



# Étude de base du programme de sécurité alimentaire dans le cadre du Titre II en Haïti

Contrat #: AID-OAA-M-13-00022

**8 mai, 2015**

Cette publication a été réalisée à la demande de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), Bureau d'Alimentation pour la Paix (FFP). Elle a été préparée par *ICF International, Inc.*

Droit d'auteur photo, Kendra Helmer/USAID  
<https://www.flickr.com/photos/46658241@N06/5093680654/>

Les points de vue de l'auteur, exprimés dans cette publication, ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence Américaine pour le Développement International ou du Gouvernement des États-Unis.

L'Étude de base du programme de sécurité alimentaire dans le cadre du Titre II en Haïti a été mise en œuvre par *ICF International* et ses sous-traitants, l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), le Centre d'Appui au Suivi et à l'Évaluation (CASE) et le Groupe de Support en Informatique et en Statistiques (GSIS), de janvier à août 2014. Cette étude a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple Américain à travers le bureau de *Food for Peace (FFP)* [Bureau d'alimentation pour la Paix] de l'Agence Américaine pour le Développement International (*USAID*).

# Sommaire

<b>Abréviations et Sigles</b> .....	<b>iv</b>
<b>Résumé exécutif</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Méthodologie</b> .....	<b>8</b>
2.1 Méthodes de l'enquête démographique réalisée auprès des ménages.....	8
A. Conception et objectifs de l'étude.....	8
B. Conception de l'échantillon.....	8
C. Questionnaire.....	11
D. Procédures sur le terrain.....	12
E. Analyse des données.....	15
2.2 Méthodes pour l'étude qualitative.....	17
A. Objectifs, conception et domaines d'intérêt thématique.....	17
B. Sélection des sites.....	17
C. Participants à l'étude, entrevues et collecte des données.....	18
D. Préparation, codification et analyse des données.....	20
2.3 Limitations de l'étude et problèmes rencontrés.....	21
<b>3. Aperçu de la situation de la sécurité alimentaire en Haïti</b> .....	<b>22</b>
<b>4. Conclusions</b> .....	<b>24</b>
4.1 Caractéristiques de la population étudiée.....	24
4.2 Indicateurs sur les ménages.....	26
A. Indicateur de la faim dans le ménage.....	26
B. Indice de la diversité alimentaire des ménages.....	28
C. Indice de la consommation alimentaire.....	31
D. Niveaux de pauvreté des ménages.....	32
E. Pratiques WASH des ménages.....	38
4.3 Indicateurs sur la santé et l'état nutritionnel des femmes.....	41
A. Anthropométrie des femmes.....	41
B. Diversité alimentaire chez les femmes.....	42
4.4 Indicateurs sur la santé et l'état nutritionnel des enfants.....	45
A. Retard de croissance et insuffisance pondérale.....	45
B. Diarrhée et soluté de réhydratation orale.....	49
C. Régime alimentaire minimum acceptable.....	51
D. Allaitement au sein.....	53
4.5 Egalité des genres.....	56
<b>5. Résumé des principales conclusions</b> .....	<b>58</b>

## Annexes

1. Énoncé de travail pour l'étude de base des programmes de sécurité alimentaire dans le cadre du Titre II en Haïti et au Zimbabwe
2. Plan d'échantillonnage pour l'étude de base des programmes de sécurité alimentaire dans le cadre du Titre II en Haïti et au Zimbabwe
3. Questionnaire de l'enquête auprès des ménages en créole haïtien
4. Résultats du questionnaire de l'enquête auprès des ménages, traduits en anglais
5. Définitions des indicateurs
6. Méthodes pour les indicateurs de pauvreté
7. Tableau récapitulatif des indicateurs
8. Résultats du modèle multivarié
9. Guide des entrevues de l'étude qualitative en anglais
10. Guide des entrevues de l'étude qualitative en créole haïtien
11. Feuille de décompte des débats et entrevues qualitatifs du groupe de discussion
12. ATLAS.ti Livre de code pour la codification des entrevues et groupe de discussion
13. Tableaux supplémentaires des analyses d'indicateurs

## Liste des Tableaux

Tableau 2.1: Zone couverte par le programme <i>Kore Lavi</i> .....	9
Tableau 2.1: SDE et ménages échantillonnés pour l'étude de base.....	10
Tableau 2.2: Taux de réponses à l'enquête.....	16
Tableau 2.3: Domaines d'intérêt thématique pour l'étude qualitative.....	19
Tableau 2.4: Domaines d'intérêt géographique pour l'étude qualitative.....	19
Tableau 4.1a Population totale dans la zone couverte par le programme, Titre II.....	25
Tableau 4.1b Caractéristiques des ménage.....	26
Tableau 4.2a Indicateurs du Bureau d'alimentation pour la paix (FFP) – Indicateurs de la faim dans les ménages (HHS).....	27
Tableau 4.2b Indicateurs du Bureau d'alimentation pour la paix (FFP) – Indice de la diversité alimentaire des ménages (SDAM).....	29
Tableau 4.2c Indicateurs spécifiques au programme – Indice de la consommation alimentaire (FCS).....	32
Tableau 4.2d Indicateurs du Bureau d'alimentation pour la paix (FFP) – La pauvreté selon la prédominance du genre dans le ménage.....	34
Tableau 4.2 Types d'assistance recue par les ménages au cours des derniers six (6) mois .....	36
Tableau 4.2e Indicateurs du Bureau d'alimentation pour la paix (FFP) – Eau, assainissement et Hygiène .....	38
Tableau 4.3a Indicateurs du Bureau d'alimentation pour la paix (FFP) – Femmes souffrant d'insuffisance pondérale.....	42
Tableau 4.3 Indice de masse corporelle (IMC) Femmes entre 15 et 49 ans.....	42
Tableau 4.3b Indicateurs du Bureau d'alimentation pour la paix (FFP) – Diversité alimentaire chez les femmes .....	43
Tableau 4.4a Indicateurs du Bureau d'alimentation pour la paix (FFP) – Etat nutritionnel des enfants.....	46
Tableau 4.4a Prévalence des enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale.....	47
Tableau 4.4b Prévalence des enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance, par groupe d'âge (mois) .....	47
Tableau 4.4b Indicateurs du Bureau d'alimentation pour la paix (FFP) – Diarrhée chez les enfants et SRO 50	
Tableau 4.4c Indicateurs du Bureau d'alimentation pour la paix (FFP) – Minimum alimentaire acceptable	52
Tableau 4.4c Composantes du MAD par groupe d'âges et état de l'allaitement au sein.....	52
Tableau 4.4d Indicateurs du Bureau d'alimentation pour la paix (FFP) – Allaitement exclusif.....	53
Tableau 4.4d Etat de l'allaitement au sein pour des enfants de 0-23 mois d'âge, par groupe d'âges (mois)	54
Graphique 4.4e Allaitement au sein initial et alimentation avant la montée de lait pur la dernière naissance au cours des deux dernières années.....	55
Tableau 4.5 Indicateurs spécifiques au programme – Accord sur l'égalité des genres.....	57
Tableau 5: Résumé et comparaison des indicateurs .....	60

## Abréviations et Sigles

ACF	Action Contre La Faim International
BFS	Bureau pour la sécurité alimentaire
IMC	Indice de masse corporelle
CDF	Fond de développement communautaire
IPC	Indice des prix à la consommation
CASE	Centre d'Appui au Suivi et à l'Evaluation
DAI	<i>Development Alternatives, Inc.</i>
DDL	Bibliothèque de données de l'USAID sur le développement
EDS	Enquête sur la démographie et la santé
ECVMAS	Enquête sur les conditions de vie des ménages après le séisme
FANTA	Projet d'assistance technique pour l'alimentation et la nutrition ( <i>Food and Nutrition Technical</i>
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FCS	Indice de la consommation alimentaire [Food Consumption Score]
FEWS	Réseau de systèmes d'alerte précoce contre la famine
FFP	Bureau de l'alimentation pour la paix de l'USAID ( <i>USAID's Office of Food for Peace</i> )
GH	Gouvernement Haïtien
GPS	Système mondial de géolocalisation
GSIS	Groupe de Support en Informatique et en Statistiques
HAZ	Z-score taille-pour-âge
HDDS	Indice de la diversité alimentaire dans les ménages [Household Dieteray Diversity Score]
HHS	Indice de faim dans les ménages [Household Hunger Scale]
ICF	<i>ICF International</i>
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires
IHE	Institut haïtien de l'enfance
IHSI	Institut haïtien de statistiques et d'informatique
IYCF	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
UML	Unité monétaire locale
LSMS	Enquête de la mesure des niveaux de vie ( <i>Living Standards Measurement Study</i> )
MAD	Alimentation Minimum Acceptable [Minimum Acceptable Diet]
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ONG	Organisation non-gouvernementale
ODAV	Service de l'analyse et de la cartographie de la vulnérabilité ( <i>Vulnerability Analysis and</i>
TRO	Thérapie de réhydratation orale
MCO	Moindres carrés ordinaires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial des Nations Unies
PGI	Indice de l'écart de pauvreté
PPA	Parité du Pouvoir d'Achat
SDE	Sections d'énumération
ET	Ecarts Types
SPSS	Progiciel de statistiques pour les sciences sociales
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
USD	Dollar Américain
USG	Gouvernement des Etats-Unis
WASH	Eau, Assainissement et Hygiène
WDDS	Indice de la diversité alimentaire des femmes ( <i>Women's dietary diversity score</i> )

## Résumé exécutif

### Contexte de l'Etude de Base

Durant l'exercice 2013, le Bureau d'Alimentation pour la Paix (FFP) de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) a accordé un financement à *CARE International* et ses partenaires, Action contre la faim (ACF) et le Programme alimentaire mondial (PAM) des Nations Unies, en vue de mettre en œuvre un programme de sécurité alimentaire dans le cadre du Titre II en Haïti.<sup>1</sup> Le programme *Kore Lavi* de quatre ans soutient directement les efforts de protection sociale du Gouvernement Haïtien (GH). L'objectif global du programme est de réduire l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité, en aidant le GH à mettre en place un système de filet de sécurité reproductible et en améliorant les capacités de prévention de la malnutrition chez les enfants.

Conformément à la politique d'évaluation de l'USAID, FFP a confié à ICF International la réalisation d'une étude de base des programmes de sécurité alimentaire dans le cadre du Titre II. Cette étude de base représente la première phase d'un cycle d'études pré- et post-évaluation. La deuxième phase comprendra une étude d'évaluation finale, qui se déroulera dans cinq ans, lorsque les programmes de sécurité alimentaire du Titre II auront pris fin. L'étude de base comprend : (1) une enquête démographique représentative réalisée auprès des ménages pour collecter des données pour les indicateurs clés de FFP et des indicateurs spécifiques au programme ainsi que (2) une étude qualitative pour recueillir des données supplémentaires qui ajoutent du contexte, de la richesse et de la profondeur pour comprendre les résultats de l'enquête auprès des ménages. Les résultats de l'étude de base seront utilisés aux fins suivantes:

- Établir des valeurs de référence pour les indicateurs d'impact et de résultat visant à servir de point de comparaison pour une évaluation finale ; et
- Orienter les objectifs du programme et, si possible, la conception du programme.

L'échantillon d'enquête démographique réalisée auprès des ménages a été élaboré pour être statistiquement représentatif des communes bénéficiaires sélectionnées pour la mise en œuvre. Le plan d'échantillonnage en grappes à phases-multiples a produit un échantillon de ménages composé de 2 235 ménages. Les questionnaires et le matériel de formation ont été élaborés et finalisés à partir des consultations menées avec le FFP, le Projet d'appui technique en alimentation et nutrition III (FANTA) et CARE. Le travail de terrain, y compris la formation, la collecte et la saisie des données, a commencé en janvier 2014 et a pris fin en mai 2014.

L'étude qualitative a été conçue à partir d'une évaluation de l'ensemble des données de base préliminaires complètes non pondérées. Cette évaluation a été effectuée durant les mois de mai et de juin 2014, et la formation ainsi que la collecte de données ont commencé en juillet 2014. Un guide des entrevues a été élaboré et finalisé sur la base des consultations avec le FFP et FANTA. En travaillant dans huit communes sélectionnées, l'équipe qualitative a dirigé 8 groupes de discussions, 14 entrevues au niveau du programme, et 42 entrevues au niveau des ménages. Ceci a produit un échantillon global de 29 hommes et 111 femmes, ou un total de 140 personnes.

Les défis rencontrés durant l'étude incluent la longueur et la complexité du questionnaire de l'enquête auprès des ménages, les contraintes de logistique et de transport, les limitations des données auto-déclarées et l'échantillon réduit pour les enfants de moins de deux ans.

---

<sup>1</sup> Le programme *Kore Lavi* reçoit un financement au développement pour le Titre II, de la part du Bureau de l'alimentation pour la paix (FFP) de l'USAID et des Fonds de développement communautaire (CDF) du Bureau for Food Security (BFS) [Bureau pour la Sécurité Alimentaire] de l'USAID.

## Principales conclusions

Les conclusions de l'étude de base couvrent sept domaines: (1) les caractéristiques de la population ; (2) la faim, la diversité et la consommation alimentaire des ménages ; (3) les niveaux de pauvreté ; (4) les pratiques (WASH) d'eau, d'assainissement et d'hygiène ; (5) l'état de santé et l'état nutritionnel des femmes ; (6) l'état de santé et l'état nutritionnel des enfants et (7) l'égalité des sexes.

### Caractéristiques de la population étudiée

Le programme *Kore Lavi* est mis en œuvre dans 23 communes et 5 départements: l'Artibonite, le Centre, le Nord-Ouest, l'Ouest, et le Sud-Est. Environ 1 million de personnes et 215 541 ménages sont inclus dans la zone couverte par le programme. À l'instar de ce qui se passe dans l'ensemble du pays, l'insécurité alimentaire chronique dans la zone couverte par le programme représente un défi considérable. Les résidents de la zone couverte par le programme du Titre II font face à des défis dans tous les 4 piliers de la sécurité alimentaire: (1) la disponibilité des aliments, (2) l'accès aux aliments, (3) l'utilisation des produits alimentaires et (4) la stabilité. Les données qualitatives recueillies dans le cadre de l'étude de base, indiquent que la nourriture n'est pas disponible de manière continue et que les opportunités d'emploi ne sont pas non plus suffisantes pour que les personnes gagnent de l'argent pour acheter de la nourriture. La plupart des personnes interrogées ont exprimé le désir de produire leur propre nourriture et ont déclaré qu'ils croient qu'un accroissement de la production augmenterait leur sécurité alimentaire. En effet, l'agriculture est constituée essentiellement de petites parcelles d'exploitation agricole gérées par des agriculteurs individuels utilisant un équipement rudimentaire. La production alimentaire du pays ne satisfait qu'environ la moitié des besoins du pays en matière d'alimentation, tandis qu'il faut importer pour couvrir le reste le reste.<sup>2</sup>

### Faim dans les ménages

L'indice de faim dans les ménages [Household Hunger Scale (HHS)] mesure l'étendue de la privation de nourriture au sein du ménage au cours des 30 derniers jours. Les résultats de l'enquête indiquent que 57,5 pour cent des ménages souffrent de faim modérée et que 13,5 pour cent des ménages souffrent gravement de la faim.

Les données de l'étude qualitative indiquent que beaucoup de ménages produisent de la nourriture seulement à des niveaux de subsistance de base. Ces ménages qui peuvent produire des aliments à vendre font face aussi à des défis. Plus particulièrement, l'aridité de la terre, la mauvaise qualité du sol et l'incertitude de la pluie sont courants et, surtout, les 30 dernières années ont vu des chutes rapides dans la productivité des exploitations agricoles en Haïti en raison d'un environnement de plus en plus détérioré et de catastrophes naturelles plus nombreuses<sup>3</sup>. L'accès irrégulier à un revenu ou à un emploi, ou les deux, exacerbe(nt) la situation et affecte(nt) la capacité de la population à combattre la faim. Les ménages qui sont dépourvus des ressources financières requises pour acheter de la nourriture ne disposent pas non plus des ressources financières initiales pour préserver ou augmenter l'agriculture de subsistance.

---

<sup>2</sup>Glaeser, L. M., Horjus, P., & Strother, S. (2011). *Haiti Prospective Food Security Assessment*. Washington, DC: FANTA-2 Bridge (Food and Nutrition Technical Assistance)/FHI 360. Disponible à l'adresse : [http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Haiti\\_Prospective\\_FoodSecurity\\_Assessment\\_Nov2011\\_0.pdf](http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Haiti_Prospective_FoodSecurity_Assessment_Nov2011_0.pdf). (Assistance Technique pour l'Alimentation et la Nutrition)/FHI 360. Disponible sur [http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Haiti\\_Prospective\\_FoodSecurity\\_Assessment\\_Nov2011\\_0.pdf](http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Haiti_Prospective_FoodSecurity_Assessment_Nov2011_0.pdf).

<sup>3</sup>USAID. (2013). Fiche d'informations: *Feed the Future North* [Nourrir le future - Nord]. Disponible sur <http://www.usaid.gov/news-information/fact-sheets/feed-future-north>.

## Diversité alimentaire des ménages

Même si l'indice sur la diversité alimentaire dans les ménages [Household Dietary Diversity Score (HDDS)] donne une indication des groupes d'aliments consommés dans les ménages au cours des dernières 24 heures, cela ne devrait pas être interprété comme un indicateur de nutrition visant à refléter la qualité du régime alimentaire minimum, mais plutôt comme un indicateur d'accès aux aliments. Ainsi, il sert d'indicateur du statut socio-économique.<sup>4</sup> Un HDDS de 6,2 indique que les ménages dans zone couverte par le programme *Kore Lavi* peuvent généralement avoir accès à et consommer 6 des 12 groupes d'aliments de base. De ces 12 groupes, les aliments les plus trouvés et consommés étaient les huiles/les graisses (99 pour cent), les céréales (96 pour cent), les légumineuses/les légumes/les noix (82 pour cent) et divers produits alimentaires tels que le café, le thé et les épices. Les aliments les moins trouvés et consommés étaient les œufs (13 pour cent), le lait et les produits laitiers (15 pour cent), la viande, la volaille, les abats (19 pour cent) et le poisson et les fruits de mer (24,4 pour cent).

Les données qualitatives indiquent que la consommation alimentaire au niveau du ménage est pragmatique. Les familles individuelles mangent ce qu'il y a de disponible, ce qu'elles peuvent faire pousser ou ce qu'elles peuvent se permettre d'acheter. Malgré ces défis, beaucoup de personnes interrogées ont parlé avec ardeur des croyances sur la signification culturelle de certains aliments, tout en ayant également des opinions fortes sur la nourriture importée en comparaison aux aliments produits localement. Le riz a été identifié comme étant la norme dans l'aliment haïtien type bien que le mil et le ragoût aient également été fréquemment identifiés comme des aliments essentiels. La pratique de la vente de certains aliments pour obtenir de l'argent afin d'acheter de la nourriture perçue comme étant meilleure, était constante et très répandue. Ce désir, dans un sens, d'améliorer son alimentation, semblait viser moins une recherche de diversité alimentaire et davantage le prestige et le statut.

## Consommation alimentaire

L'indice de la consommation alimentaire [Food Consumption Score (FSC)], un indicateur de la qualité diététique et de la fréquence de la consommation, est calculé en utilisant la fréquence de la consommation (nombre de jours) de huit groupes d'aliments consommés par un ménage pendant les sept jours précédant l'enquête. La classification de la consommation alimentaire du ménage sert d'outil normalisé, objectif et reproductible de description de la sécurité alimentaire à court-terme.<sup>5</sup> Les données de l'enquête auprès des ménages indiquent que 69 pour cent de tous les ménages ont un niveau de consommation alimentaire adéquat, 22 pour cent ont un résultat à la limite et 9 pour cent ont un mauvais résultat.

A travers les données qualitatives, la consommation des aliments riches en nutriments tels que la viande, a été décrite comme excessivement onéreuse. Dans les communes situées à proximité de l'océan, le poisson est une alternative riche en protéine, logique et possible lorsque la viande est inabordable. Cependant, le poisson en tant que source de nourriture, présente différents défis. Sans la mise en place

---

<sup>4</sup>Swindale, A., & P. Bilinsky. (2005). *Household dietary diversity score (HDDS) for measurement of household food access: Indicator guide* [Indice sur la diversité alimentaire dans les ménages, pour une mesure de l'accès du ménage à la nourriture : Guide d'indicateur.] Washington, D.C.: *Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development* [Projet d'assistance technique pour l'alimentation et la nutrition, Académie pour le développement éducatif].

<sup>5</sup>U.N. *World Food Programme (WFP)*, [Programme alimentaire mondial des Nations Unies], *Vulnerability Analysis and Mapping Branch (ODAV)* [Service de l'analyse et de la cartographie de la vulnérabilité]. (2008). *Food consumption analysis - Calculation and use of the food consumption score in food security analysis* [Analyse de la consommation alimentaire – Calcul et utilisation de l'indice sur la consommation alimentaire dans l'analyse de la sécurité alimentaire]. Rome, Italie.

d'une industrie de pêche plus formalisée, la pêche, à l'instar de l'agriculture, peut difficilement être une option ferme et durable au niveau du ménage.

### **Niveau de pauvreté**

A travers la zone couverte par le programme *Kore Lavi*, 43,6 pour cent des ménages vivent actuellement dans une extrême pauvreté (en-dessous du seuil de pauvreté international de 1,25 dollars US selon les prix de 2005), avec des dépenses journalières constantes par habitant de 2,10 dollars US en moyenne. La gravité moyenne de la pauvreté dans les zones couvertes par l'enquête était de 16,4 pour cent en-dessous du seuil de pauvreté.

Les données qualitatives indiquent que gagner de l'argent régulièrement ou avoir un emploi stable, ou les deux, peut être un vrai combat. La plupart des travaux qui sont entrepris tendent à être fragmentés ou en fonction des besoins. Les types de travaux les plus courants sont les services ou le commerce de détail (employé de maison, lessive, employé de magasin, tailleur, coiffeur, pâtisserie, transport, marchand de nourriture cuite, marchand d'aliments crus, marchand de charbon) ; le travail manuel (charpenterie, maçonnerie, construction, extraction de sel) ; et la production à petite-échelle ou de subsistance (agriculture, élevage, pêche).

### **Eau, assainissement et hygiène dans les ménages**

Les données de l'enquête auprès des ménages montrent que 40 pour cent des ménages utilisent une source améliorée d'eau potable et 16 pour cent des ménages utilisent une installation sanitaire améliorée non-partagée. Les enquêteurs ont observé la présence d'eau et de savon, de détergent, ou autre produit nettoyant à l'endroit où on lave les mains dans seulement 6 pour cent des ménages.

À l'instar des conclusions de l'enquête, les données qualitatives indiquent l'utilisation d'eau en provenance d'une fontaine publique ou d'une citerne. La majorité des personnes interrogées comprennent la nécessité de traiter l'eau qu'elles boivent avec des Aquatabs® [tablettes de purification de l'eau] ou en la faisant bouillir pour éviter d'éventuelles infections. Le manque d'argent pour acheter des tablettes de chlore avait été identifié comme un obstacle à la purification de l'eau destinée à être bue. Les données qualitatives indiquent l'utilisation auto-déclarée de latrines non-améliorées, et autrement, l'utilisation d'un trou simplement fouillé à chaque fois que le besoin de déféquer se fait sentir. Seules quelques-unes des personnes interrogées ont décrit des mesures qui sont prises pour améliorer les installations sanitaires, notamment l'ajout d'éléments supplémentaires tels que portes, réservoirs cimentés et murs, pour aider à contenir les odeurs et les infections et en vue d'offrir davantage de sécurité, surtout pour les enfants. Bien que les enquêteurs auprès des ménages aient observé un poste complet de lavage des mains dans seulement quelques ménages (6 pour cent), les personnes interrogées dans l'étude qualitative ont parlé de l'importance de se laver les mains avec du savon et de l'eau pour éviter la transmission des microbes et prévenir le choléra.

### **Santé et nutrition des femmes**

Comme mesuré par l'indice de masse corporelle (IMC), l'état nutritionnel des femmes âgées de 15 à 49 ans, qui ne sont pas enceintes ou dans les deux mois de post-partum, est généralement satisfaisant malgré un manque de diversité alimentaire. La majorité des femmes (65 pour cent) ont un *IMC* situé dans les limites de la normale (18,5-24,9), tandis que 16 pour cent sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale (*IMC* < 18,5). L'indice de la diversité alimentaire des femmes [Women's Dietary Diversity Score (WDDS)] pour les femmes âgées de 15 à 49 ans est faible ; la plupart des femmes consomment, en moyenne, 3,5 des 9 groupes alimentaires de base. Les aliments les plus fréquemment consommés sont: les grains, les racines et les tubercules (98 pour cent), les légumes et les noix (79 pour cent). Les aliments les moins fréquemment consommés sont les abats (3 pour cent) et les produits laitiers (14 pour cent).

Les données qualitatives indiquent que les femmes tendent à avoir la principale responsabilité dans la préparation de la nourriture dans les ménages. De même, les aliments définis par la notion de genre ne semblent pas être courants, et, de ce fait, les hommes et les femmes mangent généralement les mêmes choses. Les personnes interrogées — autant les hommes que les femmes — ont généralement conscience de l'importance de la consommation d'aliments diversifiés et nutritifs pendant la grossesse. Les personnes interrogées ont systématiquement démontré qu'elles sont au courant qu'il est important de rechercher des services de soins de santé et d'adhérer aux pratiques de santé recommandées par les médecins. Le fait de savoir, c'est-à-dire, le désir de consulter le médecin, ne peut toutefois pas toujours compenser pour des défis plus grands tels que ceux liés aux finances et à la disponibilité des services et du transport. Alors que certains de ces défis sont spécifiques à des régions en Haïti, plusieurs sont aussi des éléments communs fondamentaux dans le sens où les personnes peuvent faire face à et atténuer des difficultés, mais des solutions structurelles et systémiques à plus long-terme sont requises.

### **Santé et nutrition des enfants**

Les données de l'enquête révèlent que 8 pour cent des enfants de moins de cinq ans de la zone couverte par le programme *Kore Lavi*, montrent des signes d'insuffisance pondérale modérée ou grave, et que 19 pour cent des enfants de moins de cinq ans souffrent de retard de croissance. En comparaison, dans l'enquête démographique et de santé de 2012 - (EDS)<sup>6</sup>, le pourcentage d'enfants de moins de cinq (5) ans souffrant d'insuffisance pondérale en Haïti était de 13 au sein des ménages ruraux et de 8 au sein des ménages urbains. Les taux de l'EDS de 2012 relatifs au retard de croissance en Haïti chez les enfants de moins de cinq (5) ans étaient 25 au sein des ménages ruraux et de 16 au sein des ménages en urbains.<sup>7</sup>

Environ un quart de tous les enfants de moins de cinq (5) ans d'âge avaient eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête. Les soignants ont rapporté que 14 pour cent des enfants ayant eu la diarrhée avaient du sang dans leurs selles. La moitié environ des soignants a déclaré avoir recherché des conseils ou un traitement pour les enfants souffrant de diarrhée et 67 pour cent des enfants ayant la diarrhée ont été traités à l'aide de la thérapie de réhydratation orale (TRO).

La prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans les ménages disposant d'une installation sanitaire améliorée non-partagée était plus faible (19 pour cent) que dans les ménages ayant une installation sanitaire non-améliorée (27 pour cent). Les enfants vivant dans les ménages ayant une source améliorée d'eau potable avaient aussi un taux de prévalence plus faible de la diarrhée (22 pour cent) par rapport à ceux vivant dans des ménages dépourvus d'une source améliorée d'eau potable (28 pour cent). Pour finir, les enfants vivant dans des ménages ayant du savon et de l'eau près d'un poste de lavage de mains avaient un taux de prévalence plus faible de la diarrhée (17 pour cent) que celui des ménages n'ayant ni savon ni eau à côté du poste de lavage des mains (26 pour cent).

Les données qualitatives indiquent que les personnes interrogées non-seulement reconnaissent les symptômes de la diarrhée, mais connaissent aussi les mesures préventives et les traitements possibles. Les personnes interrogées tendaient à associer la poussée de dents à des incidences de diarrhée ; toutefois, elles ont aussi mentionné l'exposition à des microbes ou à des bactéries comme causes possibles de la diarrhée. Lorsqu'il leur était demandé quel traitement leurs enfants reçoivent lorsqu'ils

---

<sup>6</sup> Cayemittes, Michel, Michelle Fatuma Busangu, Jean de Dieu Bizimana, Bernard Barrère, Claise Sévère, Viviane Cayemittes, Emmanuel Charles. 2013. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2012. Calverton, Maryland, Etats-Unis: MSPP, IHE et ICF International.

<sup>7</sup> Les écarts entre les résultats pour le *DHS* des ménages ruraux et l'enquête de base peuvent être dus aux différences qui existent au sein de la population sous-jacente échantillonnée aussi bien qu'au décalage de deux années dans la collecte des données entre les deux enquêtes.

tombent malades, la plupart ont déclaré qu'ils les emmenaient à un établissement de soins de santé ou leur donnaient du soluté de réhydratation orale (SRO) fourni par les établissements de soins de santé.

Dans l'ensemble, 39 pour cent des enfants de moins de six mois vivant dans les ménages concernés par l'enquête sont nourris exclusivement au sein. Les données qualitatives indiquent un niveau de conscience généralement élevé sur l'importance de l'allaitement exclusif et sur l'allaitement en général. Dans la pratique cependant, il n'est pas inhabituel que les mères donnent à leurs enfants de moins de six mois à manger de la nourriture en plus du lait maternel. Les raisons prédominantes invoquées étaient que le bébé ne prenait pas bien le sein, ou la perception d'une mère que le lait maternel était insuffisant. Plusieurs femmes ont également décrit que si la mère était sous-alimentée, le lait maternel ne serait soit pas présent en quantité nécessaire pour satisfaire l'enfant, soit ne contiendrait pas les nutriments nécessaires pour nourrir l'enfant complètement.

Seuls 7,7 pour cent des enfants de 6 à 23 mois reçoivent une alimentation minimum acceptable [Minimum Acceptable Diet (MAD)]. La proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui connaissent un minimum de diversité alimentaire avec au moins quatre groupes alimentaires est faible: 7 pour cent pour les enfants nourris au sein de 6 à 8 mois ; 31 pour cent pour les enfants nourris au sein de 9 à 23 mois, et 25 pour cent pour les enfants de 6 à 23 mois non-allaités.

Dans les entrevues et au cours des débats du groupe de discussion, les personnes interrogées ont identifié des aliments complémentaires tels que les purées et bouillies (préparées avec des haricots, du yucca, de la banane plantain, du manioc, du gombo, du maïs, des pommes de terre, de la farine, du riz et du mil) ; les sauces (préparées avec du riz, des haricots, du poisson, de la viande) ; et d'autres liquides et aliments tels bouillie à base de biscuits salés, l'eau de riz, les œufs, du Gerber® [nourriture pour bébé en bocal], les nouilles, et le lait. Lorsqu'il était demandé aux femmes quels aliments elles donnent à leurs bébés à six mois, en plus du lait maternel, leurs commentaires incluaient des réponses telles que « tout ce que je mange », « n'importe quelle nourriture que mangent les gens » et « toutes sortes de nourriture ». Ces types de réponses semblaient souvent refléter un manque de connaissances des besoins nutritionnels particuliers des nourrissons et des jeunes enfants ; cependant, ces réponses pourraient aussi indiquer que les parents manquent de ressources financières nécessaires pour acheter des aliments complémentaires pour les nourrissons et les jeunes enfants en plus de la nourriture pour la famille.

### **Egalité des genres**

L'enquête auprès des ménages a inclus une série de questions qui ont été posées aux principaux décideurs hommes et femme dans chaque ménage pour parvenir à une compréhension de leur niveau d'accord avec le concept que les hommes et les femmes devraient avoir un accès égal aux opportunités sociales, économiques et politiques ainsi qu'à la prise de décision concernant la nourriture. Cet indicateur se mesure sur une échelle de -2 à +2, où +2 indique un accord solide, -2 indique un profond désaccord et 0 indique qu'il n'y a ni accord, ni désaccord. Il a été demandé aux personnes interrogées de noter ces cinq déclarations:

- Les hommes font de meilleurs choix politiques que les femmes ;
- Les hommes devraient avoir davantage de droits à un travail que les femmes ;
- Les femmes devraient avoir les mêmes droits que les hommes quant à l'accès aux aliments ;
- La prise de décision concernant les aliments de la famille devrait être également partagée par les hommes et les femmes ;
- Les femmes devraient avoir les mêmes droits que les hommes et recevoir le même traitement.

La valeur globale de l'indicateur pour les hommes était de 0,47 ; légèrement inférieure à la valeur de l'indicateur de 0,69 pour les femmes. Les deux valeurs indiquent un certain accord, mais pas un accord solide. A travers les données qualitatives, les opinions sur l'égalité des genres tendaient à être polarisées,

enracinées dans l'histoire et dans la tradition. En général, la ferveur qui animait les discussions concernant le genre, était souvent un reflet de la complexité de ce sujet et de la probabilité que des termes tels qu'égalité, traitement et droits, ne soient pas nécessairement des banalités pour les personnes interrogées. Les données de l'enquête indiquent que le niveau d'accord le plus solide entre hommes et femmes est en rapport avec l'accès à la nourriture et à la prise de décision concernant l'alimentation. Les données qualitatives reflétaient cette tendance. Les personnes interrogées décrivaient régulièrement comment les hommes et les femmes ont un accès égal aux mêmes aliments et partagent la responsabilité de la décision concernant quelle nourriture la famille mangera.

# 1. Introduction

Durant l'exercice 2013, le Bureau d'Alimentation Pour la Paix (FFP) de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) s'est lancé dans une nouvelle subvention pour un programme de sécurité alimentaire dans le cadre du Titre II en Haïti.<sup>8</sup> Le programme *Kore Lavi* de quatre ans (mis en œuvre par *CARE International* et ses partenaires, Action Contre La Faim International (ACF) et le Programme Alimentaire Mondial (PAM) des Nations Unis), soutient directement les efforts de protection sociale du Gouvernement Haïtien. L'objectif global du programme est de réduire l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité en aidant le Gouvernement Haïtien à établir un système de filet de sécurité reproductible et à accroître les capacités de prévenir la malnutrition chez les enfants. Le programme consiste en quatre objectifs stratégiques:

1. OS1- Ciblage de la vulnérabilité: Etablir et institutionnaliser un dispositif objectif, équitable et efficace pour sélectionner les ménages vulnérables au sein du Ministère des Affaires Sociales et du Travail (MAST).
2. OS2- Filet de sécurité à partir de coupons alimentaires: Institutionnaliser un programme de filet de sécurité à partir de coupons alimentaires au MAST, en ciblant les ménages extrêmement vulnérables et en faisant la promotion de l'autonomisation des femmes et de l'achat d'aliments produits localement.
3. OS3- Santé maternelle et infantile: 150.000 ménages composés des femmes enceintes et allaitantes ou d'enfants de moins de deux ans pratiquent les comportements ciblés pour faire en sorte que les nourrissons et les enfants naissent en bonne santé et soient nourris efficacement.
4. OS4- Gérance: Les institutions gouvernementales clés, les partenaires locaux et les femmes utilisent des capacités de décision étendues, pour soutenir la sécurité alimentaire, la gestion du risque de catastrophe et la programmation de l'assistance sociale.

Conformément à la Politique d'Evaluation de l'USAID, le FFP a confié à ICF International la réalisation d'une étude de base des programmes d'aide alimentaire pour le développement dans le cadre du Titre II (voir Annexe I pour le Cahier des charges). Cette étude de base constitue la première phase d'un cycle d'études pré- et post- évaluation. La seconde phase inclura une enquête finale à effectuer lorsque le programme de sécurité alimentaire du Titre II sera terminé. L'étude de base inclut: (1) une enquête démographique représentative réalisée auprès des ménages, pour recueillir des données pour des indicateurs clés de FFP et des indicateurs spécifiques au programme ; et (2) une étude qualitative pour rassembler des données supplémentaires qui ajoutent du contexte, de la richesse et de la profondeur aux conclusions de l'enquête menées auprès des ménages. Les résultats de l'étude de base seront utilisés aux fins suivantes:

- Établir des valeurs de référence pour les indicateurs clés d'impact et de résultats visant à servir de point de comparaison pour une évaluation finale ; et
- Orienter les objectifs du programme et, si possible, la conception du programme.

FFP définit la sécurité alimentaire comme: "toutes les personnes ayant à tout moment, accès à la fois physique et économique à de la nourriture suffisante pour satisfaire leurs besoins alimentaires pour une vie productive et saine." La sécurité alimentaire dépend de quatre facteurs principaux: (1) la disponibilité des aliments, (2) l'accès aux aliments, (3) l'utilisation des produits alimentaires, et (4) la stabilité. La disponibilité des aliments, se réfère à la présence physique d'aliments dans la région, que ce soit dans les marchés, sur les exploitations agricoles ou à travers l'aide alimentaire. L'accès aux aliments,

---

<sup>8</sup> Le programme *Kore Lavi* reçoit un financement au développement pour le Titre II, de la part du Bureau de l'alimentation pour la paix (FFP) de l'USAID et des Fonds d'aide au développement communautaire (CDF) du Bureau for Food Security (BFS) [Bureau pour la sécurité alimentaire] de l'USAID.

se réfère à la capacité des ménages à se procurer des aliments de qualité et en quantité suffisantes. L'utilisation de produits alimentaires se réfère à la capacité des personnes à convenablement absorber et choisir des aliments nutritifs. Dans ce contexte, la stabilité est la capacité de maintenir une alimentation acceptable dans le temps.

L'étude de base a été conçue pour fournir des renseignements sur tous les quatre aspects de la sécurité alimentaire. L'étude a recueilli des données pour des indicateurs liés à l'accès des ménages aux aliments; aux pratiques WASH (eau, assainissement et hygiène) ; aux dépenses et aux actifs des ménages ; à la santé et à la nutrition parmi les femmes et les enfants ; et à l'égalité des genres.

Ce rapport commence par un aperçu des méthodes de l'enquête auprès des ménages et l'étude qualitative, suivi d'un résumé de la situation actuelle de la sécurité alimentaire en Haïti. Les conclusions de l'enquête démographique auprès des ménages sont ensuite présentées pour tous les indicateurs FFP et ceux spécifiques au programme. Les résultats de l'étude qualitative sont intégrés dans ces conclusions pour fournir un contexte et une compréhension plus amples. Le rapport se termine par un résumé des résultats-clés.

## 2. Méthodologie

### 2.1 Méthodes de l'enquête démographique réalisée auprès des ménages

#### A. Conception et objectifs de l'étude

L'objectif premier de l'enquête démographique réalisée auprès des ménages est d'évaluer l'état des indicateurs-clés de FFP et du programme au début de la mise-en-œuvre du programme. Des mesures de référence seront utilisées pour calculer le changement survenu dans ces indicateurs et entreprendre un test statistique des écarts dans les indicateurs lorsque le programme *Kore Lavi* de quatre ans sera achevé, lorsque la même enquête sera effectuée dans la zone couverte par le programme. Cette conception *pré* et *post* permettra de mesurer les changements survenus dans les indicateurs entre l'évaluation de base et l'évaluation finale, mais ne permettra pas d'effectuer de déclarations concernant l'attribution ou la causalité.

#### B. Conception de l'échantillon

L'échantillon pour l'enquête démographique auprès des ménages a été sélectionné en utilisant une approche d'échantillonnage en grappes à phases-multiples, afin de fournir un échantillon statistiquement représentatif des ménages dans les communes où le programme *Kore Lavi* est mis en œuvre. Ces communes sont situées dans cinq départements: l'Artibonite, le Centre, le Nord-Ouest, l'Ouest, et le Sud-Est. (Voir Tableau 2.1).

**Tableau 2.1: Zone couverte par le programme *Kore Lavi***



Le cadre de l'échantillonnage a été construit à partir des Sections d'Énumération (SDE) du recensement 2002-2003 organisé en Haïti, situées dans les communes où le programme est mis en œuvre. La SDE est le niveau de recensement administratif le plus bas et inclut typiquement environ 100 à 200 ménages. La composante santé maternelle et infantile du Programme *Kore Lavi* est mise-en-œuvre dans 19 des 23 communes, bien qu'elle avait été planifiée initialement pour être mise-en-œuvre dans 21 de ces communes. La composante coupons alimentaires et filet de sécurité est mise-en-œuvre dans 15 de ces communes. Le cadre de l'échantillonnage comprenait les SDE dans les 21 communes où la composante santé maternelle et infantile avait été initialement prévue pour exécution.

Les répartitions de l'échantillon étaient conçues pour pouvoir mener convenablement un test des écarts dans la prévalence du retard de croissance car celui-ci constitue l'un des divers instruments clés de mesure de l'insécurité alimentaire.

Les critères suivants, ont été utilisés pour déduire la taille des échantillons pour l'étude de base:

- Effet du plan (DEFF) 2
- Niveau de confiance de 95 pour cent
- Niveau de puissance de 80 pour cent
- Changement escompté dans le retard de croissance pendant la durée du programme de 6,5 points de pourcentage
- Utilisation des Facteurs Stukel/Deitchler de l'Inflation et de la déflation (voir Annexe A du guide d'Échantillonnage<sup>9</sup> du Projet d'Assistance Technique pour l'Alimentation et la Nutrition III (*FANTA*)) pour déterminer le nombre de ménages avec des enfants de moins de cinq (5) ans. Inflation de 10 % de la taille de l'échantillon de ménages pour tenir compte des non-réponses de certains ménages

<sup>9</sup> Guide d'échantillonnage du Projet d'assistance technique pour l'alimentation et la nutrition III (*FANTA III*) (1999) et Addendum (2012). Disponible sur <http://www.fantaproject.org/monitoring-and-evaluation/sampling>

En fonction de ces critères, la répartition optimale de l'échantillon a été fixée à 74 SDE, avec 30 ménages par SDE, pour un total de 2 220 ménages. Une description plus détaillée de la méthodologie d'échantillonnage, incluant les définitions du ménage et des procédures spécifiques de sélection des ménages, peuvent être trouvées à l'annexe 2, « Plan d'Echantillonnage pour l'Etude de base du Titre II, Programmes d'aide alimentaire pour le développement en Haïti et au Zimbabwe ». Il s'ensuit une vue d'ensemble des procédures de sélection des échantillons.

La sélection des échantillons des 2 220 ménages s'est faite en trois phases. Premièrement, l'échantillonnage des SDE, deuxièmement, l'échantillonnage des ménages au sein de chaque SDE, et troisièmement, l'échantillonnage des personnes au sein de chaque ménage. Pour assurer la représentation dans chaque département géographique, les SDE ont été stratifiées par départements et une fraction de l'ensemble des SDE a été proportionnellement répartie dans chaque strate pour un échantillonnage basé sur la répartition globale des SDE dans le cadre de l'échantillonnage.<sup>10</sup> L'échantillon de la première phase des 74 SDE a été sélectionné en utilisant un échantillonnage aléatoire simple tiré du cadre de l'échantillonnage. Le Tableau 2.1 fournit le dénombrement des SDE échantillonnées et des ménages pour chaque département.

Comme les données du recensement datent de plus de 10 ans et que le nombre des ménages par SDE a vraisemblablement changé considérablement durant cette période, un dénombrement des ménages a été effectué dans chacune des SDE sélectionnées, pour déterminer le nombre total et l'emplacement des ménages. Des coordonnées du système mondial de géolocalisation (GPS) ont été prises pour chaque ménage dans la SDE. L'exercice de dénombrement des ménages est décrit plus en détail à la Section 2.1 D.

Pour l'échantillonnage dans la deuxième phase, le nombre des ménages tiré de la liste des ménages du dénombrement a été utilisé pour déterminer l'intervalle d'échantillonnage approprié pour obtenir 30 ménages par SDE. Cet intervalle d'échantillonnage a été utilisé pour systématiquement sélectionner 30 ménages pour chaque SDE. Les ménages dans lesquels aucune enquête n'a été effectuée en raison d'absence ou de refus après trois tentatives n'ont pas été remplacés. Ainsi, l'objectif de 30 ménages par SDE n'était pas toujours atteint. Le nombre total de ménages avec des entrevues effectuées et les taux de réponse pour chaque programme sont fournis au Tableau 2.2 de la Section 2.1 E.

**Tableau 2.1: SDE et ménages échantillonnés pour l'étude de base**

Département	Nombre de SDE dans la zone couverte par le programme	Nombre de SDE échantillonnées	Nombre de ménages dans la zone couverte par le Programme	Nombre de ménages échantillonnés
<b>Artibonite</b>	324	17	40.409	510
<b>Centre</b>	362	19	55.373	570
<b>Nord-Ouest</b>	350	18	51.074	540
<b>Ouest</b>	140	7	17.624	210
<b>Sud-Est</b>	263	13	45.115	390
<b>Total</b>	1.439	74	209.595	2.220

Une troisième phase d'échantillonnage a été effectuée au niveau individuel pour sélectionner une femme

<sup>10</sup> La répartition du nombre des Sections d'énumération (SDE), et le nombre des ménages par département dans le cadre de l'échantillonnage sont semblables.

ayant entre 15 et 49 ans, dans des ménages où il y avait plusieurs femmes éligibles pour être interrogées pour le module E du questionnaire (santé et état nutritionnel des femmes) et une femme qui n'est pas en grossesse ou en postpartum ayant entre 15 et 49 ans, pour des mesures anthropométriques. Pour ces modules, une grille de Kish a été utilisée pour sélectionner de façon aléatoire la femme devant être interrogée. Tous les enfants de moins de cinq (5) ans ont été sélectionnés pour le module relatif aux enfants. Pour chaque ménage, les principaux décideurs hommes et femmes, qui se sont auto-identifiés, ont été interrogés pour le module de l'égalité des genres.

### C. Questionnaire

Le questionnaire de l'enquête (voir les Annexes 3 et 4 respectivement pour les versions en anglais et en créole haïtien) a été élaboré à travers une série de consultations avec le FFP, FANTA, et CARE avant, pendant et après l'atelier qui s'est tenu dans le pays en Novembre 2013. Durant l'atelier, les personnels d'ICF et du programme de *Kore Lavi* ont échangé des renseignements sur l'étude de base et les programmes du Titre II et ont travaillé à finaliser le questionnaire de l'enquête.

Un questionnaire préliminaire a été élaboré avant l'atelier, à partir des indicateurs FFP sélectionnés et des lignes directrices décrites dans le Manuel des Indicateurs standards de FFP.<sup>11</sup> Les définitions pour les indicateurs spécifiques du programme ont été débattues et confirmées durant l'atelier. Les questions qui exigeaient une adaptation au contexte local, telles que sur les aliments et les types d'installations sanitaires, ont également été définies en consultation avec les personnels de programme de *Kore Lavi*, USAID/Haïti, FFP et FANTA.

Le questionnaire était constitué de modules séparés pour les thèmes suivants:

- Module A: Identification et consentement éclairé des ménages
- Module B: Liste des membres du ménage
- Module C: Diversité alimentaire et faim dans les ménages
- Module D: Nutrition et santé des enfants
- Module E: Nutrition et santé des femmes
- Module F: Pratiques sanitaires des ménages
- Module H: Consommation des ménages
- Module J: Egalité des genres
- Anthropométrie

Les questions pour les Modules A à F ont été adaptées en utilisant des questions tirées du manuel « *FFP Standard Indicators Handbook* » [Manuel des indicateurs standards de FFP] et le questionnaire d'Enquête Démographique et de Santé (EDS).<sup>12</sup> Les questions pour le Module H ont été adaptées à partir de l'enquête sur la mesure des conditions de vie de 2012 [*2012 Living Standards Measurements Survey*].<sup>13</sup> Les questions sur l'égalité des genres ont été adaptées à partir des fiches de référence des indicateurs transversaux pour l'indicateur sur le genre 4 de l'USAID et les indicateurs standards pour l'aide à l'étranger du Département d'Etat.

---

<sup>11</sup> USAID. (2011). *FFP Standard Indicators Handbook (Baseline-Final Indicators)* [Manuel des Indicateurs Standards de FFP (Indicateurs de base finaux)]. Disponible sur [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pnadz580.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadz580.pdf)

<sup>12</sup> Questionnaire-modèle DHS-Phase 6. (2008-2013). (Anglais, Français) Disponible sur <http://www.measuredhs.com/publications/publication-dhsq6-dhs-questionnaires-and-manuals.cfm>

<sup>13</sup> Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. (IHSI) (2012, inédit). Enquête sur les conditions de vie des ménages après le séisme (ECVMAS).

## D. Procédures sur le terrain

### Le dénombrement

Pour effectuer l'exercice de dénombrement, ICF a obtenu des cartes de L'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) pour chacune des SDE sélectionnées. Le sous-traitant d'ICF, l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), a formé huit agents de dénombrement qui ont voyagé dans les SDE échantillonnées du 20 janvier au 1<sup>er</sup> février 2014, afin d'effectuer l'exercice. Les agents de dénombrement ont accompli les tâches suivantes dans chacune des SDE sélectionnées:

- Prendre contact avec les autorités pour les informer des plans pour l'exercice de dénombrement et leur demander leur coopération.
- Identifier les limites de la SDE et utiliser une carte de localisation ayant une description détaillée de l'emplacement de la SDE.
- Etablir une liste de toutes les habitations situées dans la SDE en utilisant systématiquement un ensemble d'instructions prescrites sur la manière de parcourir la SDE et attribuer un numéro d'ordre séquentiel à chaque habitation comptée.
- Déterminer le nombre de ménages dans chaque habitation et compléter un formulaire de dénombrement des ménages pour chaque SDE qui fournit des informations de base sur tous les ménages établis dans la SDE.
- Recueillir les coordonnées GPS (latitude et longitude) pour chaque habitation.

### Formation, Pilotage et Pré-test

Pour la formation et le travail sur le terrain, ICF a élaboré trois manuels de formation basés sur les lignes directrices du FFP et du DHS:

1. Manuel du Superviseur: comprend un nombre de thèmes exigés pour préparer efficacement les superviseurs et les éditeurs pour le travail de terrain. Ce sont notamment la présentation et les objectifs de l'étude, l'organisation de l'enquête, les rôles et responsabilités du superviseur, les règles et règlements, la déontologie, les préparatifs pour le travail sur le terrain et les exigences et procédures de contrôle de la qualité.
2. Manuel de l'Enquêteur: comprend les lignes directrices pour la mise-en-œuvre de l'enquête et les procédures du travail sur le terrain, notamment les techniques et procédures des entrevues visant à compléter les questionnaires. Ce manuel inclut aussi des explications détaillées et des instructions pour chaque question du questionnaire.
3. Manuel d'anthropométrie: comprend des procédures adaptées du manuel biomarqueur de l'EDS pour toutes les enquêtes EDS dans le monde entier. Les procédures contenues dans le manuel biomarqueur EDS ont été adaptées à partir du *How to Weigh and Measure Children* [Comment peser et les mesurer des enfants]<sup>14</sup> et approuvées par FFP pour utilisation dans cette enquête.

Les activités de formation du superviseur ont eu lieu au bureau de l'IHE à Pétion-Ville du 3 au 7 février 2014. Le Responsable de terrain d'ICF et les Coordonnateurs de terrain d'IHE ont dirigé la formation, qui a été suivie par tous les superviseurs et les éditeurs de terrain. Un représentant de FANTA a observé la formation et a fourni un apport technique. Un membre du personnel d'USAID/Haïti a aussi assisté à l'une des séances de formation. La formation a porté sur des thèmes tels que les rôles et responsabilités du superviseur, les règles, les comportements et la déontologie, la sélection des ménages et des personnes à interroger, l'utilisation de la fiche de contrôle de terrain, les cartes et la collecte des données GPS. Elle a inclus un examen détaillé du questionnaire de l'enquête auprès des ménages, avec

---

<sup>14</sup> Shorr, I.J. *How to weight and measure children* [Comment prendre le poids et les mensurations des enfants]. (1986, Modifié 1998).ONU: New York.

des pratiques en groupe, des entretiens simulés, des jeux de rôles, ainsi qu'un examen de la méthodologie pour les rappels et l'édition sur le terrain.

La formation de l'enquêteur a eu lieu dans le même établissement de formation du 17 au 25 février 2014. Le Responsable de terrain d'ICF et les Coordonnateurs de terrain d'IHE ont dirigé la formation des enquêteurs, laquelle portait sur les rôles et responsabilités de l'enquêteur, les règles, les comportements, et la déontologie, la sélection des personnes à interroger et un examen détaillé du questionnaire sur les ménages, avec des pratiques en groupe, des entretiens simulés et des jeux de rôle. Des superviseurs et des éditeurs de terrain qualifiés ont aussi participé en apportant leur contribution et en dirigeant des exercices pendant les séances de pratique.

La formation sur l'anthropométrie, dispensée du 27 au 31 janvier 2014, aux bureaux d'IHE, ont inclus une formation pratique et une autre en salle de classe. L'expert en anthropométrie d'ICF, son homologue Haïtien et son assistant ont formé 12 personnes devant exercer d'anthropométrie. La formation en anthropométrie a aussi inclus la formation de tous les enquêteurs pour qu'ils servent d'assistants pour l'anthropométrie, ce qui impliquait principalement de tenir les enfants de deux à cinq ans pour assurer que leurs pieds et leurs genoux étaient dans la position verticale correcte pour la prise des mensurations, et de tenir des enfants de moins de deux ans pour assurer que leur tête était correctement placée pour prendre leurs mensurations en position allongée. Les enquêteurs ont aussi été formés à prévenir les erreurs d'enregistrement.

Les superviseurs ont également été formés à l'utilisation des Fiches de croissance de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) servant à déterminer si un poids ou une mesure d'un enfant semble raisonnable et acceptable et si un enfant devrait être référé à un dispensaire local car il souffre potentiellement de malnutrition aiguë (c.-à-d., si le Z-score poids-pour-taille est inférieur à -2 et/ou qu'il y a présence d'œdème bilatéral au niveau des pieds).

La standardisation anthropométrique a eu lieu dans un orphelinat de Pétiion-Ville du 3 au 7 février 2014. Cela a démarré par des examens des procédures anthropométriques et a été suivi par la mise-en-œuvre de la standardisation anthropométrique. Des mensurations reproductibles indépendantes de 10 sujets ont été prises par tous les mesureurs pour la taille et le poids des mères et pour la taille (en position verticale ou allongée) et le poids des enfants. Tous les mesureurs ont réussi les tests de standardisation.

Immédiatement après les formations sur la supervision et l'anthropométrie, les superviseurs ont étrenné le questionnaire et les mesureurs ont pris des mesures anthropométriques des enfants de moins de cinq (5) ans et ont sélectionné des femmes dans trois sections rurales de la commune de Croix-des-Bouquets. Deux Responsables de terrain d'ICF, l'expert/formateur en anthropométrie d'ICF et un co-formateur en anthropométrie ont observé les entrevues pilotes et les prises de mesures anthropométriques et ont exprimé leurs observations. Le but du pilotage était de donner à ceux qui exercent l'anthropométrie une opportunité de se former davantage sur le terrain et avec les ménages. L'essai pilote a aussi testé le bien-fondé du questionnaire et a aidé à identifier des domaines potentiellement problématiques tels que les enchaînements, la formulation, les séquences des questions, les instructions adressées à l'enquêteur et la clarté des questionnaires pour la codification. Il a aussi vérifié toutes les questions qui étaient particulièrement difficiles ou délicates. Une fois que l'équipe a terminé le test pilote, les responsables de terrain d'ICF et les Coordonnateurs de terrain d'IHE ont dirigé une séance de compte-rendu avec les superviseurs et les mesureurs afin de discuter et traiter des difficultés ou problèmes liés aux entrevues et aux exercices d'anthropométrie. A partir des résultats du test pilote, ICF a révisé le questionnaire et l'a fait parvenir à l'USAID pour approbation finale avant de démarrer avec la formation des enquêteurs.

Après la formation des superviseurs, celle sur l'anthropométrie et celle des enquêteurs, des tests préliminaires ont été effectués du 25 au 27 février avec l'équipe de terrain au complet (coordonnateurs de terrain, superviseurs, éditeurs de terrain, enquêteurs et ceux qui exercent l'anthropométrie) dans la zone rurale de la Croix-des-Bouquets pour observer tous les membres de l'équipe des entrevues sur le terrain, pour garantir l'état de préparation, la stratégie appropriée de prise de contact, la familiarité avec les questionnaires en-dehors de la salle de classe, et la compréhension du processus d'échantillonnage

des ménages. Les Responsables de terrain d'ICF ont également observé les tests préliminaires et ont fourni leurs observations.

### **Enquête sur le terrain**

Le travail sur le terrain en Haïti a eu lieu durant une période de cinq semaines, du 8 mars au 9 avril 2014.

L'équipe de collecte des données pour l'étude de base en Haïti était composée des membres suivants : 1 directeur d'étude, 2 coordonnateurs de terrain, 8 superviseurs, 8 éditeurs de terrain, 24 enquêteurs et 8 mesureurs. Les 8 équipes d'enquêteurs avaient chacune 6 membres et chaque équipe avait: 1 Superviseur, 1 éditeur de Terrain, 3 enquêteurs et 1 mesureur. Dans chaque équipe, un superviseur et l'éditeur de terrain ont effectué l'édition des questionnaires sur le terrain. La collecte des données pour l'étude de base a été effectuée en créole haïtien.

Trois responsables de terrain d'ICF se sont suppléés l'un l'autre et ont surveillé les formations et le travail sur le terrain en Haïti. Durant des périodes critiques, notamment la formation, la normalisation anthropométrique, le pilotage des questionnaires, les tests préliminaires, et le début du travail sur le terrain, deux responsables d'ICF étaient dans le pays au même moment pour coordonner et superviser les activités. Les responsables d'ICF ont fourni une supervision durant toute la période de travail sur le terrain. Ensemble, ils ont rendu visite à toutes les équipes d'enquêteurs dans les cinq départements afin d'observer les entrevues, identifier et corriger les erreurs et fournir des observations et des orientations en vue d'une amélioration.

Pour le contrôle de la qualité, les superviseurs ont conservé des fiches de contrôle du travail sur le terrain pour enregistrer les contacts pris avec les ménages, les données GPS pour les points essentiels dans chaque communauté et les données GPS de chaque ménage ayant fait l'objet de l'enquête. Les superviseurs ont aussi utilisé ces fiches pour enregistrer le nombre de tentatives effectuées pour atteindre chaque ménage, le nombre de ménages et de personnes interrogées au sein de chaque ménage et les raisons expliquant les cas de non-réponses dans les ménages où des entrevues n'ont pas été obtenues.

Les superviseurs ont effectué des contrôles d'au moins 15 pour cent de toutes les entrevues. Dans le cadre de ce processus de contrôle de la qualité, les superviseurs ont vérifié: (1) que l'entrevue a eu lieu, (2) la durée approximative de l'entrevue, (3) que les informations figurant sur la liste des ménages étaient exactes, (4) la gestion convenable des diverses parties des questionnaires, et (5) l'adhésion générale des enquêteurs aux normes professionnelles. Les éditeurs de terrain de chaque équipe ont également examiné chaque questionnaire complété le jour même de la collecte des données et ont vérifié si toutes les parties des questionnaires étaient convenablement remplies, si des données manquaient et si les questions ouvertes étaient lisibles. Il était exigé des enquêteurs qu'ils fassent des corrections ou qu'ils repartent pour des entrevues ultérieures après les révisions, si nécessaire.

ICF a mis en œuvre une supervision anthropométrique supplémentaire en faisant en sorte qu'un superviseur local en anthropométrie contrôle les activités anthropométriques pendant le travail sur terrain. Le superviseur en anthropométrie a rédigé des rapports à l'attention de l'expert en anthropométrie et des responsables de terrain d'ICF sur toutes les questions liées à l'anthropométrie pendant le travail sur le terrain.

### **Saisie et traitement des données**

Après que tous les questionnaires complétés aient été vérifiés et autorisés à travers les procédures de contrôle de la qualité, ils ont été envoyés au bureau central de saisie des données à Pétion-Ville. Quatre éditeurs du bureau ont révisé chaque questionnaire avant de les soumettre à l'équipe de saisie des données. Une équipe composée de personnels formés à la saisie de données a inscrit les données des questionnaires en utilisant EpiInfo. Le spécialiste des enquêtes d'ICF a travaillé directement avec les

équipes de saisie des données pour s'assurer que le logiciel de saisie des données était minutieusement testé et correspondait aux formulaires de l'enquête. Tous les questionnaires ont été saisis deux fois et le responsable de l'équipe de traitement des données a comparé les deux séries de données pour identifier et corriger toutes les données contradictoires. ICF a élaboré une structure de base de données du Progiciel de Statistiques Communes pour les Sciences Sociales (SPSS), à partager avec l'équipe de traitement des données dans le pays. L'équipe de traitement des données a utilisé cette structure de base de données pour transmettre toutes les données à ICF.

IHE a envoyé un fichier de données des 100 premiers formulaires de l'enquête à ICF le 17 mars et la moitié de l'ensemble des données (environ 1.100 registres de ménages) le 21 avril. Pour chaque fichier de données, ICF a effectué un examen du contrôle de la qualité des données brutes et a converti les fichiers de données SPSS pour assurer que les données étaient complètes et exactes et pour déterminer s'il y avait un quelconque problème avec la conversion des données ou avec la structure de la base de données. Pour chaque examen, ICF a fourni des observations et IHE a incorporé les changements dans le logiciel de saisie des données ou dans la base de données SPSS, selon le besoin.

Pour le fichier final, le nettoyage des données a eu lieu en Haïti, sur la base de l'examen par ICF de l'ensemble de données finales. Des vérifications ont été faites pour ce qui suit: correspondance du numéro de la SDE avec les numéros sur la liste des SDE échantillonnées, cohérence de la liste des membres du ménage avec celle des personnes interrogées pour chaque module, enregistrements en double, intégralité des données (ex : variables, étiquettes, et données manquantes); validité des données (ex : les anomalies de répartition de fréquence et les valeurs sortant des limites), et la cohérence des données (ex : correspondance entre le nombre d'entrevues et les enchaînements des questions). Les incohérences identifiées dans les données ont été transmises aux équipes travaillant sur les données pour examen et correction. Un examen final des données et une préparation pour l'analyse a eu lieu au local d'ICF après réception du fichier de données nettoyée.

## **E. Analyse des données**

### **Poids d'échantillonnage**

Des poids d'échantillonnage ont été informatisés pour chaque indicateur correspondant à un schéma d'échantillonnage unique. Le poids de l'échantillonnage consiste en l'inverse du produit des probabilités de sélection de chacune des phases de l'échantillonnage (sélection des SDE, sélection des ménages, et, le cas échéant, sélection des personnes).

Des poids distincts ont été extraits pour des indicateurs et ajustés pour compenser pour la non-réponse des ménages ou des personnes, telles que cela est démontré au Tableau 2.2. Etant donné que toutes les personnes éligibles sont sélectionnées pour les Modules D et J, les poids d'échantillonnage de ces modules diffèrent de ceux des ménages (utilisés dans les Modules C, F, et H) seulement par un ajustement de la non-réponse d'une personne. Les éléments uniques du questionnaire manquant de réponses n'étaient pas imputés pour ou inclus dans les calculs des indicateurs pertinents.

**Tableau 2.2: Taux de réponses à l'enquête**

	Nombre Echantillonné	Nombre Inclus	Taux de réponses
<b>Ménages (Modules C, F et H)</b>	2.281	2.235	98,0%
<b>Enfants de 0 à 59 mois (Module D)</b>	1.466	1.466	100,0%
<b>Femmes de 15 à 49 ans (Module E)</b>	1.557	1.542	99,0%
<b>Femmes de 15 à 49 ans qui n'étaient pas en grossesse, ou sujettes à l'anthropométrie du postpartum de deux mois</b>	1.412	1.369	97,0%
<b>Principaux décideurs (Module J)</b>	1.842	1.812	98,4%
<b>Principales décideuses (Module J)</b>	1.971	1.963	99,6%

### Tableaux et définitions des indicateurs

Les indicateurs FFP ont été calculés en utilisant les méthodes de dépouillement telles que documentées actuellement dans le manuel *FFP Standard Indicators Handbook*. Le Tableau A5.1, reproduit dans l'Annexe 5, présente la définition et la ventilation spécifiques à chaque indicateur. Les indicateurs de retard de croissance et d'insuffisance pondérale chez les enfants sont extraits en utilisant les Normes OMS 2006 de croissance de l'enfant de et le logiciel associé.<sup>15</sup> Les agrégats de consommation— visant à calculer la prévalence de la pauvreté, la gravité moyenne de pauvreté et les indicateurs de dépenses par habitant – suivis de la méthodologie de l'Enquête sur la mesure des niveaux de vie de la Banque Mondiale<sup>16</sup> (voir Annexe 6 pour davantage de détails). Les définitions pour les indicateurs spécifiques au programme sont fournies au Tableau 5.2 de l'Annexe 5.

Les résultats pour tous les indicateurs sont pondérés pour représenter l'ensemble de la population cible pour le programme *Kore Lavi*. Les estimations de points et de variance sont obtenues en utilisant le développement en série de Taylor et prennent en compte l'effet de la conception associé à la conception complexe de l'échantillonnage ; 95 pour cent d'intervalles de confiance sont fournis pour tous les indicateurs FFP. Les tableaux contenus dans l'Annexe 7 présentent un tableau sommaire de tous les indicateurs FFP et ceux spécifiques au programme, les intervalles de confiance, les erreurs standards et les estimations démographiques pondérées.

### Gestion des données manquantes ou erronées

Les données manquantes sont exclues à la fois du dénominateur et du numérateur pour le calcul de tous les indicateurs FFP et ceux spécifiques au programme. Les réponses « Je ne sais pas » ont été enregistrées à une valeur nulle et incluses au dénominateur. Par exemple, pour l'indice de diversité alimentaire des ménages (HDDS), les réponses « Oui », « Non » et « Ne sait pas » ont été incluses au dénominateur, mais seules les réponses « Oui » ont été incorporées au numérateur.

Pour les indicateurs anthropométriques, le logiciel de l'OMS a signalé des cas biologiquement improbables selon les critères de l'OMS,<sup>17</sup> et seuls les enfants ayant des indices valides de poids et de

<sup>15</sup> Organisation mondiale de la santé. (2011). OMS Anthro et macros, version 3.2.2. Disponible sur <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>

<sup>16</sup> *Living Standards Measurement Study (LSMS) surveys* [Enquêtes sur l'étude de la mesure des niveaux de Vie]. Disponible sur [www.worldbank.org/lms](http://www.worldbank.org/lms)

<sup>17</sup> *World Health Organization Multicentre Growth Reference Study Group* [Groupe d'étude multicentrique de l'Organisation mondiale de la santé sur la référence de la croissance]. (2006). Normes de l'OMS sur la Croissance de l'enfant: Longueur/taille-

taille ont été inclus dans l'analyse des indicateurs du retard de croissance et d'insuffisance pondérale. Un total de 24 cas improbables a été exclu de l'analyse mais a été laissé dans la base de données. Ces 24 cas représentent 1,6% de l'échantillon total des enfants, une petite portion qui ne menace pas la validité des données.

### **Modèle multivarié**

Des analyses multivariées ont été effectuées pour élargir la compréhension des causes de la malnutrition chez les enfants en utilisant le Z-score de taille pour l'âge (HAZ) pour les enfants de moins de 24 mois, une mesure du retard de croissance et un indicateur primordial de la malnutrition. Une approche de régression des moindres carrés ordinaires a été utilisée pour mettre au point le modèle. Des variables indépendantes ont été sélectionnées en fonction de la disponibilité des variables des données de l'enquête et de leur pertinence théorique en tant qu'éléments prédictifs ; cette pertinence a été établie en examinant la documentation à ce sujet et les résultats des études précédentes. Une description complète du raisonnement pour le modèle, les variables indépendantes incluses dans le modèle, les références et les résultats détaillés sont fournis à l'Annexe 8. Il convient de noter que ce modèle est expérimental plutôt que causal et que la possibilité d'altération de variable non-observée ne peut être exclue.

## **2.2 Méthodes pour l'étude qualitative**

### **A. Objectifs, conception et domaines d'intérêt thématique**

En entreprenant une étude qualitative dans le cadre de l'étude de base, ICF a travaillé en vue de deux objectifs. D'abord, identifier, examiner et contextualiser les barrières potentielles auxquelles pourrait faire face l'équipe du programme *Kore Lavi* dans ses efforts pour atteindre le but de leur programme. Ensuite, recueillir et analyser les données qui complètent l'enquête auprès des ménages, puis clarifier et améliorer l'interprétation des données quantitatives de l'enquête.

Les indicateurs FFP recueillis pour l'enquête auprès des ménages ont renseigné sur la conception de l'étude qualitative. En particulier, le fichier des données de base complètes préliminaires non-pondérées a été révisé dans le cadre de la conception de l'étude qualitative. La révision des données a fourni un contexte et de la confiance dans l'évaluation de la situation de la sécurité alimentaire dans la zone couverte par le programme *Kore Lavi*. L'examen des estimations des indicateurs préliminaires non-pondérés a guidé l'organisation de l'étude qualitative autour de thèmes généraux et l'identification de sujets spécifiques et de questions d'enquête multidimensionnelles. Le Tableau 2.3 donne une vue d'ensemble des domaines d'intérêt thématique pour le travail qualitatif — quatre thèmes généraux sont notés, avec des sujets et des questions d'enquête également présentés sous chaque thème. A la demande de l'équipe du programme *Kore Lavi*, la gouvernance et la prestation de service ont été inclus comme thèmes, même si l'enquête auprès des ménages n'a pas recueilli de données à ce sujet. Le contenu du tableau a servi de support important pour l'élaboration d'un guide d'entrevue pour l'étude qualitative. Les versions en anglais et en créole haïtien du guide d'entrevue sont fournies aux Annexes 9 et 10, respectivement.

### **B. Sélection des sites**

L'échantillon de l'enquête auprès des ménages a constitué une toile de fond importante pour l'étude qualitative. Cette dernière, cependant, ne pouvait pas fonctionner avec une taille d'échantillon en parallèle avec celle de l'enquête auprès des ménages ou à travers toutes les communes du programme *Kore Lavi*. Cela a été le cas en raison des limites de temps et du budget et parce qu'il est rarement dans

---

pour-âge. poids-pour-âge. poids-pour-longueur. poids-pour-taille et indice de masse corporelle-pour-âge: Méthodes et élaboration. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

l'intention d'une étude qualitative d'imiter la taille des échantillons d'une étude quantitative. De plus, les objectifs pour le travail qualitatif ne se prêtent pas à une couverture systématique, mais à une approche ciblée et, plus spécifiquement, une qui est stratégiquement significative et inclusive. Ainsi, ICF a sélectionné des communes, des SDE et des personnes pour participer aux entrevues et aux débats des groupes de discussion pour recueillir des données conformes aux objectifs pour le travail qualitatif.

Le processus de prise de décision pour la sélection des communes a été largement guidé par une révision du fichier de données de base complètes préliminaires non-pondérées et à travers un exercice logique fondé sur des facteurs tels que ce qui suivent:

- Réalisation de la collecte de données dans au moins une commune dans chacun des cinq départements ; huit communes au total ;
- Attention portée à la variation de la population de la commune et assurance de la couverture des communes périurbaines et plus rurales ;
- Prise en considération des variations climatiques et topographiques (par ex: présence d'arbres et de sable, chaleur sèche, sécheresse, évolutions des ouragans, proximité de l'océan);
- Inclusion des communes limitrophes de la République Dominicaine pour assurer la prise en compte des impacts de la migration et du commerce transfrontalier ; et
- Réponse aux contraintes de voyage, de logistiques, de facilité d'accès, et de travail avec un budget serré et un court délai.

Les huit communes sélectionnées pour l'étude qualitative sont énumérées au Tableau 2.4. En entreprenant les débats des groupes de discussion et les entrevues, l'équipe qualitative a travaillé dans une SDE par commune, et spécifiquement, dans une des SDE qui faisait partie de l'échantillon de l'enquête auprès des ménages. La sélection de la SDE s'est basée sur la consultation des dirigeants communautaires locaux, en faisant attention aux distinctions urbaines et rurales et en établissant un équilibre entre le statut socio-économique et l'accessibilité.

### **C. Participants à l'étude, entrevues et collecte des données**

Le questionnaire de l'enquête auprès des ménages est divisé en plusieurs modules avec différentes personnes interrogées par rapport aux indicateurs FFP. Les trois groupes de personnes interrogées sont (1) le chef du ménage ou l'adulte responsable, (2) les femmes de 15 à 49 ans et (3) la principale personne qui donne des soins ou mère des enfants de 0 à 5 ans. Logiquement, les groupes de personnes interrogées n'étaient pas tous représentés dans chaque ménage échantillonné. Les trois groupes de personnes interrogées, ont, toutefois, été pertinents pour l'étude qualitative – en tant qu'individus et en tant que catégories qui se recoupent. L'équipe qualitative a aussi délibérément assuré l'inclusion des femmes enceintes, des mères avec nouveau-nés, des mères avec nourrissons de 6 à 23 mois et des hommes. Trois types d'entrevue ont été effectués:

- Groupes de discussion: Incluant des groupes de femmes seulement et des groupes d'hommes et de femmes ensemble;
- Entrevue au niveau du programme: Incluant des entrevues avec des cadres du Gouvernement Haïtien, des dirigeants communautaires et des agents de santé communautaire du programme *Kore Lavi*;
- Entrevue au niveau des ménages: Incluant des entrevues avec des chefs de ménages, des mères avec des enfants (0 à 23 mois), des pères avec des enfants (0 à 23 mois) et des femmes enceintes.

**Tableau 2.3: Domaines d'intérêt thématique pour l'étude qualitative**

<b>1. Vulnérabilités &amp; insécurité alimentaire des ménages</b>	
<b>Moyens de subsistance</b> <b>Accès aux aliments</b> <b>Répartition des aliments</b> <b>Dynamique familiale</b> <b>Migration</b>	Quels facteurs économiques et comportementaux façonnent les différents attributs et moteurs de la vulnérabilité? Comment les membres du ménage naviguent-ils à travers les cycles variant de la vulnérabilité? Quels types de mécanismes compensatoires individuels ou partagés existent en général et par rapport aux facteurs de choc et de stress liés à la sécurité alimentaire?
<b>1. Santé &amp; Nutrition de la mère et de l'enfant</b>	
<b>WASH</b> <b>Grossesse</b> <b>Allaitement</b> <b>Soin de l'enfant</b> <b>Accès aux services</b>	Quelles structures, traditions et pratiques façonnent [positivement et négativement] les décisions en matière de santé? Y-a-t-il des façons pour les hommes, les femmes et les familles de travailler à adopter une approche préventive de la santé et la nutrition? Aux niveaux individuel et du ménage, quelles sont certaines des motivations qui soutiennent les choix positifs en matière de santé?
<b>2. Gouvernance &amp; prestation de services</b>	
<b>Inclusion</b> <b>Transparence</b> <b>Aide alimentaire</b> <b>Participation citoyenne</b> <b>Principes démocratiques</b>	Dans les efforts déployés pour traiter des besoins liés à l'alimentation et à la nutrition aux niveaux communautaire et du ménage, comment les rôles varient-ils à travers le Gouvernement Haïtien et les Organisations non-gouvernementales? Quels sont les écarts? Quelles sont les tensions? Qu'implique le processus visant à privilégier les ressources et qui dirige ce processus?
<b>3. Egalité des genres &amp; Autonomisation</b>	
<b>Rôles</b> <b>Responsabilités</b> <b>Prise de décision</b> <b>Egalité et Justice</b> <b>Perceptions Sociales</b>	Quel est la dynamique relative au genre au niveau des ménages? Comment hommes et femmes—de manières similaire ou différente—voient-ils les disparités dans les ménages? De quelles façons les options de prise de décision et les opportunités de renforcement de compétences pour les femmes sont-elles perçues, valorisées, mises en valeur ou dévalorisées?

**Tableau 2.4: Domaines d'intérêt géographique pour l'étude qualitative**

<b>Département</b>	<b>Commune</b>	<b>Population de la commune</b>	<b>Total des SDE</b>	<b>SDE interrogées</b>	<b>SDE pour l'étude qualitative</b>
Ouest	Anse-à-Galets	56.866	99	6	Ville d'Anse-à-Galets
Artibonite	Gonaïves	119.515	224	10	3ème Petite Rivière de Bayonnais
Artibonite	Anse Rouge	36.843	66	5	1ère l'Arbre
Nord-Ouest	Jean-Rabel	124.142	54	11	7ème Diondion
Centre	Hinche	108.069	138	4	3ème Aguahedionde
Centre	Cerca-la-Source	50.377	66	3	Ti Lory
Sud-Est	Côtes-de-Fer	43.037	53	2	5me Boucan Bélier
Sud-Est	Thiotte	30.511	32	3	3ème Thiotte

Pour mettre en œuvre l'étude qualitative, ICF a travaillé en collaboration avec un consortium de deux sous-traitants locaux, le Centre d'Appui au Suivi et à l'Évaluation (CASE) et le Groupe de Support en Informatique et en Statistiques (GSIS). L'expert qualitatif d'ICF a voyagé en Haïti avant le début de la collecte des données pour travailler avec les sous-traitants sur les décisions finales concernant la conception et pour discuter des questions de logistique, de la formation des superviseurs, enquêteurs, assistants au recrutement, transcripateurs et traducteurs.

La collecte des données a eu lieu du 15 au 26 juillet. Les deux équipes de collecte des données comprenaient chacune deux enquêteurs, avec un des enquêteurs servant de superviseur. Chaque équipe avait un recruteur responsable de la logistique et un chauffeur. L'Équipe #1 a travaillé dans les départements du Nord-Ouest, de l'Artibonite et de l'Ouest, spécifiquement à Anse-à-Galets, à Anse Rouge, aux Gonaïves et à Jean-Rabel. L'Équipe #2 a travaillé dans les départements du Sud-Est et du Centre, spécifiquement à Cercala-Source, à Côtes-de-Fer, à Hinche et à Thiotte. À leur arrivée dans chaque commune, les équipes ont travaillé avec les responsables locaux pour obtenir leur approbation et identifier les participants à l'étude. En collaboration avec CASE et GSIS pour surveiller le processus de collecte des données, l'expert qualitatif d'ICF a travaillé avec chacune des deux équipes de collecte des données, en particulier en voyageant à Anse, aux Gonaïves, à Hinche et à Jean-Rabel.

Globalement, l'équipe a dirigé huit débats de groupes de discussion, 14 entrevues au niveau du programme et 42 entrevues au niveau des ménages, ce qui a engendré un échantillon global de 29 hommes et 111 femmes, soit 140 personnes. Des huit débats en groupes de discussion, trois ne comptaient que des femmes et cinq des hommes et des femmes ensemble. Il y avait en moyenne 10 participants par débats. Des 14 entrevues au niveau du programme, neuf ont été effectuées auprès des hommes et cinq auprès des femmes. Des 42 entrevues effectuées au niveau des ménages, 10 ont été effectuées auprès des hommes et 32 auprès des femmes. Toutes les personnes interrogées étaient des parents qui avaient en moyenne, quatre enfants. Des 32 femmes, six étaient enceintes et trois avaient un enfant de moins de six mois. (Voir Annexe 11 pour la fiche de décompte complète de tous les 64 débats en groupes de discussion et les entrevues).

Chaque débats en groupe de discussion durait environ deux heures, chaque entrevue au niveau du programme durait environ 45 minutes, et chaque entrevue au niveau des ménages durait à peu près une heure. Tous les débats en groupe de discussion et les entrevues étaient enregistrés sur un support numérique.

#### **D. Préparation des données, codification et analyse**

Avant la fin de la collecte des données CASE et GSIS ont commencé à transcrire et à traduire les débats en groupes de discussion et les enregistrements numériques des entrevues. ICF a travaillé en étroite collaboration avec CASE et GSIS pour faire en sorte que les transcriptions du créole haïtien parlé à l'écrit soient littérales et que les traductions du créole haïtien écrit à l'anglais écrit soient examinées avec soin pour ce qui concerne les nuances linguistiques, en particulier parce que une grande partie du sujet est liée à des thèmes sensibles relatifs à la sécurité alimentaire, la nutrition, la santé maternelle, la gouvernance et le genre. La transcription et la traduction ont commencé le 23 juin et se sont terminées le 10 septembre.

Alors que la transcription et la traduction se poursuivaient, l'expert qualitatif d'ICF a établi des protocoles pour la codification de chaque transcription—les données—dans le logiciel ATLAS.ti pour catégoriser par thème et organiser le contenu, ce qui a constitué la première étape dans l'identification des thèmes. L'élaboration du livre de codes a été un processus interactif façonné par les buts du programme *Kore Lavi*, le contenu du guide des entrevues et la connaissance des valeurs des indicateurs préliminaires. L'expert qualitatif d'ICF et trois analystes d'ICF ont dirigé un exercice-pilote de codification pour mettre en place des protocoles de cohérence du codeur et mieux organiser les familles de document, les familles de codes et les codes individuels dans ATLAS.ti. Le livre de codes apparaît à l'Annexe 12.

L'expert qualitatif d'ICF et trois analystes d'ICF ont codé les 64 transcriptions du 2 au 14 septembre. L'équipe a communiqué de façon régulière pour faciliter la cohérence dans l'application des codes. A la fin de la codification, le chef de l'équipe de la qualité d'ICF a posé des questions sur les données codées afin d'analyser le contenu et les thèmes qui ont émergé de l'étude qualitative, de faire ressortir les données qui interprètent et triangulent les conclusions de l'enquête auprès des ménages, et d'identifier les données sur la sécurité alimentaire globale et la situation de la malnutrition dans la zone couverte par le programme.

## **2.3 Limitations de l'étude et problèmes rencontrés**

Les paragraphes suivants résument les limitations de l'étude et les problèmes rencontrés durant l'étude de base.

### **Longueur et complexité du questionnaire**

La longueur et la complexité du questionnaire quantitatif a rendu les entrevues difficiles. Les enquêteurs avaient souvent besoin d'explications verbales pour les questions de l'enquête. Les personnes interrogées étaient souvent fatiguées vers la fin de l'entrevue et avaient même besoin d'être amadouées pour finir. L'enquête, qui prenait environ 2 à 2,5 heures pour être complétée, nécessitait des réponses de multiples membres du ménage, ce qui prolongeait la durée de l'entrevue car les enquêteurs avaient souvent besoin de temps pour attendre ou retourner dans les ménages pour interroger les personnes appropriées.

### **Retards dans l'exercice de dénombrement**

L'équipe de la collecte des données de l'enquête en Haïti a planifié d'effectuer un exercice de dénombrement auprès des ménages dans les communautés échantillonnées en décembre 2013, avant la période des fêtes ; cependant, l'exercice de dénombrement a été repoussé d'un mois parce que la liste finale des communautés échantillonnées n'était pas disponible avant janvier. Ce retard a nécessité une réorganisation de la formation du superviseur et de l'éditeur de terrain parce que les superviseurs et les éditeurs de terrain servaient également en tant d'agents de dénombrement.

### **Contraintes logistiques et problèmes d'accès**

L'équipe de la collecte des données de l'enquête a fait face à des défis avec l'état des routes dans certaines communes. Il a souvent fallu plusieurs heures pour voyager d'une SDE à une autre. Les pluies vers la fin du travail sur le terrain ont rendu les routes dangereuses et les équipes ont eu des difficultés à accéder à certaines communautés.

### **Validité et fiabilité des données auto-déclarées**

La plupart des données recueillies pour l'enquête auprès des ménages ont été auto-déclarées, ce qui a plusieurs limites telles que la possibilité d'exagérer ou d'omettre des informations, d'avoir un souvenir inexact des expériences ou des événements, d'altération liée à la désirabilité sociale ou d'informations mensongères et d'une validité réduite lorsque les personnes interrogées ne comprennent pas tout à fait une question.

### **Petites tailles des échantillons pour une alimentation minimale acceptable et allaitement exclusif**

La taille des échantillons pour les enfants de 6 à 23 mois pour l'indicateur d'alimentation minimum acceptable (MAD) et pour les enfants de moins d'un mois d'âge pour l'indicateur d'allaitement exclusif, est petite comparée aux tailles des échantillons pour tous les autres indicateurs. Ainsi, les analyses de sous-groupes pour ces enfants, présentées aux Sections 4.4C et 4.4D devraient être interprétées avec prudence étant donné que les petits échantillons engendrent des estimations peu fiables.

### 3. Aperçu de la situation de la sécurité alimentaire en Haïti

#### Contexte

L'insécurité alimentaire chronique est un défi considérable pour Haïti. Presqu'un tiers de la population haïtienne est considérée comme vivant dans l'insécurité alimentaire.<sup>18</sup> L'indice mondial de la faim en Haïti en 2013 (23,3) est classé comme « alarmant » malgré des améliorations au cours des deux dernières décennies.<sup>19</sup> Alors qu'Haïti continue à avoir le taux le plus élevé d'enfants souffrants d'insuffisance pondérale en Amérique Latine et dans la Caraïbe, des recherches indiquent que le taux de sous-nutrition est en diminution.<sup>20</sup> Actuellement, 11 pour cent des enfants de moins de cinq ans souffrent d'insuffisance pondérale.<sup>21</sup> Le taux de retard de croissance est de 25 pour cent dans les milieux ruraux et de 16 pour cent dans les milieux urbains.<sup>22</sup> Haïti connaît des niveaux très élevés d'anémie ; près de deux tiers des enfants de moins de cinq ans et presque la moitié des femmes en âge de procréer sont anémiques.<sup>23</sup> Il y a également une prévalence des taux élevés de carence en iode et en vitamine A.<sup>24</sup> L'insatisfaction par rapport à la situation de la sécurité alimentaire pourrait mener à l'agitation civile.<sup>25</sup>

Les défis de la sécurité alimentaire en Haïti sont liés à tous les quatre piliers de la sécurité alimentaire: (1) la disponibilité des aliments, (2) l'accès aux aliments, (3) l'utilisation des aliments et (4) la stabilité. L'agriculture haïtienne est principalement caractérisée par de petites parcelles agricoles gérées par des agriculteurs individuels utilisant un équipement rudimentaire. La production alimentaire du pays ne satisfait qu'environ la moitié des besoins alimentaires du pays, et le reste est importé.<sup>26</sup> La productivité est limitée par la disponibilité d'intrants critiques tels que les engrais chimiques et les pesticides, qui sont souvent indisponibles dans les marchés locaux. En outre, les agriculteurs ont souvent des difficultés à s'approvisionner en semences adéquates, et plusieurs ont résisté aux semences améliorées parce qu'ils les voient comme une menace qui endommagera irréversiblement les systèmes locaux de production alimentaire. En conséquence, moins d'un cinquième des agriculteurs utilise des semences améliorées.<sup>27</sup>

---

<sup>18</sup> Programme Alimentaire Mondial de l'ONU (PAM). (Pas de date Haïti: Survol. Disponible sur <http://www.wfp.org/countries/haiti/overview>.

<sup>19</sup> *International Food Policy Research Institute (IFPRI)* [Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires. (2013). Indice mondial de la faim 2013: Etude de cas national: Haïti. Disponible sur <http://www.ifpri.org/publication/2013-global-hunger-index-country-case-study-haiti>.

<sup>20</sup> Ayoya, M. A., Heidkamp, R., Ngnie-Teta, I., Mamadoulaïbou, A., Daniel, E. F., et al. (2014). *Précis of nutrition of children and women in Haiti: Analyses of data from 1995 to 2012. Annals of the New York Academy of Sciences* [Précis de nutrition des enfants et des femmes en Haïti : Analyses des données de 1995 à 2012. Annales de l'Académie des Sciences de New York] 1309(1), 37-62.

<sup>21</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et *ICF International*. (2013). *2012 Haiti Mortality, Morbidity, and Service Utilization Survey: Key Findings*. [Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services en Haïti : Trouvailles-clés. Calverton, Maryland, Etats-Unis: MSPP, IHE, et *ICF International*.

<sup>22</sup> Cayemittes, M., Busangu, M., Bizimana, J., Barrère, B., Sévère, B., et al. (2013). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services en Haïti, 2012*. Calverton, Maryland, Etats-Unis: MSPP, IHE et *ICF International*.

<sup>23</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Population, IHE et *ICF International*. (2013). *op. cit.*

<sup>24</sup> Glaeser, L. M., Horjus, P., & Strother, S. (2011). *Haiti prospective food security assessment* [Evaluation prospective de la sécurité alimentaire en Haïti]. Washington, DC: *FANTA-2 Bridge (Food and Nutrition Technical Assistance)/FHI 360* [(Assistance Technique pour l'Alimentation et la Nutrition). Disponible sur [http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Haiti\\_Prospective\\_FoodSecurity\\_Assessment\\_Nov2011\\_0.pdf](http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Haiti_Prospective_FoodSecurity_Assessment_Nov2011_0.pdf).

<sup>25</sup> Reuters. (2012). *Haiti's rising food insecurity risks social tension, says FAO* [La Hausse de l'Insécurité Alimentaire en Haïti risque d'engendrer une tension sociale, dit la FAO]. Disponible sur <http://www.reuters.com/article/2012/11/22/haiti-food-idUSL5E8MMCR20121122>

<sup>26</sup> Glaeser, L. M., Horjus, P., & Strother, S. (2011). *op. cit.*

<sup>27</sup> Mazzeo, I., & Brenton, B. P. (2013). *Peasant resistance to hybrid seed in Haiti: The implications of humanitarian aid on food security and cultural identity* [La résistance paysanne face aux semences hybrides en Haïti: les implications de l'aide humanitaire sur la

Alors que la productivité agricole limite la disponibilité des aliments, en moyenne, les marchés à travers le pays tendent à avoir un approvisionnement adéquat de biens.<sup>28</sup> La nourriture importée est généralement disponible durant toute l'année ; cependant, elle doit être achetée moyennant de l'argent, ce dont plusieurs familles manquent.

L'accès aux aliments est également un défi. Au niveau national, plus des trois quarts de la population vit avec moins de 2 dollars US par jour, et plus de la moitié vit avec moins de 1 dollar US par jour.<sup>29</sup>

Les familles souffrent également d'une consommation alimentaire inefficace en raison d'un mauvais assainissement et des pratiques alimentaires des mères et des enfants. L'EDS 2012 a trouvé qu'un tiers des Haïtiens n'ont pas accès à une source améliorée d'eau potable, et presque la moitié d'entre eux n'ont pas accès à une installation sanitaire améliorée. Moins de la moitié des enfants de moins de six mois sont allaités, et moins d'un cinquième des enfants de 6 à 23 mois reçoivent une nutrition complémentaire appropriée.<sup>30</sup>

La stabilité est également un défi pour la sécurité alimentaire en Haïti. La productivité agricole d'Haïti a décliné durant les 30 dernières années à cause de l'aggravation de la détérioration de l'environnement et de la multiplication des catastrophes naturelles.<sup>31</sup> Haïti est vulnérable à plusieurs types de catastrophes naturelles tels que les ouragans, les tremblements-de-terre, les sécheresses et les inondations. Entre 1999 et 2011 par exemple, Haïti a vécu 34 chocs sismiques majeurs.<sup>32</sup> En outre, les demandes croissantes d'approvisionnement en eau de la part des zones urbaines, ont diminué les niveaux des eaux souterraines et la qualité de l'eau dans les plaines.<sup>33</sup>

## Résumé de la sécurité alimentaire actuelle

Le Réseau de systèmes d'alerte précoce contre la famine (FEWS NET) a rapporté une amélioration dans la sécurité alimentaire d'avril 2013 à mars 2014 grâce à de bonnes récoltes et des prix relativement stables pour les produits alimentaires.<sup>34</sup> Les défis discutés plus haut, demeurent toutefois considérables. Pour la plus grande partie du pays, la maigre saison en agriculture, qui va de mars à début juin,<sup>35</sup> est la période durant laquelle les agriculteurs, dans une grande partie du pays, commencent les semailles du printemps mais ont peu de récoltes et dépendent du marché pour la nourriture. La collecte des données pour l'enquête de base du Titre II a eu lieu durant cette période—mars et avril 2014—lorsque les zones à faible production dans le nord d'Haïti ont atteint les critères de tension ou de crise, indiquant une consommation alimentaire réduite et des mécanismes compensatoires potentiellement insoutenables, selon FEWS NET.<sup>36</sup> Pour plusieurs zones d'Haïti, la saison pluvieuse a commencé en

---

sécurité alimentaire et l'identité culturelle] In H. Garth (Ed.). *Food and identity in the Caribbean* [L'Alimentation et l'Identité dans la Caraïbe]. Londres: Bloomsbury. Disponible sur <http://works.bepress.com/jmazzeo/58>

<sup>28</sup> USAID *Bellmon Estimation Studies for Title II* [Etudes d'estimation pour le Titre II de l'USAID]. (2013). Analyse USAID-BEST Haïti. Washington, DC: Auteurr. Disponible sur <http://usaidbest.org/docs/haitireport.pdf>

<sup>29</sup> Glaeser, L. M., Horjus, P., & Strother, S. (2011). *op. cit.*

<sup>30</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), et ICF International. (2013). *op. cit.*

<sup>31</sup> USAID. (2013). Fiche d'informations: *Feed the future north* [Nourrir l'avenir - Nord]. Disponible sur <http://www.usaid.gov/news-information/fact-sheets/feed-future-north>.

<sup>32</sup> Glaeser, L. M., Horjus, P., & Strother, S. (2011). *op. cit.*

<sup>33</sup> USAID. (2013). *op. cit.*

<sup>34</sup> FEWS NET. (2014). *Haiti Food Security Outlook: April 2014 to September 2014* [Vue sur la sécurité alimentaire en Haïti : d'avril 2014 à septembre 2014]. Disponible sur <http://www.fews.net/central-america-and-caribbean/haiti/food-security-outlook/april-2014>.

<sup>35</sup> Programme Alimentaire Mondiale des Nations Unies (PAM). (2013). *Haiti 2010-2013: Working towards sustainable solutions* [Travail vers des solutions durables]. Récupéré de [http://www.wfp.org/sites/default/files/Haiti%202010-2013%20Report\\_English.pdf](http://www.wfp.org/sites/default/files/Haiti%202010-2013%20Report_English.pdf)

<sup>36</sup> FEWS NET. (2014). *op. cit.*

mars 2014 ; cependant, d'autres zones ont vécu une sécheresse prolongée, ce qui a eu comme conséquence des pertes substantielles de plantes vivaces et de cultures d'hiver.<sup>37</sup> La répartition du travail a été inadéquate durant la saison de plantation de 2014 et certains agriculteurs ont rapporté une main-d'œuvre insuffisante, tandis que des cultivateurs dans d'autres parties du pays manquent de travail convenable pour soutenir leur famille.<sup>38</sup>

Outre *Kore Lavi*, divers autres programmes sont en phase d'exécution pour relever les défis de la sécurité alimentaire en Haïti. Ces programmes et initiatives illustrent l'engagement d'améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle en général. Voici des exemples de programmes en cours:

- *Aba Grangou*, Le Cadre Stratégique National du Gouvernement Haïtien, pour la lutte contre la faim et la malnutrition, est conçu pour (a) réduire de moitié la proportion de personnes souffrant de la faim d'ici la fin de 2016 et (b) éradiquer la faim et la malnutrition d'ici 2025.
- Le programme *Feed the Future North* financé par l'*USAID*, mis en œuvre par *Development Alternatives, Inc. (DAI)*, s'efforce de doubler les revenus agricoles pour les ménages dans le Nord d'Haïti en augmentant la productivité et en renforçant les marchés.
- Le projet *Haiti Hope*, un partenariat public-privé de cinq ans à hauteur de 9,5 millions de dollars US pour créer des opportunités économiques durables pour les producteurs haïtiens de mangues et leur famille, est un partenariat qui comprend la Société *Coca-Cola*, le *Multilateral Investment Fund* [Fond d'Investissement Multilatéral], l'*USAID* et *TechnoServe*.
- Le PAM, travaillant en partenariat avec le Fond des Nations Unies pour l'Enfance et la Banque Mondiale, soutient le Gouvernement Haïtien dans la mise-en-œuvre du Programme National de Cantines Scolaires.

## 4. Conclusions

Les conclusions de l'étude de base sont organisées en cinq catégories de contenu: (1) les caractéristiques de la population, (2) les indicateurs sur les ménages, (3) la santé et la nutrition des femmes, (4) la santé et la nutrition des enfants et (5) l'égalité des genres. Chaque section inclut des résultats pour les indicateurs FFP et ceux spécifiques au programme, ainsi que des résultats pertinents de l'étude qualitative.

### 4.1 Caractéristiques de la population étudiée

Cette section fournit une image globale des caractéristiques de la population et des ménages pour la zone couverte par le programme du Titre II à partir des résultats de l'enquête auprès des ménages qui a été effectuée dans 2 235 ménages et à travers 21 communes.

On estime à 1 million le nombre de personnes qui vivent dans la zone couverte par le programme du Titre II, qui inclut 215 541 ménages. Le Tableau 4.1a indique les estimations démographiques pour des sous-groupes spécifiques.

---

<sup>37</sup> FEWS NET. (2014). *op. cit.*

<sup>38</sup> FEWS NET. (2014). *op. cit.*

**Tableau 4.1a. Population totale dans la zone couverte par le programme, Titre II [Haïti, 2014]**

Population totale	1.017.236
Hommes	505.370
Femmes	511.866
Total des ménages	215.541
Hommes et femmes adultes	149.784
Femmes adultes seulement	40.741
Hommes adultes seulement	24.573
Enfants sans adulte	444
Femmes en âge de procréer (15-49 ans d'âge)	217.896
Femmes de 15-49 ans d'âge qui ne sont pas enceintes ou dans les deux(2) mois de la période postnatale	197.548
Femmes qui ont donné naissance à un enfant au cours des deux(2) dernières années	52.867
Enfants de moins de cinq (5) ans d'âge	142.306
Garçons de moins de cinq (5) ans d'âge	68.090
Filles de moins de cinq (5) ans d'âge	74.216
Enfants de moins de six(6) mois d'âge	14.353
Garçons de moins de six(6) mois d'âge	7.279
Filles de moins de six(6) mois d'âge	7.074
Enfants de 6-23 mois d'âge	39.123
Garçons de 6-23 mois d'âge	18.370
Filles de 6-23 mois d'âge	20.753

Source : *USAID Titles II Baseline Survey in Haiti* [Enquête de base, Titre II en Haïti de l'USAID] (2014), *Weighted Population Estimates* [Estimations Démographiques Pondérées]

Les caractéristiques des ménages dans la zone étudiée (Tableau 4.1 b), indiquent que le ménage moyen se compose de 4,7 membres. Environ 47 pour cent de tous les ménages ont des enfants de moins de cinq ans ; 17 pour cent des ménages ont des enfants de 6 à 23 mois et 6 pour cent des ménages ont des enfants de moins de six mois. Environ 36 pour cent des chefs de ménage ont terminé leur éducation primaire et 42 pour cent n'avaient aucune éducation formelle. La plupart des ménages incluent un homme et une femme adulte (69 pour cent) ou une seule femme adulte (19 pour cent).

**Tableau 4.1b. Caractéristiques des ménages**  
Caractéristiques des ménages [Haïti, 2014]

Taille moyenne des ménages	4,7
Pourcentage des ménages avec des enfants de moins de 5 ans	47,0
Pourcentage des ménages avec des enfants de 6-23 mois	17,3
Pourcentage des ménages avec des enfants de moins de 6 mois	6,6
Chef de ménage (% d'hommes)	66,6
Niveau d'éducation du chef du ménage	
Aucune éducation formelle	41,9
Pré-primaire	1,1
Primaire	35,8
Secondaire	20,0
Enseignement supérieur	1,2
Type de ménage selon la prédominance du genre	
Femme adulte sans homme adulte	18,9
Homme adulte sans femme adulte	11,4
Homme et femme adultes	69,5
Enfant sans adultes	0,2
Nombre de ménages ayant répondu	2.235
Femme adulte sans homme adulte	399
Homme adulte sans femme adulte	263
Homme et femme adultes	1.568
Enfant sans adultes	5

## 4.2 Indicateurs sur les ménages

Cette section débute avec les conclusions de l'enquête auprès des ménages pour l'indice de faim dans les ménages (HHS), l'indice sur la diversité alimentaire dans le ménage (HDDS) et l'indice de consommation alimentaire (FCS), suivis par un résumé des résultats pour les trois indicateurs de pauvreté et les pratiques WASH des ménages. Une analyse des données quantitatives suit la synthèse des données pour chaque indicateur afin de compléter les conclusions de l'enquête auprès des ménages et clarifier et améliorer l'interprétation des données quantitatives de l'enquête.

### A. Indicateur de la faim dans le ménage (HHS)

La faim dans le ménage a été mesurée en utilisant HHS, une échelle de privation de nourriture basée sur la perception. L'échelle consiste en trois composantes qui mesurent l'accès inadéquat des ménages aux aliments, chaque composante étant divisée en une question sur l'occurrence (si l'épisode de privation de nourriture s'est produit au cours des quatre semaines précédentes) et une question sur la fréquence de l'occurrence (combien de fois l'épisode s'est produit au cours des quatre semaines précédentes). Les réponses sont codées et additionnées pour un indice numérique, avec un indice minimum possible de 0 et un indice maximum possible de 6, pour représenter trois niveaux de la faim: (a) peu ou pas de faim (indice HHS = de 0 à 1), (b) faim modérée (indice HHS = de 2 à 3) et (c) faim grave (indice HHS = de 4 à 6).

Le Tableau 4.2a reproduit les résultats HHS. Globalement, 70 pour cent des ménages font l'expérience d'une faim modérée ou grave, avec 13,5 pour cent souffrant de faim grave. Davantage de ménages avec une femme adulte et aucun homme adulte font l'expérience d'une faim modérée à grave (73,4 pour cent), comparés aux ménages avec un homme et une femme adultes présents (69,4 Pour cent). Les ménages avec un seul adulte homme ou femme, connaissent les taux les plus élevés de faim grave comparés aux ménages avec un homme et une femme adultes présents.

Tableau 4.2a. Indicateurs *FFP* - Indicateur de la faim dans les ménages (HHS)

Indicateurs *FFP* au niveau du ménage [Haïti, 2014]

**HHS (tous les ménages)**

Prévalence des ménages souffrant gravement de la faim	13,5
Femme adulte sans homme adulte	16,2
Homme adulte sans femme adulte	19,4
Homme et femme adultes	11,8
Enfant sans adultes <sup>1</sup>	0,0
Prévalence des ménages connaissant une faim modérée ou grave	70,0
Femme adulte sans homme adulte	73,4
Homme adulte sans femme adulte	68,5
Homme et femme adultes	69,4
Enfant sans adultes <sup>1</sup>	32,1
Nombre de ménages ayant répondu	2.232
Femme adulte sans homme adulte	399
Homme adulte sans femme adulte	263
Homme et femme adultes	1.565
Enfant sans adultes	5

<sup>1</sup> Taille des échantillons insuffisante (n<30)

HHS est basé sur des perceptions de la faim au cours des quatre dernières semaines et, ainsi, peut être sensible à la saison au cours de laquelle l'enquête est effectuée. Les données de l'enquête auprès des ménages ont été recueillies en mars 2014 vers le début de la saison maigre. La saison maigre en Haïti s'étend typiquement de mars à juin, pendant la saison pluvieuse et avant la saison des récoltes. Durant cette période, les réserves des familles sont normalement épuisées et la récolte n'a pas encore commencé.

Les données qualitatives qui ont découlé des réponses sur le nombre de repas mangés par jour, indiquent que la nourriture n'est pas toujours disponible. Ce qui suit, illustre le fait que les réponses concernant le nombre de repas que les personnes prennent par jour ne sont souvent pas honnêtes.

**Personne interrogée (Anse-à-Galets):** Pour la semaine, si nous sommes assez chanceux, nous pouvons manger pendant trois jours. Les autres jours, nous pouvons trouver du pain et du jus ou du lait que nous partageons. Nous prenons les choses comme elles viennent.

**Personne interrogée (Cerca-la-Source):** Parfois, nous ne pouvons manger que deux fois par jour. Cela dépend des moyens.

**Personne interrogée (Thiotte):** Lorsque tout va mieux, nous pouvons manger trois fois par jour parfois deux fois, mais, il arrive que nous ne trouvions rien du tout pour la journée

**Personne interrogée (Thiotte):** Il arrive que nous mangions deux fois par jour, parfois une fois. La nourriture peut être prête à 8h (du matin), parfois il peut être midi et nous n'avons encore rien trouvé.

**Personne interrogée (Gonaïves):** Nous pourrions trouver de la nourriture le dimanche, mais rien les autres jours de la semaine. Parfois, je ne peux trouver aucun prêt, ni acheter à crédit, rien.

**Personne interrogée (Jean-Rabel):** Dans les milieux ruraux, les gens mangent généralement une fois par jour.

**Personne interrogée (Côtes-de-Fer):** Parfois, nous avons deux repas par jour. Parfois, nous ne pouvons trouver que du café et du pain pour la journée.

Lorsque les circonstances limitent la disponibilité des aliments, des parties importantes de la vie quotidienne impliquent la recherche de la nourriture et le partage avec les membres de la famille et les voisins. Une personne interrogée à Anse-à-Galets a résumé les circonstances de cette manière:

**Personne interrogée:** Il arrive que je mange deux fois par jour; si je ne trouve pas de nourriture, je dois rester ainsi. Parfois un voisin ou un ami me donne à manger.

**Enquêteur:** Que faites-vous lorsque vous ne trouvez pas de nourriture?

**Personne interrogée:** Parfois je supplie certaines personnes ou le voisin de me donner à manger

Selon les données qualitatives, un manque d'aliments disponibles crée un problème cyclique. Plusieurs ménages ne sont pas en mesure de produire de la nourriture au-delà des niveaux de subsistance, voire pas du tout. Sans une source stable de revenu, ces ménages manquent potentiellement des ressources financières nécessaires pour acheter de la nourriture ou les ressources financières initiales nécessaires pour maintenir ou augmenter une agriculture de subsistance. Une personne interrogée à Cerca-La-Source a dit: « Pour acheter [de la nourriture] vous avez besoin d'argent et il n'y a pas d'argent. Mais si nous avons certaines productions [des cultures] nous n'aurions pas besoin de rester affamés ». Les ménages qui peuvent produire des aliments pour vendre, font face également à des défis tels que le manque de terre aride, la mauvaise qualité du sol et des pluies imprévisibles, quoique régionalement variées. L'agriculture de subsistance, telle que décrite par une personne interrogée à Jean-Rabel, tend à être une solution à court-terme et instable: "la question n'est pas tant de les vendre [les récoltes] ; nous aimerions avoir les moyens de les entreposer pour les périodes plus difficiles."

## **B. Indice la diversité alimentaire des ménages (HDDS)**

L'indice de la diversité alimentaire des ménages [Household Dietary Diversity (HDDS)] est basé sur le nombre de différents groupes alimentaires consommés par le chef de ménage ou par n'importe quel membre du ménage au cours des précédentes 24 heures. L'ensemble des douze 12 groupes alimentaires provient de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO). Le HDDS varie de 0 à 12, avec les nombres les plus faibles indiquant une diversité alimentaire moindre. Bien que HDDS donne une indication des groupes alimentaires consommés dans le ménage au cours des

précédentes 24 heures, le HDDS ne devrait pas être interprété comme indicateur sur la nutrition, reflétant la qualité du régime alimentaire, mais plutôt comme un indicateur de l'accès aux aliments. Ainsi, il sert d'indice du statut socio-économique.<sup>39</sup>

Les résultats pour le HDDS sont reproduits au Tableau 4.2b. Le HDDS global de 6,2 indique qu'en moyenne, chaque ménage consomme 6 des douze 12 groupes alimentaires, indiquant un accès modéré à une alimentation variée. Les céréales (96,4 pour cent), les huiles et les graisses (98,5 pour cent), et les légumes à gousse, les légumes ou les noix (81,6) sont les aliments les plus couramment consommés, de même que ceux de la catégorie « divers » tels que le café, le thé, le bouillon et les épices (99 Pour cent). La viande, la volaille et les abats (19 pour cent), le lait et les produits laitiers (15 pour cent) et les œufs (13 pour cent) sont consommés le moins fréquemment.

<u>Tableau 4.2b. Indicateurs FFP – Indice de la diversité alimentaire des ménages (HDDS)</u>	
Indicateurs FFP au niveau du ménage [Haïti, 2014]	
<b>HDDS (tous les ménages)</b>	
Indice moyen de la diversité alimentaire des ménages	6,2
Pourcentage des ménages consommant des groupes alimentaires:	
Céréales	96,4
Racines et tubercules	37,1
Végétaux	25,1
Fruits	37,8
Viande, volailles, abats	19,0
Œufs	13,1
Poisson et fruits de mer	24,4
Légumes à gousse/légumes/noix	81,6
Lait et produits laitiers	14,9
Huile/grasses	98,5
Sucre/miel	67,2
Autres (thé, café, condiments, etc.)	99,0
Nombre de ménages ayant répondu	2.078

Les données qualitatives sur les aliments mangés régulièrement, indiquent que la réalisation de la diversité alimentaire dans le ménage pose des défis. Les personnes interrogées ont constamment identifié le riz et les haricots comme repas de base, ce qui coïncide avec les conclusions figurant au Tableau 4.2b. Les types d'aliments les plus courants que les personnes et les familles consomment, tels que rapportés en réponse à des questions ouvertes, sont notamment le maïs moulu, le petit mil, le blé, le spaghetti, la courge, l'avocat, la citrouille, la patate douce, le yucca, l'igname, le manioc, le taro, le fruit à pain, les pois, les légumes verts, la banane plantain, la noix de coco et la mangue. Peu de personnes ont rapporté manger régulièrement des œufs, du poisson, de la viande et d'autres aliments riches en protéines. Lorsque la viande est mangée, le repas est à base de viande, le plus courant étant le ragoût fait avec un bouillon de légumes, des tubercules et de la viande telle que la tête, les jambes ou les

<sup>39</sup>Swindale, A., & P. Bilinsky. (2005). *Household dietary diversity score (HDDS) for measurement of household food access: Indicator guide* [Indice sur la diversité alimentaire dans le ménage, pour la mesure de l'accès aux aliments dans les ménages: Guide de l'indicateur]. Washington, D.C.: *Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development* [Projet d'Assistance Technique pour l'Alimentation et la Nutrition, Académie pour le Développement de l'Éducation].

entrailles d'une chèvre. Si la viande de chèvre n'est pas disponible, le ragoût est fait avec le bouillon de légumes et les tubercules.

Les types d'aliments mangés montrent peu de variation régionale. Les questions de disponibilité constante des aliments semblent quelque peu varier selon la région, plus précisément à cause de la mauvaise qualité du sol et de l'état des routes. Par exemple à Anse Rouge, les personnes interrogées ont indiqué que la production alimentaire est limitée, et que sans route pavé il devient difficile de voyager vers les zones avoisinantes pour acheter de la nourriture. Dans certains cas, le faible accès aux aliments et les défis liés à la diversité alimentaire ne sont pas le résultat d'un manque d'intérêt ou d'une absence de désir de variété, comme l'a noté cette personne interrogée à Anse Rouge:

Je peux dire que nous mangeons juste pour survivre. Les gens mangent vraiment lorsqu'ils ont un repas équilibré. Pour qu'une famille mange réellement, elle devrait prendre le petit-déjeuner, le déjeuner et le souper. Souvent la famille trouve une boîte de riz à cuire pour les enfants aux environs de 16 ou 17 heures, après qu'elle ait passé la journée entière sans rien à manger. Je ne connais aucune famille à Anse Rouge qui mange normalement.

Les participants à l'étude qualitative ont souvent décrit leur accès aux aliments et à la diversité alimentaire de façon pragmatique, c'est-à-dire en fonction de ce qui est disponible ou pas, et souvent en combinaison avec des pensées spécifiques sur des croyances et pratiques socio-culturelles qui concernent la signification du riz ; et ils font des comparaisons entre la nourriture importée et celle produite localement. L'échange reproduit ci-après, qui s'est déroulée lors d'une entrevue au niveau du programme à Thiotte, met en évidence ces préoccupations:

**Personne interrogée:** Le maïs par exemple. Nous le produisons mais beaucoup de gens ne le mangent pas. Ils préfèrent le vendre à très bon marché pour acheter du riz pour beaucoup plus d'argent.

**Enquêteur:** Pourquoi pensez-vous qu'ils font cela? Le maïs les rend malades?

**Personne interrogée:** Pas forcément. C'est juste qu'ils ne lui accordent pas une grande importance. Je pense que le problème c'est que nous aimons les produits qui viennent de pays étrangers. Nous leur accordons beaucoup plus d'importance. C'est pourquoi certaines personnes auraient préféré manger du riz chaque jour plutôt que du maïs, même s'il ne leur cause aucune maladie.

Les sentiments exprimés par la personne interrogée à Thiotte au sujet du riz étaient communs, mais non universels à travers toutes les entrevues et les débats en groupe de discussion. Le petit mil et le ragoût étaient également souvent mentionnés comme aliments-clés qui créent un sentiment de satiété et comptent comme un repas complet. La préférence pour la nourriture importée par rapport aux aliments produits localement n'était pas universelle. En effet, les opinions tendaient vers un extrême ou l'autre. La pratique de la vente de certains aliments—qu'ils soient importés ou locaux— pour obtenir de l'argent pour acheter des aliments perçus comme meilleurs, était constante et très répandue. Le désir de mettre à niveau la qualité perçue des aliments ou de maintenir une tradition, paraissait viser moins la diversité alimentaire et davantage le prestige et le statut, comme illustré dans ces réponses:

Il est important de comprendre que les personnes accordent un statut et un prestige à certains aliments, ce qui influence les choix personnels et le comportement dans les habitudes et les préférences alimentaires. Une éducation alimentaire et nutritionnelle peut fournir des faits, mais les considérations nutritionnelles ne comptent potentiellement pas beaucoup lorsqu'un ménage préfère vendre un fort pourcentage des aliments produits pour acheter du riz.

### C. Indice de la consommation alimentaire (FCS)

L'indice de la consommation alimentaire [Food Consumption Score (FCS)], également appelé "indicateur de fréquence des repas", est un indice pondéré en fréquence sur la diversité alimentaire. Le FCS est calculé en utilisant la fréquence de la consommation (nombre de jours) de huit groupes alimentaires dans un ménage durant les sept jours qui ont précédé l'enquête, pondérée par la teneur nutritive des groupes alimentaires. Le classement de la consommation alimentaire dans les ménages est un outil normalisé, objectif et reproductible, utilisé pour décrire la sécurité alimentaire à court-terme.<sup>40</sup>

La détermination des pondérations des groupes alimentaires est basée sur une interprétation de la teneur nutritive par une équipe d'analystes. "La Teneur Nutritive" est un terme utilisé pour décrire de façon subjective la qualité de la densité calorique d'un groupe alimentaire, la teneur en macro et micronutriments et les quantités réelles typiquement consommées. Bien que subjective, cette pondération tente d'accorder une plus grande importance aux aliments tels que la viande et le poisson, habituellement considérés comme ayant une plus grande teneur nutritive, et une importance moindre à des aliments tels que le sucre.<sup>41</sup> En utilisant des seuils standards, le FCS est enregistré à partir d'un indice continu à une variable catégorique à trois niveaux de consommation alimentaire ; précaire, limite, adéquat.

Le FCS diffère du HDDS selon ce qui suit:

- La période de référence du FCS est de sept jours, comparée aux dernières 24 heures du HDDS.
- Le groupe des denrées principales du FCS n'est pas ventilé en deux groupes (céréales et racines et tubercules) comme cela est le cas pour le HDDS.
- Le groupe FCS comprenant la viande, le poisson et les œufs n'est pas ventilé en trois groupes comme cela est le cas pour le HDDS.
- Le FCS n'a pas de groupe pour "autres aliments", tels que les condiments, le café ou le thé.
- Le FCS prend en considération la fréquence de la consommation alimentaire pour chaque groupe, alors que le HDDS ne le fait pas.
- Le FCS effectue une pondération des groupes alimentaires selon la teneur nutritive, alors que le HDDS ne le fait pas.

Les seuils standards du FCS ont été ajustés pour Haïti pour tenir compte de la forte proportion de ménages qui consomment des graisses et les huiles (98 pour cent). Les résultats pour le FCS, reproduits au Tableau 4.2c, indiquent que 68,7 pour cent de tous les ménages connaissent des niveaux adéquats de consommation alimentaire, 22,2 pour cent ont des niveaux limites et 9,1 pour cent sont dans la catégorie précaire de consommation alimentaire.

---

<sup>40</sup> Programme Alimentaire Mondiale des Nations Unies (PAM), *Vulnerability Analysis and Mapping Branch (ODAV)* [Service de l'Analyse et de la Cartographie de la Vulnérabilité]. (2008). *Food consumption analysis - Calculation and use of the food consumption score in food security analysis* [Analyse de la consommation alimentaire – Calcul et utilisation de l'indice sur la consommation alimentaire dans l'analyse sur la sécurité alimentaire]. Rome, Italie.

<sup>41</sup> Wiesman, D., Bassett, L., Benson, T., & Hoddinott, J. (2009). *Validation of the World Food Programme's food consumption score and alternative indicators of household food security* [Validation de l'indice sur la consommation alimentaire du Programme Alimentaire Mondial et des indicateurs alternatifs de la sécurité alimentaire des ménages]. IFPRI Document de discussion.

Tableau 4.2c. Indicateurs FFP - Indice de la consommation alimentaire (FCS)  
Indicateurs FFP au niveau des ménages [Haïti, 2014]

**FCS - Pourcentage des ménages**

Ménages avec FCS ≤ 28 (Précaire)	9,1
Ménages avec FCS > 28 et FCS ≤ 42 (Limite)	22,2
Ménages avec FCS > 42 (Adéquat)	68,7
Nombre de ménages ayant répondu	2.235

Les données qualitatives indiquent que la consommation d'aliments riches en nutriments, tels que la viande et le poisson, était généralement considérée comme souhaitable, et pourtant, les personnes interrogées ont souvent décrit ces aliments comme excessivement onéreux. Au même titre que le riz, la viande est souvent considérée comme l'aliment clé qui fait d'un repas, un repas complet. Une personne interrogée à Anse Rouge a fait le constat de cette perception:

Oui, vous ne mangez bien que lorsque vous mangez de la viande, du riz, du maïs et tout. Parfois vous pouvez vous réveiller et n'avoir que cinq (5) gourdes [0,12 dollars US au moment de l'entrevue]. Que pouvez-vous manger avec?

Dans les communes proches de l'océan telles que Anse-à-Galets et les Gonaïves, le poisson est une alternative logique possible et riche en protéine, lorsque la viande est inabordable. Cependant, le poisson en tant que source alimentaire pose un ensemble de défis différents tels que ceux décrits par une personne interrogée aux Gonaïves:

La pêche commerciale n'existe pas. Je pourrais me dire entrepreneur, je vais et je me procure des équipements pour la pêche, je trouve quelqu'un pour pêcher pour moi, ensuite je prends tout ce qu'il rapporte et je le partage. Ils ne pêchent que pour survivre.

Comme le démontre l'enquête auprès des ménages (Tableau 4.2b) et le corroborent les données qualitatives, la plupart des ménages ne mangent pas de poisson. Alors qu'une variation régionale entre les communautés de l'intérieur et celles des côtes semblerait logique, les entrevues sur la qualité et les groupes de discussions ont offert peu d'indication qui suggérerait que la variation régionale soit considérable. Il est certain que les communautés côtières, à cause de leur localisation, ont une plus grande proximité à l'océan et pêchent pour leur nourriture, le poisson n'étant généralement pas vu comme une priorité en matière de consommation. Au lieu de cela, la pêche est généralement vue comme une source de revenu.

## D. Niveaux de pauvreté des ménages

Les indicateurs de pauvreté sont basés sur les dépenses ménagères, qui sont utilisées en tant qu'indice pour le revenu. Le revenu est difficile à mesurer dans la plupart des pays en développement et dans les milieux ruraux, et les données sur les dépenses sont typiquement moins susceptibles d'erreurs de mémoire et réparties sans difficulté au fil du temps par rapport aux données sur les revenus.

Les trois indicateurs FFP sont (1) le pourcentage de personnes vivant avec moins de 1.25 dollars US par jour, (2) les dépenses quotidiennes par habitant et (3) la gravité moyenne de la pauvreté. Les données

sur la consommation sont recueillies à travers une série de cinq modules relatifs à l'alimentation, aux actifs durables, au logement, aux dépenses occasionnelles et aux dépenses inhabituelles, qui sont cumulées pour calculer une estimation des dépenses quotidiennes par habitant. La prévalence de la pauvreté et la gravité moyenne de la pauvreté sont à leurs tours calculées en utilisant le chiffre des dépenses quotidiennes par habitant. L'Annexe 4 fournit les définitions de ces indicateurs et la méthodologie utilisée pour les calculer. Les résultats pour ces indicateurs sont fournis au Tableau 4.2d.

Un total de 43,6 pour cent de la population dans les zones d'enquête vit actuellement dans une extrême pauvreté (en-dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 dollars US selon les prix de 2005), avec des dépenses quotidiennes moyennes constantes par habitant de 2,10 dollars US. Notez que la répartition des revenus des ménages semble fortement déviée vers l'extrémité inférieure dans la plupart des sociétés, avec une longue queue de ménages isolés à l'extrémité supérieure. La moyenne est fortement affectée par ces éléments isolés, la rendant plus volatile en tant que statistique récapitulative. La mesure la plus robuste est la médiane. Les dépenses quotidiennes médianes par habitant dans les zones couvertes par le projet étaient constantes à: 1,57 dollars US, indiquant que 50 pour cent de toutes les personnes ont effectué une dépense quotidienne par habitant de moins de 1,57 dollars US. Il y a d'importantes différences par type de ménage selon la prédominance du sexe dans le ménage, qui valent la peine d'être explorées. Les ménages avec un homme adulte sans femme adulte dépensent 1,65 fois plus que les ménages avec au moins un homme et une femme adultes. Un examen de la composition du ménage peut révéler des circonstances permettant de comprendre ces différences. Les ménages avec un homme adulte sans femme adulte sont généralement plus petits, avec une taille moyenne des ménages de 2,0 membres. Ils ont également moins de dépendants que ceux avec des adultes hommes et femmes, avec une moyenne de 0,4 enfants de moins de quinze ans d'âge, et 0,22 adultes d'au moins soixante-cinq ans. Les ménages avec des adultes hommes et femmes, sont plus grands en moyenne (5,5 membres) et avec davantage de dépendants (2,23 enfants, 0,31 vieillards). Toutes choses étant égales par ailleurs, un plus grand nombre de dépendants signifie que le même revenu est partagé entre davantage de personnes et de ce fait, les dépenses par habitant seront plus basses en moyenne dans les ménages avec un plus grand nombre de dépendants.

En moyenne, les aliments sont la principale catégorie de consommation, représentant 63 pour cent de la consommation moyenne totale. Des soixante-deux groupes alimentaires inclus, le riz et les haricots sont clairement les denrées principales, avec une consommation moyenne par habitant représentant environ 14 pour cent (riz) et 11 pour cent (haricots) des dépenses totales consacrées à l'alimentation. D'autres produits alimentaires incluent le beurre, et le lard (6 pour cent de la consommation alimentaire journalière), le sucre et le miel (5 pour cent) et les volailles et le pain (4 pour cent chacun).

A part la consommation alimentaire, d'autres dépenses mensuelles et annuelles constituent la seconde catégorie de consommation la plus importante, représentant 24 pour cent des dépenses totales. Les dépenses mensuelles et annuelles principales, en tant qu'une partie de la consommation totale, incluent les frais des téléphones cellulaires, le transport, le savon, les produits de nettoyage et autres produits d'hygiène tels que dentifrice, déodorant, savon et crème pour le corps, avec chaque catégorie représentant approximativement 3 pour cent de la consommation journalière totale par habitant. Des dépenses liées à l'éducation, les frais de scolarité étaient la dépense la plus importante, représentant 2 pour cent de la consommation journalière totale par habitant. Les coûts des soins de santé étaient surtout induits par les médicaments et traitements traditionnelles, qui représentaient environ 1 pour cent de la consommation journalière totale par habitant.

La gravité moyenne de pauvreté est définie comme étant la moyenne des différences entre la consommation journalière totale par habitant pour les pauvres et le seuil de pauvreté, exprimée comme une proportion du seuil de pauvreté, avec 0 représentant la pauvreté la moins grave possible et 100 représentant la pauvreté la plus grave possible. Une façon d'interpréter la gravité moyenne de pauvreté est qu'elle donne le coût par habitant de l'élimination de la pauvreté, en tant que pourcentage du seuil de pauvreté, si l'argent pouvait être ciblé parfaitement. La gravité moyenne de pauvreté, ou le revenu moyen parmi les 43,6 pour cent de personnes qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté (1,25 dollars

US par personne par jour), telle que mesurée en utilisant les dépenses, est de 16,4 pour cent en-dessous du seuil de pauvreté, soit 1,045 dollars US par personne par jour.

**Tableau 4.2d. Indicateurs FFP – La pauvreté selon la prédominance du genre dans le ménage**  
Indicateurs FFP au niveau des ménages [Haïti, 2014]

**Pauvreté (Membres du ménage)**

Pourcentage de personnes vivant avec moins de \$1,25/jour	43,6
Femme adulte sans homme adulte	42,9
Homme adulte sans femme adulte	22,2
Homme et femme adultes	45,0
Enfant sans adultes	0,0
Dépenses quotidiennes par habitant <sup>1</sup>	2,1
Femme adulte sans homme adulte	2,1
Homme adulte sans femme adulte	3,3
Homme et femme adultes	2,0
Enfant sans adultes	4,1
Gravité moyenne de la pauvreté <sup>2</sup>	16,4
Femme adulte sans homme adulte	16,6
Homme adulte sans femme adulte	8,0
Homme et femme adultes	16,8
Enfant sans adultes	0,0
Nombre de membres du ménage ayant répondu	10.458
Femme adulte sans home adulte	1.441
Homme adulte sans femme adulte	494
Homme et femme adultes	8.516
Enfant sans adultes	7

<sup>1</sup> Exprimées en Dollars US constants pour 2010

<sup>2</sup> Exprimée en pourcentage du seuil de pauvreté

La prévalence de la pauvreté dans la zone couverte par le programme (43,6 pour cent) est inférieure aux chiffres récents rapportés par la Banque Mondiale, qui a estimé qu'à l'échelle nationale, 62 pour cent de la population haïtienne vivait en-dessous du seuil international de pauvreté en 2001.<sup>42</sup> Il est cependant difficile de comparer ces deux points de données à cause du décalage temporel et des différentes populations couvertes.

L'enquête auprès des ménages n'a pas recueilli de données sur les sources de revenu ; toutefois, l'étude qualitative a intégré plusieurs questions sur les sources de revenu et les options d'emploi. L'étude qualitative a recueilli des données sur la prise de décision au niveau financier en reconnaissance du fait que la manière selon laquelle les ménages choisissent d'allouer l'argent gagné peut être inter reliée à des changements dans leur niveau de pauvreté, leur capacité à y faire face, ou dans leur besoin de et attitudes à propos d'une assistance supplémentaire.

<sup>42</sup> Disponible sur <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.DDAY>.

En général, les données qualitatives indiquent que gagner de l'argent sur une base régulière ou avoir un emploi stable peut être un vrai combat. Une large part du travail qui est entrepris tend à être sporadique ou ad hoc selon le besoin. Les types de travaux les plus courants se trouvaient dans les domaines des services ou de la vente au détail (ex : servante, lessive, employé de magasin, tailleur, coiffeur, pâtisserie, transport, marchand de nourriture cuite, marchand d'aliments crus, vente de charbon), des chantiers (ex : charpenterie, maçonnerie, construction, extraction de sel) et de la production à petite-échelle ou de cultures de subsistance (ex : agriculture, bétail, pêche).

Dans les cas où les personnes ont apparemment un accès plus stable à un revenu, la stabilité ne repose pas nécessairement sur un seul emploi. Une personne interrogée aux Gonaïves a déclaré: « J'ai plusieurs activités. Je suis une détaillante, une esthéticienne et je travaille en tant qu'aide-soignante ». Il semble aussi que certains types d'emploi montrent des tendances liées aux genres. Un homme interrogé à Jean-Rabel a fait un résumé de la perception: "Nous pratiquons l'agriculture et l'élevage et les femmes font du commerce de détail."

Les données qualitatives démontrent clairement que la prise de décision est un sujet compliqué, et pas forcément entièrement lié aux sexes. Bien entendu, dans certaines situations les dynamiques sont claires, et reflètent même les inégalités entre les sexes et les vues masculines concernant les rôles spécifiques des hommes et des femmes. Par exemple, une personne interrogée lors d'une entrevue aux Gonaïves a dit:

**Enquêteur:** Qui est le/la décideur(euse) principal(e) dans votre ménage?

**Personne interrogée:** L'homme.

**Enquêteur:** Pourquoi est-ce l'homme qui prend les décisions?

**Personne interrogée:** Parce que je n'ai pas d'occupation.

Dans ce cas et dans d'autres, le pouvoir de prendre des décisions est lié au fait de rapporter un revenu dans le ménage avec reconnaissance tacite que les hommes travaillent en dehors de la maison et les femmes non. Dans plusieurs ménages cependant, la prise de décision en tant que concept lié au gagne-pain n'est pas nécessairement le principe organisateur essentiel du ménage. Dans le dialogue qui suit et qui s'est déroulé lors d'une entrevue à Côtes-de-Fer, la personne interrogée semble considérer la prise de décision et le ménage comme non liés aux sexes.

**Enquêteur:** Votre femme est-elle libre de prendre n'importe toutes les décisions pour le ménage?

**P.I.:** S'il s'agit d'une décision qui sera bénéfique pour le ménage, elle peut la prendre.

**Enquêteur:** Pourquoi pensez-vous de cette façon?

**P.I.:** Parce que vous pourriez être en train de prendre une décision et elle peut vous aider à réaliser que vous pourriez faire différemment. Vous pourriez être prêt à faire quelque chose d'une manière, mais la femme le voit autrement, et cela pourrait être mieux et vous l'acceptez et vice-versa. La décision ne se résume pas à la personne. N'importe lequel d'entre nous peut prendre une décision.

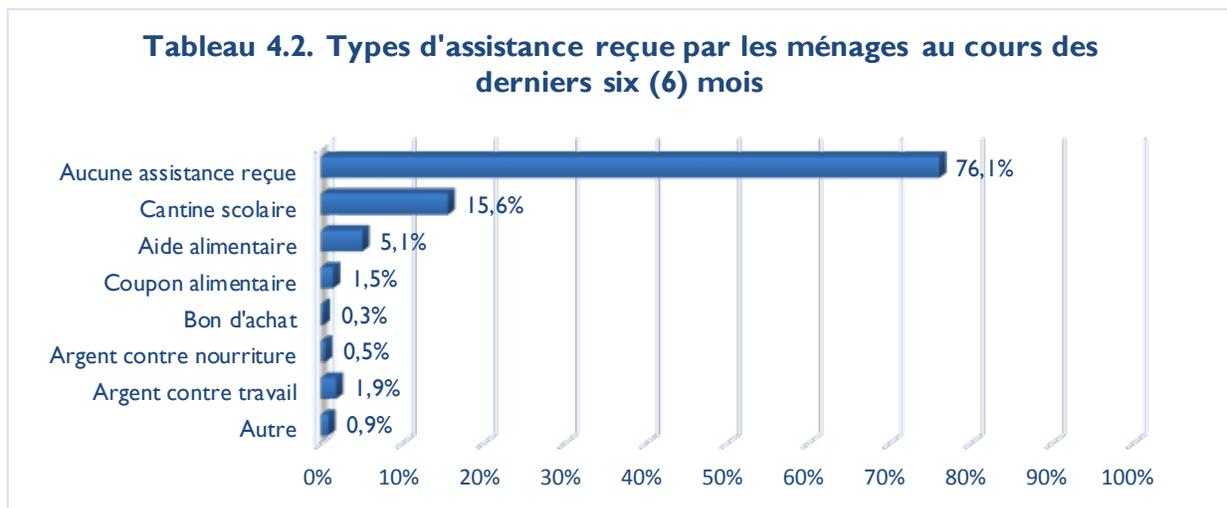
**Enquêteur:** Selon vous, il n'existe pas cette affaire qu'une femme ne peut pas prendre telle ou telle décision?

**P.I.:** Non. N'importe lequel d'entre nous peut prendre une décision qui va être bonne pour le ménage.

La notion selon laquelle n'importe qui ou que tout le monde dans un ménage peut prendre une décision ou que les décisions sont prises conjointement, a été présente à travers les données qualitatives. Plus particulièrement, les personnes interrogées en particulier, ont souvent parlé de décisions du ménage concernant le paiement des frais de scolarité, la vente du bétail, la recherche de soins médicaux et l'utilisation plus large des ressources financières, à titre exemples. Ce qu'il y avait de moins clair, était

l'attribution de la responsabilité au mari ou à la femme quant aux décisions. Les données qualitatives signalisent une dynamique plus nuancée dans les ménages où les décisions tendent à être prises au cas par cas et impliquent souvent une négociation. Dans ces situations, négocier n'équivaut pas automatiquement à une prise de décision conjointe ; négocier consiste souvent plutôt à faire ressortir les différents choix pour la décision et qui est le mieux habilité ou équipé de façon appropriée pour prendre la décision.

Outre le revenu, les ménages peuvent recevoir une assistance supplémentaire en aide alimentaire, coupons alimentaires ou argent liquide, ce qui influe sur les habitudes de consommation et de dépenses, et ainsi affecte aussi les niveaux de pauvreté. Comme indiqué au Tableau 4.2, un peu plus des trois quart des ménages ont rapporté n'avoir reçu aucune assistance lors des six derniers mois. Environ 15 pour cent des ménages ont déclaré avoir accès à des programmes de cantine scolaire et 5 pour cent des ménages ont indiqué recevoir l'aide alimentaire.



A l'instar de l'enquête auprès des ménages, l'étude qualitative a enquêté sur le nombre de personnes qui ont indiqué avoir reçu une aide alimentaire. Cette question a été posée seulement dans le cadre des 42 entrevues effectuées au niveau des ménages, avec des réponses enregistrées dans 39 d'entre elles, 10 de ces ménages ayant indiqué avoir reçu une aide alimentaire et (29 ayant dit ne l'avoir jamais reçu.

A travers les données qualitatives, les sentiments concernant l'aide alimentaire—son but et ses méthodes d'administration—étaient spécifiques. Plusieurs personnes interrogées ont, par exemple, indiqué qu'elles voient la création d'emplois et l'aide améliorée liée l'agriculture comme des priorités par rapport à l'aide alimentaire. Le désir pour des emplois et la création d'emplois n'était pas simplement un commentaire furtif ; les personnes interrogées étaient plutôt systématiques et même persistantes dans ce type de suggestion, comme l'illustre le dialogue entre un enquêteur et une femme de 40ans à Hinche:

**Enquêteur:** Quel est selon vous le niveau de priorité que le Gouvernement Haïtien accorde aux programmes d'aide alimentaire?

**P.I.:** Ils pourraient aider en fournissant une aide alimentaire; cependant, au lieu de donner de la nourriture aux gens, ils auraient mieux fait de créer des emplois pour permettre que les gens soient auto-suffisants. Si j'ai un emploi, je peux travailler et me procurer de la nourriture pour ma famille et moi, et alors je me sentirai plus en paix. S'ils pensent que fournir de la nourriture est la façon la plus facile pour eux d'aider, je l'accepte volontiers. Mais j'aurais préféré qu'ils me permettent de travailler pour obtenir ma nourriture.

**Enquêteur:** A quel point les ménages comptent-ils sur le soutien non-gouvernemental pour l'aide alimentaire?

**P.I.:** S'ils nous donnent de la nourriture, nous l'accepterons, mais nous aurions préféré avoir des emplois. Mais nous accepterons la nourriture, étant donné que ce sont eux qui décident quoi donner.

**Enquêteur:** Vous voulez ajouter un mot?

**P.I.:** Ils peuvent aider à lutter contre l'insécurité alimentaire, mais ils ne peuvent pas nous nourrir continuellement, surtout parce que nous ne sommes pas les seuls dans le besoin.

**Enquêteur:** Savez-vous que vous pouvez toujours solliciter le type d'assistance que vous aimeriez recevoir du gouvernement?

**P.I.:** Si le gouvernement peut fournir des prêts aux femmes, nous pourrions faire de la vente au détail pendant que nos maris vaquent à leurs activités. Cela pourrait au moins fournir des repas trois fois par jour pour la famille. S'ils donnent quelque chose qui est rejetée par tous, ce n'est pas à moi de la prendre. Mais si tout le monde se met d'accord sur l'aide qu'ils fournissent, je le serai également. Si je ne reçois pas, j'accepterai la situation. Lorsque l'ONG qui était ici faisait de la distribution alimentaire, certaines personnes n'avaient rien reçu.

Étant donné les opinions fortes sur les emplois et la création d'emplois, cela a été un défi de faire ressortir les points de vue concernant les préférences sur la distribution alimentaire, les coupons alimentaires ou les transferts d'argent. En réponse à ces trois options, les personnes interrogées faisaient couramment des déclarations telles que: « Ce que je veux c'est un emploi » ou « Ce que je veux c'est une amélioration de l'irrigation ». Comme une personne interrogée d'Anse Rouge l'a fait remarquer, alors qu'on la pressait d'indiquer une préférence, trouver un consensus parmi les bénéficiaires d'une aide alimentaire est improbable.

Certaines personnes préfèrent recevoir de l'argent, certaines préfèrent recevoir de la nourriture. Certaines vendent même la nourriture pour pouvoir acheter d'autres biens tels que du savon ou du gaz. Ainsi, s'ils [le Gouvernement ou les donateurs] leur donnent de l'argent, elles pourraient acheter exactement ce dont elles ont besoin.

Dans ce commentaire, la personne interrogée est partie de l'idée que "n'importe quelle assistance serait bonne" à l'idée que "ce dont nous avons besoin c'est de l'argent". Cette opinion était courante à travers plusieurs réponses. Les personnes interrogées ont souvent décrit l'aide alimentaire (la distribution alimentaire et les coupons alimentaires) comme quelque chose qui aiderait, mais l'argent liquide est ce qui aiderait le plus les ménages. Une personne interrogée de Cerca la Source a fait remarquer:

Ce que je recommanderais, s'ils veulent vraiment nous aider, c'est de nous donner l'argent. Parce que lorsque vous avez plusieurs enfants, vous ne pouvez pas vous rendre au marché chaque jour pour acheter de la nourriture. Vous pourriez investir dans le commerce et vous seriez en mesure de nourrir vos enfants à partir de ce que vous gagnez.

Dans plusieurs entrevues au niveau du programme, Les personnes interrogées ont souligné le potentiel inconvenient de recevoir de l'argent liquide. Par exemple, une personne interrogée de Côtes-de-Fer a commenté:

Je préférerais qu'ils donnent des coupons, parce que les Haïtiens sont connus pour détourner les fonds. Si vous donnez de l'argent aux gens, ils pourraient s'en servir à des fins autres que l'achat d'aliments pour nourrir leur famille. S'ils reçoivent des coupons, ils n'ont d'autre choix que celui d'acheter la nourriture pour donner à leurs enfants et combattre l'insécurité alimentaire.

## E. Les pratiques WASH des ménages

Les pratiques WASH sont évaluées en fonction de trois indicateurs FFP standards: (1) le pourcentage de ménages utilisant une source améliorée d'eau potable, (2) le pourcentage de ménages utilisant une installation sanitaire améliorée et (3) le pourcentage de ménages ayant un produit nettoyant et de l'eau disponible au poste de lavage des mains. Le Tableau 4.2e résume les résultats pour ces indicateurs et le Tableau A13.1, reproduit à l'Annexe 13, fournit une ventilation plus ample des composantes pour chaque indicateur.

Les mauvaises pratiques WASH sont associées à une augmentation de la morbidité et de la mortalité, particulièrement pour les maladies diarrhéiques. Il est estimé mondialement que les sources d'eau améliorées réduisent la morbidité due à la diarrhée de 21 pour cent, que l'assainissement améliorée réduit la morbidité due à la diarrhée de 37,5 pour cent et que le simple geste de se laver les mains pendant les périodes critiques peut réduire le nombre de cas de diarrhée jusqu'à 35.<sup>43</sup> Les résultats pour les indicateurs sur la diarrhée chez les enfants dans la population cible sont discutés à la Section 4.4B.

Tableau 4.2e. Indicateurs FFP - Eau, Assainissement et Hygiène

Indicateurs FFP au niveau des ménages [Haïti, 2014]

### WASH (Tous les ménages)

Pourcentage utilisant une source améliorée d'eau potable <sup>1</sup>	39,5
Pourcentage utilisant des installations sanitaires améliorées <sup>2</sup>	15,8
Pourcentage ayant des produits nettoyants et de l'eau disponible au poste de lavage de mains	6,4
Nombre de ménages ayant répondu	2.235

<sup>1</sup> Les sources améliorées d'eau potable incluent l'adduction de l'eau au logement, une cour/parcelle, une colonne d'alimentation ou une conduite publique, un puits protégé dans la cour, un autre puits protégé, une source protégée, de l'eau de pluie, un vendeur d'eau, de l'eau en bouteille et une société de vente d'eau.

<sup>2</sup> Les installations sanitaires améliorées sont "non-partagées" et incluent un système de toilettes à chasse d'eau raccordé au tout-à-l'égout, une fosse septique ou une latrine à fosse simple, une latrine améliorée à fosse ventilé, une latrine à fosse recouverte d'une dalle, les toilettes à compost et des W.C. chimiques portatifs.

<sup>43</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Facts and Figures: Water, sanitation and hygiene links to health* [Faits et Nombres: les liens de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène avec la santé]. Disponible sur [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/factsfigures04/en/print.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/factsfigures04/en/print.html).

## Eau

Près de 40 pour cent des ménages de la zone de l'enquête utilisent une source d'eau potable améliorée. La définition d'une source d'eau potable améliorée comprend deux composantes: (1) le type de source d'eau et (2) la disponibilité de l'eau à la source. Les types de source d'eau potable améliorée incluent l'eau acheminée dans le logement ou dans la cour par une conduite, une colonne d'alimentation ou une tuyauterie publique, des puits ou des sources protégés, de l'eau de pluie, des vendeurs d'eau ou des sociétés de vente d'eau et de l'eau en bouteille. Si l'eau est déclarée comme indisponible à partir de la source pendant au moins un jour au cours des deux dernières semaines, alors la source n'est pas considérée comme améliorée. Même si 52,5 pour cent de tous les ménages ont rapporté qu'ils utilisent un type de source d'eau potable améliorée, le plus souvent un robinet public ou de l'eau conduite jusqu'à une colonne d'alimentation, 13 pour cent d'entre eux ont déclaré que l'eau était indisponible à partir de la source pendant au moins un jour durant les deux dernières semaines. Pour 91 pour cent des ménages dont la source d'eau n'était pas dans le logement ou dans la cour, le temps moyen nécessaire pour parvenir à la source d'eau, puiser l'eau et retourner au foyer était de 53 minutes.

Lorsqu'il leur a été demandé quelles méthodes sont utilisées pour rendre l'eau plus salubre, les personnes interrogées ont indiqué deux méthodes principales: (1) l'ajout de chlore ou d'eau de javel et (2) l'utilisation d'Aquatabs® [des tablettes de purification de l'eau]. Environ 27 pour cent des ménages ont rapporté ne rien faire pour rendre leur eau plus salubre.

Conformément aux conclusions de l'enquête, la plupart des personnes interrogées pour l'étude qualitative ont indiqué qu'elles utilisent l'eau d'un robinet public ou d'une citerne. Elles ont également indiqué que ces sources d'eau ont souvent des périodes où elles sont indisponibles. Les sources d'eau améliorées telles que les conduites d'eau vers le logement ou l'eau embouteillée ont été décrites comme indisponibles ou inabordables. Quelques personnes interrogées ont rapporté acheter de l'eau embouteillée par gallons lorsque les ressources financières requises sont disponibles. Quelques personnes interrogées ont rapporté utiliser de l'eau de source comme seule source d'eau ou comme une source secondaire pour un usage domestique en plus de la cuisine et de la consommation. Seules quelques personnes interrogées ont indiqué devoir franchir de longues distances (de plus de 30 minutes) pour aller chercher l'eau; le plus souvent, le besoin de se déplacer est dû au fait que la source d'eau la plus proche ne fonctionne pas. La réponse suivante d'une personne interrogée à Jean-Rabel caractérise les tendances et la débrouillardise nécessaire pour se procurer de l'eau:

Nous avons l'habitude de nous procurer de l'eau auprès de la société nationale de distribution d'eau à travers cette conduite d'eau, ici. Mais étant donné que je lui dois de l'argent et que je ne peux payer, le service a été suspendu. Depuis, j'achète de l'eau: trois seaux d'eau à cinq (5) gourdes [0,12 dollars US au moment de l'entrevue]. Mais heureusement que la conduite qui appartient à ce restaurant-là passe à travers ma cour. Alors, j'y ai mis un raccordement et j'y prends de l'eau. Si la société d'eau le découvre, elle coupera le tuyau et je devrai recommencer à acheter des seaux d'eau.

La disponibilité de l'eau est saisonnière. Durant la saison pluvieuse, l'eau de robinet ou de source est généralement facilement disponible, mais ensuite elle est rare pendant la saison sèche. Les personnes interrogées ont rapporté que le robinet ou la citerne de leur communauté avait été endommagé(e) pendant plusieurs mois sans personne pour le/la réparer, avec peu de choix pour le financement de la réparation.

Comme indiqué par les données de l'enquête auprès des ménages, la plupart des personnes interrogées comprennent la nécessité de traiter l'eau qu'elles boivent avec des Aquatabs® ou en la faisant bouillir, afin d'éviter de potentielles infections, ce qui est vraisemblablement le résultat des nombreuses campagnes de sensibilisation qui ont été mises en œuvre. Une personne interrogée lors d'une entrevue au niveau du programme aux Gonaïves s'est étendue sur l'une de ces activités:

Nous avons de fréquentes séances avec les gens sur la façon de purifier l'eau qu'ils boivent. Durant ces séances, nous leur distribuons des tablettes de chlore. Certaines personnes continuent à boire l'eau sans la purifier. Certaines n'ont pas les moyens d'acheter de l'eau potable, alors elles boivent l'eau telle quelle.

Certaines personnes interrogées ont partagé qu'elles ne sont pas toujours en mesure de purifier l'eau qu'elles boivent comme conseillé car elles manquent d'argent pour acheter les tablettes de chlore, comme le fait remarquer cette personne interrogée aux Gonaïves:

Si nous ne traitons pas l'eau, elle peut nous causer une infection. Parfois vous n'avez pas l'argent pour acheter l'eau purifiée. Lorsque je n'ai pas l'argent pour acheter l'eau purifiée, je l'obtiens de la citerne. Lorsque je peux, j'y mets des *Aquatabs* ou du chlore. Si je ne peux pas me permettre le chlore, je la bois tout simplement.

### Assainissement

Les résultats de l'enquête auprès des ménages indiquent que 16 pour cent des ménages ont rapporté utiliser une installation sanitaire améliorée non-partagée ; de ceux-là, la majorité a rapporté utiliser une latrine à fosse recouverte d'une dalle (11 pour cent). Un autre 18 pour cent a rapporté utiliser une installation sanitaire améliorée partagée. Les ménages qui n'utilisent pas une installation sanitaire améliorée partagée ou non-partagée utilisent soit une fosse ouverte (25 pour cent) ou rien (42 pour cent).

La majorité des personnes interrogées lors des entrevues sur la qualité ont dit que le fait d'avoir une latrine améliorée non-partagée serait idéal et ce qu'elles préfèrent. Une grande partie de ce qui est compris au sujet des latrines semble être le résultat de campagnes d'information et de sensibilisation passées et en cours menées par des Organisations non gouvernementales (ONG). Dans les zones situées sur ou à proximité de la frontière avec la République Dominicaine, plusieurs personnes interrogées ont indiqué que le Gouvernement Dominicain a eu des programmes pour fournir des latrines. Cependant, pour la plupart des personnes interrogées, avoir une latrine améliorée non-partagée n'est pas abordable. Le coût initial associé à la construction d'une latrine améliorée et le coût d'entretien de l'installation présentent des défis financiers. Plusieurs personnes interrogées ont décrit en détail le besoin non satisfait d'améliorer les installations sanitaires avec davantage de structures telles que des portes, des fosses et des murs cimentés afin d'aider à contenir les odeurs et les infections et pour fournir davantage de sécurité, surtout pour les enfants. Quelques personnes interrogées vivent dans des maisons louées et n'ont pas l'autorisation ou les moyens de bâtir leur propres latrines ; auquel cas, elles utilisent celles de leurs voisins ou de la commune. Les extraits reproduits ci-après sont tirés des entrevues portant sur certains des obstacles autres que les contraintes financières qui empêchent de bâtir des latrines:

**P.I. (Hinche):** Nous avons une latrine mais elle est hors d'usage. Nous devons sortir pour aller aux latrines publiques. Il n'y a pas vraiment de latrines dans la zone. Ce que nous avons, c'était un trou recouvert d'un morceau de bois. La pluie a tout gâché. Nous n'avons pas les moyens de bâtir une qui soit solide avec des blocs.

**P.I. (Anse-à-Galets):** Les gens de la zone de Sous-Saline ont des difficultés à construire des latrines parce qu'ils sont trop près de la mer. A chaque fois qu'ils commencent à creuser jusqu'à cinq (5) pieds, ils rencontrent de l'eau. Sinon, la plupart des gens dans la zone ont des latrines.

La plupart des personnes interrogées ont indiqué utiliser des latrines non-améliorées en raison de contraintes financières et autres. Un exemple d'alternative est la pratique de creuser un simple trou pour déféquer ou la défécation près de l'océan. Comme l'indique l'enquête auprès des ménages, la défécation sauvage est courante. En effet, une personne interrogée lors d'une entrevue au niveau du

programme aux Gonaïves a indiqué que le nombre de personnes faisant leurs besoins dans les buissons est vraisemblablement plus élevé que ce qui est auto-déclaré : « Je pourrais estimer que la moitié de la population ne possède pas de latrines ». Ils le font à même le sol dans les buissons. C'est ce qui explique plusieurs cas de typhoïde.”

### **Lavage des mains**

Les enquêteurs auprès des ménages ont observé la présence d'eau et de savon, de détergent, ou d'un autre produit nettoyant à l'endroit où se lavent les mains dans seulement 6 pour cent des ménages. Toutefois, les personnes interrogées pour l'étude qualitative semblaient être conscientes de l'importance de se laver les mains. Plus particulièrement, plusieurs personnes interrogées considéraient le lavage des mains comme essentiel pour éviter la transmission de microbes et prévenir le choléra. Les moments pour se laver les mains mentionnés le plus souvent étaient : après avoir fait ses besoins et avant de manger. Les autres moments souvent mentionnés comme aussi importants étaient : avant de nourrir un enfant, lorsque les mains paraissent sales, et, dans quelques cas, avant de cuisiner. Un petit nombre de personnes interrogées a dit qu'il est nécessaire de se laver les mains seulement quand elles sont visiblement sales, comme décrit par une personne interrogée à Anse Rouge : « Si vous avez de la saleté ou de la graisse sur les mains, vous devez utiliser du savon ou du détergent de lessive ; autrement, vos mains auront toujours cette saleté ». Bien que presque toutes les personnes interrogées aient dit que l'eau et le savon sont tous deux nécessaires pour se laver les mains convenablement, certains ont déclaré que l'eau et le savon ne sont pas toujours facilement disponibles. Du citron, du détergeant, des feuilles, de l'alcool, de la cendre ou du chlore ont été quelques-uns des produits mentionnés par les personnes interrogées pour remplacer le savon. Une personne interrogée à Anse Rouge a décrit ce qui est fait lorsque le savon est indisponible: « Je me lave les mains après avoir utilisé la toilette si je peux trouver de l'eau. J'utilise du savon. Vous pourriez trouver du savon, mais pas toujours. Lorsque je n'ai pas de savon, je verse tout simplement de l'eau sur mes mains ».

## **4.2 Indicateurs sur la santé et l'état nutritionnel des femmes**

### **A. Anthropométrie des femmes**

Le module de l'enquête auprès des ménages relatif aux femmes a été appliqué à une femme ayant entre 15 et 49 ans dans chaque ménage. Un total de 1 542 femmes ont été interviewées, parmi lesquelles 171 étaient enceintes ou avaient donné naissance au cours des deux mois précédents (postpartum). Des mesures anthropométriques valides ont été prises pour 1 339 femmes. Ces mesures manquaient ou étaient invalides pour 32 femmes.

L'état nutritionnel des femmes a été évalué en utilisant l'indice de la masse corporelle (IMC), obtenu en utilisant les mesures de taille et de poids de femmes ayant entre 15 et 49 ans qui n'étaient pas en grossesse et n'étaient pas à deux mois de postpartum. L'IMC, exprimé en tant que ratio du poids en kilogrammes sur le carré de la taille en mètres ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), a été utilisé pour mesurer la prévalence de femmes souffrant d'insuffisance pondérale. Un IMC en-dessous de 18,5 indique une insuffisance pondérale ou une malnutrition aiguë et est associé à une augmentation de la mortalité.

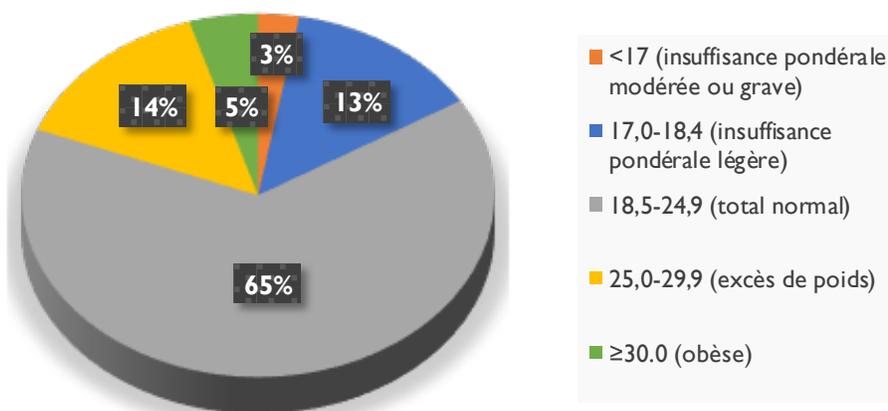
Environ deux tiers (65 pour cent) des femmes de la population de l'enquête a un IMC dans l'intervalle normal (18,5-24,9), 16 pour cent peuvent être considérées comme souffrant d'insuffisance pondérale ( $\text{IMC} < 18,5$ ), et 3 pour cent sont dans la fourchette d'insuffisance pondérale modérée à grave ( $\text{IMC} < 17$ ). Près de 19 pour cent des femmes ont un excès de poids ou sont obèses, avec 14 pour cent considérées comme ayant un excès de poids ( $\text{IMC} \geq 25$  et  $< 30$ ) et 5 pour cent considérées comme étant obèses ( $\text{IMC} \geq 30$ ).

Tableau 4.3a. Indicateurs *FFP* - Femmes souffrant d'insuffisance pondérale  
Indicateurs au niveau des femmes [Haïti, 2014]

	Total
Prévalence de femmes souffrant d'insuffisance pondérale <sup>1</sup>	16,2
Nombre de femmes éligibles (15-49 ans) avec des mensurations valides	1.339

<sup>1</sup> Exclut les femmes en grossesse et en postpartum (naissance durant les 2 mois précédents).

**Tableau 4.3 Indice de masse corporelle (IMC)  
Femmes entre 15 et 49 ans**



## B. Diversité alimentaire chez les femmes

L'indice de la diversité alimentaire chez les femmes (WDDS) est calculé à partir de neuf groupes alimentaires capitaux. Cet indicateur validé mesure l'apport en micronutriments du régime et fait le rapport du nombre moyen de groupes alimentaires consommés le jour précédent par les femmes en âge de procréer (15-49 ans). L'indicateur est calculé en faisant la moyenne du nombre de groupes alimentaires consommés sur les neuf groupes alimentaires pour toutes les femmes. Les résultats de l'enquête indiquent que les femmes consomment en moyenne, 3,5 des 9 groupes alimentaires de base. Comme illustré dans le Tableau 4.3b, les graines, les racines et les tubercules (98 pour cent) et les légumes et les noix (79 pour cent) sont les groupes alimentaires les plus fréquemment consommés par les femmes, alors que les abats (3 pour cent) et les produits laitiers (14 pour cent) sont les moins souvent consommés.

Tableau 4.3b. Indicateurs FFP - Diversité alimentaire chez les femmes  
Indicateurs au niveau des femmes [Haïti, 2014]

	Total
Indice de la diversité alimentaire chez les femmes	3,5
Pourcentage de femmes consommant des groupes alimentaires:	
Graines, racines et tubercules	97,6
Légumes et noix	78,7
Produits laitiers (lait, yaourt, fromage)	13,8
Abats	3,4
Œufs	14,1
Aliments à chair et autre protéine de petits animaux	41,0
Légumes feuilles vertes foncées riches en vitamine A	33,7
Autres légumes et fruits riches en vitamine A	28,9
Autres fruits et légumes	39,5
Nombre de femmes ayant répondu (15-49 ans)	1.542

<sup>1</sup> Exclut les femmes enceintes ou en postpartum (naissance durant les 2 mois précédents).

Les deux indices de l'indicateur de la santé et de la nutrition des femmes, indiquent que la plupart des femmes—même celles qui manquent de diversité dans leur régime alimentaire—conservent encore un IMC sain. Gardant cela à l'esprit, l'étude qualitative a exploré les pratiques et les choix liés à l'alimentation dans la vie des femmes. Cela incluait la consommation alimentaire des femmes en général, le rôle du genre dans l'allocation de nourriture dans les ménages et les croyances ou tabous relatifs à certains aliments et les expériences vécues pendant la grossesse. Cette recherche visait à mettre en évidence les perceptions liées à l'alimentation et à la santé et certaines des vulnérabilités et des défis auxquels font face les ménages. Ces types de subtilité peuvent influencer sur les options dont disposent les femmes pour augmenter la diversité de leur alimentation.

Des participants à l'étude qualitative ont indiqué que les femmes tendent à avoir la principale responsabilité dans la préparation de la nourriture dans les ménages, mais les aliments définis selon le genre ne semblent pas être courants. Les hommes et les femmes mangent généralement les mêmes aliments, même si les individus ont des préférences en matière de goût, qui sont accommodées dans la mesure où les ressources financières requises sont disponibles. Une personne interrogée dans un débat de groupe de discussion à Jean-Rabel a résumé comme suit les options des femmes pour augmenter la diversité alimentaire dans le ménage: « En général, comme la femme est celle qui gère cette affaire [ce qu'il faut préparer à manger], elle décide ce qui peut être fait en fonction des ressources disponibles ».

Les personnes interrogées lors de l'étude qualitative, aussi bien les hommes que les femmes, étaient généralement attentifs à la consommation alimentaire des femmes enceintes. Dans de nombreux cas, ils étaient bien conscients que la consommation d'aliments variés et nutritifs pendant la grossesse était important. Un mari, aux Gonaïves, a par exemple fait remarquer qu'il sent qu'il a l'obligation de s'assurer que sa femme enceinte mange convenablement:

**Enquêteur:** Etant donné que vous avez un bébé de 8 mois, lorsque votre femme était en grossesse, y-t-il eu des moments où vous ou n'importe quel autre membre de votre maison avez senti qu'il fallait que vous lui réserviez un peu de votre nourriture pour faire en sorte qu'elle mange davantage—même si vous n'étiez pas rassasié?

**P.I.:** C'est moi qui le fais puisque que c'est moi le chef de la maison.

**Enquêteur:** Vous aviez l'habitude de faire cela — mettre de côté un peu de votre nourriture afin que votre femme puisse en avoir davantage?

**P.I.:** Oui, car elle est enceinte et a besoin de manger davantage. Lorsque je réalisais que ce qui avait été préparé comme nourriture n'était pas suffisant, en tant que mari, je devais manger moins et lui donner un peu de ma nourriture. S'il y en avait assez, je n'aurais pas à le faire.

Les données qualitatives ont révélé que, comme dans presque toutes les parties du monde, on prête aux aliments des significations culturelles. Les croyances tournent souvent autour d'aliments perçus comme capables d'infliger le mal ou la malchance et, en conséquence, sont considérés comme tabous. S'il est potentiellement utile de comprendre que les personnes interrogées à Thiotte par exemple, ressentent que les hommes ne mangent pas de chayotte (mirliton) parce que cela entrave leur vitalité sexuelle, souvent, les caractéristiques les plus saillantes sont les nuances des tabous et particulièrement la façon dont elles sont adaptées pour accommoder des croyances différentes ou nouvelles. Dans l'entretien qui suit, une personne interrogée à Anse-à-Galets considère un tabou au sujet des œufs bouillis et, dans un sens, élargit la compréhension du tabou pour affirmer que les œufs et les poules importés et mangés en Haïti ont moins de vitamines :

Une personne interrogée lors d'un débat en groupe de discussion à Jean-Rabel utilise le même tabou observé au sujet des œufs pour attirer l'attention sur les préférences perçues pour les œufs importés:

**Enquêteur:** J'avais l'habitude d'entendre dire que les femmes enceintes ne devraient pas boire de l'eau de coco ou manger des œufs bouillis, est-ce vrai selon vous?

**P.I.:** Je ne sais pas pour l'eau de coco, mais j'entends dire que vous ne devriez pas manger des œufs bouillis durant votre première grossesse. A part ça, les femmes enceintes devraient manger les œufs et les poules locaux car ils contiennent davantage de vitamines.

**Enquêteur:** Dans certaines zones ils disent que les femmes enceintes ne devraient pas manger d'œufs ?

**P.I.:** Parfois, ils [les œufs] sont la cause de leur problème de santé. Parce qu'elles pourraient avoir tous les aliments disponibles dans leurs jardins, mais elles préféreraient les vendre et acheter ces aliments importés. Elles pourraient avoir la poule dans leur basse-cour, mais elles vont la vendre au marché et retournent au foyer avec des œufs *pèpè* [œufs importés de la République Dominicaine].

Des pensées spécifiques, et même un plaidoyer, à propos des aliments riches en protéines tels que la viande de poulet et les œufs, sont pertinents pour augmenter la diversité de l'alimentation des femmes.

Les personnes interrogées ont systématiquement démontrées qu'elles étaient conscientes de l'importance de rechercher des services de soins de santé et d'adhérer aux pratiques de recherche de la santé recommandées par les médecins. L'échange qui suit, tiré d'un débat d'un groupe de discussion à Anse Rouge, illustre certaines de ces attitudes et dynamiques:

**Enquêteur:** Alors, quel est le premier endroit où vous vous rendez lorsque vous êtes malade?

**P.I.:** Dans ma famille, lorsque nous sommes malades, nous allons à l'hôpital. A part ça, nous prions Dieu.

**P.I.:** Cela dépend des croyances des gens. Certaines personnes vont à la Plaine-de-l'Arbre, où il y a un aide-infirmier qui prétend être médecin. Il se pourrait que les médicaments qu'il administre soient bons, mais les gens croient en lui.

**Enquêteur:** Lorsque vous ne trouvez pas de solution à votre problème de santé à l'hôpital, n'essayez-vous pas de trouver une solution ailleurs?

**P.I.:** Comme je viens de vous le dire, dans ma famille ce ne sont que les médecins et Dieu.

**P.I.:** Nous comprenons ce que Mlle Gertrude essaie de dire. Plusieurs personnes croient en des choses différentes. Certaines personnes avaient l'habitude de se rendre chez un prêtre du vodou lorsque les médecins ne pouvaient pas résoudre leur problème. Quant à moi, ma croyance est en Dieu, il est celui qui fait tout pour moi. Je ne connais rien d'autre ni ne veux connaître rien d'autre.

La connaissance, le désir de consulter le médecin et la foi ne peuvent cependant pas toujours compenser les défis plus larges tels que les finances, la disponibilité des services et le transport. Alors que certains de ces défis sont régionalement spécifiques à Haïti, certaines composantes communes globales prévalent. Les personnes peuvent faire face aux difficultés et les atténuer, mais le besoin est pour des solutions à plus long-terme et plus structurelles et systémiques, comme suggéré par une personne interrogée à Anse-à-Galets:

Le plus grand défi pour les femmes enceintes ici est le manque de bons soins de santé. Il n'y a aucun centre de santé pour les aider. Une ONG a construit quelques centres de santé ici, mais ils ne sont pas équipés. Il y a une infirmière dans chacun d'entre eux et elle est la seule à tout faire. Il n'y a aucun médecin disponible pour examiner les gens après le triage de l'infirmière. L'infirmière sert de médecin, d'infirmière et d'auxiliaire. Les femmes enceintes ici ne trouvent pas de soins de santé adéquats. La distance entre leur localité et le seul hôpital qui est situé à Anse-à-Galets est tellement longue que souvent, le temps pour elles d'arriver à l'hôpital pour recevoir les soins, elles meurent en route.

### 4.3 Indicateurs sur la santé et l'état nutritionnel des enfants

#### A. Retard de croissance et insuffisance pondérale

Les indicateurs anthropométriques pour les enfants de moins de cinq (5) ans, fournissent des mesures de résultats de l'état nutritionnel. Les mesures de la taille (la longueur) et du poids sont prises en utilisant des procédures standardisées et sont ensuite comparées avec les Normes 2006 de l'OMS en matière de croissance de l'enfant, qui sont basées sur un échantillon international d'une diversité ethnique, culturelle et génétique d'enfants en bonne santé, vivant dans des conditions optimales qui sont propices à la réalisation du potentiel génétique de croissance total d'un enfant. L'utilisation des Normes 2006 de l'OMS en matière de croissance de l'enfant part de l'hypothèse que les enfants bien nourris de tous les groupes démographiques pour lesquels des données existent, suivent des schémas de croissance similaires avant la puberté.

Le poids pour l'âge prend en compte les malnutritions tant chroniques qu'aiguës et est souvent utilisé pour contrôler le statut nutritionnel de manière longitudinale. Les enfants situés deux points en-dessous des écarts types (-2 ET) de la médiane démographique des Normes de l'OMS en matière de croissance de l'enfant pour le poids pour l'âge peuvent être considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale.

Le retard de croissance est mesuré en utilisant l'indice de la taille pour l'âge, qui donne une indication du retard de croissance linéaire parmi les enfants. Les enfants situés deux points en-dessous des écarts

types (-2 ET) de la médiane démographique pour la taille pour l'âge, peuvent être considérés de petite taille pour leur âge (souffrant de retard de croissance) ou chroniquement malnutris. Un retard de croissance linéaire grave (retard de croissance) reflète le résultat du défaut de nutrition adéquate pendant plusieurs années et est également affecté par des maladies récurrentes et chroniques. La taille pour l'âge constitue, de ce fait, une mesure des effets à long-terme de la malnutrition au sein d'une population et ne varie pas de façon appréciable selon la saison où les données sont collectées.

Les mesures pour l'âge, de la taille et du poids ont été obtenues pour 1 442 enfants de moins de cinq (5) ans. Ces mesures ont été utilisées pour calculer deux (2) indicateurs:

- La prévalence des enfants de moins de cinq (5) ans souffrant d'insuffisance pondérale (poids pour âge) ;
- La prévalence des enfants de moins de cinq (5) ans souffrant de retard de croissance (taille-pour-âge).

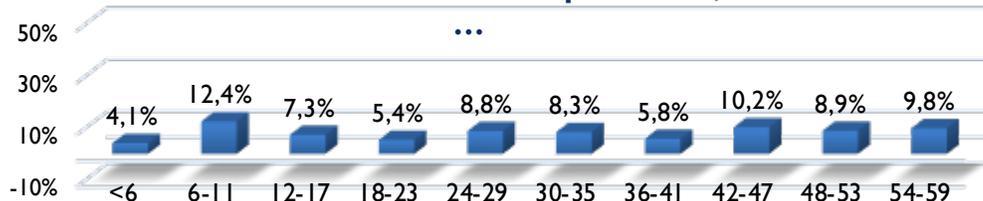
Le Tableau 4.4a fournit les résultats pour les indicateurs anthropométriques.

Tableau 4.4a. Indicateurs FFP - Etat nutritionnel des enfants	
Indicateurs FFP au niveau des enfants, par sexe [Haïti, 2014]	
	Total
<b>Etat nutritionnel des enfants (Enfants de moins de cinq (ans d'âge)</b>	
Prévalence des enfants souffrant d'insuffisance pondérale	
Garçons	8,4
Filles	7,7
Total	8,0
Nombre d'enfants (de moins de 5 ans)	
	1.442
Prévalence des enfants souffrant de retard de croissance	
Garçons	20,4
Filles	18,0
Total	19,2
Nombre d'enfants (de moins de 5 ans d'âge)	
	1.442

Les résultats de l'enquête auprès des ménages indiquent que 8 pour cent des enfants de moins de cinq ans souffrent d'une insuffisance pondérale modérée ou grave (deux points en-dessous des écarts types (-2 ET) de la médiane). Comme démontrée au Tableau 4.4a, la proportion d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale est le plus faible chez les enfants de moins de six mois et la plus élevée chez les enfants de 6-11 mois. Les enfants plus âgés souffrent légèrement plus d'insuffisance pondérale que les plus jeunes. Les estimations pour les sous-groupes d'enfants sont toutefois sujettes à des erreurs d'échantillonnage plus substantielles, et ainsi, ces différences peuvent ne pas être considérables. En effet, un test statistique qui prend en compte la mise en grappes de l'échantillon, ne trouve aucune différence remarquable parmi les différents groupes d'âges présentés au Tableau 4.4a ( $p = .31$ ).<sup>44</sup>

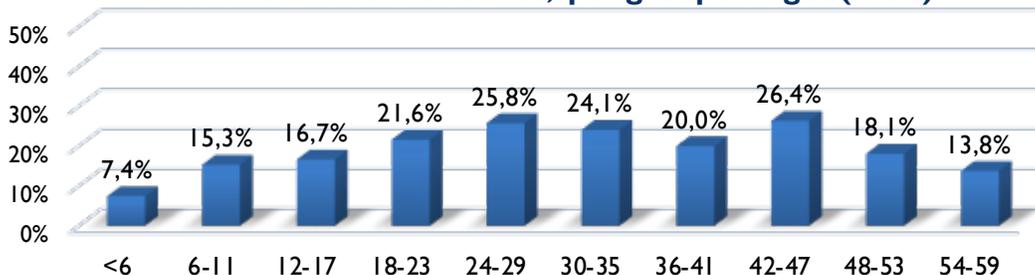
<sup>44</sup> Expérimentation basée sur un test du Chi carré ajusté de second ordre de Rao-Scott, une généralisation du test du Chi carré de Pearson de l'Indépendance pour les tables de contingence pour des échantillons complexes, avec des erreurs standard calculées en utilisant une linéarisation en série de Taylor.

**Tableau 4.4a Prévalence des enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale,**



L'enquête indique aussi que 19 pour cent des enfants de moins de cinq (5) ans, souffrent de retard de croissance (deux points en-dessous des écarts types (-2 ET) de la médiane). Comme démontré au Tableau 4.4b, la prévalence du retard de croissance augmente de façon constante au fur et à mesure que l'enfant prend de l'âge, jusqu'à 24-29 mois. Un test statistique qui prend en compte la mise en grappes de l'échantillon, indique que les différences parmi ces sous-groupes d'âges sont considérables ( $p < 0.01$ ).<sup>45</sup>

**Tableau 4.4b Prévalence des enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance, par groupe d'âges (mois)**



Pour mieux comprendre les pratiques et croyances qui sont des facteurs potentiels dans les taux de retard de croissance, les enquêteurs ont posé une série de questions dans le cadre de l'étude qualitative à propos de la manière dont les personnes interrogées se sentent vis-à-vis de la taille, du poids, du développement, de la consommation alimentaire et de la santé globale de leurs enfants. Dans toutes les questions, les enquêteurs ont évité d'utiliser le terme « malnutrition », et pourtant, les personnes interrogées ont systématiquement orienté la conversation vers une discussion sur la malnutrition, formulée en tant que telle. Plus précisément, les mots *malnitrisyon* [malnutrition] et *malnitri* [malnutri] du créole haïtien ont été fréquemment utilisés, tout comme l'a été la phrase : *li pa byen nourri* [il/elle (l'enfant) n'est pas bien nourri].

Les données qualitatives indiquent une certaine compréhension des causes de la malnutrition. Plusieurs personnes interrogées ont parlé des façons dont la malnutrition infantile résulte de l'indisponibilité des aliments ou du manque de ressources financières pour acheter de la nourriture. Ce qui revenait souvent parmi les personnes interrogées était l'identification de l'importance des vitamines dans la croissance et le développement des enfants. Une personne interrogée à Hinche a fait remarquer: « Si les parents n'ont pas les moyens de bien les nourrir, ils manqueront de certaines vitamines et ne se développeront pas bien ». Dans ce commentaire, il est important de reconnaître que la personne interrogée ne parle pas de son expérience personnelle mais qu'elle se réfère plutôt à d'autres parents et à d'autres enfants. La malnutrition est un sujet sensible, et se référer à d'autres enfants aide la personne interrogée à prendre de la distance par rapport à la malnutrition. En effet, les données qualitatives

<sup>45</sup> Ibid.

incluent des exemples tels que le dialogue qui suivant tiré d'une entrevue à Côtes-de-Fer, où les personnes interrogées semblent fières de la santé de leurs enfants et essaient en même temps de contrebalancer les stigmatisations perçues du fait d'avoir des enfants malnutris:

De nombreuses personnes interrogées ont mentionné des programmes de santé maternelle et infantile dans leurs communautés, incluant l'observation du rôle des agents de santé dans les zones tel que le suivi sur la croissance, la sensibilisation sur la nutrition et l'allaitement, la synchronisation et l'organisation de l'introduction d'aliments complémentaires et la prévention et le traitement de maladies infantiles.

**Enquêteur:** Que dit le médecin au sujet de la taille de vos enfants?

**P.I.:** Le médecin ne m'a jamais dit que la taille de mes enfants était inappropriée. Mes enfants ne sont jamais atteints de malnutrition.

**Enquêteur:** Le médecin ne dit jamais qu'il y a quelque chose qui va mal avec vos enfants?

**P.I.:** J'ai 10 enfants mais les médecins ne m'ont jamais dit qu'il y a quelque chose qui va mal avec mes enfants.

**Enquêteur:** Que vous disent-ils?

**P.I.:** Ils me complimentent toujours pour mes enfants. Je n'ai jamais eu d'enfants malnutris. Mon plus jeune a 15 ans ; c'est trop tard pour qu'elle soit atteinte de malnutrition.

**Enquêteur:** Quand les médecins vous complimentent, vous êtes d'accord?

**P.I.:** Oh oui.

Plusieurs réponses ont montré une certaine frustration dû au fait que ces programmes semblent cibler des populations spécifiques ou seulement certaines familles. Les personnes interrogées ont exprimé la préoccupation que quelques fois, cela crée une tension dans la communauté. Une personne interrogée dans un groupe de discussion à Jean-Rabel a, par exemple, fait remarquer les dilemmes existant parce qu'aucun programme d'aide alimentaire ne peut atteindre tout le monde.

L'intérêt pour des stratégies plus durables était un thème récurrent à travers les entrevues et débats en groupe de discussion. Un petit groupe de personnes mais ayant une forte volonté, ont plaidé pour une planification familiale améliorée en tant que stratégie importante à long-terme. Dans presque toutes les 14 entrevues au niveau du programme, les personnes interrogées qui étaient principalement des dirigeants communautaires tels que des cadres du gouvernement, des agents de santé communautaires et des prestataires de soins de santé, ont décrit la façon dont plusieurs familles dans leur communauté, ont plus d'enfants qu'elles ne peuvent se permettre de nourrir. Les personnes interrogées au niveau des ménages et à travers les débats en groupe de discussion, avaient généralement eu une opinion moins arrêtée concernant l'établissement de connexions entre un manque de planification familiale et les cas de malnutrition chez les enfants. Les personnes interrogées ont cependant mentionné certaines des approches en matière de planification familiale et leurs rôles dans la dynamique des pouvoirs dans les mariages. Une femme interrogée aux Gonaïves a identifié l'un des principaux dilemmes: « Tant que vous avez un mari, vous ne pouvez pas dire que vous n'aurez plus d'enfants ».

### **Indicateurs prévisionnels du retard de croissance**

Des analyses multivariées ont été effectuées pour approfondir la compréhension des causes de la malnutrition chez les enfants en utilisant la méthode HAZ chez les enfants de moins de 24 mois, une mesure du retard de croissance et un indicateur critique de la malnutrition. Un modèle de régression des moindres carrés ordinaires a été tenté, bien que cela ait révélé des résultats contre-intuitifs et un faible pouvoir d'explication ( $R^2 = 0,15$ ).

Ce pouvoir d'explication relativement faible n'est pas surprenant, considérant que le modèle inclut seulement un sous-ensemble limité des indicateurs prévisionnels que la documentation identifie comme pertinents. Les données sur d'importants indicateurs prévisionnels au niveau des enfants, qui n'ont pas

été recueillies dans le cadre de l'étude de base du Titre II, incluent le poids à la naissance, la durée et l'initiation à l'allaitement, le statut vaccinal et l'apport en suppléments de fer, de zinc ou de vitamine A.

Des indicateurs prévisionnels importants au niveau des mères concernant la méthode HAZ pour les enfants ont été omis également, y compris l'IMC et la taille des mères, et la santé maternelle ou l'apport en suppléments de zinc, de fer et d'acide folique ou de micronutriments aux mères durant la grossesse.

En raison du faible pouvoir d'explication et des résultats contre-intuitifs, les modèles multivariés sont d'une utilité limitée et sont discutés seulement à l'Annexe 8. Les enquêtes sur la sécurité alimentaire à venir peuvent tenter d'obtenir des modèles mieux ajustés en incorporant quelques-uns des indicateurs prévisionnels au niveau des enfants et des mères discutés plus tôt.

## **B. Diarrhée et soluté de réhydratation orale**

La déshydratation causée par une diarrhée grave est une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les jeunes enfants, même si la condition peut être facilement traitée avec la solution de réhydratation orale (SRO). Une exposition aux agents causant la diarrhée est fréquemment liée à l'utilisation d'eau contaminée et à des pratiques insalubres dans la préparation de la nourriture et l'évacuation des excréments. Il a été demandé aux personnes qui donnent des soins si des enfants de moins de cinq ans avaient eu la diarrhée à un moment donné durant la période de deux semaines précédant l'enquête. Si l'enfant avait eu la diarrhée, la personne qui donne des soins était interrogée à propos des pratiques d'alimentation pendant la période de la diarrhée. On lui demandait si des conseils ou un traitement avaient été recherchés et si de l'ORT avait été administré à l'enfant. Les types de SRO incluaient une solution de réhydratation orale, une solution-maison à base d'eau, de sucre et de sel ou des quantités accrues de liquides. Il avait été demandé également aux personnes qui donnent des soins si les selles de l'enfant contenaient du sang, ce qui peut indiquer d'autres maladies qui doivent être traitées différemment de la diarrhée qui ne présente pas de sang dans les selles.

Le Tableau 4.4b montre les résultats pour les deux indicateurs FFP: (1) le pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines et (2) le pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée qui ont été traités avec du SRO. Globalement, environ un quart de tous les enfants de moins de cinq ans ont eu la diarrhée pendant les deux semaines précédant l'enquête. Les personnes qui donnent des soins ont rapporté que 14 pour cent des enfants qui ont eu la diarrhée avaient du sang dans leurs selles.

Près de la moitié des personnes qui donnent des soins ont rapporté avoir recherché des conseils ou un traitement pour les enfants atteints de diarrhée, et 67 pour cent de ces enfants ont été traité à l'aide du SRO, qui peut être administré avec un ou davantage de types de traitement. La solution de réhydratation orale a été utilisée pour 41 pour cent des enfants, un sérum oral vendu dans un magasin ou dans une pharmacie a été utilisé pour 8 pour cent des enfants, et une solution-maison à base de sucre et de sel a été utilisée pour 6 pour cent des enfants. Les personnes qui donnent des soins ont rapporté avoir augmenté la quantité de liquides de 38 pour cent des enfants ayant la diarrhée et avoir utilisé d'autres traitements tels que des antibiotiques et des remèdes-maison, pour 4 pour cent des enfants souffrant de diarrhée.

Une analyse bidimensionnelle de la relation entre les enfants atteints de diarrhée et les pratiques WASH (voir le Tableau A13.4 à l'Annexe 13), indique que les enfants vivant dans les ménages qui adoptent des pratiques WASH améliorées tendent à avoir de taux de diarrhée inférieurs à ceux vivant dans les ménages sans pratiques WASH. La prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans vivant dans des ménages pourvus d'une installation sanitaire améliorée non-partagée était plus faible (19 pour cent) comparée celle chez les enfants vivant dans des ménages ayant une installation sanitaire non-améliorée (27 pour cent). Les enfants vivant dans des ménages ayant une source d'eau potable améliorée connaissaient également une prévalence inférieure de la diarrhée (22 pour cent) par rapport aux enfants vivant dans des ménages sans source d'eau potable améliorée (28 pour cent). Enfin, les enfants vivant dans des ménages ayant du savon et de l'eau près du poste de lavage des mains connaissaient une prévalence inférieure de la diarrhée (17 pour cent) par rapport aux enfants vivant dans des ménages sans savon et eau à côté du poste de lavage des mains (26 pour cent).

Tableau 4.4b. Indicateurs *FFP* - Diarrhée chez les enfants et *SRO*  
Indicateurs *FFP* au niveau des enfants, par sexe [Haïti, 2014]

	Total
<b>Diarrhée chez les enfants et <i>SRO</i> (enfants de moins de cinq (5) ans d'âge)</b>	
Pourcentage d'enfants qui ont eu la diarrhée pendant les deux dernières semaines	
Garçons	27,3
Filles	24,0
Total	25,6
Nombre d'enfants (de moins de 5 ans)	
1.457	
Pourcentage d'enfants ayant la diarrhée, traités avec l' <i>ORT</i> <sup>1</sup>	
Garçons	65,7
Filles	68,5
Total	67,1
Nombre d'enfants (de moins de 5 ans) ayant la diarrhée	
372	

<sup>1</sup> Inclut le sérum oral vendu dans un magasin ou une pharmacie, les sels de réhydratation orale (*ORS*), la solution-maison à base d'eau, de sucre et de sel ou des quantités accrues de fluides.

Les données qualitatives indiquent que les personnes interrogées ont non seulement reconnu les symptômes de la diarrhée, mais connaissaient aussi des mesures préventives et des formes de traitement. Un participant de Hinche par exemple, a décrit comment préparer une solution à base de sel et de sucre en l'absence de poudre de réhydratation orale fournie par l'hôpital :

**Enquêteur:** les enfants les plus âgés n'ont pas eu de diarrhée?

**P.I.:** Oui. L'un d'entre eux avait tout le temps la diarrhée. J'ai failli le perdre.

**Enquêteur:** A quoi cela était-il dû?

**P.I.:** L'eau a causé cela. J'étais à Hinche parce que ma mère était à l'hôpital. Comme je sais que l'eau à Hinche est purifiée, j'ai donné de l'eau au bébé. Aussitôt que je l'ai fait, il a commencé à vomir et à avoir la diarrhée. Lorsque je l'ai emmené à l'hôpital, ils me l'ont signalé et j'ai commencé à bouillir l'eau avant de lui en donner. Ils m'ont donné des médicaments qui arrêtent la diarrhée.

**Enquêteur:** Que pouvez-vous donner à un enfant pour arrêter la diarrhée?

**P.I.:** Vous pouvez lui donner une solution-maison de réhydratation orale. Vous pressez la moitié d'un citron dans trois bouteilles [1 litre] d'eau; vous ajoutez trois morceaux de sel marin et une cuillerée de sucre ; vous le mélangez et vous le donnez à l'enfant.

Une mauvaise hygiène, une exposition à de l'eau non-traitée et une mauvaise pratique de lavage des mains, tout cela permet aux bactéries, aux virus et aux parasites d'être ingérés, ce qui provoque fréquemment le début d'une diarrhée et d'autres maladies. Plusieurs personnes interrogées ont rapporté que leurs enfants avaient vécu des épisodes occasionnels de diarrhée, et plusieurs d'entre-elles ont associé ces incidences avec la poussée des dents chez les jeunes enfants plutôt qu'à l'exposition à des pathogènes nocifs. Quelques personnes interrogées ont mentionné l'exposition à des microbes ou des bactéries comme causes potentielles de la diarrhée, comme démontré dans le dialogue qui suit. Une

personne interrogée de Côtes-de-Fer a expliqué qu'en utilisant de l'eau propre et en se lavant les mains fréquemment, la diarrhée pourrait être évitée:

**Enquêteur:** Y a-t-il quoique ce soit que vous pouvez faire pour prévenir la diarrhée chez vos enfants?

**P.I.:** Vous leur donnez de l'eau purifiée dans un récipient propre. Vous lavez toujours vos mains et les leurs également pour éviter les bactéries qui sont la cause de la diarrhée.

Lorsque nous avons demandé quel traitement leurs enfants recevaient lorsqu'ils devenaient malades, la plupart ont répondu qu'ils les emmenaient soit à un établissement de soins de santé, ou ils leur donnaient de la poudre de réhydratation orale fournie par les établissements de soins de santé, qui est mélangée avec de l'eau à la maison, comme décrit par cette personne interrogée de Jean-Rabel:

**Enquêteur:** Que faites-vous lorsqu'ils ont la diarrhée?

**P.I.:** J'avais l'habitude de leur donner du sérum oral. Je mettais un paquet de sérum en poudre dans 1 ½ bouteille-et-demi d'eau et je lui faisais boire ça pendant toute la journée, jusqu'à ce que la diarrhée s'arrête.

En Haïti, certaines personnes qui donnent des soins prennent des mesures qu'ils perçoivent comme ingénieuses dans le traitement de la diarrhée de leur enfant, comme expliqué par une participante à un débat en groupe de discussion à Anse-à-Galets, qui donnait encore le sein: « Lorsque je prépare le sérum et que l'enfant ne veut pas le boire, je le bois moi-même ». Apparemment, la logique ici est que le sérum passera à l'enfant à travers le lait maternel. Plusieurs personnes interrogées ont établi des connections entre l'allaitement exclusif et la prévention de la diarrhée en exprimant une croyance que l'allaitement exclusif peut prévenir la diarrhée chez les enfants.

### **C. Régime alimentaire minimum acceptable**

Une nutrition adéquate durant la période allant de la naissance à l'âge de deux ans est cruciale pour atteindre l'idéal dans la croissance, la santé et le développement d'un enfant. Cette période, est marquée par le défaut de croissance, les déficiences en micronutriments, et les maladies courantes de l'enfance telles que la diarrhée et les infections respiratoires aiguës. Une nutrition adéquate nécessite une diversité minimum de l'alimentation, qui est mesurée dans sept groupes alimentaires clés. Outre la diversité de l'alimentation, la fréquence de l'alimentation (c.-à-d., le nombre de fois que l'enfant est nourri) et la consommation du lait maternel (ou d'autres types de lait ou de produits laitiers) doivent être envisagés. Toutes les trois dimensions sont agrégées dans l'indicateur alimentation minimum acceptable [Minimum Acceptable Diet (MAD)]. Cet indicateur mesure le pourcentage d'enfants de 6-23 mois qui reçoivent un MAD en plus du lait maternel. L'indicateur MAD mesure à la fois la fréquence d'alimentation minimum et la diversité alimentaire minimum, telles qu'ils sont appropriées pour les divers groupes d'âges. Si un enfant respecte la fréquence d'alimentation minimum et à la diversité alimentaire minimum pour son groupe d'âges et pour son mode d'allaitement, l'enfant est considéré comme recevant un MAD.

Un total de 372 enfants de 6 à 23 mois a été inclus dans l'enquête auprès des ménages. Globalement, seuls 7,7 pour cent de ces enfants reçoivent un MAD. Le Tableau 4.4c montre les résultats pour l'indicateur MAD.

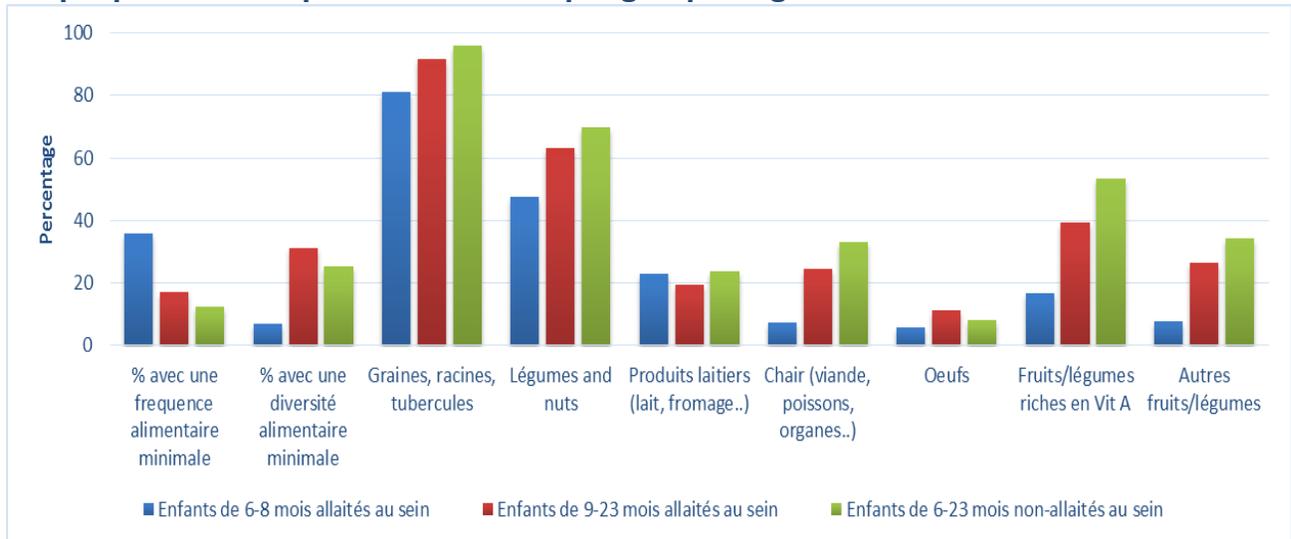
Tableau 4.4c. Indicateurs FFP – Alimentation Minimum Acceptable (MAD)  
Indicateurs FFP au niveau des enfants, par sexe [Haïti, 2014]

**Régime alimentaire minimum acceptable (Enfants de 6-23 mois)**

Prévalence des enfants bénéficiant d'une alimentation minimum acceptable	
Garçons	8,5
Filles	6,9
Total	7,7
Nombre d'enfants (6-23 mois)	
	372

Le Tableau 4.4c montre les résultats pour l'indicateur MAD pour trois sous-groupes: (1) les enfants de 6 à 8 mois allaités, (2) les enfants de 9 à 23 mois allaités et (3) les enfants de 6 à 23 mois non-allaités. Comme le montre le Tableau 4.4c, le pourcentage d'enfants allaités de 6 à 8 mois qui ont une fréquence de repas minimum d'au moins deux est supérieur (36 pour cent) au pourcentage d'enfants allaités de 9 à 23 mois qui ont une fréquence de repas minimum d'au moins trois (17 pour cent) et au pourcentage des enfants de 6 à 23 mois non-allaités qui ont une fréquence de repas minimum de quatre plus deux rations de lait (12 pour cent). La proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant une diversité alimentaire minimum d'au moins quatre groupes alimentaires est faible: 7 pour cent pour les enfants de 6 à 8 mois allaités, 31 pour cent pour les enfants de 9 à 23 mois allaités et 25 pour cent pour les enfants de 6 à 23 mois non-allaités.

**Graphique 4.4c. Composantes du MAD par groupe d'âges et état de l'allaitement au sein**



Au cours des entrevues et des débats en groupe de discussion, les personnes interrogées ont identifié les aliments complémentaires tels que les purées et la bouillie faites avec des haricots, du yucca, de la banane plantain, des bananes, du manioc, du gombo, du maïs, des pommes-de-terre, de la farine, du riz ou du petit mil ; les sauces faites avec du riz, des haricots, du poisson ou de la viande ; et d'autres liquides ou nourritures tels que l'eau de riz, les œufs, le Gerber® [aliment pour bébé en bocal], les nouilles, le lait ou une bouillie fait avec des biscuits salés. Lorsqu'il était demandé aux participants ce qu'ils donnaient aux bébés à six mois en plus du lait maternel, leurs commentaires incluaient des réponses telles que « tout ce que moi je mange », « n'importe quelle nourriture que mangent les gens » et « toutes sortes de nourriture ». Ces types de réponses semblent souvent refléter un manque de connaissances des besoins nutritionnels particuliers des nourrissons et des jeunes enfants ; néanmoins,

ces réponses pourraient également indiquer que les parents manquent des ressources financières requises pour acheter des aliments complémentaires pour nourrissons et jeunes enfants de la nourriture pour la famille.

#### D. Allaitement au sein

L'allaitement au sein est un facteur important dans la prédiction de la santé à venir des enfants. La recherche indique un lien fort entre l'allaitement et le développement du système immunitaire d'un enfant.<sup>46</sup> Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et l'OMS recommandent que les enfants soient exclusivement nourris au sein (aucun autre liquide ni aliment solide ni l'eau plate) pendant les premiers six mois de la vie et que les enfants reçoivent des aliments complémentaires solides ou semi-solides, en plus de l'allaitement en continu à partir de six mois et jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà. L'introduction de substituts du lait maternel chez les nourrissons avant six mois peut contribuer à limiter l'allaitement, ce qui a des implications négatives sur la santé et le développement d'un enfant. Des substituts, tels que le lait maternisé, d'autres sortes de lait et la bouillie, sont souvent dilués et fournissent trop peu de calories. Le manque d'alimentation complémentaire appropriée peut provoquer la malnutrition, des maladies fréquentes et probablement la mort.

Le Tableau 4.4d montre les résultats de l'enquête auprès des ménages pour la prévalence de l'allaitement exclusif au sein, basés sur le fait que l'enfant ait été allaité pendant les dernières vingt-quatre heures. 39 pour cent des 147 enfants de moins de six mois de l'enquête de base auprès des ménages sont exclusivement nourris au sein.

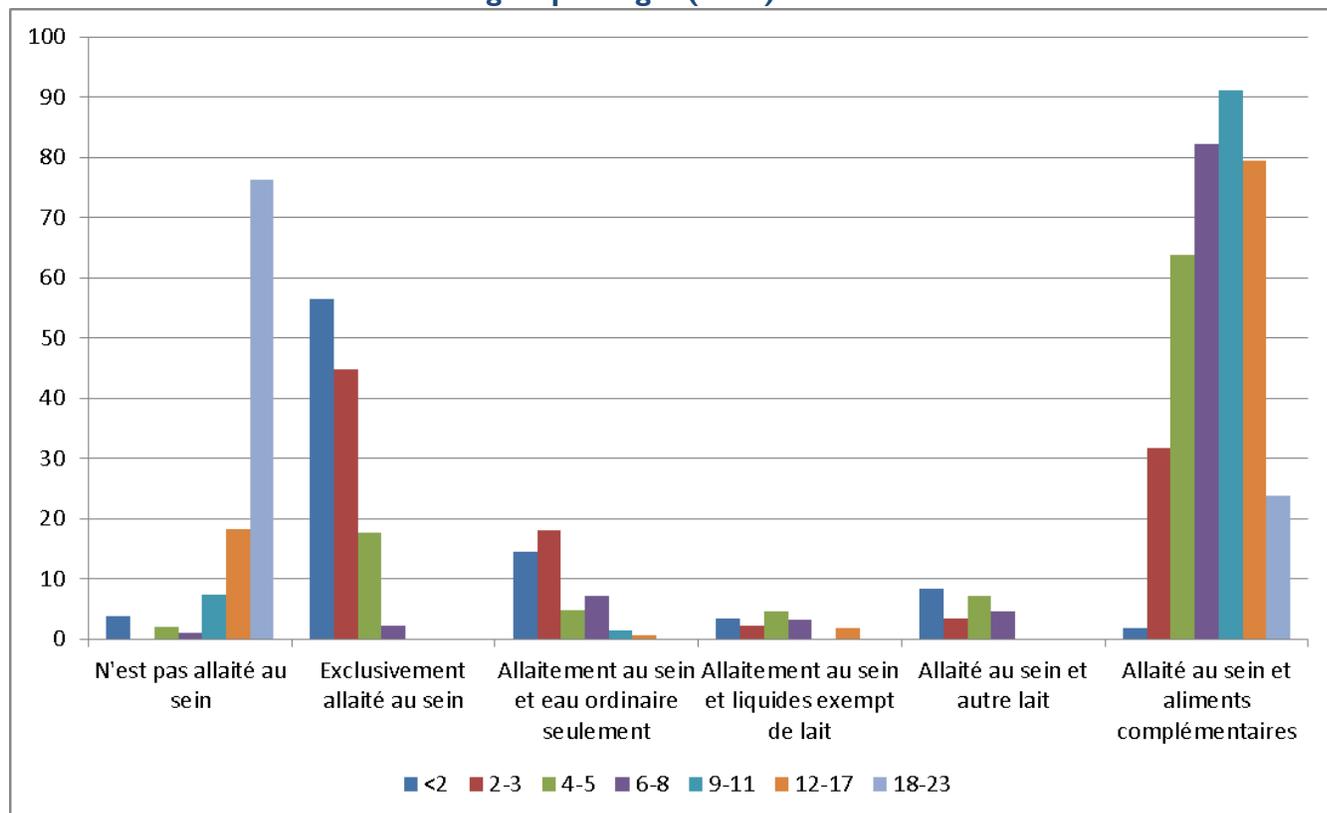
<u>Tableau 4.4d. Indicateurs FFP - Allaitement exclusif</u>	
Indicateurs FFP au niveau des enfants, par sexe [Haïti, 2014]	
	Total
<b>Allaitement exclusif (enfants de moins de 6 mois)</b>	
Prévalence de l'allaitement exclusif	
Garçons	26,4
Filles	51,0
Total	38,5
Nombre d'enfants (de moins de six(6) mois d'âge)	147

Les résultats pour le mode d'allaitement pour les enfants de 0 à 23 mois (518 enfants) sont reproduits au Tableaux 4.4d et A13.6 de l'Annexe I3. La prévalence de l'allaitement exclusive est la plus élevée pour l'intervalle des 0 à 2-mois (57 pour cent) et diminue par la suite graduellement avec chaque groupe d'âges. Environ 76 pour cent des enfants de 18 à 23 mois ne sont plus allaités. L'ajout d'aliments complémentaires à l'allaitement commence tôt ; près de 40 pour cent des enfants de 2 à 3 mois, reçoivent des aliments complémentaires. Comme la taille des échantillons pour les enfants de moins de six mois et les enfants de 6 à 23 mois, est réduite, les résultats pour ces sous-groupes devraient être

<sup>46</sup> Des informations supplémentaires sur le lait maternel et le système immunitaire sont disponibles dans Slade, H. B., & Schwartz, S. A. (1987). *Mucosal immunity: The immunology of breast milk* [Immunité des muqueuses: l'immunologie du lait maternel]. *J Allergy Clin Immunol*, 80(3 Pt 1):348-58; Cunningham, A. S., Jelliffe, D. B., & Jelliffe, E. F. (1991). *Breast-feeding and health in the 1980s: A global epidemiologic review* [L'Allaitement au sein et la santé dans les années 1980 : Une révision épidémiologique globale]. *J Pediatr*, 118(5):659-66; et Goldman, A. S. (1993). *The immune system of human milk: Antimicrobial, anti-inflammatory and immunomodulating properties* [Le système immunitaire du lait humain: propriétés antimicrobiennes, anti-inflammatoires et immunomodulatrices]. *Pediatr Infect Dis J*, 12(8):664-71.

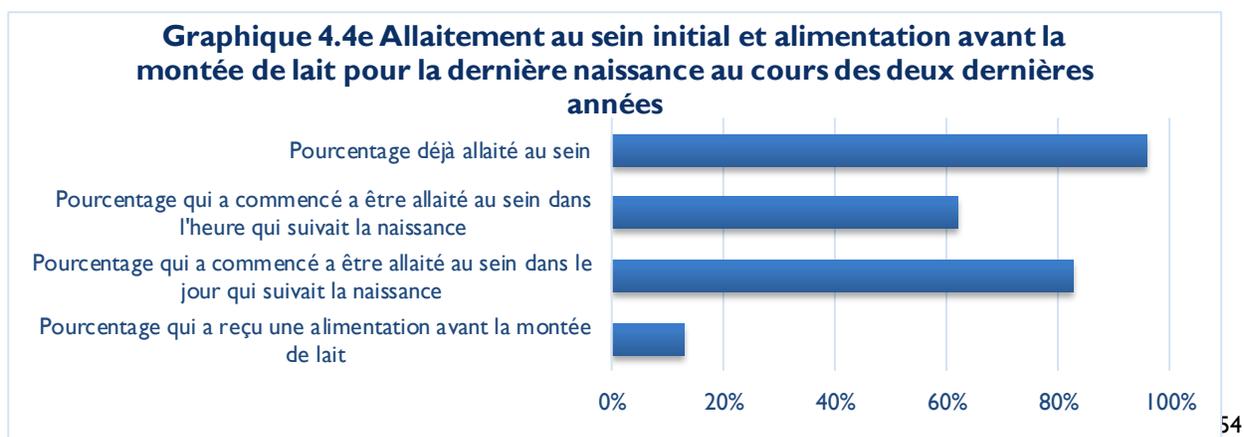
interprétés avec prudence parce que les estimations sont sujettes à des erreurs d'échantillonnage plus importantes et ne sont pas aussi fiables.

**Graphique 4.4d. Etat de l'allaitement au sein pour des enfants de 0-23 mois d'âge, par groupe d'âges (mois)**



L'enquête auprès des ménages a recueilli des informations sur les enfants qui ont été nourris au sein, ceux qui ont été allaités dans la première heure qui suit et le premier jour après la naissance, et sur les enfants qui ont été alimentés avec n'importe quoi d'autre que le lait maternel avant que ce dernier soit donné régulièrement, appelée « alimentation avant la montée de lait ». Comme le montre le Tableau 4.4e, presque tous les enfants nés au cours des deux dernières années ont été allaités au (96 pour cent), 62 pour cent ont commencé à être allaités au cours de l'heure qui a suivi la naissance et 83 pour cent au cours du premier jour. Globalement, 17 pour cent d'entre eux ont reçu une alimentation avant la montée de lait de la mère, au cours des trois premiers jours de leur vie. En général, la pratique consistant à donner une alimentation avant la montée de lait est découragée parce que cela limite la fréquence de tétée du nourrisson et expose le bébé au risque d'une infection.

**Graphique 4.4e Allaitement au sein initial et alimentation avant la montée de lait pour la dernière naissance au cours des deux dernières années**



Les données qualitatives suggèrent que les personnes interrogées—tant les hommes que les femmes—comprennent et considèrent tous les deux que l’allaitement est important. Leurs principales sources d’information concernant l’allaitement sont les médecins, les infirmières et les agents de santé. Lorsqu’il leur était demandé pourquoi l’allaitement est important, les personnes interrogées répondaient systématiquement que le lait maternel nourrit le bébé, l’aide à bien se développer, l’aide à rester en bonne santé et le protège contre les maladies. Une personne interrogée de Hinche a expliqué:

C’est important de commencer à allaiter tout de suite le premier jour, parce que le bébé a besoin du colostrum pour nettoyer son système. Au lieu d’acheter du lait très cher, c’est mieux d’allaiter le bébé pendant 6 mois.

Les personnes interrogées ont fréquemment déclaré que le lait maternel aide le bébé à grandir et réduit les cas de maladies, telles que la diarrhée, et aide à éviter les bactéries. Dans certains cas, les personnes interrogées avaient la conviction que l’allaitement exclusif pendant les premiers six mois garantit qu’un enfant ne tombera pas malade.

Dans certains cas, les mères n’allaitent pas exclusivement pendant six mois. Les personnes interrogées ont identifié plusieurs raisons pour lesquelles les mères introduisent des aliments solides avant six mois, notamment le fait que le bébé ne prend pas bien le sein, que la mère sent que le lait maternel n’est pas suffisant, les maladies de la mère, la grossesse et la peur que l’enfant ne s’habitue pas à manger d’autres aliments. Les mères ne donnaient souvent pas assez d’explications sur la raison pour laquelle elles avaient introduit des aliments solides avant six mois. Toutefois, en général, les choix concernant l’introduction d’aliments solides paraissent dépendre des décisions personnelles de la mère, avec certaines qui introduisent des aliments solides dès trois ou quatre jours, d’autres qui attendent quinze jours et d’autres encore un mois ou un-mois-et-demi. Les réponses qui suivent, reflètent le processus de prise-de décision sur l’allaitement exclusif:

Les personnes interrogées ont identifié la purée de biscuits salés mélangée avec du lait comme étant l’aliment complémentaire le plus courant pour les enfants de moins de six mois. Les autres aliments incluent: le Gerber®[nourriture pour bébé en bocal], le Nourisoy®[supplément alimentaire], de la bouillie faite avec du manioc ou de farine de banane plantain, du lait maternisé en poudre, des jus, la plante appelée arawout [tubercule de marante], de la purée de bananes plantain ou de la sauce aux haricots.

**P.I. (Anse-à-Galets):** J’ai dû commencer à le nourrir à quatre mois d’âge car il pleurait constamment et ne voulait pas prendre le lait maternel.

**P.I. (Anse Rouge):** Aujourd’hui c’est le onzième jour de mon enfant [et] il a déjà pris au moins quatre bocal de nourriture pour bébé. Le lait maternel n’est pas suffisant pour lui, il pleure tout le temps.

**P.I. (Anse Rouge):** Bien qu’ils m’aient dit à l’hôpital d’attendre jusqu’à l’âge de six mois pour le nourrir, je ne pouvais pas attendre et j’ai commencé à lui donner de la nourriture pour bébé et de la bouillie de yucca le cinquième jour.

**P.I. (Jean-Rabel):** Et même parfois lorsque le médecin dit de pratiquer l’allaitement jusqu’à six mois, je ne peux pas résister. Parfois, lorsque vous mangez, vous avez envie d’en donner au bébé.

Les mères ont souvent lié leur propre état nutritionnel à leur capacité à donner le sein. Plusieurs des femmes interrogées croyaient que si la mère est sous-alimentée, le lait maternel ne serait pas présent en quantités requises pour satisfaire l’enfant ou ne contiendrait pas les nutriments nécessaires pour nourrir l’enfant complètement.

Bien que les personnes interrogées aient indiqué que les agents de santé communautaires mettaient l'accent sur le fait qu'il est plus rentable de nourrir la mère afin qu'elle soit ensuite en mesure de donner le sein, les personnes interrogées n'étaient pas toutes d'accord avec cette approche, comme cela est expliqué dans le dialogue avec un homme d'Anse-à Galets qui est reproduit ci-après:

**Enquêteur:** Vous avez dit que parce que votre femme n'était pas bien nourrie, elle a dû arrêter d'allaiter exclusivement et vous avez commencé à nourrir votre enfant avec de la nourriture pour bébé. Ne pensez-vous pas que vous auriez pu utiliser l'argent de la nourriture pour bébé pour la nourrir, elle, afin qu'elle puisse donner le sein ? Vous n'avez pas pensé à cela?

**P.I.:** Nous avons fait ce calcul. Cependant, avec 50 gourdes [1,25 dollars US au moment de l'entrevue] vous pouvez acheter un paquet de *Nourisoy*<sup>®</sup> [supplément alimentaire] qui pourrait nourrir le bébé pendant plus de quinze (15) jours.

#### 4.4 Égalité des genres

L'enquête auprès des ménages a inclus une série de questions qui ont été posées aux principaux décideurs, homme et femme, dans chaque ménage afin de parvenir à comprendre à quel point ils sont d'accord avec le concept selon lequel les hommes et les femmes devraient avoir un accès égal aux opportunités sociales, économiques et politiques, de même qu'un accès à la prise de décision concernant l'alimentation. Les enquêteurs ont posé une série de cinq questions et les personnes interrogées ont noté leur niveau d'accord sur une échelle de -2 à +2. Des scores positifs entre 0 et 2 indiquent une augmentation des niveaux d'accord et les scores négatifs entre 0 et -2 indiquent une augmentation des niveaux de désaccord avec le concept d'égalité. Un score de 0 indique qu'il n'y a ni accord ni désaccord. L'indicateur global fait la moyenne des résultats pour toutes les cinq questions et fournit une indication du niveau global d'accord.

Les résultats pour l'indicateur et chaque question sont reproduits au Tableau 4.5. La valeur globale de l'indicateur est de 0,47 pour les hommes et de 0,69 pour les femmes, indiquant que les femmes sont légèrement plus en accord avec l'égalité des genres que les hommes, dans les domaines mesurés. Plus de 90 pour cent des hommes et des femmes étaient d'accord (soit soit d'accord, soit très d'accord) avec l'assertion selon laquelle les hommes et les femmes devraient avoir des droits égaux d'accéder aux aliments, et avec l'idée selon laquelle les hommes et les femmes devraient avoir le même pouvoir décision concernant l'alimentation et la nutrition de la famille. Le niveau d'accord a différait le plus entre les hommes et les femmes pour ce qui est de l'affirmation selon laquelle: « les hommes font de meilleurs dirigeants politiques que les femmes ».

<b>Tableau 4.5. Indicateur spécifique au programme - Accord sur l'égalité des genres</b>		
Indicateur sur les genres spécifiques au programme [Haïti, 2014]		
	Hommes	Femmes
<b>Indicateur sur le genre – Accord sur l'égalité des genres</b>		
<b>Accord moyen avec l'égalité</b>	0,47	0,69
<b>Les hommes font de meilleurs dirigeants politiques que les femmes</b>		
Fortement en désaccord	18,8%	35,1%
En désaccord	24,0%	28,7%
Ni en accord ni en désaccord	6,4%	5,8%
En accord	44,0%	27,4%
Fortement en accord	6,6%	2,2%
Ne savent pas	0,3%	0,8%
<b>Les hommes devraient avoir davantage de droits à un emploi que les femmes</b>		
Fortement en désaccord	14,4%	21,2%
En désaccord	16,4%	21,9%
Ni en accord ni en désaccord	2,9%	3,6%
En accord	56,2%	47,5%
Fortement en accord	9,6%	5,5%
Ne savent pas	0,4%	0,2%
<b>Les femmes et les hommes devraient être égaux en droits pour l'accès aux aliments</b>		
Fortement en désaccord	2,2%	4,0%
En désaccord	2,9%	4,3%
Ni en accord ni en désaccord	0,6%	0,4%
En accord	79,2%	75,9%
Fortement en accord	15,0%	15,3%
Ne savent pas	0,0%	0,1%
<b>Les femmes et les hommes devraient avoir le même pouvoir de décision concernant l'alimentation et la nutrition de la famille</b>		
Fortement en désaccord	2,0%	1,9%
En désaccord	6,2%	4,2%
Ni en accord ni en désaccord	0,8%	0,7%
En accord	79,9%	80,8%
Fortement en accord	10,9%	12,3%
Ne savent pas	0,2%	0,1%
<b>Les femmes et les hommes devraient être égaux en droits et recevoir le même traitement</b>		
Fortement en désaccord	5,9%	6,2%
En désaccord	12,4%	9,1%
Ni en accord ni en désaccord	1,2%	0,9%
En accord	66,9%	66,4%
Fortement en accord	13,4%	17,2%
Ne savent pas	0,1%	0,2%
Nombre de décideurs/décideuses ayant répondu	1.812	1.963

A l'instar de l'enquête auprès des ménages, l'étude qualitative a intégré des questions concernant les façons dont les hommes et les femmes sont vus, perçus et traités avec égalité. Les questions sur le genre par rapport à la prise de décision, les sources de revenu, les soins apportés aux enfants et les rôles tenus dans le ménage ont été soulevés à plusieurs reprises pendant les entrevues et les débats en

groupe de discussion. Les avis sur l'égalité tendent à être polarisés, enracinés dans l'histoire et dans la tradition.

En général, la ferveur autour des conversations sur le genre était souvent le reflet de la complexité du thème et de la probabilité que des termes tels qu'égalité, traitement et droits ne sont pas nécessairement courants pour toutes les personnes interrogées. Les données de l'enquête indiquent que le niveau d'accord le plus fort entre les hommes et les femmes se situe par rapport à l'accès aux aliments et à la prise de décision concernant l'alimentation et la nutrition. Les données qualitatives exprimaient cette tendance. Les personnes interrogées ont décrit comment les hommes et les femmes ont un accès égal aux mêmes aliments (type et quantité) et partagent la responsabilité de décider quels aliments seront mangés par la famille.

Dans les données qualitatives, les personnes interrogées ont exprimé des pensées plus confuses et moins directes sur l'égalité des droits relatifs à l'emploi. Le dialogue qui suit, extrait d'une entrevue menée au niveau des ménages avec un agriculteur de 34 ans de Côtes-de-Fer, est révélateur de la manière dont les attitudes envers le genre et l'égalité des genres sont en train d'évoluer:

**P.I.:** Elles [les femmes] peuvent avoir les mêmes droits, mais peut-être pas en ce qui concerne les activités de travail. Parce que l'homme est plus fort que la femme; c'est pour cela que je vous demande par rapport à quoi. Si c'est à propos de soutien, de leur participation à une conversation, de leur participation à autres choses, elles devraient être égales. Mais en ce qui concerne le fait de porter des charges lourdes, l'exploitation agricole, etc., nous n'avons pas les mêmes droits. L'homme est plus fort. Il y a des outils agricoles que je n'autoriserais pas ma femme à utiliser parce qu'elle ne sera pas en mesure de s'en servir comme moi je le ferais. Sinon, elle peut avoir de l'argent tout comme moi ou posséder une vache ou un porc tout comme moi.

**Enquêteur:** Est-ce quelque peu plus clair maintenant ? Pensez-vous que l'égalité des sexes soit possible ? Est-ce à 50/50? Y-a-t-il des domaines où la femme a davantage de droits que l'homme?

**P.I.:** De nos jours, vous entendez beaucoup cela. Il y a même un ministère pour les femmes qui parlent des femmes ayant les mêmes droits que les hommes. Pour qu'une femme ait les mêmes droits qu'un homme, ceci peut être vrai. Lorsqu'elles disent que la femme devrait avoir les mêmes droits que l'homme, elles veulent dire : que là où l'homme peut aller, la femme devrait être en mesure d'aller aussi. Un homme peut travailler à un hôpital ou être ministre et une femme peut occuper les mêmes fonctions. Un homme peut être président et une femme peut l'être également. C'est ainsi que je le vois.

**Enquêteur:** Mais il y-a-t-il des domaines dans lesquelles vous pensez qu'elles devraient être traitées différemment?

**P.I.:** Même quand la femme voudrait le faire, elle ne peut pas. Par exemple, lorsqu'un homme est en train de scier du bois, une femme ne peut pas faire cela, même si elle voudrait le faire. D'une certaine manière, ils ont les mêmes droits, mais sur d'autres plans, elles ne peuvent pas.

**Enquêteur:** Par exemple, elle ne pourrait jamais scier un morceau de bois?

**P.I.:** Avez-vous vu cela?

**Enquêteur:** Oui, j'avais l'habitude de voir ça.

**P.I.:** Il y a d'autres choses qu'elle ne peut pas faire.

**Enquêteur:** Est-ce parce qu'elle n'a pas appris à les faire, ou parce qu'elle ne peut pas les faire?

**P.I.:** Elle n'était pas faite pour cela. Vous pourriez voir une femme en train de scier du bois parce qu'elle n'a pas de choix, mais cela ne devrait pas être ainsi.

## 5. Résumé des principales conclusions

Les données pour l'étude de base du Titre II: Programme d'aide alimentaire pour le développement en Haïti, ont été recueillies à travers une enquête démographique auprès des ménages (de mars à avril

2014) et une étude qualitative (juillet 2014). Les données sont accessibles au public à la USAID's Development Data Library [Bibliothèque des données de l'USAID sur le Développement].<sup>47</sup>

La dernière section de ce rapport inclut un bref résumé analytique des principales conclusions. Comme point de départ de cette analyse, le Tableau 5 énumère les valeurs pour les 18 indicateurs, qui ont été recueillies pour l'étude de base du Titre II de 2014, et compare les données de EDS 2012 et l'enquête multisectorielle de base de la stratégie post-séisme du Gouvernement des Etats-Unis en Haïti, qui a été parrainée par USAID/Haïti et réalisée pendant l'année fiscale 2013.<sup>48</sup> La comparaison de ces indicateurs a pour but d'encourager la discussion entre l'équipe du Programme *Kore Lavi* et les parties prenantes concernées. Les différences qui existent entre les indicateurs venant de différentes sources de données peuvent refléter les différences au sein des populations sous-jacentes qui ont été interrogées. Les résultats de l'EDS représentent toutes les populations rurales en Haïti, tandis que les résultats de l'enquête multisectorielle de base représentent les populations rurales dans trois couloirs de développement auxquels on a donné la priorité dans la stratégie post-séisme de cinq ans du Gouvernement des Etats-Unis en Haïti — le Couloir du Nord, St Marc et le Couloir du Cul-de-Sac.

---

<sup>47</sup> *Development Data Library (DDL)* [Bibliothèque des données sur le développement] est le dépôt public de données lisibles par machine de l'USAID et financé par des organismes. La DDL fait partie de l'engagement de l'USAID vis-à-vis de la programmation basée sur des données probantes et de l'évaluation rigoureuse, tout en soutenant également les principes de la *President's Open Government Initiative* [Initiative Présidentielle pour un gouvernement ouvert]. DDL peut être trouvée à l'adresse : [www.usaid.gov/data](http://www.usaid.gov/data).

<sup>48</sup> ICF International. (2013). *Haïti Baseline Survey* [Enquête de Base en Haïti]. Calverton, MD: ICF International. Disponible sur [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00JJVV.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JJVV.pdf)

**Tableau 5: Résumé et comparaison des indicateurs**

	Etude de base du Titre II pour l'année 2014	DHS 2012 (ménages ruraux)	Etude multisectorielle de base Année Fiscale 2013 (ménages ruraux)
<b>INDICATEURS DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE</b>			
Indice moyen de la diversité alimentaire des ménages (HDDS)	6,2		
Prévalence des ménages avec une faim modérée ou grave (HHS)	70,0%		46,3%
Indice de la consommation alimentaire (FCS)			
Ménages avec FCS = ≤28	9,1%		
Ménages avec FCS > 28 et FCS ≤42	22,2%		
Ménages avec FCS >42	68,7%		
<b>INDICATEURS DE LA PAUVRETÉ</b>			
Prévalence de la pauvreté: Pourcentage de personnes vivant avec moins que 1,25 dollars US/jour	43,6%		25,0%
Gravité moyenne de pauvreté	16,4%		
Dépenses par habitant (comme indice du revenu) des bénéficiaires ciblés par le Gouvernement des Etats-Unis	USD \$2,10		USD\$4,60
<b>INDICATEURS SUR L'EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE</b>			
Pourcentage de ménages utilisant une source d'eau potable améliorée	39,5%	48,9%	60,6%
Pourcentage des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées	15,8%	19,6%	24,4%
Pourcentage des ménages avec du savon et de l'eau au poste de lavage des mains couramment utilisés par les membres de la famille	6,4%		
<b>INDICATEURS SUR LA SANTÉ ET LA NUTRITION DES FEMMES</b>			
Prévalence de femmes souffrant d'insuffisance pondérale	16,2%	14,2%	9,7%
Indice de la diversité alimentaire des femmes (WDDS)	3,5		3,6
<b>INDICATEURS SUR LA SANTÉ ET LA NUTRITION DES ENFANTS</b>			
Prévalence des enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale	8,0%	12,9%	10,9%
Prévalence des enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance	19,2%	24,7%	20,8%
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée pendant les deux dernières semaines	25,6%	20,1%	
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée et traités par l'ORT	67,1%	70,1%	
Prévalence de l'allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois	38,5%		20,7%
Prévalence des enfants de 6 à 23 mois recevant un régime alimentaire minimum acceptable (MAD)	7,7%	12,6%	18,8%
<b>INDICATEUR SUR LES GENRES</b>			
Accord moyen que les hommes et les femmes devraient avoir un accès égal aux opportunités sociales, économiques et politiques (hommes)	0,47		
Accord moyen que les hommes et femmes devraient avoir un accès égal aux opportunités sociales, économiques et politiques (femmes)	0,69		

### Diversité alimentaire et accès aux aliments

L'enquête et les données qualitatives indiquent que les ménages de la zone couverte par le Programme *Kore Lavi* font face à des défis dans l'accès systématique aux aliments en général, et plus spécifiquement aux aliments variés et riches en nutriments. La situation cependant, ne semble pas désespérée. HDDS (6,2) et FCS (indices exacts à 68,7 pour cent) sont chacun relativement élevés, ce qui suggère que les ménages interrogés parviennent à trouver de la nourriture. Le pourcentage relativement faible de

personnes vivant avec moins d'1,25 dollars US par jour (43,6 pour cent), indique qu'un nombre non négligeable de personnes parmi les ménages interrogés parvient à trouver des façons de gagner de l'argent. Une vie qui se résume à *parvenir* à trouver de la nourriture et à *chercher des façons* de gagner de l'argent est semble-t-il une vie avec un niveau élevé d'incertitude et de stress. La routine qui domine au-jour-le-jour serait vraisemblablement et de façon systématique dépendante de stratégies adaptives et compensatoires. De plus, vu les dépenses quotidiennes par habitant de 210 dollars US, une part considérable des 56,4 pour cent des ménages qui vit au-dessus du seuil de pauvreté international (1,25 dollars US par jour) est à peine au-dessus de ce seuil.

L'accès aux aliments et la consommation alimentaire ne garantissent ni une alimentation diversifiée, ni la présence d'aliments riches en nutriments dans cette alimentation. En effet, les données qualitatives suggèrent qu'alors que l'alimentation des personnes vivant dans la zone couverte par le Programme *Kore Lavi* connaît une certaine diversité, il manque une consommation régulière d'aliments riches en nutriments. La consommation consiste surtout en céréales, tubercules, légumes et fruits. Les aliments plus riches en nutriments tels que les œufs, le poisson et la viande, ne font généralement pas partie de l'alimentation journalière de la population interrogée. Les données sur les catégories d'aliments qui forment la base des indicateurs HDDS, WDDS et MAD abondent dans ce sens. Les pourcentages de ménages qui consomment des aliments riches en nutriments sont relativement faibles, comme indiqué aux Tableaux 4.2b, 4.3b et 4.4c et dans ce résumé:

**WDDS:** Produits laitiers (13,8 pour cent), œufs (14,1 pour cent), abats (3,4 pour cent) et les aliments à chair et autres protéines venant de petits animaux, incluant le poisson et les fruits de mer (41 pour cent)

**HDDS:** Produits laitiers (14,9 pour cent), œufs (13,1 pour cent), poisson et fruits de mer (24,4 pour cent) et viande, volailles et abats (19 pour cent)

**MAD (enfants de 6 à 8 mois, nourris au sein):** Produits laitiers (22,9 pour cent), œufs (5,7 pour cent), et aliments à chair (7,5 pour cent)

**MAD (enfants de 9 à 23 mois nourris au sein):** Produits laitiers (19,5 pour cent), œufs (11,3 pour cent) et aliments à chair (24,6 pour cent)

**MAD (enfants de 6 à 23 mois non nourris au sein):** Produits laitiers (23,9 pour cent), œufs (8,0 pour cent), et aliments à chair (32,9 pour cent)

En comparaison, la consommation d'aliments autres que les œufs, le poisson et la viande se produit dans un pourcentage plus élevé des ménages, comme montré aux Tableaux 4.2b, 4.3b et 4.4c, résumés ici:

**WDDS:** Légumes et noix (78,7 pour cent) et graines, racines et tubercules (97,6 pour cent)

**HDDS:** Céréales (96,4 pour cent), racines et tubercules (37,1 pour cent), huiles et graisses (98,5 pour cent), sucre et miel (67,2 pour cent) et autres (99 pour cent)

**MAD (enfants de 6 à 8 mois nourris au sein):** Légumes et noix (47,7%) et grains, racines et tubercules (81,1%)

**MAD (enfants de 9 à 23 mois nourris au sein):** Légumes et noix (63,1%) et grains, racines et tubercules (91,6%)

**MAD (enfants de 6 à 23 mois non nourris au sein):** Légumes et noix (69,7 pour cent) et graines, racines et tubercules (96,0 pour cent)

Améliorer la diversité alimentaire et la consommation d'aliments riches en nutriments au niveau des ménages est un défi complexe. Les données qualitatives indiquent, pour beaucoup de ménages, que le fait de parvenir à trouver de la nourriture, de faire des choix au sujet des aliments et de rechercher des façons de gagner de l'argent de manière individuelle et interdépendante, tournent autour du fait de savoir à quel point la production agricole est possible. L'agriculture de subsistance est aussi une partie intégrante de la diversité alimentaire. Plusieurs participants aux débats en groupe de discussion et aux

entrevues, ont commenté sur le fait que si tout le monde dans la communauté cultive des patates douces, par exemple, alors tout le monde dans la communauté va manger des patates douces. Ceci pour dire que lorsque les familles achètent des aliments autres que ceux qu'elles produisent, ces aliments sont souvent achetés à des personnes vivant à proximité.

Les données qualitatives indiquent que la connaissance de et le souhait d'une diversité alimentaire existent, quoi que certainement pas de façon universelle, et pas au point où des séances continues de consultation et de soutien ne sont plus requises. Toutefois, quelque soit le niveau de connaissance ambiant, cette connaissance fonctionne en tandem avec des croyances, des traditions et des pratiques spécifiques concernant l'alimentation. Plus particulièrement, la pratique de la vente de certains aliments, qu'ils soient importés ou produits localement, pour obtenir de l'argent afin d'acheter des aliments perçus comme meilleurs, est courante. Cette pratique consistant essentiellement à mettre son alimentation à niveau, semble être davantage une question de prestige et de statut et, dans une moindre mesure, une recherche de diversité alimentaire.

### **Santé, nutrition et WASH**

Parmi les 11 indicateurs sur la santé, la nutrition et les pratiques WASH, les deux relatifs au poids illustrent la prévalence relativement faible des femmes souffrant d'insuffisance pondérale (16,2 pour cent) et la prévalence d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale (8,0 Pour cent). Ces données montrent que malgré une disponibilité irrégulière des aliments et un revenu limité, les femmes et les enfants ne souffrent généralement pas d'insuffisance pondérale. Comme noté au Tableau 4,3, parmi les femmes de 15 à 49 ans interrogées, 65 pour cent ont un IMC situé dans l'intervalle normal, et les données qualitatives soutiennent cette conclusion. Ces données suggèrent que les dynamiques des genres ne paraissent pas être un facteur majeur ou un obstacle pour les femmes par rapport à la consommation alimentaire au niveau des ménages. Les femmes tendent à avoir la responsabilité première pour la préparation de la nourriture dans les ménages et mangent généralement les mêmes aliments que les hommes (type et quantité).

La prévalence d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale varie à travers les différents groupes d'âges, comme montrée au Tableau 4.4a. L'augmentation chez les enfants de moins de six mois (4,1 pour cent) et les enfants de 6 à 11 mois (12,4 pour cent) est la progression la plus importante. La transition qui se produit dans ces sous-groupes va de l'allaitement exclusif à la première introduction d'aliments complémentaires. L'enquête et les données qualitatives suggèrent également que l'introduction d'aliments complémentaires se produit parfois plus tôt que l'âge de six mois, comme démontrée au Tableau 4.4d, ce qui indique qu'environ 40 pour cent des enfants de 2 à 3 mois reçoivent des aliments complémentaires. Lorsque les aliments complémentaires sont introduits avant qu'un enfant ait l'âge de six mois, la compréhension des parents concernant quels aliments complémentaires choisir est une question cruciale. Ce qui est potentiellement une préoccupation c'est la fréquence avec laquelle les personnes interrogées dans l'étude qualitative ont décrit leurs pratiques d'alimentation complémentaire dans des déclarations telles que « tout ce que je mange », « N'importe quels aliments que mangent les gens » ou « toutes sortes d'aliments ». Ces types de réponses ont été donnés en plus de la désignation d'aliments complémentaires spécifiques tels que les purées et les bouillies faites avec des haricots, du yucca, de la banane plantain, des bananes, du manioc, du gombo, du maïs, de pommes de terre, de la farine, du riz, ou du petit mil ; les sauces faites à base de riz, d'haricots, de poisson ou de viande; et d'autres liquides et nourritures tels que l'eau de riz, les œufs, le Gerber®[nourriture pour bébé en bocal], les nouilles et le lait ou bouillie à base de biscuits salés.

Les indicateurs pour les pratiques WASH sont relativement faibles ; plus spécifiquement, le pourcentage de ménages qui utilise une source d'eau potable améliorée (39,5 pour cent) et des installations sanitaires améliorées (15,8 pour cent) et le pourcentage de ménages qui a du savon et de l'eau au poste de lavage des mains généralement utilisé par les membres de la famille (6,4 pour cent). Les données qualitatives suggèrent que le moteur-clé de ces indicateurs est le fait que les ressources financières sont limitées, en

particulier pour ce qui est des deux derniers indicateurs. Par exemple, les personnes interrogées ont souvent rapporté que dans les jours suivant l'endommagement d'un robinet public, les Aquatabs® sont excessivement onéreuses et, qui plus est, que le revenu des ménages tend à être alloué à la nourriture et aux frais de scolarité plutôt qu'à l'amélioration des latrines, à la construction de stations de lavage de mains ou à l'achat de savon.

Les ressources financières limitées, ne sont néanmoins pas le seul facteur d'évaluation de ces indicateurs WASH. Les niveaux de conscience et de volonté d'ajuster les routines quotidiennes, jouent également un rôle dans l'introduction de latrines améliorées et de postes de lavage des mains. Alors que les données qualitatives indiquent un niveau relativement élevé de conscience de l'importance d'un assainissement et d'une hygiène améliorés, la construction de postes de lavage des mains, par exemple, ne signifie pas automatiquement que les résidents des ménages utiliseront systématiquement leur poste de lavage des mains. Les données qualitatives indiquent en particulier que les pratiques de lavage des mains se focalisent sur le lavage des mains à des moments-clés (c.-à-d., avant de manger, après avoir utilisé la latrine, avant de nourrir un enfant), et sur le fait de le faire à l'endroit où l'activité a lieu (c.-à-d., là où l'on prépare la nourriture, en-dehors de la latrine, là où l'enfant sera nourri). En tant que telle, l'utilisation d'un poste consacré au lavage des mains ne deviendrait pas nécessairement une partie des routines des gens.

L'enquête auprès des ménages et les données qualitatives indiquent plusieurs domaines que le programme du Titre II pourrait envisager de cibler. La diversité alimentaire pour tous les membres d'un ménage paraît manquer, en particulier chez les femmes de 15 à 49 ans et les enfants de moins de cinq ans. Une diversité alimentaire faible peut affecter considérablement la santé de la population de l'enquête, comme démontré dans les taux de retard de croissance et d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans et dans les taux de surpoids et d'obésité chez les femmes de 15 à 49 ans. Les mauvaises pratiques d'hygiène sont un autre domaine à cibler par les programmes parce qu'elles contribuent considérablement à la morbidité et à la mortalité dans la population de l'enquête. Les niveaux élevés de pauvreté, qui résultent vraisemblablement d'un manque d'opportunités d'emploi et de l'incapacité des ménages à générer des revenus grâce à l'agriculture, influent considérablement sur tous ces domaines.