

FAO - APERÇUS NUTRITIONNELS PAR PAYS

HAÏTI



ORGANISATION DES NATIONS UNIES
POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE

Note pour le lecteur

Les aperçus nutritionnels présentent une vision synthétique de la situation alimentaire et nutritionnelle de chaque pays. Ils fournissent des données ainsi qu'un bref texte explicatif accompagné de graphes et de cartes. Des informations sur la production agricole et sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques sont aussi présentées pour mieux appréhender cette situation.

Les données présentées sont obtenues des pays eux-mêmes et des banques de données internationales (FAO, OMS...).

Des notes techniques détaillées fournissent la définition et la signification des variables et des indicateurs utilisés dans les aperçus. Ces notes techniques ainsi qu'une note d'information décrivant les objectifs des aperçus sont disponibles auprès de ESNA.

L' Aperçu Nutritionnel par Pays de Haïti
a été préparé par la FAO (ESNA) en collaboration avec Mme Danielle Avin Adrien.

Les appellations ainsi que la représentation cartographique utilisées n'impliquent aucune prise de position, de la part de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites..

FAO 1999



Table des matières

RESUME	3
TABLEAU 1: STATISTIQUES GENERALES DE HAÏTI	4
I. PRESENTATION GENERALE	5
1. Géographie.....	5
2. Population	5
3. Niveau de développement : pauvreté, éducation et santé.....	6
4. Production agricole, utilisations des terres et sécurité alimentaire	7
5. Economie	9
II. LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE	10
1. Evolution des besoins et des disponibilités en énergie	10
2. Evolution des disponibilités alimentaires	11
3. Consommation alimentaire.....	14
4. Données anthropométriques	17
5. Carences en micronutriments.....	19
REFERENCES.....	21

Les **CARTES** sont après les <REFERENCES>

- Carte générale.
- Carte 1: Densité de la population par département.
- Carte 2: Taux de retard de croissance chez les enfants de 0 à 5 ans par département.
- Carte 3: Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 5 ans par département.
- Carte 4: Taux d'émaciation chez les enfants de 0 à 5 ans par département.

Le lecteur peut avoir accès aux figures, tableaux et cartes en cliquant sur les mots soulignés en caractères gras à partir du fichier complet en <pdf>.

RESUME

Au cours de ces vingt dernières années, l'état nutritionnel des enfants haïtiens de moins de 5 ans s'est globalement amélioré. La prévalence de l'insuffisance pondérale est passée de 37 % en 1978 à 28 % en 1995. Le taux de malnutrition chronique, mesuré par le retard de croissance, a diminué de façon un peu moins marquée au cours de la même période (de 40 % à 32 %). La malnutrition aiguë (émaciation) a, pour sa part, chuté de 9 % en 1978 à 4 % en 1995, atteignant une valeur relativement faible, alors que le problème de retard de croissance se situe encore à un niveau élevé.

Très peu de données anthropométriques sur les adolescents et les adultes sont disponibles actuellement en Haïti. Il en est de même pour les personnes déplacées et les populations vivant dans les zones marginales urbaines pour lesquelles l'existence de problèmes nutritionnels est indéniable et mériterait d'être étudiée.

Les carences en micronutriments - Iode, Fer et Vitamine A - sont très mal connues actuellement. L'estimation la plus récente de la déficience en iode, réalisée en 1991 dans la zone du Plateau central sur une population de tous âges, a mis en évidence un taux total de goitre (TTG) de 10 %, les femmes étant plus touchées que les hommes; 13 % et 5 % respectivement. Le dosage de l'iode urinaire, réalisé en 1996-97 sur un échantillon d'enfants de 6 à 14 ans au niveau des départements de l'Ouest, du Centre et de l'Artibonite, a montré une iodurie basse chez 13 à 49% des enfants.

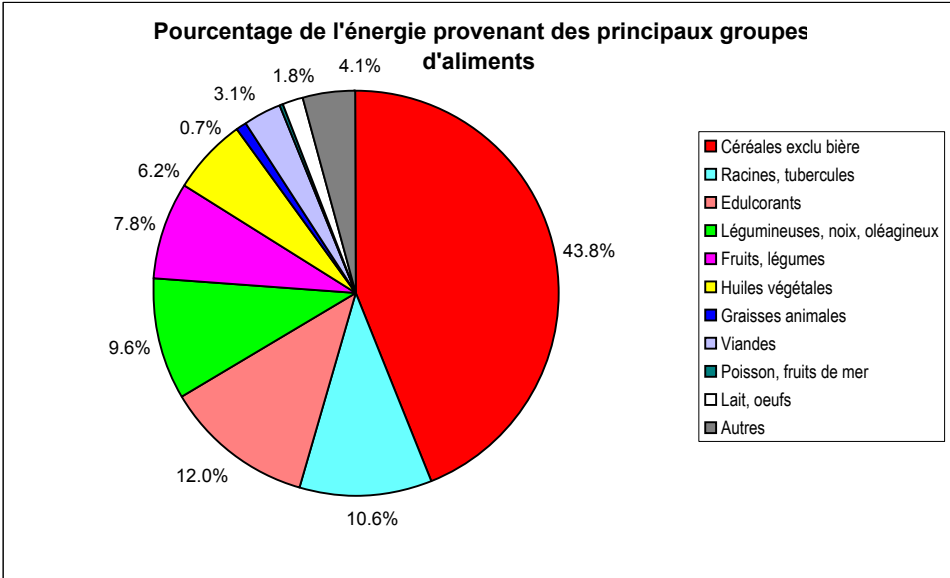
Les données de 1975 sur les signes cliniques d'avitaminose A parmi les enfants de 0 à 6 ans, indiquent une prévalence de 0,8 % de la xérose conjonctivale dans la région du Nord contre 0,12 % dans le Sud. Des données plus récentes (1995-97) montrent au niveau national une prévalence plus élevée de la xérose (0,97%) dans le même groupe d'âge malgré la mise en œuvre d'un programme de distribution systématique de capsules de Vitamine A commencé depuis le début des années 80.

De 35 à 50 % des femmes enceintes présenteraient une anémie ferriprive selon les données de routine provenant des institutions sanitaires. La situation serait à peu près la même chez les enfants d'âge préscolaire.

La production agricole nationale connaît depuis 1965 une certaine stagnation. Le pourcentage des produits locaux dans la couverture des besoins alimentaires est passé de 70-75 % au début des années 1970 à 50-55 % en 1996-97. Les importations alimentaires, en dépit de la croissance régulière de leur pourcentage dans les disponibilités alimentaires totales, n'arrivent que très partiellement à combler le déficit. Parallèlement, la population continue à croître à un taux de 1,9 % l'an.

TABLEAU 1: STATISTIQUES GENERALES DE HAITI

Mis à jour le : décembre, 1999

Indicateur (\$)	Année	Unité de mesure	Indicateur (\$)	Année	Unité
A. Terres à usage agricole			G. Disponibilités alimentaires		
1. Terres agricoles	1995	ha par habitant	0.197		
2. Terres arables et cultures permanentes	1995	ha par habitant	0.128		
B. Cheptel			1. Disponibilités Energétiques Alimentaires (DEA) 1994-96 kcal/pers/jour 1828		
1. Bovins	1994-96	milliers	1243		
2. Ovins/Caprins	1994-96	milliers	1290		
3. Porcins	1994-96	milliers	413		
4. Volaille	1994-96	millions	5		
C. Population					
1. Population totale	1998	milliers	7534		
2. 0-5 ans	1998	% population totale	17.7		
3. 6-17 ans	1998	% population totale	29.0		
4. 18-59 ans	1998	% population totale	47.5		
5. >=60 ans	1998	% population totale	5.9		
6. Population rurale	1998	% population totale	66.4		
7. Taux de croissance, Total	1995-2000	% population totale	1.9		
8. Taux de croissance, Rural	1995-2000	% population rurale	0.9		
9. Projection population totale en 2025	2025	milliers	12513		
10. Population agricole	1995	% population totale	65.6		
11. Densité de la population	1995	par km ²	256.7		
D. Niveau de développement			2. Protéines 1994-96 g/pers/jour 41.8 % provenant des: 3. Produits végétaux 1994-96 % protéines 84.3 4. Produits animaux 1994-96 % protéines 15.7 Apport énergétique des: 5. Protéines 1994-96 % DEA 9.4 6. Lipides 1994-96 % DEA 14.8		
1. PIB par habitant, méthode Atlas	1996	\$EU courants	310		
2. Indice de Développement Humain	1995	min[0] - max[1]	0.340		
3. Incidence de pauvreté, Total	1980-86	% de la population	76		
4. Incidence de pauvreté, Rural	1980-86	% de la population	80		
5. Espérance de vie à la naissance	1995	années	54,6		
6. Mortalité infanto-juvénile	1996	par 1000 naissances	134		
E. Commerce produits alimentaires			H. Insuffisance alimentaire		
1. Importations alimentaires	1994-96	% importations totales	50.0	1. Effectif de personnes "sous-alimentées" 1990-92 millions 4.6	
2. Exportations alimentaires	1994-96	% exportations totales	9.2	2. Pourcentage de "sous-alimentés" 1990-92 % du total 69.0	
3. Aide alimentaire en céréales (t)	1994-96	% import. en céréales	24.5		
F. Indice de production alimentaire			§ cf. Références pour les sources de données employées.		
1. Indice total de production	1994-96	1989-91=100	91.0		
2. Indice de production par personne	1994-96	1989-91=100	82.6		

HAÏTI

I. PRESENTATION GENERALE

1. Géographie

La République d'Haïti est localisée dans la région de la Caraïbe centrale. Sa superficie est de 27750 km² soit un tiers de l'Ile d'Hispaniola qu'elle partage avec la République Dominicaine, située à l'Est (**Carte générale**). C'est la deuxième île des grandes Antilles après Cuba dont elle est séparée à l'Ouest par le canal du Vent.

Les deux tiers de son territoire sont représentés par un relief montagneux avec trois principales chaînes de montagnes : la chaîne du Nord, le massif de la Selle et le massif de la Hotte. Le tiers restant est couvert par des plaines et des fonds de vallée avec de faibles pentes. La république d'Haïti présente 1771 km de côtes.

Haïti présente un climat tropical. Cependant, sa position géographique et son relief montagneux entraînent une grande variabilité au niveau de la température et de la pluviométrie. En effet, la température varie entre 20 et 36°C au niveau des plaines et des régions côtières et peut atteindre jusqu'à 38°C en été. Au niveau des montagnes, la température moyenne est de 15°C. Cette multiplicité des écosystèmes a aussi des répercussions sur les moyennes pluviométriques annuelles des différentes régions : moins de 1000 mm pour une partie des départements de l'Ouest, de l'Artibonite et du Nord Ouest, entre 1000 et 2000 mm pour les départements du Nord et du Nord Est et autour de 2000 mm pour le Sud et le Centre.

Le pays est divisé en 9 départements, 41 arrondissements, 133 communes et 561 sections communales. La capitale, Port-au-Prince est située dans le département de l'Ouest (**Carte générale**).

2. Population

La population totale, suivant les projections basées sur le recensement de 1982, réalisé par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique est évaluée en 1998 à environ 7,5 millions d'habitants (**Tableau 1**) (UN, 1996/1997). Les estimations de la répartition par sexe en 1997 indiquent que la population serait composée de 50,9 % de femmes et 49,1 % d'hommes. Ceci est lié à la surmortalité et à l'émigration masculines (MSPP-OPS/OMS, 1998). Le taux moyen annuel de croissance projeté pour la période 1995-2000 est de 1,9 %. Calculée à partir de ce taux, la population atteindra 8 millions d'habitants en 2000 et 12,5 millions en 2025 (UN,1996/1997), aggravant le problème déjà existant de surpopulation.

En effet, la densité de population est passée de 163 hab/km² en 1970 à 270 hab/km² en 1997, Haïti se trouvant ainsi être le pays des Amériques avec la densité démographique la plus élevée. De grandes variations existent cependant suivant les départements, les valeurs pouvant varier de 138 hab/km² pour le département du Centre à 548 hab/km² pour le département de l'Ouest (**Carte 1**). Ce dernier regroupe 34,7 % de la population totale, soit environ 2,7 millions d'habitants dont près de 2 millions vivant dans la capitale Port-au-Prince (MSPP-OPS/OMS, 1998).

Contrastant avec cette haute densité de population dans l'aire métropolitaine de la capitale, le taux d'urbanisation du pays qui en 1995 était évalué à 31,8 % est le plus faible

d'Amérique Latine (**Tableau 2**). Ceci s'explique par le fait que la population urbaine est concentrée presque entièrement dans la capitale. En effet, tous les départements, à l'exception de l'Ouest, ont une population majoritairement rurale, de 72 % au Nord à 91 % dans le Sud-Est. Bien que le taux de croissance de la population rurale durant la période 1995-2000 reste à un niveau relativement élevé (0,9 %), la tendance est désormais celle d'une accélération de l'urbanisation (UN, 1996/1997). Ce phénomène s'est intensifié surtout à partir de 1995, année de reprise de la migration interne en direction des villes, entraînant une prolifération des bidonvilles et une "ruralisation" des espaces urbains (MSPP-OPS/OMS, 1998).

De ce fait il est impossible de parler de l'actuelle structure de la population haïtienne sans tenir compte de ces phénomènes migratoires, ainsi que des déplacements de population (200000 personnes) qui ont eu lieu entre 1991 et 1994, de la capitale vers la campagne pour fuir le coup d'état. De plus, l'émigration officielle et clandestine (près de 45000 personnes) a été très intense durant la même période et il existe des flux migratoires saisonniers entre Haïti et la République Dominicaine.

En fait la population haïtienne reste une population très jeune: 46,7 % de la population a moins de 18 ans et 47,5 % a entre 18 et 59 ans (**Tableau 1**).

3. Niveau de développement : pauvreté, éducation et santé

Il n'existe pas de données récentes sur les revenus, les dépenses des ménages et la distribution de la pauvreté à Haïti couvrant la totalité du pays. Selon des données recueillies durant la période 1980-86, 76 % de la population haïtienne vit en dessous du seuil de pauvreté, ce même chiffre pouvant atteindre 80 % dans les zones rurales (**Tableau 1**).

Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain du PNUD (1990-1997), l'Indice de Développement Humain (IDH) qui associe espérance de vie à la naissance, revenu par habitant et éducation est passé de 0,276 en 1990 à 0,340 en 1995 ce qui indique une amélioration tout au moins dans les indicateurs sus-cités. Cependant, alors qu'en 1990 Haïti occupait le 124ème rang sur un total de 175 pays, en 1994, le pays était passé au 156ème rang, traduisant un accroissement de l'écart avec les autres pays.

Au niveau des départements, les seules informations qualitatives sont fournies par l'Etude de Base sur la Sécurité des Systèmes de Vie, réalisée en 1995 dans la Péninsule du Sud et qui indique que les niveaux de vulnérabilité des ménages, établis sur la base du revenu par personne et des biens de production, y sont plus bas que dans le Nord-Ouest : deux tiers des ménages se trouvant dans les catégories de vulnérabilité modérée à faible (CRS/IFSIS, 1996).

D'une manière générale le niveau de vie de la population, urbaine ou rurale, est très étroitement lié au niveau de diversification des sources de revenus. Ainsi certaines catégories de ménages, telles que ceux vivant dans des zones isolées (zones de plaines et montagnes sèches dans le Sud, entre autres) et/ou les ménages monoparentaux, qui n'ont pas la possibilité de diversifier leur sources de revenus, sont plus exposées à l'insécurité alimentaire.

C'est aussi dans les zones montagneuses que le niveau d'instruction est le plus faible. Le taux d'analphabétisme atteint 26 à 31 % dans les plaines et zones côtières de la Péninsule du Sud et il est de 42 à 47 % dans les montagnes de la même région (CRS/IFSIS, 1996). Les taux sont nettement plus importants parmi les adultes (66 % d'analphabétisme en 1994). Le taux de scolarisation primaire net est passé de 37 % en 1988 à 48 % en 1997 (MSPP-OPS/OMS, 1998), ceci en partie grâce au développement du secteur non public. Néanmoins, il atteint à peine 23 % en milieu rural et 73 % dans la Péninsule du Sud. Le faible taux de scolarisation secondaire net témoigne du pourcentage important d'abandon pour des raisons

multiples: économiques, insuffisance d'infrastructures scolaires, mauvais état sanitaire et nutritionnel, etc. Les filles ont autant de chances que les garçons d'accéder à l'école primaire mais expérimentent des difficultés à continuer les études au delà de l'âge de 16 ans.

Ces problèmes ont retenu l'attention des gouvernements qui se sont succédés durant ces dernières années et qui ont élaboré depuis 1993 un Plan National d'Éducation et de Formation (PNEF), portant sur 10 ans et basé sur trois axes d'intervention: l'accroissement de l'offre d'éducation; l'amélioration de la qualité de l'enseignement et l'amélioration de la gouvernance du système et de l'efficacité externe. Ceci concernerait aussi bien l'enseignement primaire, secondaire, supérieur et la formation professionnelle. Pour l'éducation de base en particulier, l'objectif d'ici l'an 2015 est d'atteindre un taux de scolarisation de 75 %.

Haïti présente un taux de mortalité (12,8 ‰ en 1990) parmi les plus élevés d'Amérique Latine, la valeur moyenne dans la région étant de 6,7 ‰ (MSPP-OPS/OMS, 1998). L'espérance de vie à la naissance en 1995 est de 54,6 années (UN, 1996/1997).

La mortalité maternelle a été estimée en 1995 à 1100 pour 100000 naissances vivantes (WHO/UNICEF/UNFPA, 1995). Le taux de fertilité (4,6 enfants par femme), les conditions inadéquates d'accouchement, les grossesses non suivies et les grossesses précoces sont autant de facteurs expliquant ce taux élevé de mortalité maternelle. L'espérance de vie de la femme haïtienne est de 57,7 ans contre 75,5 ans pour une jamaïcaine.

Selon les deux enquêtes de "Morbidity, Mortality and Utilisation des Services", EMMUS I et II, réalisées respectivement en 1987 et 1994 par l'Institut Haïtien de l'Enfance, le taux de mortalité chez les moins de 5 ans a diminué sensiblement. Il est passé de 150 ‰ en 1990 à 137 ‰ en 1995 (UNICEF, 1997).

En réalité, l'accès aux soins de santé primaires est insuffisant pour l'ensemble de la population bien qu'à des degrés différents selon les départements. La couverture sanitaire nationale est nettement insuffisante en termes quantitatifs et qualitatifs en particulier dans les zones isolées du pays. De plus, les services médicaux et les médicaments ont connu d'importantes poussées inflationnistes qui ont rendu leur accès impossible aux ménages les plus pauvres. Ceci explique en partie la place importante occupée par la médecine populaire traditionnelle.

Malgré les difficultés rencontrées pour obtenir des données fiables, les résultats d'études épidémiologiques indiquent que pour l'ensemble de la population les principales causes de morbidité restent les maladies transmissibles infectieuses ou parasitaires. Haïti est le seul pays des Caraïbes où la malaria représente encore un problème de santé publique, bien que les taux de prévalence soient sans doute surestimés. La dengue sévit en particulier en milieu urbain. La tuberculose touche durement le pays avec un taux d'incidence de 280 pour 100 000 habitants. De même, le Sida, bien que mal déposé est en continuelle expansion.

Cette situation fait apparaître la nécessité d'améliorer non seulement le secteur de soins et services de santé mais aussi celui de la surveillance épidémiologique afin de permettre une utilisation plus rationnelle des ressources financières, matérielles et humaines disponibles (MSPP-OPS/OMS, 1996).

4. Production agricole, utilisations des terres et sécurité alimentaire

La production agricole d'Haïti a considérablement décliné durant ces 20 dernières années. La valeur ajoutée dans ce secteur en terme réel est pratiquement restée stagnante. L'indice de production totale par personne est passé de la valeur 100 en 1989-91 à 91 en 1994-96

(**Tableau 1**). A partir de 1993 l'impact de l'embargo s'est fait sentir surtout sur la production de riz. Néanmoins, l'agriculture représente aujourd'hui environ 30 % du PIB et 60 % des possibilités d'emploi.

Les principales productions agricoles sont le maïs, riz, sorgho, patate douce, haricots secs, ignames, manioc, plantain et fruits. Les principaux produits d'exportation sont constitués par le café, les fruits et légumes suivis par le poisson et fruits de mer et les boissons alcoolisées.

Les importations en 1994-96 sont constituées essentiellement par les céréales (439251 t) dont les principaux produits sont la farine de blé et le riz, les édulcorants (123732 t), les huiles végétales (74506 t), le lait et les oeufs (54472 t), les légumineuses/noix/oléagineux (28621 t) et en moindre quantités par la viande et le poisson. Bien que la fiabilité des données concernant la période de l'embargo de 1991 à 1994 soit incertaine, on assiste à une nette augmentation des importations, à l'exception du groupe constitué par le lait/oeufs qui présente une valeur quasi-constante entre 1979-81 et 1994-96 (entre 0,8 et 0,9 % des DEA) (FAOSTAT).

Le cheptel, à l'exception des porcins, a augmenté de 17 % pour les bovins, de 57 % pour les ovins et caprins et de 64 % pour la volaille, entre 1964-66 et 1994-96 (FAOSTAT).

On assiste à une diminution du cheptel de porcins : leur nombre est passé de 1,7 millions environ en 1974-76 à 412500 en 1994-96, en raison de l'épidémie de Peste Porcine Africaine et de l'abattage de tous les porcs indigènes (FAOSTAT). Parallèlement à la chute de la production agricole, la population a augmenté à raison de 1,9 % par an, entraînant, en particulier dans les zones rurales, une hausse de la densité de population avec pour effet une surexploitation des ressources naturelles. Le déboisement intensif (les formations forestières ne dépassent pas 4 % du territoire) associé aux effets du climat tropical a entraîné l'érosion avancée des montagnes. Les pertes annuelles de terres cultivables sont estimées à 6000 hectares, soit 0,22 % du territoire national. Si l'on ajoute la quasi impossibilité d'augmenter les superficies agricoles, on comprend aisément que le nombre d'hectares de terre arable par personne soit passé de 0,179 en 1970 à 0,128 hectare en 1995 et que la même tendance ait été observée pour les terres agricoles: de 0,32 hectare par personne en 1970 à 0,196 hectare en 1995 (FAOSTAT). Cette situation est particulièrement grave si l'on considère que les petits producteurs agricoles (800000 environ) fournissent la quasi totalité de la production du pays, que 70 % d'entre eux possèdent moins de 1,3 hectares et 24 % d'entre eux entre 1,3 et 0,8 hectares (IHSI,1982).

Les stratégies mises en place par les agriculteurs aboutissent à une multitude de systèmes de production: a) le système des quatre grandes plaines sucrières en voie de reconversion (cultures vivrières et bananes); b) les plaines humides avec des associations vivrières et la riziculture dans l'Artibonite; c) les mornes et plateaux humides où les cultures vivrières (maïs, haricot, igname) sont associées aux cultures arbustives (café); d) les plaines et basses collines sèches avec des cultures vivrières adaptées (manioc, sorgho, mil, maïs) et e) la zone du Plateau Central où en plus des cultures vivrières (manioc et maïs) et de la culture de la canne, existe un élevage en semi-liberté.

Malgré cela, dans la plupart des cas, la production ne permet pas de subvenir aux besoins des ménages, ce qui explique que même en milieu rural la large majorité des haïtiens soient des acheteurs nets d'aliments et que la diversification des activités génératrices de revenus (petit commerce, production de charbon...) soit une composante fondamentale de la sécurité des ménages.

Les risques d'insécurité alimentaire augmentent dans les zones enclavées, localisées en particulier dans les départements du Nord-Ouest, Centre, Sud-Est et Grande-Anse. En

effet, l'état obsolète dans lequel se trouvent les voies de communications (entre 5 % et 9 % disposent d'un revêtement) non seulement complique la commercialisation et l'approvisionnement (les déséquilibres régionaux étant assez marqués) mais aussi limite les possibilités de travail ce qui rend les populations locales encore plus sensibles à toute fluctuation de prix des denrées alimentaires (Opas, 1998).

Cette situation de dépendance externe se reproduit au niveau « macro » dans la mesure où le pourcentage de couverture des besoins alimentaires de la population par la production est actuellement limité à 59 %. Le recours aux importations (34 %) et à l'aide alimentaire pour couvrir le restant est donc inévitable.

L'aide alimentaire est constituée principalement par le riz, le maïs, les légumineuses et la farine de blé. Les niveaux de l'aide alimentaire fluctuent d'une année à l'autre. En 1995, les céréales et les légumineuses représentaient à elles seules 97 % du total (CNSA, 1996).

5. Economie

L'économie haïtienne est fortement liée à son agriculture. Ceci explique que les difficultés rencontrées sur les marchés mondiaux du café depuis 1980 ainsi que l'embargo de 1991-94 aient fortement contribué à ramener le PIB au niveau d'avant 1980.

Le ralentissement dans l'implantation des industries d'assemblage suite au coup d'état de 1991 a lui aussi eu une part importante dans la chute (-25 %) du taux de croissance du PIB. Ce taux s'est relevé progressivement à partir de 1994 pour redevenir positif en 1995 (+4.4 %). Le PIB par habitant en 1996 était de 310 dollars EU (UN, 1996/1997).

L'indice des prix a augmenté à un rythme annuel moyen de 25,4 % entre 1991 et 1994, aggravant la situation de pauvreté d'une population frappée à 70 % par le chômage (OPS/OMS, 1996).

En 1994, le pays a mis sur pied avec l'appui de la communauté internationale un programme d'urgence de relance économique visant à réformer le cadre économique, à développer les possibilités d'emploi et à reconstruire les infrastructures de base. Dans le cadre de ce programme, le contrôle des dépenses publiques, la réforme de la fiscalité et la privatisation d'un certain nombre d'entreprises publiques apparaissent comme trois mesures essentielles pour le développement agricole.

Cependant, le taux de croissance du PIB, bien que se maintenant à des niveaux positifs n'a été que de 1,1 % en 1997. Par ailleurs, la régression en volume de la production agricole a largement contribué à une augmentation nette des importations de produits alimentaires, creusant le déficit de la balance commerciale et jouant en faveur de la dépréciation de la monnaie nationale. Le taux d'inflation atteignait 19,3 % en 1996.

II. LA SITUATION ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE

1. Evolution des besoins et des disponibilités en énergie

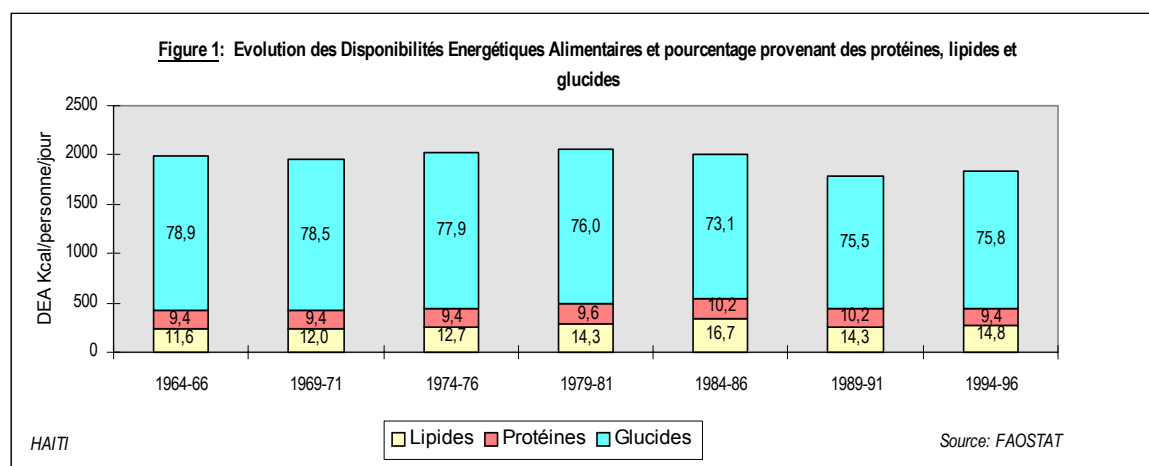
La population haïtienne a augmenté de plus de 71% entre 1965 et 1995. Les projections montrent qu'en 2025 celle-ci triplera par rapport à 1965. Parallèlement, le taux d'urbanisation s'est rapidement accentué, passant de 17,6 % en 1965 à 31,8 % en 1995, soit une augmentation de 80 %. Les Besoins Energétiques par personne et par jour ont évolué très faiblement passant de 2196 kcal en 1965 à 2200 kcal en 1995. Cette tendance devrait se maintenir entre 1995 et 2025 (**Tableau 2**).

Tableau 2: Population totale, taux d'urbanisation, besoins énergétiques et disponibilités énergétiques alimentaires (DEA) par personne et par jour en 1965, 1995 et 2025

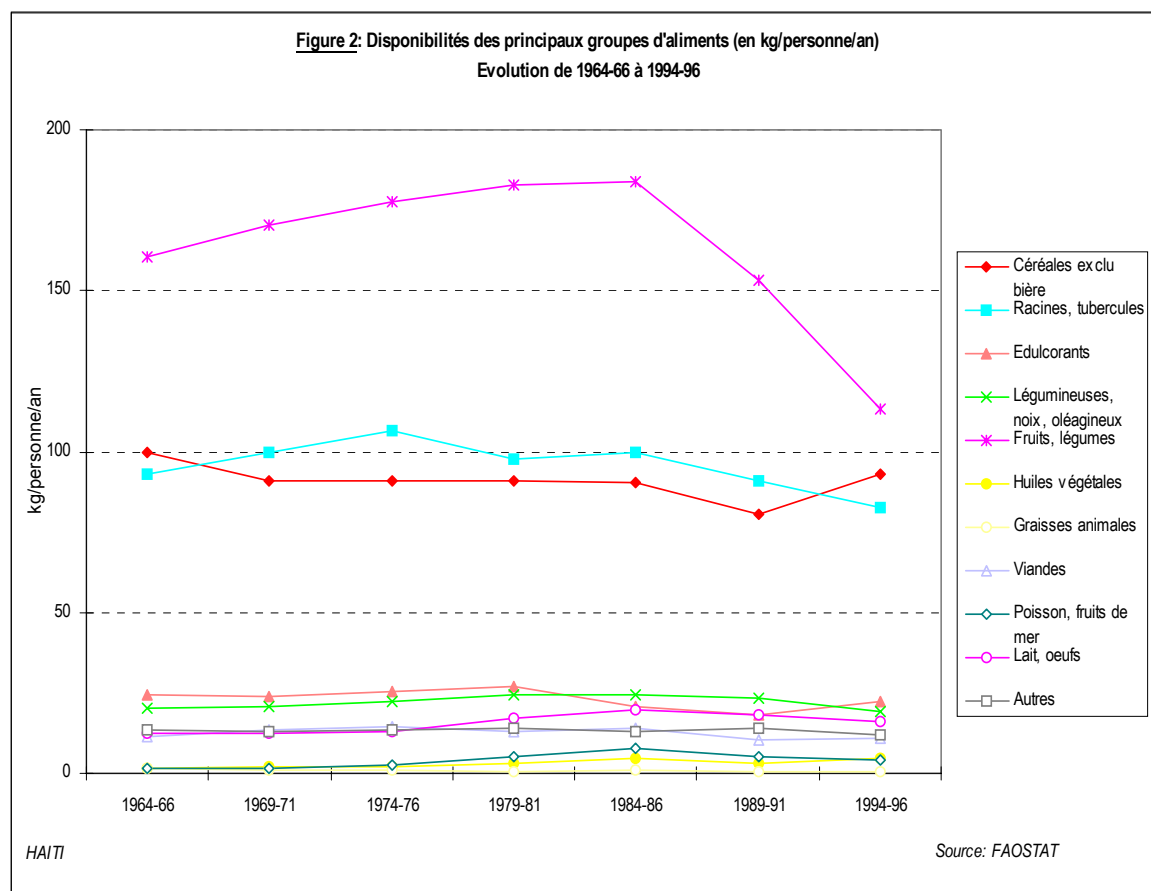
Année	1965	1995	2025
Population totale (milliers d'habitants)	4143	7124	12513
Taux d'urbanisation (%)	17,6	31,8	51,1
Besoins énergétiques par personne (kcal/jour)	2196	2200	2216
DEA par personne (kcal/jour)*	1987	1828	—

* Moyenne calculée sur trois ans pour 1964-66 et 1994-96 (Source: FAOSTAT)

Les Disponibilités Energétiques Alimentaires (DEA) par personne et par jour ont connu un accroissement à partir de 1969-71, passant de 1947 kcal à 2065 kcal en 1979-81. A partir de 1984-86, une diminution de ces disponibilités s'est amorcée, la chute devenant brutale en 1989-91 et atteignant ainsi un niveau (1779 kcal) plus bas que celui de 1964-66. En 1995, elles n'ont que très légèrement augmenté (**Figure 1**). Tout au long de la période 1964-66 à 1994-96, les DEA apparaissent comme inférieures aux besoins estimés.



Entre 1964 et 1996, la part des protéines est restée faible (entre 9,4 % et 10,2 % des DEA). La part des lipides dans les DEA par contre a continuellement augmenté, passant de 11,6 % en 1964-66 à 14,8 % en 1994-96, avec un pic en 1984-86 (16,7 %). Cette progression de l'importance des lipides s'est donc faite au détriment des glucides dont la part énergétique dans les DEA est passée de 78,9 % à 75,8 % pendant la même période.

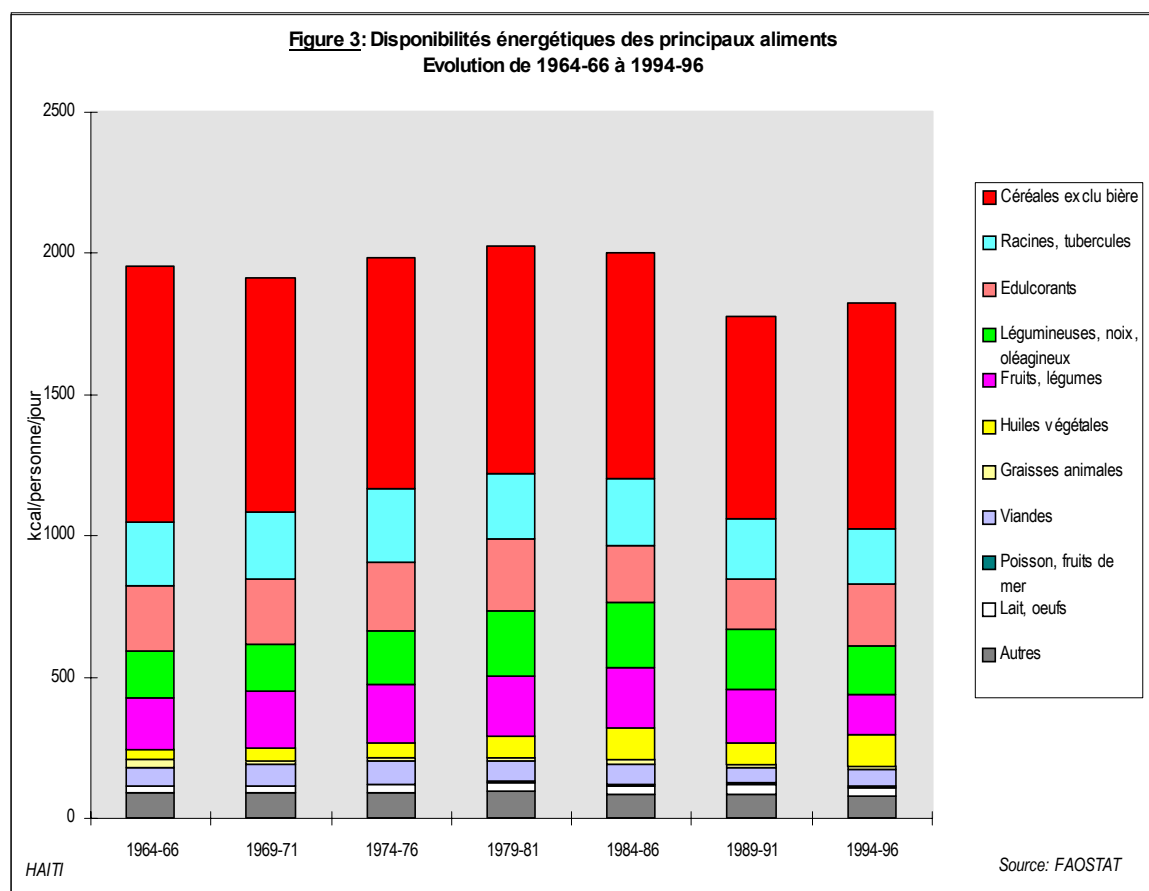


2. Evolution des disponibilités alimentaires

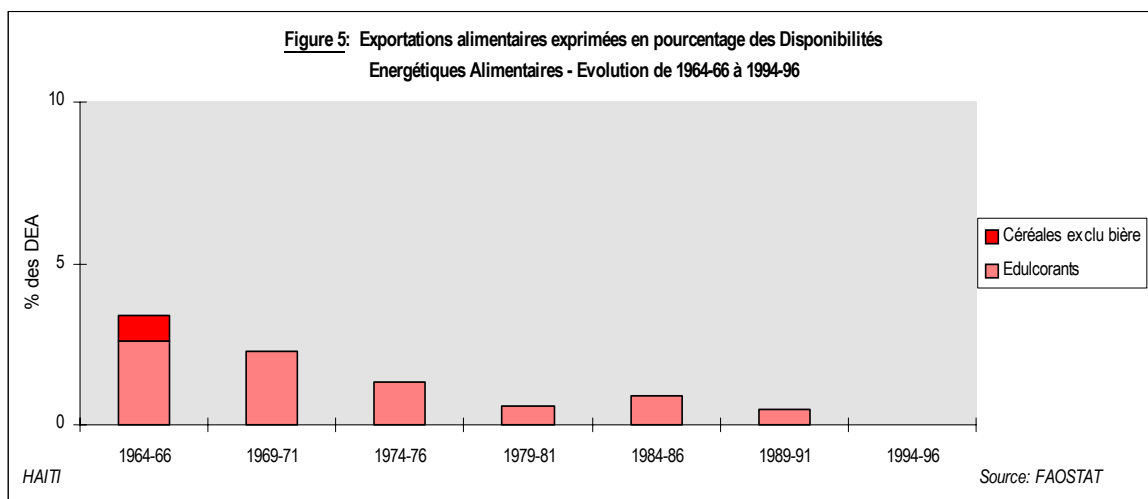
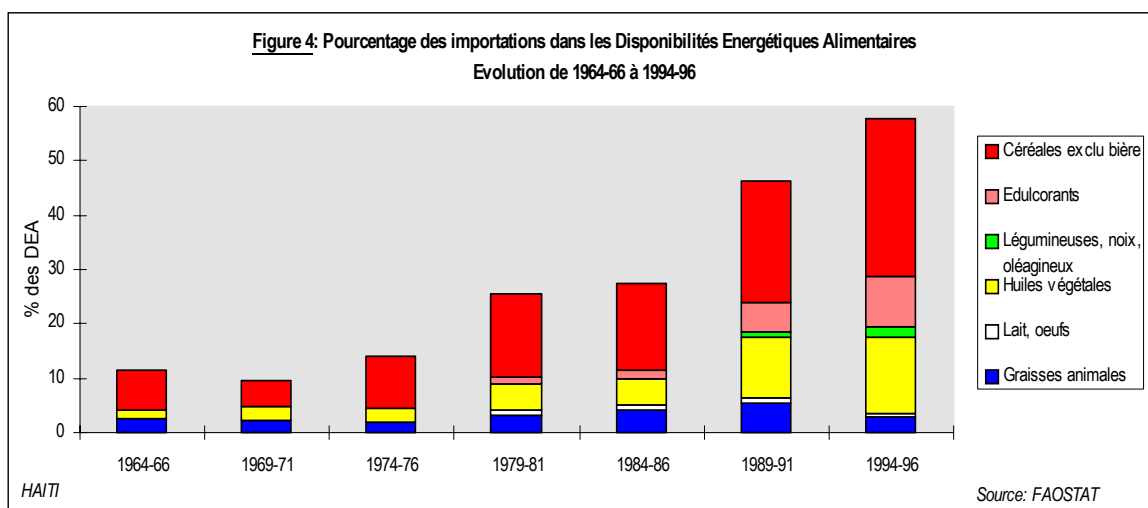
En quantités - La disponibilité (en kg/pers/an) des différents groupes d'aliments a connu des fluctuations mineures au cours de la période 1964-1996, à l'exception du groupe des fruits et légumes dont l'importance a fortement décliné à partir de 1984-86 (de 183,7 kg/pers/an en 1984-86 à 113,5 kg/pers/an en 1994-96). La disponibilité du groupe des racines et tubercules a également connu une diminution durant la même période, bien que moins significative (de 93,2 kg/pers/an à 82,4 kg/pers/an). La disponibilité des céréales (bière exclue) a connu deux chutes: une durant la période de 1969-1971 et l'autre en 1989-1991. Entre ces deux périodes, elle s'était maintenue à un niveau relativement stable, autour de 91 kg/pers/an. Après la chute de 1989-91 qui avait amené le niveau à environ 80 kg/pers/an, on assiste à une nette reprise en 1994-1996, la disponibilité étant alors de 93 kg/pers/an. La disponibilité en fruits et légumes, après une période de croissance continue entre 1964-66 et 1984, a montré une diminution marquée (38 %) entre 1984-86 et 1994-96, mais reste relativement élevée pour un pays en développement.

La disponibilité des racines et tubercules qui a connu de nombreuses fluctuations a globalement diminué passant de 93,2 kg/pers/an en 1964-66 à 82,4 kg/pers/an en 1994-96, soit une chute de près de 12 % en 30 ans.

La disponibilité des huiles végétales a pour sa part triplé passant de 1,5 kg/pers/an en 1964-66 à 4,7 kg/pers/an en 1994-96, mais elle reste modérée, ainsi que celle du poisson et des fruits de mer qui a doublé durant la même période avec 1,6 kg/pers/an en 1964-66 et 4,0 kg/pers/an en 1994-96 (**Figure 2**).



Energie - Entre 1964-66 et 1994-96, la disponibilité d'énergie par personne et par jour provenant des céréales (bière exclue) a connu une diminution, passant de 906 kcal à 800 kcal. Une chute a eu lieu entre 1984-86 et 1989-91 (diminution de 88 kcal) mais a été suivie par une reprise. Tout au cours de cette période, les céréales ont constitué la source la plus importante des disponibilités énergétiques (DEA). En 1964-1966, elles représentaient à elles seules 46 % des disponibilités totales. Après une chute jusqu'à 40 % en 1989-1991, elles sont remontées à 44 % en 1994-1996. Elles sont suivies par le groupe des édulcorants, puis les racines et tubercules, ensuite les légumineuses, noix et graines oléagineuses puis les fruits et légumes. L'énergie apportée par l'ensemble de ces quatre groupes d'aliments équivaut presque à celle fournie par les céréales. Le reste, soit 16 % environ de l'énergie disponible, étant fourni par les huiles végétales, les graisses animales, les viandes, les poissons et fruits de mer, le lait et oeufs, et les autres groupes d'aliments (**Figure 3**).



Principales importations et exportations alimentaires - Entre 1964 et 1996, le pourcentage des importations dans les Disponibilités Energétiques Alimentaires (DEA) a connu une importante augmentation, passant de 11,6 % à 53,3 %. D'autre part, entre 1964 et 1976, ce pourcentage était représenté par 3 groupes de produits: les céréales, les huiles végétales et les graisses animales. A partir de 1979-1981 sont venus s'ajouter les édulcorants, le lait et les oeufs et plus tard (1989-1991), les légumineuses. Ceci est dû principalement à la stagnation de la production agricole alors que la population totale augmentait pendant la même période.

L'apport des importations de céréales (bière exclue) aux DEA a cru régulièrement entre 1964 et 1996, passant de 7,4 % à 29 %. Elles sont suivies par les huiles végétales dont le pourcentage des DEA est passé de 1,8% en 1964-66 à 13,8% en 1994-96 (**Tableau 4**).

Les exportations en pourcentage des DEA ont diminué tout au long de la période 1964-1991 (3,4 % des DEA en 1964 pour seulement 0,5% des DEA en 1991), sauf en 1984-1986 où on assiste à une légère hausse des exportations (+ 0,3 % par rapport à 1979-1981). Entre 1964 et 1966, elles étaient constituées principalement par le groupe des édulcorants et dans une plus faible mesure par les céréales. A partir de 1969, les édulcorants représentent les seules exportations alimentaires ; en 1994-96, elles deviennent nulles (**Tableau 5**).

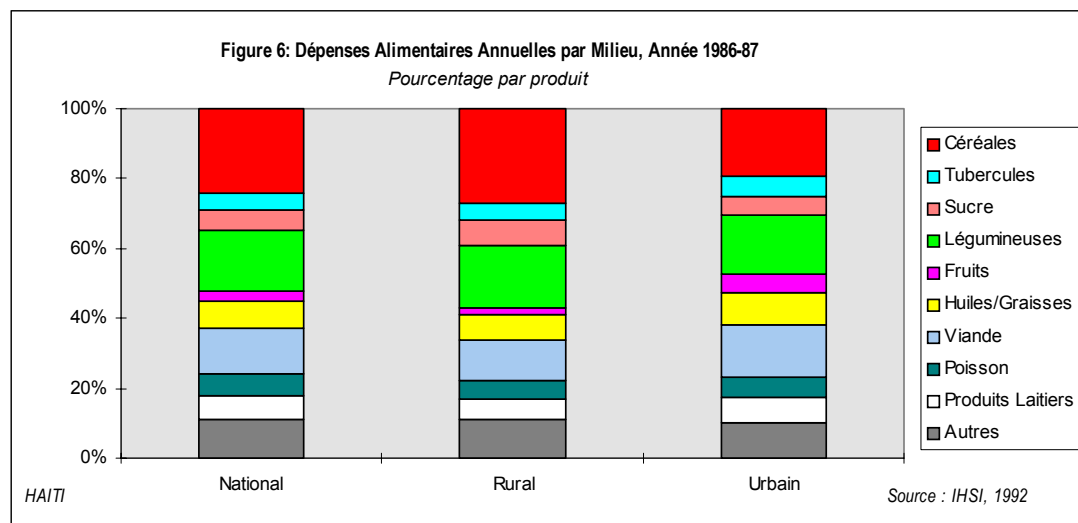
3. Consommation alimentaire

Les données les plus récentes sur la consommation alimentaire des ménages en Haïti et les seules qui soient représentatives au niveau national sont fournies par l'Enquête Budget-Consommation réalisée en 1986-87 (IHESI, 1992).

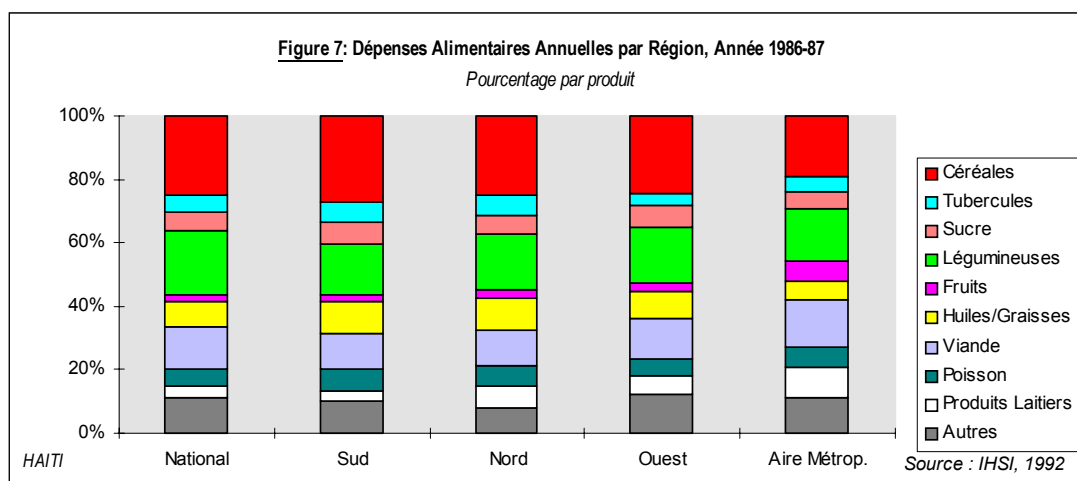
L'étude, menée sur 3120 ménages, fournit une estimation qualitative de la consommation au niveau du ménage, en identifiant les principaux produits consommés ainsi que leur part dans la ration journalière.

Ainsi, l'apport énergétique journalier a été évalué à 1788 kcal par personne dont plus de la moitié provenant des céréales et des légumineuses, 16 % des huiles et graisses et 5 % de la viande et autres produits (BM, 1996). Il existe tout de même des particularités selon le milieu considéré. Ainsi, les racines et tubercules en tant que source d'énergie occupent une place plus importante en milieu rural, ainsi que dans les classes de plus faible revenu, qu'en milieu urbain.

La part des dépenses alimentaires dans les dépenses totales des ménages haïtiens est de 49 % au niveau national, 52 % en milieu rural et 42 % en milieu urbain. Le pourcentage des dépenses attribué aux céréales se situe autour du quart des dépenses alimentaires totales, (27 % en milieu rural et 19 % en milieu urbain), alors qu'il est de 17 % pour les légumineuses (sans aucune différence significative entre les milieux) et de 13 % pour la viande, ce pourcentage étant légèrement plus élevé en milieu urbain (15 %) (**Figure 6**).



Si l'on considère séparément les régions du Sud, Nord, Ouest et l'Aire Métropolitaine (AM) de la capitale Port-au-Prince, on remarque que la part des dépenses attribuée aux céréales est la plus importante dans le Sud (27 %) alors qu'elle représente moins de 20 % dans l'AM. Si d'une part il n'existe pas de différences significatives pour les légumineuses et les tubercules, les dépenses relatives aux fruits, viandes et produits laitiers sont nettement plus importantes dans la capitale, de même que celles relatives aux huiles/grasses végétales et les poissons le sont dans le Sud (**Figure 7**).



L'accès économique aux aliments apparaît pour les ménages haïtiens, qu'ils soient urbains ou ruraux comme un facteur déterminant de leur niveau de sécurité alimentaire.

Des données concernant la consommation des enfants d'âge préscolaire ont été recueillies dans le cadre de l'Etude de Base sur la Sécurité des Systèmes de Vie effectuée en 1996 dans les départements de l'Artibonite, du Centre, du Nord, du Nord-Est et Ouest (ADRA/IFSIS, 1997). L'étude prévoyait l'estimation de la consommation alimentaire de 1041 enfants sur la base d'un questionnaire de "fréquence des 24 heures", l'échantillon ayant été dessiné dans le but d'obtenir des résultats représentatifs pour 6 différentes zones agroécologiques (Côte Sèche, Montagne Humide, Montagne Sèche, Plaine Humide, Plaine Irriguée et Plaine Sèche) et quatre niveaux différents de vulnérabilité des ménages (Extrême, Haut, Modéré et Bas). Les résultats de l'enquête sont purement qualitatifs car ils permettent d'identifier les principaux aliments composant les repas et d'estimer leur niveau de consommation en terme de fréquence et non pas de quantités consommées.

Ainsi, les principaux résultats pour les cinq départements étudiés indiquent que 22 % des préscolaires consomment uniquement un repas par jour, 56 % deux et 21 % trois. Parmi les ménages plus aisés, 33 % font trois repas, alors que ce chiffre tombe à 10 % dans les ménages les plus vulnérables. Si l'on différencie par zone agro-écologique, le niveau le plus bas de consommation se rencontre dans la zone des Montagnes Humides alors que le plus haut est observé dans la zone des Plaines Irriguées.

Parmi les aliments riches en protéines, les haricots sont ceux consommés avec la plus haute fréquence, suivi par le groupement bœuf/poulet/poisson ainsi que par les produits laitiers et les oeufs. La consommation de haricot varie d'une zone écologique à l'autre, la plus haute se rencontrant dans la Côte Sèche et dans la zone des Plaines Irriguées alors que la plus faible se trouve dans la zone des Plaines Humides. La zone de la Côte Sèche est aussi celle qui présente la plus forte consommation de bœuf/poulet/poisson, alors que celle-ci est très faible dans la zone de Montagnes Humides.

La fréquence journalière de consommation d'aliments riches en micronutriments est très basse. Les produits riches en micronutriments les plus consommés sont constitués par les fruits (mangues, oranges), les légumes à feuilles vertes et les patates douces. La zone des Montagnes Humides a la plus haute consommation de végétaux et la plus basse de fruits, celle-ci atteignant son maximum dans la zone des Plaines Sèches.

Ces informations ont été également analysées de manière désagrégée, par tranche d'âge. Parmi les enfants de 6 à 11 mois, 17 % consomment 3 repas par jour comme complément à l'allaitement dont le taux de couverture est de 94 %. Parmi les enfants de 12 à

moins de 48 mois, 21 % consomment un seul repas. Alors que pour cette tranche d'âge le taux de couverture de l'allaitement diminue (32 %), le nombre de repas reste inchangé, contrairement à ce qu'on pourrait attendre. Le même phénomène a lieu pour les enfants de plus de 48 mois: 18 % consomment un seul repas par jour.

L'estimation de la couverture des besoins en énergie, protéines, vitamine A, vitamine C et fer faite à partir de données qualitatives est sujette à une très grande imprécision. Une enquête plus poussée devrait pouvoir estimer avec plus de précision la taille des portions, considérer les différentes méthodes de préparation des aliments et prévoir une analyse détaillée des aliments indigènes largement utilisés par la population.

Pratiques d'allaitement - Les pratiques d'allaitement ont aussi fait l'objet d'une étude dans le cadre de cette enquête (ADRA/IFSI, 1997). Les résultats ont montré que moins de 50 % des femmes commencent l'allaitement le jour de la naissance, ce chiffre étant de 26 % dans les zones des Montagnes Humides et des Plaines Humides et de 74 % dans la zone des Plaines Irriguées. Approximativement 95 % des enfants de moins de 12 mois sont allaités, alors que le pourcentage baisse à 50 % pour les 12,0-23,9 mois, sans différences significatives entre zones agroécologiques. Même si un pourcentage important d'enfants est allaité jusqu'à l'âge de deux ans, l'allaitement n'est pas exclusif: 98 % des enfants entre 0 et 3 mois avaient déjà absorbé de l'eau et 40 % des enfants de moins d'un mois avaient absorbés des aliments solides. En moyenne, l'âge d'introduction de l'eau et d'autres liquides est respectivement de 15 et 26 jours alors que pour les aliments solides elle se situe environ à 1,7 mois. Dans aucune des différentes zones agroécologiques, ces âges ne dépassent respectivement 1 et 2,5 mois.

Ces caractéristiques des pratiques d'allaitement ont été confirmées par l'enquête nutritionnelle par départements réalisée en 1995 (MSPP-OPS/OMS-UNICEF-Capital Consult., 1997). Celle-ci a révélé que moins d'1 % des nouvelles accouchées pratiquent l'allaitement au sein précoce au cours de la première demi-heure qui suit l'accouchement. L'allaitement exclusif durant les deux premiers mois de vie varie de 64 % dans les départements du Nord et Nord-Est à 78 % dans le Nord-Ouest et le Centre et 85 % dans l'Ouest, l'allaitement exclusif sur une période de 6 mois étant rare en Haïti. Quant à la durée de l'allaitement, c'est dans les départements du Nord et du Nord-Est que l'allaitement au sein jusqu'à 24 mois est le plus pratiqué (MSPP-OPS/OMS, 1998).

4. Données anthropométriques

L'état nutritionnel des enfants en âge préscolaire a été décrit par trois enquêtes relativement récentes, donnant des résultats représentatifs au plan national : l'Enquête anthropométrique nationale de 1978 (Graitcer et al., 1980), celle de 1990 (MPHP, 1993) et celle de 1994-1995 (DHS/ORC). Alors qu'en 1978 et 1990 la population étudiée correspondait à la tranche d'âge 3-59 mois, en 1995, l'échantillon portait sur les 0-59 mois.

La comparaison des résultats de ces enquêtes montre que la malnutrition demeure un problème majeur de santé publique en Haïti en dépit d'une certaine tendance à l'amélioration (**Tableau 3**).

La prévalence de l'insuffisance pondérale globale ($<-2ET^1$) chez les enfants de moins de cinq ans a connu une nette amélioration, passant de 37,4 % en 1978 à 27,5 % en 1995. La prévalence de l'insuffisance pondérale sévère ($<-3ET$) a également diminué entre 1978 et 1995, passant de 11,5 % à 8,1 % soit une diminution de près d'un tiers (**Carte 3**).

La prévalence du retard de croissance global ($<-2ET$) a également diminué entre 1978 et 1995, de 39,6 % à 31,9 %. Cette décroissance serait liée à plusieurs facteurs dont le plus important serait les progrès réalisés au niveau du secteur sanitaire. La prévalence du retard de croissance sévère ($<-3ET$) a diminué entre 1978 et 1995, passant de 17,9 % à 14,9 % soit une chute d'environ 17 %.

L'émaciation globale ($<-2ET$) a connu une évolution très significative. Entre 1978 et 1995, sa prévalence avait diminué de près de moitié (8,9 % en 1978 et 4,2 % en 1995). Par contre, la prévalence de l'émaciation sévère (ou malnutrition aiguë sévère : $<-3ET$) a stagné, passant d'une valeur de 1,1 % en 1978 à 1 % en 1995 (**Carte 4**).

Selon les informations recueillies par l'enquête EMMUS-II (IHE, 1994), des différences par sexe ne sont pas rapportées du moins parmi les enfants, mais cet aspect mériterait d'être approfondi (WB, 1996).

L'analyse de l'Enquête anthropométrique nationale la plus récente (1994-1995) montre que le niveau de malnutrition aiguë modérée (-2 à -3 ET) est relativement faible (4,2 %) alors que les problèmes de retard de croissance et d'insuffisance pondérale se situent encore à des niveaux élevés.

Très peu de données anthropométriques sont disponibles actuellement en Haïti pour les adultes et les adolescents. Selon une estimation, 19 % des mères présenteraient un Indice de Masse Corporelle inférieur à 18,5 kg/m², signe de déficience énergétique chronique ; avec 3,5 % des mères présentant un déficit énergétique modéré (IMC compris entre 16,0 et 16,9 kg/m²) et 2,1 % des mères présentant un déficit énergétique sévère (IMC inférieur à 16,0 kg/m²) (DHS/ORC, 1994-95).

Bien qu'aucune donnée ne soit disponible à l'heure actuelle décrivant l'état nutritionnel des personnes déplacées, qu'elles soient émigrantes rapatriées ou émigrantes saisonnières dans les champs de canne à sucre en République Dominicaine, les conditions de vie dans lesquelles se trouvent ces groupes de population laissent entrevoir l'existence parmi eux d'importantes carences nutritionnelles. Il en est de même pour les populations vivant dans les zones marginales urbaines, les femmes et les enfants restant les groupes plus vulnérables.

¹ Ecart-types de la médiane de référence OMS/NCHS. OMS, 1983.

Tableau 3: Données anthropométriques sur les enfants

Nom, Année, référence (référence)	Lieu	Echantillon			Prévalence de la malnutrition						
		Nombre	Sexe	Age ans	Insuffisance Pondérale		Retard de croissance		Emaciation		Surpoids
					% Poids/Age	% Poids/Age	% Taille/Age	% Taille/Age	% Poids/Taille	% Poids/Taille	%Poids/Taille
					< -3ET	< -2ET*	< -3ET	< -2ET*	< -3ET	< -2ET*	> +2ET
WHO, réf 00151											
Graitcer et al., 1980	National	5346	M/F	0,25-4,99	11.5	37.4	17.9	39.6	1.0	8.9	0.8
1978		349	M/F	0,25-0,49	0.6	3.7	2.0	6.3	0.3	1.7	3.4
		722	M/F	0,50-0,99	5.1	23.1	3.3	14.4	0.6	6.8	1.2
		1252	M/F	1	11.7	40.0	13.3	35.4	2.0	17.2	0.7
		1108	M/F	2	16.1	46.8	20.8	48.4	0.8	8.0	0.5
		1047	M/F	3	12.2	39.7	26.2	51.1	0.8	6.2	0.7
		868	M/F	4	14.3	44.1	29.3	54.8	0.9	6.2	0.3
		2701	M	0,25-4,99	11.5	38.7	19.6	42.3	1.1	8.8	0.8
		179	M	0,25-0,49	1.1	5.6	3.4	8.4	0.6	2.8	3.4
		341	M	0,50-0,99	6.2	24.3	5.0	17.6	0.9	6.7	1.5
		607	M	1	11.5	41.5	13.2	37.9	2.3	17.3	0.8
		577	M	2	16.6	48.0	22.2	49.0	1.0	8.0	0.3
		555	M	3	11.0	38.0	27.6	53.3	0.4	6.1	0.7
		442	M	4	13.6	48.0	32.8	58.6	0.7	5.9	0.0
		2645	F	0,25-4,99	11.5	36.1	16.2	36.8	1.0	9.0	0.9
		170	F	0,25-0,49	0.0	1.8	0.6	4.1	0.0	0.6	3.5
		381	F	0,50-0,99	4.2	22.0	1.8	11.5	0.3	6.8	1.0
		645	F	1	11.8	28.6	13.5	33.0	1.7	17.1	0.6
		531	F	2	15.4	45.6	19.4	47.6	0.6	8.1	0.6
		492	F	3	13.6	41.7	24.6	48.6	1.2	6.3	0.6
		426	F	4	15.0	40.1	25.6	50.9	1.2	6.6	0.7
WHO, réf 01544	National	1843	M/F	0,25-4,99	...	26.8	...	33.9	...	4.7	...
MPHP, 1993											
1990											
DHS/ORC	National	3968	M/F	0,00-4,99	8.1	27.5	14.9	31.9	1.1	4.2	...
1994-1995											

Source : Enquêtes 1978 et 1990 : www.who.int/nutgrowthdb/p-child_pdf/index.html

Enquête 1994-1995 : www.measuredhs.com/

Notes : ... données non disponibles.

5. Carences en micronutriments

Iode

Une estimation des troubles dus à la carence en iode (TDCI) a été réalisée dans le cadre du diagnostic nutritionnel mené en 1991 dans la zone du Plateau Central situé dans le département du Centre (Boy, 1992). Cette étude portant sur 1537 personnes, tous âges confondus, a révélé un taux total de goitre (TTG) de 9,7 %, les femmes étant plus touchées que les hommes; 13,3 % et 5,3 %, respectivement. Dans le groupe d'âge 15-34 ans, ce chiffre atteignait 10,5 %, confirmant l'existence de TDCI légers (WHO, 1993).

Des dosages de l'excrétion urinaire d'iode ont été réalisés en 1996-97 sur une population de 906 enfants d'âge scolaire (entre 6 et 14 ans) dans des communes des départements de l'Ouest, du Centre et de l'Artibonite, les plus touchés par la carence. Le pourcentage d'enfants ayant un taux d'excrétion urinaire inadéquat, soit inférieur à 15 ppm, variait entre 13 % et 49 % (MSPP-OPS/OMS, 1998) (**Tableau 4**).

Vitamine A

Les données de 1975 sur les signes cliniques de l'avitaminose A recueillies parmi 5589 enfants de 0 à 6 ans ont montré une prévalence de xérose conjonctivale de 0,8 % dans la région Nord du pays et de 0,12 % dans la région Sud (Toureau S. et Coll., 1976). Plus récemment, l'UNICEF dans son programme intérimaire 1995-1997 rapporte qu'une enquête nationale a révélé, pour le même groupe d'âge, 0,97 % de xérose conjonctivale et 0,25 % d'ulcération de la cornée, ce qui indique une dégradation de la situation par rapport à 1975 et fait de la carence en vitamine A un problème grave de santé publique en Haïti, ceci en dépit du programme de distribution systématique de capsules de Vitamine A commencé depuis le début des années 80 (**Tableau 4**).

Fer et autres

La prévalence de l'anémie nutritionnelle est très mal connue. Les données issues du suivi de routine des femmes enceintes indiquent des valeurs comprises entre 35 % et 50 % (OPS/OMS, 1996).

Tableau 4: Enquêtes sur les carences en micronutriments

Source/ Année de l'enquête (référence)	Carence	Lieu	Echantillon			%
			Nombre	Sexe	Age (ans)	
	Iode					
Boy E., 1992						
1991	TTG (1)	Plateau Central	1537	M/F	Tout	9,7
	TTG (1)	Plateau Central	...	M	Tout	5,3
	TTG (1)	Plateau Central	...	F	Tout	13,3
	TTG (1)	Plateau Central	...	"	15-34	10,5
	Vitamine A					
Toureau S. et Coll., 1976						
1975	Xérose conjonctivale	Région Sud	2868	M/F	0-6	0,12
		Region Nord	2639	M/F	0-6	0,80
UNICEF						
1995-1997	Xérose	National	0,97
	Ulcération	National	0,25

Notes: ... données non disponibles.

* les données entre parenthèses ont été estimées sur la base d'un seuil de 2µg/dl.

(1) Taux Total de Goître. Enlver l'enquete fer de 1993

REFERENCES

- Adventist Development and Relief Agency (ADRA) / Interim Food Security Information System (IFSIS).** 1997. *A Baseline Study of Livelihood Security in the Departments of the Artibonite, Center, North, Northeast and West.* Haiti.
- Boy E.** 1992. *Goiter prevalence in the Central Plateau of the Republic of Haiti.* Report of an Iodine Deficiency Survey - INCAP, Guatemala.
- Catholic Relief Services (CRS) / IFSIS.** 1996. *A Baseline Study of Livelihood Security in the Southern Peninsula of HAÏTI-1995.* Haiti.
- Conseil National de la Sécurité Alimentaire (CNSA).** 1996. *“L'aide alimentaire en Haïti” - Note de synthèse.* Haiti.
- DHS/ORC.** 1999. Website at : www.measuredhs.com/
- FAO/CMA.** 1996. *Sixième enquête mondiale sur l'alimentation.* Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture. FAO, Rome.
- FAOSTAT.** 1997. *Site Web de la FAO.* Statistics database. FAO, Rome.
- Graiter, P.L., Gedeon, M.A., DeBeausset, I., Duckett, E.M.** 1980. *Haiti nutrition status survey, 1978. Bulletin of the World Health Organization ;58 :757-765.*
- Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) & DHS Macro international.** 1989. *Enquêtes Mortalité, Morbidité, Utilisation des Services (EMMUS I) - Haïti 1987.* Haiti.
- Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) & DHS Macro international.** 1995. *Enquêtes Mortalité, Morbidité, Utilisation des Services (EMMUS II) - Haïti 1994-95.* Haiti.
- Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI).** 1982. *Recensement Général de la Population.* Haiti.
- Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI).** 1992. *Enquête Budget-Consommation des Ménages (EBCM) 1986 - 1987 - Haïti - Vol 1 à 6.*
- Ministry of Public Health and Population (MPHP).** 1993. *Haiti's nutrition situation in 1990: A report based on anthropometric data on the 1990 nutrition surveys.* Port-au-Prince, Haiti.
- MSPP-OPS/OMS.** 1998. *Analyse de la Situation Sanitaire – HAÏTI.* Haiti.
- MSPP-OPS/OMS-UNICEF-Capital Consult.** 1997. *Haïti 1995: Nutrition Survey by Department.* Genève.
- OMS.** 1983. *Mesure des modifications de l'état nutritionnel.* Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

- OPS/OMS.** 1996. *Analyse de la Situation Sanitaire – HAÏTI.* Genève.
- PAHO/WHO.** 1994. *Food Health and Care in Haïti - A nutrition situation analysis.* Geneva.
- PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement).** 1997. *Human Development Report.* Programme des Nations Unies pour le Développement. New York: Oxford University Press.
- Tabatabai H.** 1996. *Statistics on poverty and income distribution. An ILO compendium of data.* International Labour Office, Geneva.
- Toureau S. et Coll.** 1976. *Assessment of Xerophthalmia in Haïti (Project Report).* Haiti.
- UN.** 1996. *World Urbanisation Prospects. 1996 Revision.* United Nations Population Division. New York.
- UN.** 1997. *World Population Prospects Database 1950-2050. The 1997 Revision.* United Nations Population Division. New York.
- UNICEF.** 1997. *The State of the World's Children 1997.* United Nations Children's Fund. New York: Oxford University Press.
- WHO.** 1993. *Global Prevalence of Iodine Deficiency Disorders - MDIS Working Paper #1.* World Health Organization, Geneva.
- WHO.** 1995. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry.* Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No.854.WHO , Geneva.
- WHO.** 1999. *WHO global database on child growth and malnutrition.* Department of Nutrition for Health and Development. Website at: <http://www.who.int/nutgrowthdb/>
- World Bank (WB).** 1996. *Food Security Issues in Haiti: a background paper. Final Draft.*
- World Bank (WB).** 1997. *The World Development Indicators 1997 CD-ROM.* Win*STARS System Version 4.0. World Bank, Washington, D.C.






Références des données présentées dans le Tableau 1 des Statistiques Globales:

<i>Source</i>	<i>Indicateur</i>
FAOSTAT. 1997.	<i>A.1-2, B, C.10-11, E.1-3, F, G</i>
UN. 1996/1997	<i>C.1-9 D.5</i>
BM. 1997.	<i>D.1</i>
	<i>D.2</i>
PNUD. 1997.	<i>D.3-4</i>
Tabatabai H. 1996.	<i>D.6</i>
UNICEF. 1997.	<i>H</i>
FAO/CMA. 1996.	

Les cartes de l'aperçu nutritionnel de Haïti

- **Carte générale.**
- **Carte 1:**
Densité de la population par département.
- **Carte 2:**
Taux de retard de croissance chez les enfants de 0 à 5 ans par département.
- **Carte 3:**
Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 5 ans par département.
- **Carte 4:**
Taux d'émaciation chez les enfants de 0 à 5 ans par département.

Carte Générale de Haïti

-  Routes principales
-  Fleuves principaux
-  Département
-  Villes principales
-  Capitale



Echelle 1:1 800 000 (approx.)
Projection Géographique

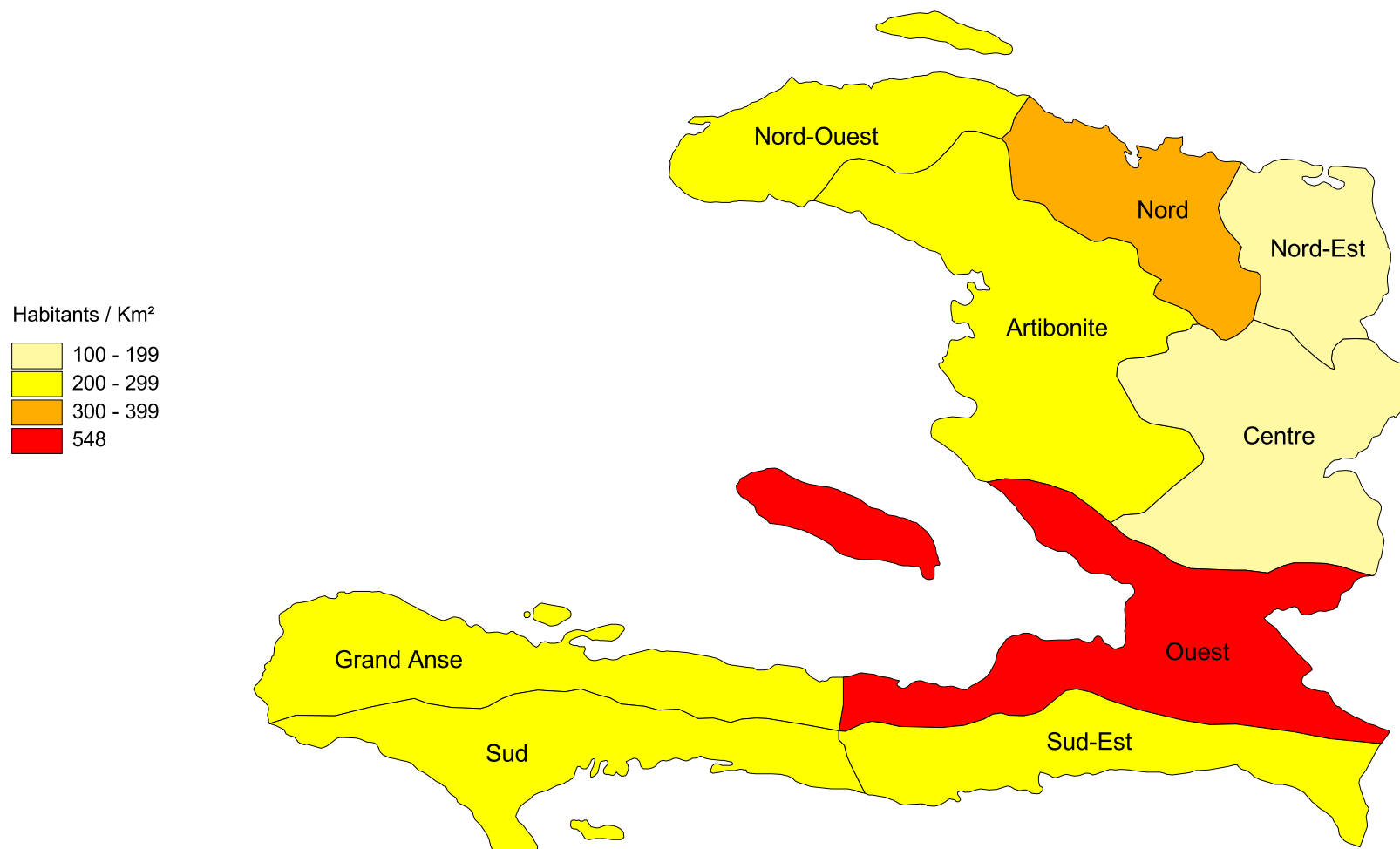
Les appellations ainsi que la représentation cartographique utilisées n'impliquent aucune prise de position, de la part de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

FAO - ESNA, March 1999

Haiti

Carte 1: Densité de population par département.

Source: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, 1997



Echelle 1:1 800 000 (approx.)
Projection Géographique

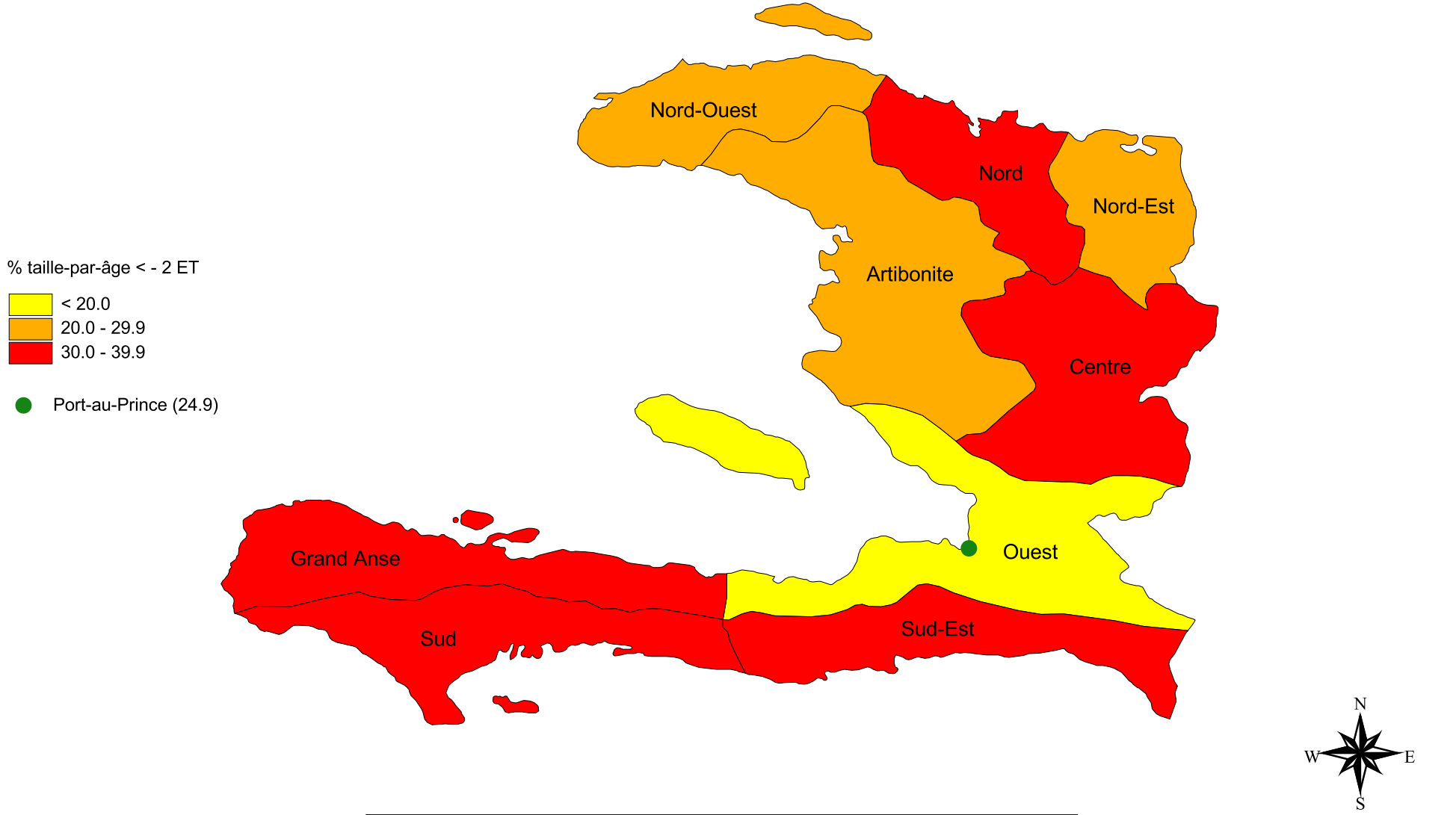
Les appellations ainsi que la représentation cartographique utilisées n'impliquent aucune prise de position, de la part de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

FAO - ESNA, March 1999

Haiti

Carte 2: Taux de retard de croissance chez les enfants de 0 à 5 ans par département.

Source: Ministère de la Santé Publique et de la Population, 1997 - Nutrition Survey by department, 1995



Echelle 1:1 800 000 (approx.)
Projection Géographique

Les appellations ainsi que la représentation cartographique utilisées n'impliquent aucune prise de position, de la part de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

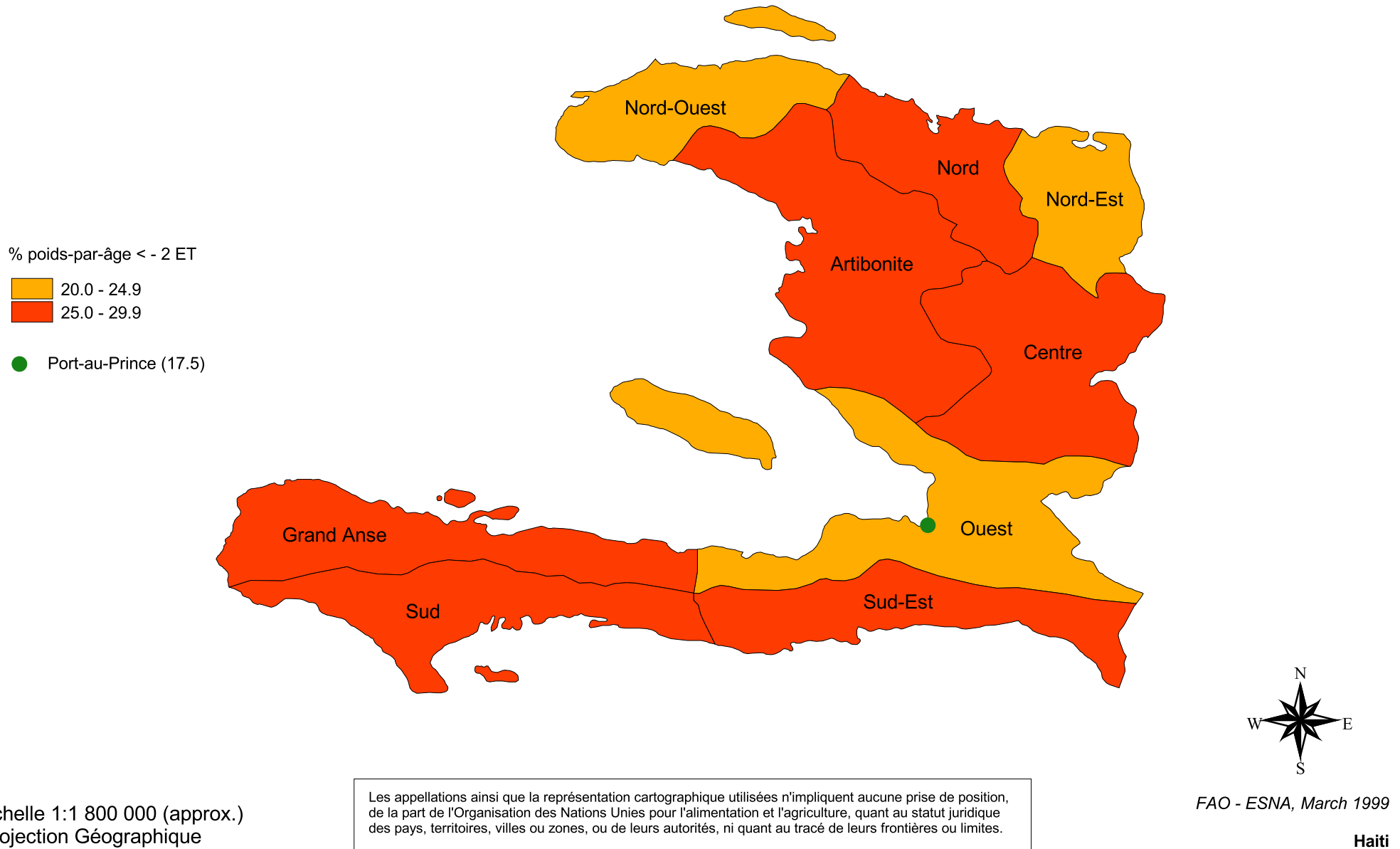


FAO - ESNA, March 1999

Haiti

Carte 3: Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de 0 à 5 ans par département.

Source: Ministère de la Santé Publique et de la Population, 1997 - Nutrition Survey by department, 1995



Carte 4: Taux d'émaciation chez les enfants de 0 à 5 ans par département.

Source: Ministère de la Santé Publique et de la Population, 1997 - Nutrition Survey by department, 1995

