du Nord-Est, du Centre et des Nippes (plus de 45 %) enregistrent les proportions les plus élevées de naissances vivantes qui se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire formé. À l'autre extrême, les départements du Sud-Est et de la Grande Anse (moins de 30 %) affichent les proportions les plus faibles. Ces proportions augmentent avec le niveau d'instruction et le quintile du bien-être économique. Elles varient, de 15 %, chez les femmes n'ayant aucun niveau, à 64 %, chez celles ayant le niveau secondaire ou plus et de 14 % parmi les femmes du quintile le plus bas à 82 % parmi les femmes du quintile le plus élevé. En ce qui concerne le pourcentage de naissance ayant eu lieu dans un établissement de santé, on observe les mêmes tendances.

3.9.3 Soins postnatals de la mère

Une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveau-nés qui surviennent dans la période néonatale se produisent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Pour cette raison, il est recommandé que toutes les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins postnatals dans les deux jours qui suivent l'accouchement. Au cours de l'enquête, on a demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des deux dernières années, si un prestataire de santé les avait examinées après l'accouchement, et combien de temps après l'accouchement cet examen avait eu lieu.

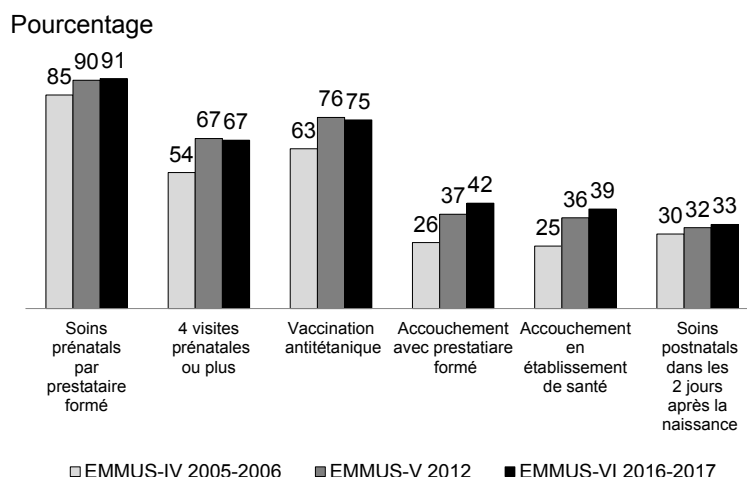
Les résultats montrent que parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années, un tiers d'entre elles (33 %) ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures suivant la naissance, conformément aux recommandations de l'OMS. Cette proportion varie avec l'âge de la mère, passant de 27 % pour les moins de 20 ans à 31 % pour les 35-49 ans. La couverture en soins postnatals dans les délais recommandés est plus élevée en milieu urbain que rural (46 % contre 27 %), parmi les femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus (47 % contre 18 % parmi celles sans niveau d'instruction) et parmi celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé (63 % contre 15 % dans le plus bas).

Les résultats mettent aussi en évidence des variations selon les départements : la proportion de femmes ayant reçu des soins postnatals dans les délais recommandés varie d'un minimum de 20 % dans le département de la Grande Anse à un maximum de 43 % dans celui du Centre et l'Aire Métropolitaine.

3.9.4 Tendance des soins prénatals et des conditions d'accouchement

La comparaison des résultats avec ceux des enquêtes antérieures, indique que la couverture en soins prénatals (soins prénatals, quatre visites ou plus, et VAT) a augmenté de façon importante entre l'EMMUS-IV de 2005-2006 et l'EMMUS-V de 2012 (Graphique 4). Cependant, aucun changement notable ne s'est produit au cours des dernières années. En effet la proportion des femmes ayant eu des soins prénatals d'un prestataire formé est passée de 85 % en 2005-2006 à 90 % en 2012 et à 91 % à EMMUS-VI.

Graphique 4 Indicateurs de santé maternelle (2005-2017)



Après avoir augmenté entre 2005 et 2012 de 54 % à 67 %, la proportion de femmes enceintes ayant effectué les quatre visites prénatales recommandées est restée inchangée. Il en est de même de la proportion de femmes dont la dernière naissance a été protégée contre le tétanos néonatal qui est restée pratiquement inchangée : augmentation de 63 % en 2005-2006 à 76 % en 2012 et 75 % en 2016-2017

Par contre les conditions d'accouchement continuent à s'améliorer. La proportion des naissances qui se sont déroulées avec l'assistance d'un prestataire de santé formé est passée de 26 % en 2005-2006 à 37 % à l'EMMUS-V et à 42 % à l'EMMUS-VI. Il en est de même pour la proportion des naissances qui se sont déroulées dans un établissement de santé qui est passée de 25 % en 2005-2006 à 36 % en 2012 et à 39 % en 2017.

Enfin, la proportion de femmes ayant bénéficié de soins postnatals à peu augmenté : de 30 % en 2005-2006, elle est passée à 33 % aujourd'hui.

3.10 Santé de l'enfant

3.10.1 Vaccination de l'enfant

Dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme étant complètement vacciné s'il a reçu le BCG contre la tuberculose, la dose de vaccin contre la polio à la naissance, les trois doses de DiTePer contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche, les trois doses du vaccin contre la polio, et le vaccin contre la rougeole. À partir de 2012, la Direction du PEV a introduit dans le programme de routine de nouveaux vaccins répondant au profil épidémiologique du pays: le pentavalent (DiTePer - Hep B - Hib) se substitua au vaccin DiTePer et en 2013 le vaccin contre le Rotavirus a été introduit. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent avoir été administrés à l'enfant au cours de sa première année.

Au cours de l'enquête, des informations ont été recueillies sur le BCG, la Polio, le Pentavalent ou DiTePer (sans distinguer les deux vaccins), la Rougeole/Rubéole, et le Rotavirus (Tableau 13). Les informations ont été collectées de deux manières: soit elles ont été relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec certitude la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit elles sont enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que la tranche d'âges de 12-23 mois, âge auquel les enfants devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV.

D'après les informations provenant des carnets de vaccination ou des déclarations des mères, 4 enfants de 12-23 mois sur 10 (41 %) ont reçu tous les vaccins de base (BCG, trois doses de DiTePer/Pentavalent, trois doses du vaccin de la polio - non compris la dose à la naissance - et une dose de Rougeole). À l'opposé, 10 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin : le reste des enfants (49 %) ne sont que partiellement vaccinés. En outre, seulement 18 % des enfants ont reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges, à savoir les mêmes vaccins que précédemment et deux doses contre le Rotavirus.

De manière spécifique, 83 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG, 55 %, la troisième dose de DiTePer/Pentavalent, 54 %, la troisième dose contre la polio, 58 %, la deuxième dose de Rotavirus, et 61 % le vaccin contre la rougeole. La dose de vaccin Polio 0 (à la naissance) n'a été reçue que par 38 % des enfants de 12-23 mois.

On note des déperditions importantes entre les doses de vaccin concernant le Pentavalent, la Polio, et le Rotavirus. De 84 % pour la première dose de Pentavalent, la couverture passe à 55 % seulement pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, la proportion passe de 84 % pour la première dose à 54 % pour la troisième. Quant au Rotavirus, entre la première et la deuxième dose, la proportion passe de 73 % à 58 %.

La couverture vaccinale varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Elle diminue avec le rang de naissance et elle est plus élevée parmi les filles que parmi les garçons (44 % des filles ont reçu tous les vaccins de base contre 38 % des garçons). La proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins de base est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (50 % contre 37 %). Les résultats selon les départements montrent que la couverture vaccinale varie d'un maximum de 61 % dans le Nord à un minimum de 27 % dans le Sud-Est. Elle augmente de façon importante avec le niveau d'instruction et le quintile du bien-être économique.

Le graphique 5 présente les tendances de la couverture vaccinale depuis l'EMMUS-IV de 2005-2006. Quel que soit le vaccin, la couverture s'est améliorée entre 2005-2006 et 2012 : ainsi le pourcentage d'enfants ayant reçu tous les vaccins du PEV est passée de 41 % à 45 %. Depuis cette date, on assiste au contraire à une baisse de la couverture vaccinale : ainsi le pourcentage d'enfants ayant reçu tous les vaccins du PEV et le pourcentage de ceux qui n'ont reçu aucun vaccin ont retrouvé leur niveau de 2005-2006 (respectivement 41 % et 10 %).

Tableau 13 Vaccinations selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère), pourcentage ayant reçu tous les vaccins de base et pourcentage ayant reçu tous les vaccins appropriés pour l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	DITePer/Pentavalent			Polio ¹			Rotavirus		Rougeole/Rubéole	Tous les vaccins de base	Tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âges	Aucun vaccin	Effectif d'enfants
	BCG	1	2	3	0 (à la naissance)	1	2	3					
Sexe													
Masculin	79,2	80,0	68,5	51,9	38,4	81,7	66,0	51,6	60,8	38,4	18,5	12,0	567
Féminin	86,4	87,1	76,1	58,8	37,1	87,0	74,2	57,1	61,3	44,4	17,9	7,4	564
Ordre de naissance													
1	90,6	90,0	80,8	64,6	49,2	91,6	78,8	62,8	69,8	48,0	24,2	4,0	326
2-3	83,1	82,8	70,8	52,8	36,2	82,4	69,1	52,5	59,8	41,3	18,2	10,7	449
4-5	81,6	83,1	73,5	57,8	37,9	83,1	69,2	55,1	63,1	40,9	18,4	10,1	197
6+	67,2	73,1	57,4	40,3	18,4	76,4	56,2	41,4	43,8	28,8	5,5	17,8	159
Milieu de Résidence													
Urbain ²	88,3	88,5	80,7	64,9	50,9	90,5	78,7	63,7	67,7	50,3	28,5	6,0	390
Rural	79,9	80,9	67,8	50,3	30,8	81,1	65,6	49,4	57,5	36,7	12,7	11,6	741
Département													
Aire Métropolitaine	85,0	84,8	73,6	54,8	50,0	87,3	71,8	53,6	60,9	38,6	22,2	7,1	185
Reste-Ouest	84,1	78,9	64,3	46,4	28,9	77,4	62,3	44,6	57,6	32,1	8,7	14,2	208
Sud-Est	76,1	85,7	73,6	41,9	29,1	82,5	65,6	40,3	44,7	27,3	11,4	11,1	63
Nord	89,4	89,0	85,8	72,6	50,5	91,6	81,2	71,3	72,6	60,5	32,1	5,2	119
Nord-Est	82,1	91,5	84,5	70,1	47,5	89,3	83,1	72,0	84,7	57,1	28,2	6,4	42
Artibonite	88,8	85,0	69,8	52,4	30,8	85,0	71,4	52,5	59,3	39,5	14,3	8,2	177
Centre	83,6	81,9	68,8	58,1	26,6	87,3	65,6	47,0	63,5	47,0	9,4	8,7	101
Sud	72,9	75,0	61,2	51,0	43,0	76,0	58,6	52,0	60,1	38,5	27,8	12,4	77
Grande Anse	72,1	81,7	76,2	59,0	31,2	81,2	74,0	59,1	57,1	42,1	13,2	17,5	58
Nord-Ouest	79,2	80,6	72,3	56,4	40,6	83,2	70,8	57,3	57,3	40,5	21,7	11,3	66
Nippes	88,1	97,1	88,9	67,6	48,0	96,0	85,7	67,7	73,5	53,4	30,9	0,9	35
Niveau d'instruction													
Aucun	70,2	73,1	57,5	41,4	21,8	74,0	55,8	39,3	49,4	28,3	7,2	17,7	217
Primaire	81,2	81,1	67,3	47,5	31,7	81,7	64,0	48,1	57,6	35,5	13,3	10,6	434
Secondaire ou +	89,9	90,4	83,5	68,8	50,5	91,4	82,1	66,9	69,4	52,7	27,6	5,2	479
Secondaire	89,3	89,8	82,7	69,1	49,1	90,9	81,8	66,6	67,8	52,0	26,3	5,5	445
Supérieur	(98,6)	(98,6)	(93,9)	(64,6)	(68,0)	(98,6)	(86,7)	(70,5)	(90,5)	(61,2)	(43,6)	(1,4)	35
Quintile de bien-être économique													
Le plus bas	71,3	74,9	59,3	43,4	21,1	74,0	58,9	43,8	51,2	29,7	5,9	16,1	313
Second	82,9	80,4	66,7	48,7	27,3	82,9	63,6	47,6	54,8	36,4	10,4	10,3	232
Moyen	81,4	83,9	71,0	49,8	41,7	85,0	66,7	53,0	57,4	37,1	19,2	9,0	230
Quatrième	91,9	90,6	84,7	69,6	49,6	91,5	82,1	62,3	73,5	51,0	25,9	4,8	190
Le plus élevé	95,8	95,6	92,2	78,6	65,0	96,9	91,5	76,7	79,2	65,7	42,2	3,1	166
Ensemble	82,8	83,5	72,3	55,3	37,8	84,3	70,1	54,4	61,0	41,4	18,2	9,7	1 131

BCG = Bacille Calmette-Guérin

DITePer = Diphthérie-tétanos-coqueluche

Pentavalent = DITePer - Hépatite B - Hib (Haemophilus influenzae type b)

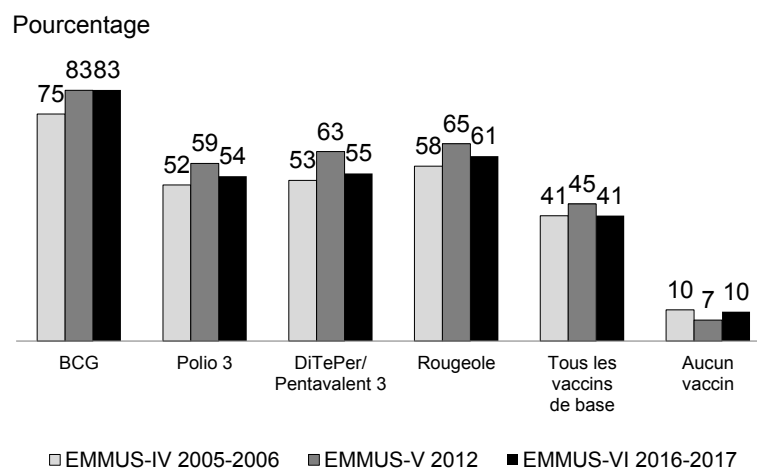
Note: On considère que les enfants sont vaccinés si l'information est inscrite sur le carnet de vaccination de l'enfant ou si c'est la mère qui le déclare. Pour les enfants dont l'information sur la vaccination est basée sur la déclaration de la mère, la date de la vaccination n'est pas collectée. On suppose que les proportions de vaccins effectués durant la première et la deuxième année sont les mêmes que pour les enfants pour lesquels on dispose d'un enregistrement écrit de la vaccination.

¹ Polio 0 est le vaccin de la polio donné à la naissance

² BCG, trois doses de DITePer/Pentavalent, trois doses du vaccin oral de la polio (non compris le vaccin contre la polio donné à la naissance), et une dose de Rougeole

⁴ BCG, trois doses de DITePer/Pentavalent, trois doses du vaccin oral contre la polio, DEUX doses du vaccin contre le rotavirus, et une dose de rougeole

Graphique 5 Vaccination des enfants de 12-23 mois (2005-2017)



3.10.2 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Parmi les maladies les plus sérieuses qui touchent les enfants, surtout dans les pays en développement, on trouve les infections respiratoires aiguës (IRA), la fièvre, et la déshydratation induite par les diarrhées sévères. Ces maladies constituent aussi les principales causes de décès infantile. Quand on considère, les conséquences possibles de ces maladies sur la survie des enfants, il est impératif qu'une prise en charge appropriée de l'enfant soit effectuée chaque fois qu'il présente ces maladies/symptômes.

Pour évaluer la prise en charge de ces maladies chez les enfants de moins de 5 ans, on a d'abord demandé aux mères si, dans les deux semaines avant l'enquête, l'enfant avait eu de la diarrhée, s'il avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë), et s'il avait eu de la fièvre. Pour les enfants ayant présenté ces signes et symptômes, on a demandé ce qui avait été fait (consultation, traitement, conseil) (Tableau 14).

Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont présenté des symptômes d'IRA (10 %, donnée non présentée), on a cherché des conseils ou traitements pour 40 % d'entre eux. C'est pour la tranche d'âge 6-11 mois (50 % contre 30 % à 36-47 mois) que la recherche de traitement est la plus fréquente. On observe que les parents ont beaucoup plus fréquemment cherché un traitement ou conseil pour les filles que pour les garçons (46 % contre 35 %). La proportion d'enfants pour lesquels on a recherché un traitement était également plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (53 % contre 33 %). On a aussi plus fréquemment recherché des soins pour les enfants dont la mère avait un niveau d'instruction secondaire ou plus (49 % contre 36 % pour les enfants de mère sans instruction) et dans les ménages du quintile de bien-être le plus élevé (55 % contre 28 % dans le quintile le plus bas).

Dans l'échantillon d'enfants de moins de 5 ans, 32 % avaient eu la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête (donnée non présentée) et on a recherché des conseils ou traitements pour 42 % d'entre eux. On observe peu de variations selon l'âge et le sexe : selon l'âge les pourcentages varient de 39 % (moins de 6 mois) à 43 % (12-23 mois) et, selon le sexe, de 41 % pour les garçons à 43 % pour les filles. Les parents ont plus fréquemment recherché des soins dans les villes que dans le milieu rural (50 % contre 38 %). La recherche d'un conseil ou traitement varie aussi selon le département : elle passe de 28 % dans les Nippes à 44 % dans le Centre, et dans le Nord. On observe aussi que la recherche de conseils ou traitements varie beaucoup avec

le niveau d'instruction de la mère et le quintile de bien-être économique. En effet, les enfants dont la mère n'avait aucun niveau d'instruction sont ceux pour lesquels on a recherché le moins fréquemment des conseils ou traitements, soit 32 % contre 52 % pour les enfants de mère avec un niveau d'instruction secondaire ou plus. Par rapport au niveau de bien-être économique, on n'a recherché des soins que dans 27 % des cas quand le niveau de bien-être économique est le plus bas contre 60 % pour le quintile le plus élevé.

Tableau 14 Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre, et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) ou qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché, un traitement ou des conseils dans un établissement de santé, ou auprès d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement ou des conseils dans un établissement de santé ou auprès d'un prestataire de santé, pourcentage à qui on a donné une solution préparée à partir de sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou à qui on a donné des liquides de sachets de SRO préconditionnés, pourcentage à qui on a donné du zinc, et pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Enfants avec diarrhée								
	Enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Enfants avec fièvre		Pourcentage pour lesquels on a recherché un conseil ou traitement ²	Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir de sachets de sels SRO ou des liquides de sachets de sels SRO préconditionnés	Pourcentage à qui on a donné du zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et du zinc	Effectif d'enfants
	Pourcentage pour lesquels on a recherché un conseil ou traitement ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché un conseil ou traitement ²	Effectif d'enfants					
Âge en mois									
<6	35,8	45	38,9	110	24,7	19,1	3,6	2,0	144
6-11	50,1	61	40,7	216	35,3	40,6	4,2	3,3	212
12-23	42,3	122	43,4	441	39,0	43,3	6,9	4,6	357
24-35	41,6	138	42,7	415	34,2	42,8	5,7	5,2	256
36-47	30,0	111	42,4	334	35,2	46,5	10,0	8,4	157
48-59	42,4	111	41,8	333	29,2	32,8	7,2	3,4	119
Sexe									
Masculin	34,8	301	41,3	939	34,4	39,6	6,7	5,0	642
Féminin	45,6	287	43,1	910	34,2	39,0	5,7	4,1	603
Milieu de Résidence									
Urbain	52,5	216	49,5	677	44,2	48,4	8,1	5,3	466
Rural	32,9	372	38,0	1 172	28,4	33,9	5,1	4,2	779
Département									
Aire Métropolitaine	56,0	138	51,6	409	51,5	52,5	9,4	6,6	242
Reste-Ouest	28,6	113	39,4	298	20,8	27,2	4,6	3,3	201
Sud-Est	(20,7)	32	30,7	94	29,0	31,7	1,5	1,5	46
Nord	45,3	54	43,7	184	30,8	35,5	7,3	4,4	166
Nord-Est	(41,4)	21	33,8	56	33,8	45,8	5,0	2,9	45
Artibonite	28,3	72	40,6	279	33,3	37,7	6,9	5,8	218
Centre	46,5	55	43,8	220	42,0	45,9	6,1	4,5	114
Sud	(46,9)	24	38,8	117	27,6	37,8	2,5	2,5	69
Grande Anse	35,9	31	42,6	74	35,3	51,1	7,0	7,0	58
Nord-Ouest	37,6	36	33,5	78	23,9	24,9	2,6	2,0	60
Nippes	*	11	27,5	41	27,6	33,3	4,1	1,7	26
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	36,0	97	32,0	406	28,1	36,8	4,7	4,3	226
Primaire	33,0	253	38,3	705	31,4	36,8	4,6	2,9	494
Secondaire ou +	49,4	238	51,5	739	39,8	42,7	8,4	6,3	525
Secondaire	45,4	213	49,7	683	38,9	42,6	8,1	6,2	495
Supérieur	*	25	(72,7)	56	*	*	*	*	30
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	28,0	147	26,7	474	25,5	33,8	5,0	4,7	321
Second	27,7	116	39,5	367	30,6	34,6	4,4	3,6	229
Moyen	42,0	108	48,3	378	39,9	45,6	7,6	4,2	281
Quatrième	52,8	113	46,5	383	39,5	39,7	5,7	4,8	269
Le plus élevé	55,4	103	59,9	247	39,2	46,0	10,3	6,2	146
Ensemble	40,1	588	42,2	1 849	34,3	39,3	6,2	4,6	1 245

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les symptômes d'IRA incluent la toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine.

² Non compris les conseils ou les traitements fournis par un praticien traditionnel

Parmi l'ensemble des enfants de moins de 5 ans échantillonnés, 21 % (donnée non présentée) ont présenté au moins un épisode de diarrhée au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview. Des conseils ou traitements ont été recherchés pour 34 % d'entre eux. Les conseils ou traitements ont été recherchés le plus fréquemment pour les enfants de 12-23 mois (39 %), pour ceux de l'Aire Métropolitaine (52 %), pour ceux vivant dans le milieu urbain (44 %), pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (40 %) et pour ceux des 3 quintiles les plus élevés (39 %-40 %). Par contre, en fonction du sexe on n'a pas observé de différence (34 %).

Pour traiter la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans, dans 39 % des cas, on leur a donné des liquides préparés à partir des sachets de sels SRO ou des liquides de sachets de sel SRO préconditionnés. Dans 6 % des cas, les enfants ont été traités avec des suppléments de zinc et, dans 5 % des cas, les enfants ont reçu des sels de SRO et des suppléments de zinc.

L'utilisation des Sachets de sels SRO est plus faible pour les enfants de moins de 6 mois (19 %) que dans les autres groupes d'âges. Il n'y a presque pas de différence au niveau du sexe (39 % et 40 %). Par contre, on note une grande différence entre les milieux de résidence (48 % en urbain contre 34 % en milieu rural). Les résultats par département mettent en évidence des écarts, l'utilisation des sachets de sels SRO variant d'un minimum de 25 % dans le Nord-Ouest à 53 % dans l'Aire Métropolitaine ; dans les quintiles de bien-être, ce pourcentage varie de 34 % dans le plus bas à 46% dans le plus élevé. Des variations moindres sont observées pour le niveau d'instruction (37 % pour le niveau primaire ou moins et 43 % pour le niveau secondaire ou plus).

3.11 État nutritionnel des enfants

La malnutrition est caractérisée par les carences, les excès ou les déséquilibres dans l'apport énergétique et/ou nutritionnel d'une personne. Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité ; en outre la malnutrition affecte le développement mental de l'enfant. L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques et de l'âge. Ainsi l'âge exact, les mesures de poids et de la taille ont été enregistrés pour les enfants nés de 2011 à 2017. Ces données ont permis de calculer les trois indices suivants :

- 1) le retard de croissance en calculant la taille par rapport à l'âge
- 2) l'émaciation en calculant le poids par rapport à la taille
- 3) l'insuffisance pondérale en calculant le poids par rapport à l'âge

Ces indices sont exprimés en termes de nombre d'unités d'écarts type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant. Les définitions suivantes ont été adoptées. Les enfants qui se situent à moins de deux écart types (-2ET) en dessous de la médiane sont considérés comme mal nourris, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts (-3ET) en dessous de la médiane sont considérés comme étant sévèrement mal nourris. Les enfants dont le poids-pour-âge ou le poids-pour-taille se situent au-dessus de trois écarts types de la médiane sont considérés comme étant en surpoids. La surcharge pondérale est une accumulation anormale ou excessive de graisse qui peut avoir des conséquences néfastes pour la santé.

Taille-pour-Age. Les enfants dont la taille-pou-âge se situe en dessous de moins de 2 écarts types (-2ET) de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition chronique ; il reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate

et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifeste à plusieurs reprises (paludisme par exemple)

Poids-pour-Taille. Les enfants dont le poids-pour taille est en dessous de moins de 2 écarts type (-2ET) de la médiane de la population de référence sont atteints d'émancipation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes surtout la diarrhée.

Poids-pour-Âge. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins de 2 écarts type (-2ET) de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux formes de malnutrition chronique et aiguës.

Le tableau 12 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les données pour la taille par rapport à l'âge révèlent que dans l'ensemble 22 % des enfants souffrent de malnutrition chronique, autrement dit d'un déficit de croissance ; dans 8 % des cas, les enfants en souffrent sous forme sévère et dans 14 % des cas, ils en sont atteints sous sa forme modérée, situation qui est resté inchangée depuis 2012.

Tableau 15 État nutritionnel des enfants

Pourcentage des enfants de moins de 5 ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille, et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-Âge ¹					Poids-pour taille					Poids-pour Âge				
	Pour-centage en dessous de -3 ET	Pour-centage en dessous de -2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Pour-centage en dessous de -3 ET	Pour-centage en dessous de -2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Pour-centage en dessous de -3 ET	Pour-centage en dessous de -2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Pour-centage en dessous de -3 ET	Pour-centage en dessous de -2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Pour-centage en dessous de -3 ET	Pour-centage en dessous de -2 ET	Score centré réduit moyen (ET)
	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants	Effectif d'enfants
Âge en mois															
6-8	7,2	14,5	-0,5	2,3	7,8	0,1	3,3	7,9	3,3	10,4	0,1	3,3	10,4	2,9	-0,3
9-11	2,3	9,5	-0,5	1,0	5,5	-0,3	1,4	3,6	1,0	7,9	-0,3	1,4	7,9	2,3	-0,6
12-17	2,7	14,5	-0,5	1,2	10,0	-0,3	1,4	3,6	1,0	11,8	-0,3	1,4	11,8	1,6	-0,5
18-23	6,0	15,2	-0,7	1,4	5,2	-0,3	1,4	3,1	1,4	8,3	-0,3	1,4	8,3	1,6	-0,6
24-35	10,8	29,9	-1,3	0,9	4,2	-0,0	0,9	2,6	0,9	11,5	-0,0	0,9	11,5	1,5	-0,6
36-47	9,4	24,7	-1,1	1,317	1,7	0,1	1,317	3,2	1,317	9,8	0,1	1,317	9,8	1,2	-0,6
48-59	5,9	19,2	-0,9	1,459	0,1	-0,0	1,459	2,6	1,459	7,8	-0,0	1,459	7,8	0,9	-0,6
Sexe															
Masculin	9,0	24,0	-1,0	3,295	1,1	-0,0	3,295	4,0	3,295	10,7	-0,0	3,295	10,7	1,5	-0,6
Féminin	6,4	19,9	-0,9	3,323	0,5	-0,0	3,323	2,8	3,323	8,3	-0,0	3,323	8,3	1,2	-0,5
Interview de la mère															
Interviewée	7,3	21,1	-0,9	5,538	0,9	-0,0	5,538	3,6	5,538	9,0	-0,0	5,538	9,0	1,3	-0,5
Non interviewée, mais vivant dans le ménage	8,6	22,7	-0,9	91	1,2	0,0	91	2,7	91	16,1	0,0	91	16,1	2,1	-0,6
Non interviewée, ne vivant pas dans le ménage ³	10,2	26,4	-1,1	989	0,6	-0,0	989	2,4	989	11,3	-0,0	989	11,3	1,5	-0,6
Milieu de Résidence															
Urbain	5,7	18,0	-0,8	2,166	1,0	-0,1	2,166	4,7	2,166	2,2	-0,1	2,166	2,2	1,5	-0,5
Rural	8,7	23,9	-1,0	4,452	0,7	0,0	4,452	3,3	4,452	2,1	0,0	4,452	2,1	1,3	-0,6
Département															
Aire Métropolitaine	6,8	20,2	-0,8	1,053	1,2	-0,1	1,053	4,1	1,053	3,7	-0,1	1,053	3,7	2,0	-0,6
Reste-Ouest	9,2	22,5	-1,0	1,177	0,9	0,0	1,177	4,3	1,177	1,9	0,0	1,177	1,9	1,5	-0,5
Sud-Est	6,2	20,0	-0,9	389	1,0	-0,0	389	2,5	389	2,4	-0,0	389	2,4	1,8	-0,5
Nord	7,6	20,0	-1,0	753	1,0	0,0	753	4,5	753	8,7	0,0	753	8,7	1,2	-0,6
Nord-Est	5,5	21,0	-1,1	252	0,0	0,0	252	1,5	252	1,1	0,0	252	1,1	1,7	-0,5
Artibonite	7,8	22,4	-0,9	1,097	1,2	-0,0	1,097	4,3	1,097	2,1	-0,0	1,097	2,1	0,9	-0,6
Centre	11,2	30,1	-1,3	586	0,2	0,0	586	2,9	586	2,4	0,0	586	2,4	1,0	-0,7
Sud	7,5	22,0	-1,0	468	0,1	-0,1	468	2,1	468	1,8	-0,1	468	1,8	1,3	-0,6
Grande Anse	6,1	21,6	-1,0	320	0,6	-0,1	320	3,4	320	10,5	-0,1	320	10,5	0,5	-0,6
Nord-Ouest	6,9	20,3	-0,8	352	0,6	0,0	352	2,4	352	0,9	0,0	352	0,9	1,8	-0,6
Nippes	4,2	17,2	-0,8	171	0,5	0,0	171	2,3	171	0,6	0,0	171	0,6	0,6	-0,5
Niveau d'instruction de la mère															
Aucun	12,0	31,5	-1,3	1,157	1,2	-0,0	1,157	3,3	1,157	2,7	-0,0	1,157	2,7	0,6	-0,8
Primaire	8,6	23,3	-1,0	2,151	0,8	0,0	2,151	4,1	2,151	2,2	0,0	2,151	2,2	1,5	-0,6
Secondaire ou +	3,8	14,0	-0,7	2,320	0,8	-0,0	2,320	3,9	2,320	1,3	-0,0	2,320	1,3	1,5	-0,4
Secondaire	3,8	14,7	-0,7	2,111	0,8	-0,1	2,111	3,8	2,111	6,1	-0,1	2,111	6,1	1,2	-0,4
Supérieur	3,7	7,9	-0,2	208	0,7	0,2	208	5,0	208	1,9	0,2	208	1,9	4,5	-0,0
Quantile de bien-être économique															
Le plus bas	14,0	34,1	-1,4	1,705	1,0	-0,1	1,705	4,0	1,705	3,6	-0,1	1,705	3,6	0,8	-0,8
Second	7,6	24,1	-1,1	1,426	1,0	-0,0	1,426	3,5	1,426	1,7	-0,0	1,426	1,7	1,5	-0,6
Moyen	6,7	17,6	-0,9	1,405	0,7	0,0	1,405	3,0	1,405	1,9	0,0	1,405	1,9	0,8	-0,5
Quatrième	4,3	16,7	-0,8	1,165	0,7	-0,0	1,165	4,7	1,165	1,2	-0,0	1,165	1,2	1,7	-0,5
Le plus élevé	2,3	9,4	-0,2	917	0,6	0,1	917	3,6	917	1,3	0,1	917	1,3	2,6	-0,1
Ensemble ⁵	7,7	21,9	-1,0	6,618	0,8	-0,0	6,618	3,4	6,618	2,1	-0,0	6,618	2,1	1,4	-0,6

Note : Chaque indice est exprimé en termes d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.

¹ Les enfants de moins de 2 ans sont mesurés en position allongée ; tous les autres enfants sont mesurés en position debout.

² Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant

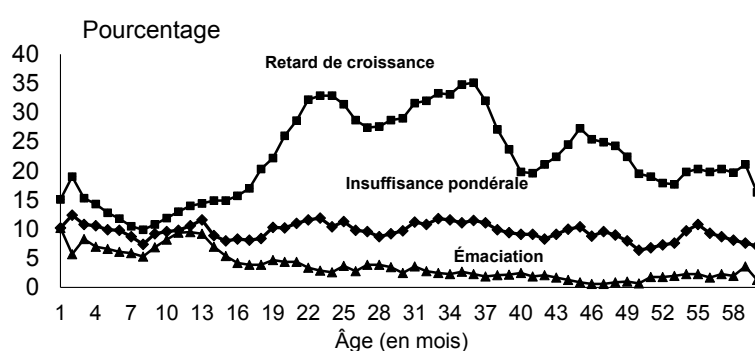
³ Y compris les enfants dont la mère est décédée

⁴ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le Questionnaire Ménage

⁵ Inclut 1 cas pondérés sans information sur le niveau d'instruction

Les résultats montrent qu'à partir de 6-8 mois, il y a une augmentation assez régulière de la prévalence de la malnutrition chronique, avec un pic dans la tranche d'âges de 18--35 mois (30 %) et une baisse à partir de 36 mois jusqu'à 59 mois (Graphique 6). Une certaine différence est observée selon le sexe : 24 % chez les garçons et 20 % chez les filles). On constate aussi qu'il y a une plus forte proportion d'enfant en milieu rural (24 %) qui sont en situation de malnutrition par rapport au milieu urbain (18 %). Le degré de malnutrition varie inversement avec le niveau d'instruction de la mère autrement dit, moins la mère est instruite, plus le niveau de malnutrition est élevé chez les enfants. Ainsi la malnutrition chronique varie de 32 % à 14 %, chez les enfants dont la mère n'ayant aucun niveau d'éducation par rapport à celles qui ont un niveau secondaire ou plus. La même tendance est observée au niveau du quintile de bien-être économique (34 % pour le niveau le plus bas à 9 % pour le niveau le plus élevé). On observe deux extrêmes dans les départements avec 17 % pour les Nippes et 30 % pour le Centre, avec des pourcentages variant de 20 % à 23 % dans les autres départements.

Graphique 6 État nutritionnel des enfants par âge



Note: Le retard de croissance indique une malnutrition chronique; L'émaciation indique une malnutrition aiguë; L'insuffisance pondérale peut être provoquée, soit par la malnutrition chronique, soit par la malnutrition aiguë ou par une combinaison des deux indices. Les valeurs représentées sont lissées par une moyenne mobile sur 5 mois.

EMMUS-VI 2016-2017

Les résultats concernant le poids par rapport à la taille montrent que, dans l'ensemble, 4 % des enfants sont émaciés, 3 % sous la forme modérée, et 1 % sous la forme sévère. La prévalence de l'émaciation a très légèrement baissé depuis 2012 (5 %). Les pourcentages les plus élevés d'enfants, atteints de malnutrition aiguë se retrouvent dans le groupe d'âges de 9-11 mois (10 %), chez les garçons (4%), chez les enfants vivants en milieu urbain (5 %), et chez ceux vivant dans l'Aire Métropolitaine (6 %). On n'observe pas de tendance claire selon le niveau d'instruction de la mère et le quintile de bien-être économique.

Les données concernant le poids par rapport à l'âge indiquent que, dans l'ensemble, environ 10 % des enfants présentent une insuffisance pondérale, 7 % sous la forme modérée, et 2 % sous la forme sévère. Comme pour l'émaciation, la prévalence de l'insuffisance pondérale a très légèrement baissé depuis 2012 (11 %). C'est parmi les enfants de sexe masculin (11 %), ceux de 9-11 mois (12 %), ceux du milieu rural (10 %), ceux des départements du Sud et du Centre (11 % dans les deux cas), ceux dont la mère n'a pas d'instruction (13 %), et ceux vivant dans un ménage du quintile de bien être le plus bas (15 %) que la prévalence de l'insuffisance pondérale est la plus élevée.

3.12 Allaitement

Le lait maternel constitue la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif autrement dit sans aucun ajout est recommandé par le MSSP

et l'OMS parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires pour son développement. De plus, le lait maternel étant stérile permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Selon les normes nationales du MSPP relatives à l'alimentation du nourrisson « l'allaitement au sein exclusif durant les 6 premiers mois est recommandé à moins que l'alimentation de remplacement ne soit Acceptable, Faisable, Abordable, Durable, et Sure (AFDS). » Par ailleurs, il est fortement recommandé qu'à partir de 6 mois, on introduise dans l'alimentation des aliments solides de complément, l'allaitement maternel seul ne suffisant plus pour garantir une croissance optimale de l'enfant.

Le Tableau 16 présente les résultats sur la pratique d'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Tableau 16 Allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère, par type d'allaitement et pourcentage actuellement allaités; pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge en mois, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Âge en mois	Allaitement						Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de deux ans
	Non allaité	Allaité exclusivement	Allaité et eau seulement	Allaité et liquides non lactés ¹	Allaité et autres laits	Allaité et aliments de complément					
0-1	2,6	64,5	5,4	7,6	8,0	12,0	100,0	97,4	239	18,1	243
2-3	5,7	33,7	7,2	5,9	11,4	36,1	100,0	94,3	244	34,6	247
4-5	2,8	15,2	6,0	1,9	5,1	69,0	100,0	97,2	178	21,8	180
6-8	6,6	0,3	2,9	3,1	1,7	85,3	100,0	93,4	250	39,1	257
9-11	9,9	0,9	1,7	3,4	1,2	82,9	100,0	90,1	281	33,8	296
12-17	29,0	0,0	0,2	0,8	0,4	69,6	100,0	71,0	584	30,1	616
18-23	71,8	0,3	0,3	0,0	0,0	27,6	100,0	28,2	446	16,5	515
0-3	4,2	48,9	6,3	6,8	9,7	24,2	100,0	95,8	483	26,4	490
0-5	3,8	39,9	6,2	5,4	8,5	36,2	100,0	96,2	660	25,1	671
6-9	7,7	0,8	2,3	3,7	2,2	83,3	100,0	92,3	315	37,3	327
12-15	23,1	0,0	0,3	1,2	0,5	74,8	100,0	76,9	392	29,6	415
12-23	47,5	0,1	0,2	0,5	0,2	51,4	100,0	52,5	1 030	23,9	1 131
20-23	75,1	0,4	0,6	0,0	0,0	23,9	100,0	24,9	279	14,2	324

Note: Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de 24 heures (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Liquides non lactés », « Autres laits », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi, les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autres laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Les liquides non lactés comprennent les jus, les boissons à base de jus, les bouillons clairs ou les autres liquides.

Les résultats montrent que 96 % des enfants de moins de 6 mois sont allaités, mais que 40 % seulement sont allaités exclusivement au sein, ce qui montre que les recommandations du MSPP sont loin d'être suivies. Le reste des enfants de ce groupe d'âges sont alimentés ainsi :

- 4 % ne sont pas allaités
- 6 % sont allaités et reçoivent de l'eau seulement
- 5 % reçoivent du lait maternel du jus, et autres liquides non lactés
- 9 % reçoivent du lait maternel et d'autres laits
- 36 % reçoivent le lait et des aliments de compléments

À noter aussi que si 36 % d'entre eux reçoivent du lait et des aliments de complément, cela veut dire que l'introduction d'autres liquides ou suppléments, a lieu à un âge trop jeune.

Par ailleurs, seulement 83 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent en plus du lait maternel des aliments de complément, ceci montre aussi que la recommandation pour l'introduction de compléments à partir de l'âge de 6 mois n'est pas toujours suivie.

Le tableau 16 montre également qu'en Haïti, les mères utilisent fréquemment le biberon. Ainsi, près de deux enfants de 0-1 mois sur dix (18 %) avaient été nourris au biberon au cours des 24 heures ayant précédé l'interview. Cette proportion atteint 35 % pour les enfants âgés de 2-3 mois et 39 % pour ceux de 6-8 mois.

3.13 Anémie chez l'enfant et chez la femme

L'anémie est un état dû à une diminution anormale des globules rouges dans le sang. Les causes de l'anémie peuvent être nombreuses, cependant celle due à la carence en fer, est la plus répandue dans le monde. Cette carence en fer est le trouble nutritionnel le plus commun et le plus fréquent et constitue un problème de santé publique. Les principales conséquences de la carence en fer sont une mauvaise santé et les décès prématurés. Des mesures doivent être prises pour réduire l'anémie, en vue d'assurer un meilleur état de santé, en particulier pour les femmes enceintes et les enfants. La prévalence de l'anémie est donc un indicateur de l'état nutritionnel et d'un état de santé déficient.

Au cours de l'enquête, un prélèvement de sang capillaire a été effectué auprès des femmes de 15-49 ans et des enfants de 6-59 mois pour évaluer leur niveau d'hémoglobine. Le niveau d'hémoglobine a été mesuré à l'aide d'un hémoglobinomètre portatif ou Hemocue. Le résultat est exprimé en gramme d'hémoglobine par décilitre. La classification de l'OMS pour les niveaux d'anémie a été retenue pour l'enquête. Chez les femmes et les enfants, l'anémie est considérée comme sévère si le niveau d'hémoglobine par décilitre est inférieur à 7,0 g/dl, et modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl. L'anémie est considérée comme légère chez les femmes non enceintes si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl; chez les enfants et les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine si le niveau se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl

Le tableau 17 présente la prévalence de l'anémie pour les enfants de 6 à 59 mois et chez les femmes de 15-49 ans.

Les résultats montrent que 66 % des enfants de 6 à 59 mois sont atteints d'anémie : 29 % sous une forme légère, 35 % sous une forme modérée et 2 % sous une forme sévère. Ces valeurs n'ont pratiquement pas changé depuis l'EMMUS-V de 2005-2006. On note une augmentation de la prévalence de l'anémie avec l'âge jusqu'à 12-17 mois, passant de 69 % à 6-8 mois (69 %) à 84 % à 12-17 mois puis une baisse régulière jusqu'à 48-59 mois, groupe d'âges dans lequel la prévalence de l'anémie est estimée à 51 %. On constate également que les garçons sont légèrement plus touchés que les filles (68 % contre 65 %), ainsi que les enfants du milieu urbain par rapport à ceux du milieu rural (67 % contre 65 %). Des écarts importants s'observent par département puisque la prévalence de l'anémie varie d'un minimum de 60 % dans le Sud-Est à un maximum de 70 % dans le Sud).

Parmi les femmes de 15 à 49 ans, on constate que 49 % sont atteintes d'anémie : 36 % d'anémie légère, 12 % d'anémie modérée, et 1 % d'anémie sévère. Comme pour les enfants, l'anémie est plus fréquente en milieu urbain que rural (52 % contre 46 %) et les femmes des deux quintiles de bien-être économique les plus bas ont tendance à être moins fréquemment anémiées que celles des deux quintiles les plus élevés (45 % et 44 % contre 53 % et 50 %).

Tableau 17 Prévalence de l'anémie chez les enfants et les femmes

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois et de femmes de 15-49 ans considérés comme tant atteints d'anémie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage atteint d'anémie				Effectif
	Anémie	Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère	
ENFANTS					
Âge en mois					
6-8	68,7	28,9	38,2	1,6	262
9-11	80,1	25,8	52,2	2,1	305
12-17	84,1	26,1	53,7	4,3	684
18-23	75,9	23,0	50,0	2,9	549
24-35	68,3	28,4	37,5	2,4	1 355
36-47	63,3	31,9	29,7	1,7	1 317
48-59	50,8	30,7	19,6	0,5	1 454
Sexe					
Masculin	67,5	29,5	35,6	2,4	2 956
Féminin	64,6	28,2	34,8	1,6	2 970
Milieu de Résidence					
Urbain	67,2	29,2	35,5	2,6	1 950
Rural	65,4	28,7	35,0	1,7	3 976
Département					
Aire Métropolitaine	68,5	29,0	36,3	3,3	961
Reste-Ouest	62,6	30,0	29,8	2,8	1 051
Sud-Est	60,1	29,3	30,5	0,3	346
Nord	66,1	28,0	36,7	1,4	677
Nord-Est	65,9	31,8	32,9	1,2	226
Artibonite	66,8	26,3	37,9	2,6	966
Centre	66,8	26,7	38,7	1,4	531
Sud	69,9	32,3	37,0	0,5	414
Grande Anse	68,4	28,6	38,6	1,2	290
Nord-Ouest	64,9	29,8	34,1	0,9	310
Nippes	66,7	31,0	33,3	2,4	153
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	65,7	26,6	37,2	2,0	1 549
Second	67,6	28,3	37,5	1,7	1 256
Moyen	69,8	29,9	37,5	2,4	1 234
Quatrième	64,4	28,6	34,0	1,8	1 059
Le plus élevé	60,6	32,6	25,8	2,2	828
Ensemble	66,0	28,8	35,2	2,0	5 926
FEMMES					
Milieu de Résidence					
Urbain	52,4	37,8	13,2	1,4	4 391
Rural	45,6	33,4	10,8	1,4	5 095
Département					
Aire Métropolitaine	54,3	38,5	14,3	1,5	2 362
Reste-Ouest	49,1	35,7	11,8	1,7	1 552
Sud-Est	46,6	34,0	11,3	1,3	501
Nord	40,1	29,2	9,6	1,3	1 039
Nord-Est	41,3	31,7	8,7	0,9	354
Artibonite	48,1	35,2	11,6	1,4	1 362
Centre	39,5	29,5	9,4	0,6	607
Sud	58,4	41,9	14,5	2,0	622
Grande Anse	54,9	42,7	10,6	1,5	336
Nord-Ouest	45,9	34,3	10,8	0,7	465
Nippes	45,4	33,0	11,5	0,9	286
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	44,5	32,1	11,0	1,4	1 454
Second	43,6	31,4	10,9	1,2	1 598
Moyen	49,2	36,3	10,9	1,9	1 873
Quatrième	53,4	38,9	13,2	1,3	2 209
Le plus élevé	50,3	36,4	12,8	1,1	2 352
Ensemble	48,8	35,5	11,9	1,4	9 486

Note: Le tableau est basé sur les enfants et les femmes qui ont passé, dans le ménage, la nuit ayant précédé l'interview. La prévalence de l'anémie, basée sur les niveaux d'hémoglobine est ajustée en fonction du fait de fumer (pour les femmes) en utilisant les formules du CDC (CDC 1998). L'hémoglobine est mesurée en grammes par décilitre (g/dl). Les femmes et les enfants sont considérés comme atteints d'anémie sévère si le niveau d'hémoglobine est <7,0 g/dl d'hémoglobine et d'anémie modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl; l'anémie est considérée comme légère chez les femmes non enceintes si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0 et 11,9 g/dl; chez les enfants et les femmes enceintes, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0-10,9 g/dl.

3.14 Mortalité des enfants

À l'EMMUS VI, les données relatives à la mortalité des enfants proviennent de l'historique des naissances rapportées par les mères. Pour chacune des naissances déclarées par l'enquêtée, on a enregistré la date de l'évènement ainsi que l'état de survie de l'enfant, et, dans l'éventualité d'un décès, l'âge au

décès. Ces données permettent de reconstituer, à travers le temps, des cohortes de naissances et de mesurer, au sein de ces cohortes, les quotients de mortalité néonatale, postnéonatale, infantile, juvénile, et infanto-juvénile. Ces indicateurs ont été établis par période de 5 ans pour les 15 dernières années précédant la date de l'enquête et sont présentés au tableau 18. Ils se prêtent à l'analyse du niveau de la mortalité infantile et juvénile, en Haïti, au cours de la période 2002-2016. Les indicateurs calculés sont les suivants:

- Quotient de mortalité néonatale (NN): probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre un mois exact;
- Quotient de mortalité postnéonatale (PNN): probabilité, pour les enfants âgés d'un mois exact, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts);
- Quotient de mortalité infantile (1q0): probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts);
- Quotient de mortalité juvénile (4q1): probabilité, pour les enfants âgés d'un an exact, de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire (60 mois exacts) ;
- Quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0) : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

L'EMMUS VI 2016-2017 estime le niveau de mortalité infantile à 59 %, lequel est le même que celui observé antérieurement à l'EMMUS-V de 2012 (Graphique 7). Cela signifie qu'en moyenne, sur une cohorte annuelle de 1 000 enfants nés vivants, au cours des cinq dernières années (2012-2016), 58 seraient décédés avant de fêter leur premier anniversaire.

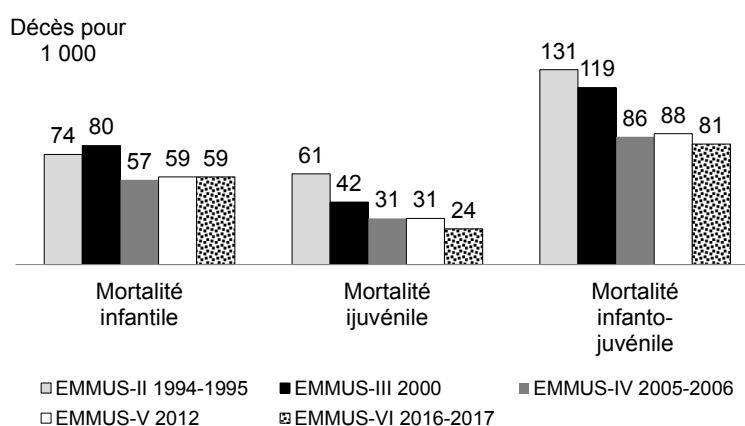
Tableau 18 Quotient de mortalité, des enfants de moins de 5 ans

Quotients de mortalité néonatale, postnéonatale, infantile, juvénile, et infanto-juvénile par période de 5 ans ayant précédé l'enquête, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Période précédant l'enquête	Quotients de mortalité				
	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité postnéonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	32	27	59	24	81
5-9	32	26	58	29	85
10-14	24	31	55	29	83

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

Graphique 7 Tendence de la mortalité des enfants



La structure par âge de la mortalité infantile révèle que la mortalité néonatale (32 %) correspond à plus de la moitié (54 %) de la mortalité infantile, et la mortalité postnéonatale (27 %) à une part plus faible (45 %). Au niveau de la mortalité juvénile, le quotient (24 %) indique que

sur 1 000 enfants ayant atteint leur premier anniversaire, 24 seraient décédés avant de fêter leur cinquième anniversaire. De son côté, le quotient de mortalité infanto-juvénile (81 ‰) signifie que sur 1 000 enfants nés vivants, 81 seraient décédés avant de fêter leur cinquième anniversaire.

Si l'on compare les niveaux de mortalité pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête) avec les périodes antérieures (5-9 ans et 10-14 ans), il semblerait que la mortalité infantile a augmenté au cours des 15 dernières années et que la mortalité juvénile a très légèrement baissé. La comparaison avec les enquêtes antérieures (graphique 7) semble confirmer cette tendance. Entre l'EMMUS-III de 2000 et l'EMMUS-IV de 2005-2006, la mortalité aussi bien infantile que juvénile aurait nettement baissé. Depuis cette date, la mortalité infantile se serait maintenue à un niveau pratiquement stable, alors que la mortalité juvénile aurait légèrement baissé, en particulier entre 2012 et 2016-2017. Globalement la mortalité avant 5 ans, serait passée de 88 ‰ en 2012 à 81 ‰ en 2016-2017.

Le tableau 19 présente les niveaux de mortalité par milieu et département de résidence pour les 10 ans avant l'enquête. On constate que, par rapport au secteur de résidence, la mortalité infantile est très légèrement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (59 ‰ contre 56 ‰). La surmortalité rurale est plus marquée chez les enfants de 1-4 ans révolus où le quotient de mortalité juvénile se situe à 28 ‰ contre 23 ‰, en milieu urbain. Dans l'ensemble des cinq premières années de la vie, l'écart relatif entre le rural et l'urbain est de 10 ‰, le quotient de mortalité infanto-juvénile étant de 86 ‰ en milieu rural, contre 78 ‰ en milieu urbain.

Tableau 19 Quotients de mortalité des enfants de moins de 5 ans selon certaines caractéristiques démographiques

Quotients de mortalité néonatale, postnéonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile des enfants de moins de 5 ans pour la période des 10 années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques démographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité postnéonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile (1q0)	Mortalité juvénile (4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
Milieu de Résidence					
Urbain	31	26	56	23	78
Rural	32	27	59	28	86
Département					
Aire Métropolitaine	35	31	66	25	89
Reste-Ouest	49	35	84	30	112
Sud-Est	39	16	55	22	76
Nord	19	14	33	21	54
Nord-Est	28	26	54	24	77
Artibonite	26	24	51	35	84
Centre	24	41	65	27	90
Sud	25	15	40	23	62
Grande Anse	15	13	28	26	53
Nord-Ouest	19	26	45	14	58
Nippes	41	30	72	20	90
Ensemble	32	27	58	26	83

¹ Calcul par différence entre les quotients de mortalité, infantile, et néo-natale

Au niveau départemental, la mortalité infantile varie très fortement, d'un maximum de 84 ‰ dans le Reste du département de l'Ouest à un minimum de 28 ‰ dans la Grande Anse, soit une mortalité trois fois plus élevée. Avec le reste de l'Ouest, les départements des Nippes (72 ‰), du Centre (65 ‰) ainsi que l'Aire Métropolitaine (66 ‰) enregistrent les niveaux de mortalité infantile les plus élevés. À l'autre extrême, le Nord (33 ‰) et, à un degré moindre, le Sud (40 ‰) et le Nord-Ouest (45 ‰) viennent s'associer à la Grande Anse (28 ‰) avec des niveaux en-deçà de la moyenne nationale.

Au niveau de la mortalité néonatale et de la mortalité postnéonatale, il faut mentionner le cas du Centre et du Nord-Ouest où, contre toute attente, la mortalité postnéonatale est nettement plus élevée que la mortalité néonatale.

Les variations par département observés précédemment pour la mortalité infantile ne sont pas toujours les mêmes dans le cas de la mortalité juvénile sauf dans le cas du reste du département de l'Ouest qui a le niveau le plus élevé de mortalité infantile et l'un des niveaux les plus élevés de mortalité juvénile. Ces variations différentielles résultent peut-être de mauvaise classification, différentielle par département, des décès entre la première année, et les âges suivants. Il est donc préférable de s'intéresser aux variations départementales de la mortalité globale des enfants de moins de 5 ans.

Globalement, la mortalité infanto-juvénile épouse le même schéma de variation géographique que la mortalité infantile, le poids de cette dernière étant, dans l'ensemble, prépondérant : ce sont les départements du reste de l'Ouest (112 ‰) des Nippes (90 ‰), du Centre (90 ‰) et l'Aire métropolitaine qui se caractérisent par les niveaux les plus élevés de mortalité infanto-juvénile, et ceux du Nord-Ouest (58 ‰), du Nord (54 ‰) et de la Grande Anse (53 ‰) par les niveaux les plus faibles.

3.15 Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

3.15.1 Connaissance du VIH

La connaissance des modes de transmission et de prévention VIH/sida est essentielle pour lutter efficacement contre la propagation de l'infection en contribuant à éviter les comportements à risque. Dans cette section, nous allons présenter les résultats de l'EMMUS-VI concernant la connaissance des moyens de prévention du VIH dans la population en général et parmi les jeunes.

D'après les données du tableau 20, parmi les 9 624 femmes de 15-49 ans interviewées, 89 % ont déclaré que l'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant un condom au cours de chaque rapport sexuel et 94 % ont déclaré qu'il fallait limiter les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté. Globalement, 85 % de femmes ont indiqué les deux méthodes pour se protéger du VIH. Cette proportion varie peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques de femmes, sauf au niveau départemental où seulement 79 % des femmes du Centre ont indiqué ces deux moyens de prévention, contre 91 % des femmes des Nippes.

Tableau 20 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré, que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté, et qui n'a pas d'autres partenaires, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes qui savent que l'on peut réduire le risque de contracter le VIH en :				Pourcentage d'hommes qui savent que l'on peut réduire le risque de contracter le VIH en :			
	Utilisant des condoms ¹		Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté ²		Utilisant des condoms ¹		Utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté ²	
	Effectif de femmes	Effectif de femmes	Effectif de femmes	Effectif de femmes	Effectif d'hommes	Effectif d'hommes	Effectif d'hommes	Effectif d'hommes
Âge								
15-24	87,6	93,6	83,9	4 004	88,4	92,4	83,4	3 633
15-19	87,0	92,0	82,8	2 126	86,9	91,4	82,0	2 080
20-24	88,2	95,5	85,3	1 878	90,3	93,7	85,2	1 553
25-29	90,4	92,9	86,3	1 537	90,0	94,2	86,3	1 206
30-39	89,0	94,8	85,7	2 457	90,9	94,0	86,5	1 978
40-49	89,3	94,8	85,8	1 625	90,4	95,2	87,2	1 366
Milieu de Résidence								
Urbain	89,2	93,9	85,3	4 489	88,4	92,3	82,9	3 655
Rural	88,3	94,1	84,9	5 135	90,5	94,5	87,1	4 528
Département								
Aire Métropolitaine	87,4	93,0	83,0	2 439	87,8	92,2	82,0	2 055
Reste-Ouest	88,6	93,7	84,4	1 564	91,5	95,1	88,6	1 224
Sud-Est	90,9	96,3	88,5	503	91,1	96,4	89,1	441
Nord	88,2	93,3	84,5	1 047	92,4	91,9	86,3	821
Nord-Est	91,4	95,2	88,3	356	92,4	91,4	86,4	286
Artibonite	89,5	94,3	86,2	1 377	87,2	92,5	82,5	1 119
Centre	82,4	91,4	79,0	616	87,3	91,2	82,3	536
Sud	90,8	96,0	88,2	629	90,2	96,9	88,1	616
Grande Anse	91,7	96,0	88,7	337	90,1	96,5	88,5	379
Nord-Ouest	90,9	95,0	87,6	469	91,5	93,6	87,2	421
Nippes	92,5	96,5	90,5	287	89,0	95,5	85,9	285
Niveau d'instruction								
Aucun	88,5	92,9	84,4	1 296	87,5	93,0	83,4	700
Primaire	88,0	93,9	84,9	2 895	89,0	92,4	84,6	2 342
Secondaire ou +	89,1	94,3	85,3	5 432	90,1	94,1	85,7	5 140
Secondaire	89,3	94,1	85,3	4 755	90,4	94,1	86,1	4 302
Supérieur	88,2	95,5	85,5	677	88,5	94,0	84,0	838
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	86,0	93,6	82,8	1 464	87,7	92,9	83,7	1 273
Second	88,1	93,5	84,3	1 606	91,3	94,3	87,7	1 390
Moyen	91,2	94,7	87,9	1 890	90,0	93,3	85,2	1 728
Quatrième	90,2	93,6	86,0	2 244	90,4	94,1	86,2	1 780
Le plus élevé	87,4	94,3	83,8	2 420	88,4	93,0	83,5	2 013
Ensemble 15-49	88,7	94,0	85,1	9 624	89,6	93,5	85,2	8 183
50-64	na	na	Na	na	89,1	94,4	85,6	1 612
Ensemble 15-64	na	na	Na	na	89,5	93,6	85,3	9 795

na = Non applicable

¹ En utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel

² Un partenaire qui n'a pas d'autre partenaire

Des valeurs plus ou moins similaires sont retrouvées pour les réponses données par les 8 183 hommes de 15-49 ans interviewés. En effet, 90 % des hommes ont déclaré que le risque de contracter le VIH peut être réduit en utilisant un condom au cours de chaque rapport sexuel et 94 % ont avancé qu'il fallait limiter les rapports sexuels à un seul partenaire qui n'est pas infecté. La proportion est de 85 % quand ces deux méthodes de prévention ont été citées. Pour les hommes, les variations sont minimales quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques, y compris au niveau des départements.

Le tableau 21 présente les résultats concernant la connaissance « complète » des moyens de prévention du VIH chez les jeunes de 15-24 ans. Sont considérés comme ayant une connaissance « complète » des moyens de prévention du VIH, les jeunes qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le VIH, qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH et qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes⁴. Près de 4 jeunes femmes sur 10 (38 %) ont une connaissance « complète » des moyens de prévention du VIH/sida. Ce pourcentage diffère selon les caractéristiques sociodémographiques. En effet, il varie de 33 % (15-17 ans) à 42 % (18-19 et 20-22 ans) selon le groupe d'âges ; de 33 % à 45 % suivant le statut matrimonial ; de 33 % et 44 % selon le département et surtout de 26 % à 57 % selon le niveau d'instruction.

Tableau 21 Connaissance des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Femmes de 15-24 ans		Hommes de 15-24 ans	
	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH ¹	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH ¹	Effectif d'hommes
Âge				
15-19	36,2	2 126	33,5	2 080
15-17	33,0	1 334	31,2	1 317
18-19	41,5	793	37,4	764
20-24	40,8	1 878	39,8	1 553
20-22	41,5	1 152	38,3	1 001
23-24	39,7	726	42,6	552
État matrimonial				
Célibataire	40,1	3 074	36,4	3 437
A déjà eu des rapports sexuels	45,0	1 547	39,2	2 430
N'a jamais eu de rapports sexuels	35,1	1 527	29,8	1 006
A déjà été en union	32,6	930	32,7	197
Milieu de Résidence				
Urbain	44,5	1 869	42,0	1 603
Rural	33,0	2 135	31,6	2 030
Région				
Aire Métropolitaine	44,1	971	43,4	844
Reste-Ouest	33,7	637	38,8	506
Sud-Est	39,9	230	27,8	224
Nord	40,1	447	29,7	382
Nord-Est	38,7	174	37,3	132
Artibonite	34,4	563	34,9	523
Centre	36,8	247	36,1	241
Sud	35,5	276	32,1	284
Grande Anse	39,5	143	39,8	173
Nord-Ouest	33,2	195	30,9	197
Nippes	41,5	122	29,4	126
Niveau d'instruction				
Aucun	25,5	130	22,2	73
Primaire	29,2	1 124	23,9	1 075
Secondaire ou +	42,7	2 750	41,9	2 485
Secondaire	41,7	2 569	40,6	2 337
Supérieur	56,9	181	62,7	148
Total 15-24	38,3	4 004	36,2	3 633

¹ Sont considérés comme ayant une connaissance complète des moyens de prévention du VIH. Ceux qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le VIH, ceux qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH et ceux qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du VIH

Chez les jeunes hommes, un peu plus d'un sur trois (36 %) a une connaissance complète des moyens de prévention du VIH/sida. Le niveau de connaissance varie de 31 % (15-17 ans) à 43 % (23-24 ans) selon le groupe d'âges ; de 30 % à 39 % suivant le statut matrimonial ; de 28 % à 43 % selon le département, et de 22 % à 63 % suivant le niveau d'instruction.

3.15.2 Comportement sexuel et utilisation du condom

Le risque de contracter une IST et, en particulier le VIH, augmente en fonction du nombre de partenaires sexuels et ce risque est encore plus important lorsqu'on n'utilise pas de condom à chaque rapport sexuel. Les deux tableaux qui suivent présentent la proportion de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui ont eu des partenaires sexuels multiples et des rapports sexuels à hauts risques au cours des douze mois précédant l'enquête.

⁴ En Haïti, la transmission du VIH par les piqûres de moustiques et par des moyens surnaturels sont les deux idées erronées les plus courantes concernant la transmission du VIH.

Le tableau 22.1 montre que 3 % des femmes interrogées ont déclaré avoir eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage diffère en fonction des caractéristiques sociodémographiques. En effet, il varie de 1 % à 5 % selon l'âge ; de 2 % à 4 % selon l'état matrimonial ; de 1 % à 4 % selon le milieu de résidence; de 1 % (Grand Anse et Nord-Ouest) à 6 % (Aire Métropolitaine) suivant le département; de 1 % à 4 % suivant le niveau d'instruction; et de 1 % à 5 % selon le quintile de bien-être économique des ménages.

Par ailleurs, 23 % des femmes interviewées ont déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient. Ce pourcentage varie fortement selon les caractéristiques sociodémographiques : ce sont les femmes de 20-24 ans (42 %), les célibataires (45 %), celles du milieu urbain (29 %), de l'Aire métropolitaine (30 %), de niveau d'instruction supérieur (37 %) et du quintile le plus élevé (29 %) qui ont déclaré le plus fréquemment avoir eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient.

Parmi les 404 femmes qui ont déclaré avoir eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois, 40 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Cette proportion est moindre chez celles âgées de 30-39 ans (23 %), les femmes mariées ou vivant ensemble (23 %), et celles vivant en milieu rural (38 %).

Parmi les 3 270 femmes qui ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, le pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec un de ces partenaires est de 48 %. Ce pourcentage varie grandement en fonction de caractéristiques sociodémographiques ; de 18 % à 54 % selon l'âge ; de 30 % à 52 % selon l'état matrimonial ; de 41 % à 53 % selon le milieu de résidence ; de 38 % (reste de l'Ouest) à 63 % (Nord-Est) selon le département; de 14 % à 62 % selon le niveau d'instruction, et de 25 % à 55 % selon le quintile de bien-être économique des ménages.

Les 11 891 femmes de l'échantillon ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 2,6 partenaires sexuels au cours de leur vie. Ce nombre moyen qui a peu changé depuis l'enquête de 2012 (2,4) varie légèrement selon les caractéristiques sociodémographiques considérés, d'un minimum de 1,7 chez les adolescentes de 15-19 ans à 3,0 chez les femmes de l'Aire métropolitaine.

Tableau 22.1 Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois: Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient ; parmi les femmes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, plus d'un partenaire sexuel, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels; parmi les femmes de 15-49 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec ce partenaire; Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Toutes les femmes		Femmes qui ont eu 2 partenaires sexuels ou + au cours des 12 derniers mois		Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient		Femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels ¹		
	Pourcentage qui ont eu 2 partenaires sexuels ou+ au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur mari, ni le partenaire avec qui elles vivaient	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif de femmes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec un de ces partenaires	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Âge									
15-24	3,6	34,2	6 012	46,8	215	52,5	2 056	2,2	3 727
15-19	2,7	27,3	3 165	42,3	84	53,7	864	1,7	1 280
20-24	4,6	41,9	2 847	49,7	131	51,6	1 192	2,5	2 447
25-29	4,3	27,0	2 258	43,9	98	47,1	609	2,7	2 146
30-39	1,8	12,5	3 666	22,6	66	37,1	459	2,8	3 594
40-49	1,0	6,0	2 435	*	24	18,2	145	2,7	2 423
État matrimonial									
Célibataire	3,3	44,5	5 823	53,6	193	51,9	2 593	2,3	3 344
Marié/vivant ensemble	2,2	4,2	7 402	23,4	167	34,9	312	2,6	7 401
Divorcé/séparé/veuf	3,8	31,8	1 146	(46,1)	44	29,8	365	3,2	1 146
Milieu de Résidence									
Urbain	4,4	28,8	6 731	41,4	295	52,5	1 936	2,8	5 569
Rural	1,4	17,5	7 640	37,6	108	41,0	1 334	2,4	6 322
Département									
Aire Métropolitaine	6,1	30,3	3 632	40,3	221	52,2	1 102	3,0	3 032
Reste-Ouest	1,5	18,5	2 285	*	34	37,8	422	2,6	1 907
Sud-Est	2,2	25,0	756	*	17	51,0	189	2,5	605
Nord	2,4	20,9	1 559	(61,1)	37	42,0	326	2,6	1 274
Nord-Est	1,6	20,8	516	*	8	62,6	107	2,2	412
Artibonite	1,8	19,2	2 090	(40,9)	37	39,3	402	2,4	1 720
Centre	1,6	17,9	918	*	15	54,2	165	2,1	758
Sud	1,8	23,9	951	*	17	47,1	227	2,5	790
Grande Anse	0,8	20,6	532	*	5	57,3	110	2,3	450
Nord-Ouest	0,9	20,0	703	*	7	44,3	140	2,2	583
Nippes	1,5	18,7	427	*	6	60,6	80	2,7	361
Niveau d'instruction									
Aucun	1,1	6,6	1 915	*	21	14,2	127	2,5	1 859
Primaire	2,2	14,3	4 343	25,1	95	30,2	620	2,5	3 613
Secondaire ou +	3,5	31,1	8 113	47,3	287	53,8	2 523	2,6	6 419
Secondaire	3,6	30,2	7 068	45,5	255	52,3	2 138	2,6	5 512
Supérieur	3,1	36,9	1 045	*	32	62,2	386	2,8	908
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	1,1	12,7	2 168	(15,0)	24	24,9	276	2,2	1 801
Second	1,0	17,6	2 428	*	25	34,9	427	2,2	1 982
Moyen	2,4	21,5	2 772	44,0	67	48,2	596	2,7	2 324
Quatrième	3,7	27,2	3 396	38,6	127	52,2	923	2,8	2 854
Le plus élevé	4,5	29,1	3 607	46,1	162	54,9	1 049	2,8	2 931
Ensemble	2,8	22,8	14 371	40,4	404	47,8	3 270	2,6	11 891

Note: Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtées qui ont donné des réponses non numériques.

Le tableau 22.2 présente les résultats obtenus auprès de 8 183 hommes de 15-49 ans interviewés. Près d'un homme sur trois (29 %), a déclaré avoir eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est, de loin, beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes (26 % contre 3 %). Ce pourcentage varie grandement en fonction des caractéristiques socioéconomiques : de 13 % à 15-19 ans à 41 % à 25-29 ans ; de 27 % chez les célibataires à 37 % chez les hommes en rupture d'union ; de 25 % en milieu rural à 35 % en urbain ; de 20 % dans le département de la Grande Anse à 39 % dans l'Aire Métropolitaine ; de 18 % chez les hommes sans instruction à 42 % chez ceux de niveau supérieur, et de 18 % à 38 % du quintile de bien-être économique le plus bas au plus élevé.

Tableau 22.2 Partenaires sexuels multiples et rapport sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Hommes

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient ; parmi ceux ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels ; parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels avec cette personne; parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Tous les hommes		Hommes qui ont eu 2 partenaires sexuelles ou + au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient		Hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels ¹		
	Pourcentage ayant eu deux partenaires sexuelles ou + au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec ces personnes	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Âge									
15-24	23,8	57,3	3 633	67,7	866	67,9	2 080	8,3	2 621
15-19	13,3	44,0	2 080	72,5	277	66,8	916	5,2	1 198
20-24	37,9	75,0	1 553	65,4	589	68,8	1 165	10,9	1 423
25-29	40,9	66,3	1 206	50,3	493	62,4	799	15,4	1 170
30-39	34,8	45,3	1 978	38,5	689	56,7	895	17,4	1 955
40-49	24,4	26,4	1 366	23,0	333	50,4	361	16,0	1 340
État matrimonial									
Célibataire	27,0	63,7	4 598	69,7	1 242	66,4	2 930	9,6	3 535
Marié/vivant ensemble	31,2	28,7	3 225	23,7	1 005	55,6	927	16,9	3 195
Divorcé/séparé/veuf	37,1	77,2	360	54,7	134	50,1	278	20,8	357
Type d'union									
Homme a plusieurs femmes	83,3	33,9	237	9,6	197	49,0	80	25,0	235
Homme a une seule femme	27,0	28,3	2 988	27,2	808	56,2	846	16,3	2 960
Pas actuellement en union	27,7	64,7	4 958	68,2	1 375	65,0	3 208	10,6	3 892
Milieu de Résidence									
Urbain	34,5	58,1	3 655	55,2	1 260	69,6	2 122	15,6	3 277
Rural	24,8	44,5	4 528	42,9	1 121	55,8	2 013	11,6	3 810
Département									
Aire Métropolitaine	38,7	61,7	2 055	57,0	795	69,2	1 268	17,6	1 871
Reste-Ouest	27,4	43,5	1 224	41,9	336	59,5	532	13,2	1 053
Sud-Est	28,0	50,1	441	48,8	123	63,3	221	13,7	365
Nord	28,0	51,6	821	50,7	229	62,2	423	11,9	724
Nord-Est	27,7	48,8	286	42,3	79	66,4	139	10,7	253
Artibonite	26,6	43,3	1 119	41,7	297	56,0	484	12,3	923
Centre	21,1	45,7	536	47,2	113	60,4	245	8,6	457
Sud	25,1	49,5	616	49,4	154	59,8	305	10,9	527
Grande Anse	19,5	40,8	379	47,5	74	55,8	155	10,9	312
Nord-Ouest	25,3	50,4	421	43,3	107	62,7	212	12,5	358
Nippes	25,7	52,9	285	51,7	73	59,2	151	13,2	244
Niveau d'instruction									
Aucun	17,9	25,6	700	14,7	125	33,7	179	10,6	658
Primaire	23,0	40,6	2 342	35,3	540	49,7	951	12,0	1 846
Secondaire ou +	33,4	58,5	5 140	56,4	1 716	68,8	3 005	14,4	4 583
Secondaire	31,8	57,1	4 302	54,9	1 367	67,5	2 457	14,0	3 772
Supérieur	41,6	65,5	838	62,2	349	74,4	549	16,4	812
Quintile de bien-être économique									
Le plus bas	17,5	34,7	1 273	29,1	222	40,2	442	8,2	1 007
Second	21,3	43,7	1 390	37,7	296	52,0	608	10,9	1 190
Moyen	28,8	50,3	1 728	46,4	498	63,0	868	13,3	1 483
Quatrième	34,1	54,5	1 780	50,2	607	67,3	970	14,8	1 573
Le plus élevé	37,7	61,9	2 013	61,2	758	72,7	1 247	17,0	1 834
Ensemble 15-49	29,1	50,5	8 183	49,4	2 381	62,9	4 135	13,4	7 087
50-64	12,8	19,0	1 612	14,3	206	27,3	307	15,8	1 593
Ensemble 15-64	26,4	45,4	9 795	46,6	2 587	60,4	4 442	13,9	8 680

¹ Les moyennes sont calculées en excluant les enquêtés qui ont donné des réponses non numériques.

La moitié des hommes de 15-49 ans interrogés (51 %) a rapporté avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois avec une personne qui n'était ni leur épouse ni la partenaire avec qui ils vivaient. Ce pourcentage varie selon les caractéristiques sociodémographiques de la même manière que le pourcentage d'hommes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus, sauf en ce qui concerne l'état matrimonial : les hommes en rupture d'union (77 %) et les célibataires

(64 %) ont eu beaucoup plus fréquemment des rapports avec une personne autre que leur partenaire régulier que les hommes en union (29 %).

Parmi les hommes de 15-49 ans qui ont eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois, 47 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Les hommes âgés de 40-49 ans (23 %), ceux mariés/vivant ensemble (24 %), du milieu rural (43 %), de l'Artibonite, du Nord-Est, et du reste de l'Ouest (42 %), ceux n'ayant aucun niveau d'instruction (15 %) et ceux de quintile de bien-être économique le plus bas (29 %) sont ceux pour lesquels on observe le plus faible pourcentage d'utilisation du condom.

Parmi les hommes de 15-49 ans qui ont rapporté avoir eu des rapports sexuels avec une personne qui n'était ni leur épouse, ni la partenaire avec qui ils vivaient, 63 % ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels avec une de ces partenaires. Ce pourcentage est plus élevé que celui rapporté par les femmes (48 %). Il présente de grandes variations selon les caractéristiques sociodémographiques : l'utilisation du condom est plus fréquente chez les hommes âgés de 20-24 ans (69 %), célibataire (66 %), du milieu urbain (70 %), de l'Aire métropolitaine (69 %), de niveau d'instruction supérieure (74 %) et chez ceux du quintile de bien-être économique le plus élevé (73 %).

Les hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 13,4 partenaires sexuels au cours de leur vie. Cette moyenne est, de très loin, supérieure à celle estimée pour les femmes de 15-49 ans (2,6), et elle a peu changé depuis l'EMMUS-V de 2012 qui l'avait estimé à 12,2. Les hommes ayant déclaré le plus de partenaires sexuels sont ceux de 30-39 ans (17 %), ceux en rupture d'union (21 %), vivant en milieu urbain (16 %), dans l'Aire métropolitaine (18 %), ceux de niveau d'instruction supérieure (16 %), et du quintile de bien-être économique le plus élevé (17 %).

3.15.3 Couverture du test antérieur de dépistage du VIH

La connaissance de son statut sérologique est importante pour permettre aux individus de limiter la propagation de l'épidémie. L'enquête a permis de recueillir des données relatives à la connaissance du statut sérologique chez les femmes et les hommes interviewés, et d'estimer les indicateurs suivants : le pourcentage de femmes et d'hommes qui savent où aller pour faire un test de dépistage du VIH, le pourcentage de ceux qui avaient déjà fait un test de dépistage du VIH et qui avaient reçu ou non le résultat du dernier test, et, en particulier, le pourcentage de ceux qui avaient fait un test dans les douze derniers mois et qui avaient reçu les résultats du dernier test.

Les résultats présentés au tableau 23.1 montrent que 9 femmes sur 10 (89 %) connaissent un endroit où on peut faire le test de dépistage du VIH, mais seulement 60 % avaient déjà fait un test et reçu les résultats, et une proportion encore plus faible (28 %) avaient fait le test et reçu les résultats dans les 12 derniers mois. Globalement, un peu plus du tiers des femmes (38 %) n'ont jamais fait de test du VIH. La plus forte proportion de femmes n'ayant pas fait le test correspond aux jeunes femmes de 15-19 ans (79 %), aux célibataires n'ayant jamais eu de rapport sexuel (82 %), aux femmes sans aucun niveau d'instruction (44 %) et de niveau de bien-être économique le plus bas (55 %).

Tableau 23.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête: Femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui savent où se rendre pour effectuer un test du VIH, répartition (en %) des femmes de 15-49 ans selon qu'elles ont fait ou non un test du VIH et selon qu'elles ont reçu ou non le résultat du dernier test, pourcentage ayant déjà fait un test, et pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu le résultat du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage sachant qu'o peut faire un test du VIH	Répartition (en %) des femmes/hommes selon qu'ils ont fait ou non un test du VIH et selon qu'ils ont reçu ou non le résultat du dernier test			Total	Pourcentage déjà testé	Pourcentage ayant fait un test du VIH dans les 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test	Effectif de femmes
		A déjà fait un test et reçu les résultats	A déjà fait un test, n'a pas reçu de résultats	N'a jamais fait de test ¹				
Age								
15-24	82,6	39,1	1,7	59,3	100,0	40,7	22,0	4 004
15-19	74,7	20,1	1,3	78,6	100,0	21,4	12,2	2 126
20-24	91,6	60,5	2,2	37,3	100,0	62,7	33,2	1 878
25-29	95,1	78,7	1,9	19,4	100,0	80,6	42,4	1 537
30-39	94,4	77,5	2,8	19,6	100,0	80,4	32,7	2 457
40-49	90,2	65,3	1,6	33,1	100,0	66,9	20,9	1 625
État matrimonial								
Célibataire	82,5	37,3	1,4	61,3	100,0	38,7	21,4	3 865
A déjà eu des rapports sexuels	91,0	52,8	1,7	45,5	100,0	54,5	30,9	2 205
N'a jamais eu de rapports sexuels	71,3	16,7	0,9	82,4	100,0	17,6	8,8	1 660
Marié ou vivant ensemble	93,4	75,0	2,5	22,5	100,0	77,5	32,7	4 980
Divorcé/séparé/veuf	91,9	72,7	1,8	25,5	100,0	74,5	28,8	779
Milieu de Résidence								
Urbain	92,4	66,9	1,6	31,5	100,0	68,5	34,1	4 489
Rural	85,9	53,3	2,3	44,4	100,0	55,6	22,4	5 135
Département								
Aire Métropolitaine	91,2	67,2	2,0	30,8	100,0	69,2	35,6	2 439
Reste-Ouest	86,3	50,8	2,8	46,4	100,0	53,6	21,0	1 564
Sud-Est	86,9	50,7	2,1	47,2	100,0	52,8	18,3	503
Nord	90,3	64,1	1,3	34,6	100,0	65,4	30,5	1 047
Nord-Est	91,1	65,8	0,9	33,3	100,0	66,7	33,7	356
Artibonite	86,5	56,4	1,6	42,0	100,0	58,0	24,2	1 377
Centre	84,5	54,8	3,4	41,8	100,0	58,2	30,1	616
Sud	89,7	59,7	1,2	39,1	100,0	60,9	23,1	629
Grande Anse	91,4	56,3	1,0	42,7	100,0	57,3	26,0	337
Nord-Ouest	90,3	61,4	2,4	36,2	100,0	63,8	29,1	469
Nippes	93,4	62,4	2,8	34,8	100,0	65,2	22,3	287
Niveau d'instruction								
Aucun	81,7	53,2	2,8	44,0	100,0	56,0	16,1	1 296
Primaire	85,0	54,7	2,3	43,0	100,0	57,0	22,0	2 895
Secondaire ou +	92,7	63,8	1,7	34,5	100,0	65,5	33,8	5 432
Secondaire	91,7	60,7	1,7	37,6	100,0	62,4	31,2	4 755
Supérieur	99,7	85,8	1,8	12,5	100,0	87,5	52,2	677
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	76,9	42,2	2,8	55,0	100,0	45,0	15,4	1 464
Second	84,8	48,9	2,2	48,9	100,0	51,1	18,7	1 606
Moyen	90,6	62,1	2,0	35,9	100,0	64,1	29,2	1 890
Quatrième	93,4	65,8	1,8	32,4	100,0	67,6	31,7	2 244
Le plus élevé	93,4	69,7	1,6	28,7	100,0	71,3	36,9	2 420
Ensemble	88,9	59,7	2,0	38,3	100,0	61,7	27,8	9 624

¹ Y compris : Ne sait pas/manquant

Les résultats du tableau 23.2 montrent que 85 % des hommes de 15-49 ans connaissaient un endroit où on peut faire un test du VIH, quatre hommes sur dix (41 %) avaient déjà fait un test de dépistage et reçu les résultats, mais que seulement 18 % avaient fait un test du VIH et reçu le résultat dans les douze derniers mois. Près de six hommes sur dix (58 %) n'ont jamais fait de test de dépistage du VIH. Ce pourcentage est de loin supérieur à celui observé chez les femmes (38 %). Les résultats montrent que la proportion d'hommes n'ayant jamais fait le test du VIH est particulièrement élevée parmi les jeunes hommes de 15-19 ans (89 %), les célibataires n'ayant jamais eu de rapport sexuel (92 %), les hommes vivant en milieu rural (67 %), ceux sans aucun niveau d'instruction (79 %) et de niveau de bien-être économique le plus bas (81 %).

Tableau 23.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête: Hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui savent où on peut faire un test du VIH, répartition (en %) des hommes de 15-49 ans selon qu'ils ont fait ou non un test du VIH et selon qu'ils ont reçu ou non le résultat du dernier test, pourcentage ayant déjà fait un test, et pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu le résultat du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Répartition (en %) des femmes/hommes selon qu'ils ont fait ou non un test du VIH et selon qu'ils ont reçu ou non le résultat du dernier test				Total	Pourcentage déjà testé	Pourcentage ayant fait un test du VIH dans les 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test	Effectif d'hommes
	Pourcentage sachant qu'o peut faire un test du VIH	A déjà fait un test et reçu les résultats	A déjà fait un test, n'a pas reçu de résultats	N'a jamais fait de test ¹				
Âge								
15-24	78,5	22,6	1,0	76,4	100,0	23,6	13,4	3 633
15-19	70,9	10,6	0,9	88,5	100,0	11,5	6,2	2 080
20-24	88,6	38,7	1,1	60,2	100,0	39,8	22,9	1 553
25-29	92,1	53,3	1,9	44,8	100,0	55,2	27,8	1 206
30-39	91,6	61,6	1,2	37,3	100,0	62,7	26,6	1 978
40-49	87,8	49,6	1,4	49,0	100,0	51,0	19,4	1 366
État matrimonial								
Célibataire	81,5	30,0	1,1	68,9	100,0	31,1	16,2	4 598
A déjà eu des rapports sexuels	87,3	36,8	1,2	62,0	100,0	38,0	19,9	3 548
N'a jamais eu de rapports sexuels	61,9	7,1	0,5	92,4	100,0	7,6	3,7	1 049
Marié ou vivant ensemble	90,3	55,5	1,5	43,0	100,0	57,0	24,2	3 225
Divorcé/séparé/veuf	87,1	52,9	0,9	46,2	100,0	53,8	25,0	360
Milieu de Résidence								
Urbain	90,3	52,1	1,2	46,6	100,0	53,4	26,9	3 655
Rural	81,1	32,1	1,2	66,7	100,0	33,3	13,9	4 528
Département								
Aire Métropolitaine	89,9	55,0	1,2	43,8	100,0	56,2	28,3	2 055
Reste-Ouest	83,4	34,9	0,8	64,4	100,0	35,6	14,2	1 224
Sud-Est	81,8	33,5	0,9	65,7	100,0	34,3	13,6	441
Nord	85,0	44,1	1,3	54,5	100,0	45,5	22,7	821
Nord-Est	88,2	42,7	1,2	56,1	100,0	43,9	24,9	286
Artibonite	84,3	35,2	1,5	63,4	100,0	36,6	15,6	1 119
Centre	79,9	29,2	2,4	68,4	100,0	31,6	13,1	536
Sud	81,7	35,5	0,9	63,5	100,0	36,5	16,3	616
Grande Anse	81,7	33,8	0,6	65,6	100,0	34,4	14,7	379
Nord-Ouest	87,4	42,4	1,9	55,7	100,0	44,3	22,2	421
Nippes	85,4	33,5	0,8	65,7	100,0	34,3	15,8	285
Niveau d'instruction								
Aucun	71,3	19,5	1,8	78,7	100,0	21,3	6,2	700
Primaire	75,9	25,1	1,0	73,9	100,0	26,1	9,7	2 342
Secondaire ou +	91,4	51,3	1,3	47,5	100,0	52,5	26,1	5 140
Secondaire	89,8	45,3	1,3	53,4	100,0	46,6	22,3	4 302
Supérieur	99,5	82,1	1,0	16,8	100,0	83,2	45,9	838
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	71,7	17,5	1,3	81,2	100,0	18,8	7,8	1 273
Second	80,3	29,2	1,6	69,2	100,0	30,8	11,9	1 390
Moyen	86,4	38,0	1,6	60,4	100,0	39,6	17,6	1 728
Quatrième	89,9	48,1	1,0	50,9	100,0	49,1	23,4	1 780
Le plus élevé	91,9	60,4	0,8	38,7	100,0	61,3	31,2	2 013
Ensemble 15-49	85,2	41,1	1,2	57,7	100,0	42,3	19,7	8 183
50-64	79,4	33,9	1,0	65,1	100,0	34,9	9,0	1 612
Ensemble 15-64	84,3	39,9	1,2	58,9	100,0	41,1	17,9	9 795

¹ Y compris : Ne sait pas/manquant

3.15.4 Test du VIH : couverture du test et prévalence

Le tableau 24 fournit les taux de couverture du test de dépistage du VIH chez les femmes et les hommes de 15-49 ans selon le milieu de résidence.

Dans l'ensemble, on constate que le taux de couverture du test du VIH (97 %) est élevé quel que soit le sexe et quel que soit le milieu de résidence. Le pourcentage de femmes pour lesquelles on dispose de résultats est légèrement supérieur à celui des hommes (98 % contre 96 %). Par ailleurs, que ce soit pour les hommes ou les femmes, la couverture des tests de dépistage est légèrement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (98 % contre 95 %).

Le tableau 25.1 présente la prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-64 ans selon l'âge. Les résultats montrent qu'au niveau national la prévalence globale (hommes et femmes de 15-49 ans) est de 2 %. La prévalence du VIH est très légèrement inférieure à celle estimée à l'EMMUS-V de 2012 (2,2 %). Cependant, il faut noter que l'algorithme de test utilisé en 2017 est plus restrictif que celui de 2012 et donc que toute comparaison doit être faite avec prudence. Dans le cas des femmes la prévalence a légèrement baissé, de 2,7 % à 2,3 % et, dans le cas des hommes, elle reste pratiquement la même (1,6 % en 2016-2017 contre 1,7 % en 2012).

Les calculs de l'intervalle de confiance de ces estimations montrent qu'il n'y a pas des différences significatives entre les valeurs de 2012 et de 2016-2017.

Tableau 24 Couverture du test du VIH

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-64 ans (population de fait) éligibles pour le test du VIH par couverture du test, selon le milieu de résidence (non pondéré), EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Résultats du test selon le sexe	Résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Femme de 15-49 ans			
DBS testé et interviewée ¹	96,5	98,6	97,7
DBS testé et non interviewée ¹	0,1	0,2	0,1
Prélèvement de sang refusé et interviewée	1,6	0,6	1,0
Prélèvement de sang refusé et non interviewée	0,5	0,1	0,2
Absente au moment du prélèvement de sang et interviewée	0,3	0,1	0,2
Absente au moment du prélèvement de sang et non interviewée	0,7	0,2	0,4
Autre interviewée ²	0,2	0,1	0,1
Autre non interviewée ²	0,1	0,3	0,3
Ensemble 15-49	100,0	100,0	100,0
Effectif 15-49	3 902	5 826	9 728
Hommes de 15-49 ans			
DBS testé et interviewé ¹	93,2	97,2	95,7
DBS testé et non interviewé ¹	0,1	0,1	0,1
Prélèvement de sang refusé et interviewé	2,5	1,2	1,7
Prélèvement de sang refusé et non interviewé	0,6	0,2	0,3
Absent au moment du prélèvement de sang et interviewé	0,9	0,1	0,4
Absent au moment du prélèvement de sang et non interviewé	2,4	0,7	1,3
Autre interviewé ²	0,2	0,1	0,1
Autre non interviewé ²	0,2	0,5	0,4
Ensemble 15-49	100,0	100,0	100,0
Effectif 15-49	3 337	5 212	8 249
Ensemble 15-64 DBS testé et interviewé ¹	na	na	95,8
Effectif 15-64	na	na	9 995
Ensemble (Femmes et Hommes 15-49 ans)			
DBS testé et interviewé ¹	95,1	97,9	96,8
DBS testé et non interviewé ¹	0,1	0,1	0,1
Prélèvement de sang refusé et interviewé	2,0	0,9	1,3
Prélèvement de sang refusé et non interviewé	0,5	0,1	0,3
Absent au moment du prélèvement de sang et interviewé	0,5	0,1	0,3
Absent au moment du prélèvement de sang et non interviewé	1,5	0,4	0,8
Autre interviewé ²	0,2	0,1	0,1
Autre non interviewé ²	0,2	0,4	0,3
Ensemble 15-49	100,0	100,0	100,0
Effectif 15-49	6 939	11 038	17 977

na = Non applicable

¹ Y compris les prélèvements de sang séché (dried blood spots) testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat, qu'il soit positif, négatif, ou indéterminé signifie que le prélèvement est passé par tous les tests de l'algorithme mais que le résultat final n'a pas été concluant.

² Y compris : 1) autres résultats de la collecte de sang (tels que des problèmes techniques sur le terrain), 2) spécimens perdus, 3) codes barre ne correspondant pas, et 4) autres résultats du laboratoire comme du sang non testé pour raisons techniques, insuffisance de sang pour compléter l'algorithme, etc.

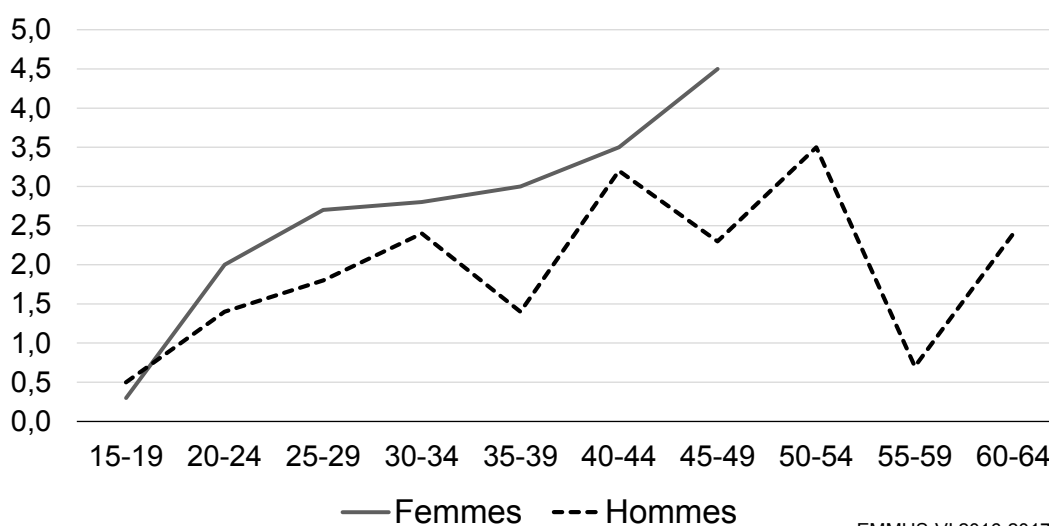
Tableau 25.1 Prévalence du VIH selon l'âge

Parmi les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-64 ans (population de fait) qui ont été interviewés et testés, pourcentage séropositif au VIH selon l'âge, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Groupe d'âges	Femme		Homme		Ensemble	
	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif
15-24	1,1	4 012	0,9	3 565	1,0	7 577
15-19	0,3	2 130	0,5	2 039	0,4	4 169
20-24	2,0	1 882	1,4	1 526	1,7	3 408
25-29	2,7	1 530	1,8	1 170	2,3	2 700
30-34	2,8	1 369	2,4	1 052	2,6	2 421
35-39	3,0	1 074	1,4	815	2,3	1 889
40-44	3,5	824	3,2	690	3,4	1 514
45-49	4,5	790	2,3	640	3,5	1 430
50-54	na	na	3,5	637	na	na
55-59	na	na	0,7	509	na	na
60-64	na	na	2,4	404	na	na
Ensemble 15-49	2,3	9 598	1,6	7 933	2,0	17 531
Ensemble 15-64	na	na	1,7	9 482	na	na

na = Non applicable

Le Graphique 8 montre que, chez les femmes, la prévalence augmente rapidement avec l'âge : d'un minimum de 0,3 % à 15-19 ans, elle passe à 2,7 % à 25-29 ans et se maintient à ce niveau jusqu'à 35-39 ans. À partir de cet âge, et particulièrement à 45-49 ans, la prévalence est plus élevée. Chez les hommes, à partir de 20-24 ans, le pourcentage de séropositifs est toujours plus faible que celui des femmes. La prévalence passe d'un minimum de 0,5 % à 15-19 ans à 2,4 % à 30-34 ans, puis présente des fluctuations en dent de scie à partir de cet âge pour atteindre un maximum de 3,5 % à 50-54 ans.

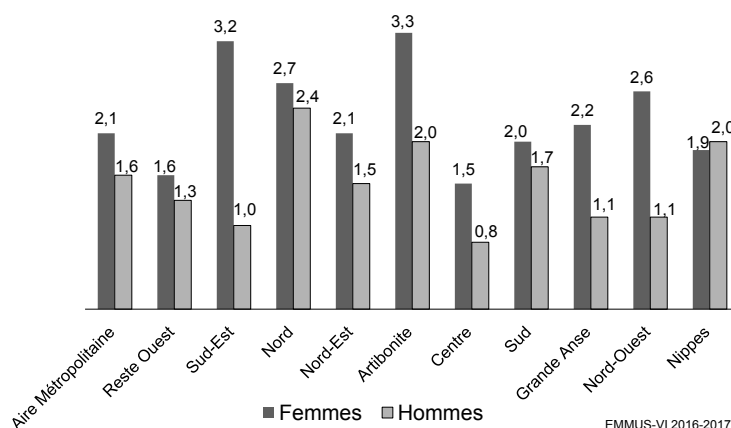
Graphique 8 Prévalence du VIH par sexe et âge

EMMUS-VI 2016-2017

Le tableau 25.2 présente la prévalence du VIH selon le milieu de résidence et certaines caractéristiques socio-économiques. Par milieu de résidence, la prévalence des femmes du milieu urbain (2,2 %) est plus faible que celle du milieu rural (2,4 %), ce qui n'était pas le cas dans les deux enquêtes précédentes. Au contraire, chez les hommes, la prévalence du VIH est légèrement plus faible en rural qu'en urbain (1,4 % contre 1,7 %) mais quel que soit le milieu de résidence, elle est inférieure à celle des femmes. Par département, on constate de fortes variations dans la prévalence du VIH (Graphique 9). Chez les femmes, la prévalence la plus élevée se trouve dans

les départements du Sud-Est (3,2 %) et de l'Artibonite (3,3 %) et, chez les hommes, dans les départements du Nord (2,4 %), de l'Artibonite, et des Nippes (2,0 %).

Graphique 9 Prévalence du VIH par département



EMMUS-VI 2016-2017

Tableau 25.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans (population de fait) qui ont été interviewés et testés, pourcentage de séropositifs au VIH, selon certaines caractéristiques socio-économiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique socioéconomique	Femme		Homme		Pourcentage VIH positif	
	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif	Pourcentage VIH positif	Effectif
Milieu de résidence						
Urbain	2,2	4 479	1,7	3 551	2,0	8 031
Rural	2,4	5 118	1,4	4 382	2,0	9 500
Département						
Aire Métropolitaine	2,1	2 438	1,6	1 997	1,9	4 434
Reste Ouest	1,6	1 559	1,3	1 184	1,5	2 743
Sud-Est	3,2	502	1,0	426	2,2	928
Nord	2,7	1 044	2,4	799	2,6	1 843
Nord-Est	2,1	355	1,5	277	1,9	632
Artibonite	3,3	1 373	2,0	1 081	2,7	2 454
Centre	1,5	612	0,8	519	1,2	1 131
Sud	2,0	626	1,7	598	1,8	1 224
Grande Anse	2,2	336	1,1	369	1,6	705
Nord-Ouest	2,6	468	1,1	407	1,9	875
Nippes	1,9	286	2,0	276	1,9	562
Niveau d'instruction						
Aucun	4,3	1 293	3,1	679	3,9	1 972
Primaire	2,7	2 897	1,8	2 290	2,3	5 187
Secondaire ou +	1,6	5 408	1,3	4 964	1,5	10 372
Secondaire	1,7	4 745	1,4	4 170	1,6	8 915
Supérieur	1,0	663	0,5	794	0,7	1 457
Quintiles de bien-être économique						
Le plus bas	2,6	1 461	1,7	1 238	2,2	2 699
Second	2,5	1 606	1,6	1 349	2,1	2 955
Moyen	3,2	1 891	1,9	1 684	2,6	3 575
Quatrième	1,9	2 240	2,0	1 729	1,9	3 969
Le plus élevé	1,6	2 400	0,8	1 932	1,3	4 332
Ensemble 15-49	2,3	9 598	1,6	7 933	2,0	17 531
50-64	na	na	2,3	1 549	na	na
Ensemble 15-64	na	na	1,7	9 482	na	na

na = Non applicable

Du point de vue du niveau d'instruction, on constate des écarts importants de prévalence aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes, le pourcentage de séropositives est plus de quatre fois plus élevée chez celles n'ayant aucune instruction (4,3 %) que parmi les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur (1,0 %). De même, chez les hommes sans instruction, la prévalence est plus de six fois plus élevée (3,1 %) que chez les hommes les plus éduqués (0,5 %). Par quintiles de bien-être économique, les données montrent que la prévalence est moindre dans le quintile le plus élevé (1,6 % chez les femmes et 0,8 % chez les hommes) mais, dans les autres quintiles, il n'y a pas de tendance constante.

3.16 Prévention du paludisme

3.16.1 Accès à une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)

La moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) compte actuellement parmi les moyens de prévention du paludisme les plus efficaces. Au cours de l'enquête, des questions ont été posées aux chefs de ménages pour savoir si leur ménage possédait et utilisait des MII.

Les données du tableau 26 indiquent que 31 % des ménages possédaient au moins une moustiquaire imprégnée et que le nombre moyen de MII par ménage est de 0,5. Le pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes qui y ont passé la nuit ayant précédé l'enquête est seulement de 12 %.

Tableau 26 Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les ménages

Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII); nombre moyen de MII par ménage, et pourcentage de ménages qui possèdent au moins une MII pour deux personnes qui ont passé, la nuit dernière dans le ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages avec au moins une Moustiquaire Imprégnée d'insecticide (MII) ¹	Nombre moyen de Moustiquaire Imprégnée d'insecticide (MII) ¹ par ménage	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec, au moins, une Moustiquaire Imprégnée d'insecticide (MII) ¹ pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage ²	Effectif de ménages avec, au moins, une personne qui a passé la nuit dernière dans le ménage
Milieu de Résidence					
Urbain	32,6	0,5	5 373	13,7	5 348
Rural	29,5	0,5	8 032	11,4	7 998
Département					
Aire Métropolitaine	25,8	0,4	2 914	9,9	2 905
Reste-Ouest	30,3	0,5	2 261	13,8	2 253
Sud-Est	27,0	0,4	805	10,6	800
Nord	42,4	0,8	1 295	16,5	1 289
Nord-Est	42,3	0,7	449	15,7	446
Artibonite	26,1	0,4	2 083	11,3	2 073
Centre	38,0	0,6	957	14,9	949
Sud	24,8	0,4	959	8,8	957
Grande Anse	30,1	0,4	560	9,4	558
Nord-Ouest	34,0	0,6	657	12,8	655
Nippes	41,5	0,7	464	17,2	462
Quintile de bien-être économique					
Le plus bas	21,5	0,3	2 664	7,1	2 645
Second	26,5	0,4	2 576	9,0	2 562
Moyen	34,0	0,5	2 718	13,6	2 706
Quatrième	35,5	0,6	2 777	15,2	2 770
Le plus élevé	35,8	0,7	2 671	16,2	2 664
Ensemble	30,7	0,5	13 405	12,3	13 346

¹ Une Moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire, y compris les Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA) ou (2) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide au cours des 12 derniers mois.

² Membres de fait des ménages

En milieu urbain, le pourcentage de ménages ayant au moins une MII est plus élevé qu'en milieu rural (33 % contre 30 %). Dans les départements, le pourcentage le plus élevé est observé dans le Nord, le Nord-Est, et les Nippes (42 % dans les trois cas) alors que seulement 25 % des ménages du Sud et 26 % de ceux de l'Aire métropolitaine et de l'Artibonite possèdent une MII.

Le pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée augmente avec le niveau de bien-être économique passant de 22 % pour le quintile le plus bas à 36 % pour les deux quintiles les plus élevés.

Le pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes qui ont passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage est plus élevé en milieu urbain (14 %) qu'en milieu rural (11 %). Au niveau départemental, il varie de 9 % dans la Sud et la Grande Anse à 17 % dans les Nippes et le Nord.

3.16.2 Utilisation des MII par les enfants et les femmes enceintes

Tout comme la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII), la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent (PID) compte parmi les moyens les plus efficaces de prévention du paludisme. On a donc demandé à tous les ménages si leur logement avait été pulvérisé d'insecticides. Par ailleurs, dans les ménages possédant, au moins, une moustiquaire, on a demandé qui avait couché sous cette moustiquaire la nuit précédant l'interview. Il est ainsi possible d'identifier les membres des ménages qui ont été protégés contre le paludisme. Le tableau 25 présente ces résultats pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, qui constituent deux groupes de population particulièrement vulnérables au paludisme.

On constate au tableau 27 que, dans l'ensemble, 18 % des enfants de moins de 5 ans de tous les ménages avaient dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête, et 20 % avaient dormi sous une MII ou dans un logement dont les murs intérieurs avaient été pulvérisés d'insecticide dans les 12 derniers mois. Ces faibles proportions s'expliquent en partie par le fait que relativement peu de ménages possèdent une MII. Si on se limite aux ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée, la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII est beaucoup plus élevée, mais n'atteint que 53 %, ce qui signifie que les ménages ayant au moins une MII n'en ont pas assez pour que tous les enfants puissent dormir dessous et/ou que, même quand les MII sont disponibles, elles ne sont pas toujours utilisées.

En ce qui concerne les femmes de 15-49 ans enceintes, 16 % d'entre elles avaient dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête, et 18 % avaient dormi soit sous une MII ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide contre les moustiques au cours des 12 derniers mois. Quand on se limite aux femmes vivant dans un ménage possédant, au moins, une MII, 53 % d'entre elles avaient dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête.

Qu'il s'agisse d'enfants de moins de 5 ans ou de femmes enceintes, le pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée ou dans un logement dont les murs ont été pulvérisés d'insecticide contre les moustiques est toujours plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural ; elle dépasse 25 % dans les départements du Nord, du Nord-Est, et des Nippes ; elle augmente avec le quintile de bien-être économique.

Tableau 27 Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide par les enfants et les femmes enceintes

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui, la nuit ayant précédé l'interview, ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MI) et pourcentage ayant dormi sous une MI ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide (PID) au cours des 12 derniers mois; et parmi les enfants de moins de 5 ans dans les ménages avec au moins une MI, pourcentage ayant dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'interview; pourcentage de femmes de 15-49 ans enceintes qui, la nuit ayant précédé l'interview, ont dormi sous une MI et pourcentage ayant dormi sous une MI ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide au cours des 12 derniers mois (PID); parmi les femmes enceintes dans les ménages avec au moins une MI, pourcentage ayant dormi sous une MI la nuit ayant précédé l'interview, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de 5 ans dans tous les ménages				Femmes de 15-49 ans enceintes dans tous les ménages			
	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit dernière ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide		Enfants de moins de cinq ans dans les ménages possédant au moins une MI ¹		Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit dernière ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide		Femmes de 15-49 ans enceintes dans les ménages possédant au moins une MI ¹	
	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit dernière	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit dernière	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit dernière	Effectif de femmes enceintes	Pourcentage ayant dormi sous une MI ¹ la nuit dernière	Effectif de femmes enceintes
Milieu de Résidence								
Urbain	24,2	2 171	59,6	880	18,5	245	63,0	72
Rural	15,4	4 472	49,3	1 394	14,6	457	47,8	140
Département								
Aire Métropolitaine	18,6	1 068	55,0	362	11,3	126	*	23
Reste-Ouest	15,5	1 193	49,0	378	16,9	127	*	33
Sud-Est	14,7	389	49,5	115	18,4	43	*	18
Nord	26,8	751	58,9	341	26,4	81	(57,1)	37
Nord-Est	27,5	253	57,7	120	23,9	31	(52,2)	14
Artibonite	13,2	1 091	47,6	303	7,1	106	*	24
Centre	21,3	588	55,4	226	19,2	60	(60,1)	19
Sud	14,4	471	52,8	128	(10,7)	40	*	8
Grande Anse	15,1	319	50,2	96	(11,5)	23	*	7
Nord-Ouest	20,7	351	59,5	122	16,8	44	(46,5)	16
Nippes	24,6	170	50,6	83	(29,5)	23	*	12
Quintile de bien-être économique								
Le plus bas	9,7	1 692	41,5	393	11,4	183	44,9	46
Second	13,4	1 443	45,0	429	14,8	162	47,4	51
Moyen	23,6	1 401	59,0	561	19,9	122	(63,4)	38
Quatrième	23,7	1 183	56,9	494	23,9	118	(71,9)	39
Le plus élevé	26,3	923	61,2	397	12,7	117	(40,0)	37
Ensemble	18,2	6 643	53,3	2 274	16,0	702	53,0	212

Note: Le tableau est basé sur les enfants et les femmes enceintes ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage.

¹ Une Moustiquaire imprégnée d'insecticide (MI) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire, y compris les Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILLDA) ou (2) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide au cours des 12 derniers mois.

² La Pulvérisation intra domiciliaire (PID) est limitée à la pulvérisation faite par une organisation gouvernementale, privée ou non gouvernementale.

3.16.3 Traitement des enfants fébrile

Au cours de l'enquête, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines avant l'enquête, l'enfant avait eu de la fièvre. Dans l'affirmative, on a cherché à savoir si des conseils ou traitement avaient été recherchés, si du sang avait été prélevé au doigt ou au talon pour effectuer un test antipaludique et si les enfants fébriles avaient pris un antipaludéen.

De l'examen des données du tableau 28, il ressort que, dans l'ensemble, 32 % des enfants de moins de 5 ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et que des conseils ou traitement avait été recherchés pour 42 % de ces enfants fébriles. Cependant un prélèvement de sang capillaire au doigt ou au talon pour effectuer un test du paludisme n'a été fait pour 16 % d'entre eux et un traitement antipaludique n'a été donné qu'à seulement 1 % d'enfants fébriles.

Tableau 28 Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

Parmi les enfants de moins de 5 ans, pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'interview ; parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon, et pourcentage ayant pris un antipaludique, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de 5 ans		Enfants de moins de 5 ans avec de la fièvre			
	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement ou des conseils ¹	Pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé	Pourcentage ayant pris un antipaludique	Effectif d'enfants
Milieu de Résidence						
Urbain	32,8	2 065	48,6	19,8	1,5	677
Rural	30,8	3 802	37,9	13,5	0,8	1 172
Département						
Aire Métropolitaine	39,4	1 040	50,2	20,3	2,1	409
Reste-Ouest	28,0	1 065	39,4	17,3	1,3	298
Sud-Est	30,0	312	29,1	7,8	0,8	94
Nord	27,9	661	43,7	20,2	1,3	184
Nord-Est	24,2	232	33,1	16,0	3,2	56
Artibonite	29,9	933	40,6	11,3	0,7	279
Centre	43,4	506	43,8	9,3	0,0	220
Sud	29,8	391	38,8	18,3	0,0	117
Grande Anse	27,4	269	42,6	15,8	0,8	74
Nord-Ouest	25,5	306	33,5	19,0	0,0	78
Nippes	26,8	151	27,5	11,3	0,7	41
Quintile de bien-être économique						
Le plus bas	32,5	1 460	26,7	9,4	1,0	474
Second	30,4	1 205	39,3	11,3	0,1	367
Moyen	30,6	1 237	47,2	18,8	1,0	378
Quatrième	34,4	1 113	46,0	20,2	0,9	383
Le plus élevé	29,0	853	59,7	23,5	3,0	247
Ensemble	31,5	5 867	41,8	15,8	1,1	1 849

¹ Non compris les conseils ou traitement d'un praticien traditionnel

Le prélèvement de sang pour un test est plus fréquent en milieu urbain qu'en rural (20 % contre 14 %). Il varie d'un minimum de 8 % dans le Sud-Est et de 9 % dans le Centre à un maximum de 20 % dans le Nord et l'Aire Métropolitaine. Il est aussi d'autant plus fréquent que le quintile de bien-être économique augmente. L'utilisation d'anti-paludique reste très faible quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques.

3.16.4 Niveau d'Hémoglobine < 8,0 g/dl chez les enfants

Dans les pays où la transmission du paludisme est endémique, l'anémie est fréquente en cas de paludisme sévère, aussi un taux d'hémoglobine inférieur à 8,0 g/dl est considéré comme un indicateur du paludisme. En Haïti, 6 % des enfants de 6 à 59 mois ont un taux d'hémoglobine inférieur à 8,0 g/dl (Tableau 29). Les résultats montrent que ce faible niveau d'hémoglobine varie légèrement selon le milieu de résidence (de 5 % en rural à 8 % en urbain) et par département (d'un minimum de 3 % dans le Sud-Est à un maximum de 9 % dans l'Aire Métropolitaine).

Tableau 29 Niveau d'hémoglobine <8,0 g/dl chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois dont le niveau d'hémoglobine est inférieur 8,0 g/dl, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, EMMUS-VI, Haïti 2016-2017

Caractéristique sociodémographique	Niveau d'hémoglobine <8,0 g/dl	Effectif d'enfants
Milieu de Résidence		
Urbain	7,7	1 950
Rural	5,1	3 976
Département		
Aire Métropolitaine	8,7	961
Reste-Ouest	5,4	1 051
Sud-Est	2,6	346
Nord	3,8	677
Nord-Est	4,8	226
Artibonite	8,4	966
Centre	5,8	531
Sud	5,5	414
Grande Anse	5,1	290
Nord-Ouest	3,8	310
Nippes	4,3	153
Quintile de bien-être économique		
Le plus bas	5,7	1 549
Second	5,8	1 256
Moyen	7,3	1 234
Quatrième	5,3	1 059
Le plus élevé	5,6	828
Ensemble	6,0	5 926

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé, dans le ménage, la nuit avant l'interview. Les niveaux d'hémoglobine ont été ajustés en tenant compte de l'altitude en utilisant la formule du CDC (CDC, 1998). L'hémoglobine est mesurée en grammes par décilitre (g/dl). Les enfants sont considérés comme atteints d'anémie sévère si le niveau d'hémoglobine est <7,0 g/dl d'hémoglobine et d'anémie modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl; chez les enfants, l'anémie est considérée comme légère si le niveau d'hémoglobine se situe entre 10,0-10,9 g/dl.