

Mortalité en Haïti: Une analyse intégrée des conditions de santé publique

Janvier 2026 | Haïti

Messages Clés

- Le taux brut de mortalité (**TMB**) national observé en 2025 est de **0,60** décès par 10 000 personnes par jour (intervalle de confiance 95% : 0,48 - 0,73), avec une période de rappel entre janvier et juillet 2025. Le TMB est inférieur de 15% comparé aux résultats de 2024, mais cette différence n'est pas statistiquement significative (p-value = 0.051). Les morts liées à la violence intentionnelle au niveau national sont de 12%, avec des taux plus élevés en Artibonite (20%) et à l'Ouest (19%). Le taux de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans (**TMM5**) est observé à **0,54** décès par 10 000 enfants de moins de cinq ans par jour (intervalle de confiance 95% : 0,09 - 0,99). Les résultats doivent être interprétés avec caution à cause de plusieurs limitations méthodologiques liées aux tailles d'échantillonnage ainsi qu'à la couverture géographique limitée due à la situation sécuritaire (voir section limitations, p. 4).
- Les conditions fragiles de santé publique en Haïti résultent principalement de **mauvaises conditions de vie**, y compris d'un manque d'accès aux installations sanitaires en milieu rural, et d'**un accès insécure à l'eau**, favorisant la propagation de maladies et la dégradation de l'état de santé des populations. L'**insécurité alimentaire**, bien qu'elle ne soit pas une cause directe de mortalité, est un facteur aggravant important, notamment par rapport à la malnutrition. L'**accès limité aux services de santé** - en grande partie dû à des barrières financières - réduit la capacité du système de santé à prévenir et à prendre en charge les maladies, contribuant ainsi à une mortalité évitable.
- Le Centre et l'Ouest** présentent les taux de mortalité les plus élevés de 2025, avec des TMB de 0,97 [0,33-1,60] et 0,84 [0,55 - 1,12], respectivement, se rapprochant du seuil d'urgence (TMB = 1). La population rurale de la région Centre ainsi que celle de la commune de Croix-des-Bouquets ressortent comme ayant des besoins particulièrement aigus (selon l'ANA). Le TMB pourrait ainsi dépasser le seuil d'urgence dans ces deux zones, bien que l'absence de données suffisamment granulaires ne permette pas de le confirmer.

0.60

[0,48 - 0,73]

TMB national

mesuré au cours de cette enquête

0.54

[0,09 - 0,99]

TMM5 national

mesuré au cours de cette enquête

Contexte

Haïti fait face à une crise humanitaire profonde qui affecte gravement la sécurité, les conditions de vie et la santé de sa population. En 2025, près de 6 millions de personnes présentent des besoins humanitaires,¹ dans un contexte marqué par la persistance de la violence armée, une instabilité politique et sociale prolongée, et une forte exposition aux aléas climatiques.

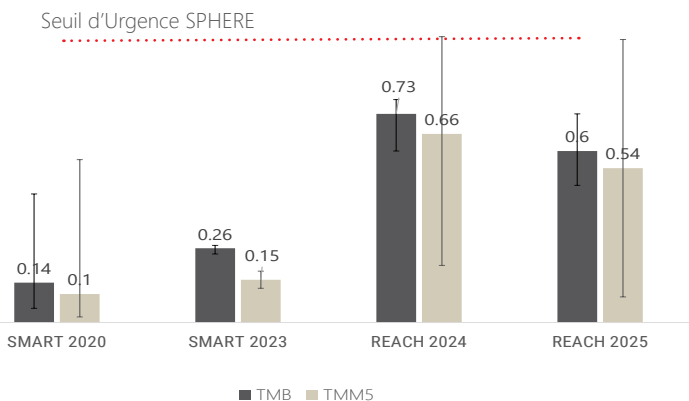
Les violences ont entraîné des déplacements massifs de population, particulièrement dans la Zone Métropolitaine de Port-au-Prince (ZMPAP) mais aussi dans les départements de l'Artibonite et du Centre. Cette insécurité perturbe aussi le fonctionnement des services publics, notamment le système de santé, déjà fragilisé. Les mauvaises conditions avec un accès aux soins limité favorisent la propagation des maladies infectieuses. Cette crise complexe nécessite une aide humanitaire immédiate pour répondre aux besoins essentiels et soutenir les groupes les plus vulnérables.

Justification de l'étude

Afin de pouvoir planifier et prioriser l'assistance humanitaire nécessaire, les données de mortalité constituent l'un des indicateurs les plus fiables pour évaluer la sévérité d'une crise humanitaire. De plus, les données de mortalité sont considérées importantes pour faire du plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires à la poursuite ou à l'intensification des programmes humanitaires, ainsi que pour pouvoir alimenter des cadres analytiques de planification.

L'objectif de cette enquête de mortalité est de fournir des données récentes et précises sur les TMB ainsi que le TMM5 et d'analyser les principales causes des décès.

Figure 1. TMB passées²



Résultats clés de mortalité

L'enquête ménage de mortalité a été menée entre le 27 juin et le 4 août 2025, ayant une période de rappel d'environ 6 mois, ce qui inclut la période de soudure. L'enquête a été menée auprès de la population générale et a été couplée avec l'enquête des besoins multisectorielle (MSNA) de REACH. Pour plus d'informations sur la méthodologie veuillez consulter la section « méthodologie » de ce rapport et les [Termes de Référence de la MSNA 2025](#). De plus, une partie présentant les résultats initiaux de l'Analyse des Besoins Aigus (ANA) de REACH, une analyse pilote de santé publique basée sur les données de la MSNA, a été incluse dans ce rapport afin de mieux expliquer les conditions menant à un taux de mortalité élevé ainsi que de présenter les zones où il y a un risque de surmortalité (RoEM).

TMB et TMM5

Le TMB national est estimé à 0,60 décès par 10 000 personnes par jour (intervalle de confiance à 95 % : 0,48-0,73), et le TMM5 national est estimé à 0,54 (IC 95 % : 0,09-0,99). Ces deux taux ne dépassent pas le seuil d'urgence SPHERE³ (à un décès par 10 000 personnes par jour, ou deux décès d'enfants de moins de cinq ans par 10 000 enfants) et le taux de mortalité apparaît avoir légèrement baissé depuis [l'étude de mortalité menée dans le cadre de la MSNA 2024](#) où le TMB était 0,73 [0,6-0,86]; cependant, ceci n'est pas statistiquement significatif (IRR: 0,85 IC 95% (0,68 - 1,05), p-value: 0,051) et reste donc à un niveau alarmant. Le TMB de 2025 représente aussi toujours plus qu'un doublement par rapport à l'enquête nationale SMART de 2023, où le taux de mortalité était à 0,26 [0,24 - 0,27], et une augmentation très importante avec le SMART 2020 où la mortalité était à 0,14 [0,05 - 0,45], représentant une dégradation notable de la situation dans le pays dans les dernières années. Il est important de noter cependant que le seuil d'urgence SPHERE est maintenant contesté;⁴ UNHCR affirme qu'un doublement du taux de référence, c'est-à-dire le taux "normal" du pays, indique une situation d'urgence grave en matière de santé publique et nécessite une réponse immédiate.⁵ Les mises à jour récentes de SPHERE confirment cette logique si le taux de référence est connu.⁶ Si l'on prend ceci en compte et on considère le taux de référence étant les résultats TMB trouvés en 2020 ou 2023, il est possible d'avancer qu'**Haïti est bien en situation d'urgence grave et nécessite une réponse immédiate.**

Tout comme en 2024, le taux de mortalité cette année est plus élevé pour les hommes que pour les femmes, à 0,67 [0,48 - 0,85] pour les hommes contre 0,55 [0,39-0,70] pour les femmes. Dernièrement, le TMB de la ZMPAP spécifiquement se trouve à 0,88 [0,62-1,14].

Bien qu'aucun département ne dépasse le seuil d'urgence, le Centre s'en rapproche dangereusement avec un TMB à 0,97 [0,33 - 1,60]. Certains départements ont la limite supérieure qui dépasse un TMB de 1, signifiant qu'il est possible que leur vrai TMB dépasse le seuil d'urgence. Ces départements en particulier sont **Centre** (limite à 1,61), **Nippes** (limite à 1,15) et **Ouest** (limite à 1,12). Afin de confirmer ceci, il faudrait une étude complémentaire sur les taux de mortalité avec un niveau de précision plus élevée.

	TMB 2024 (CI 95%)	TMB 2025 (CI 95%)
Ouest	0.84 [0.6 - 1.08] (n=767)	0.84 [0.55 - 1.12] (n=787)
Sud-Est	0.93 [0.48 - 1.38] (n=262)	0.36 [0.09 - 0.62] (n=262)
Nord	0.71 [0.29 - 1.14] (n=259)	0.44 [0.15 - 0.74] (n=262)
Nord-Est	0.33 [0.02 - 0.64] (n=264)	0.39 [0.10 - 0.69] (n=272)
Artibonite	1.04 [0.58 - 1.51] (n=256)	0.52 [0.15 - 0.89] (n=235)
Centre	0.82 [0.26 - 1.38] (n=268)	0.97 [0.33 - 1.61] (n=259)
Sud	0.17 [0.00 - 0.37] (n=258)	0.42 [0.16 - 0.68] (n=251)
Grand'Anse	0.1 [0.00 - 0.26] (n=289)	0.50 [0.19 - 0.81] (n=283)
Nord-Ouest	0.26 [0.05 - 0.48] (n=276)	0.22 [0.02 - 0.41] (n=262)
Nippes	0.6 [0.28 - 0.92] (n=262)	0.62 [0.10 - 1.15] (n=266)
National	0.73 [0.6 - 0.86] (n=3161)	0.60 [0.48 - 0.73] (n=3139)

Figure 2. Comparaison des TMB 2024 et 2025 par département

Causes de décès

Au niveau national, 74,6% des décès étaient liés aux maladies ou d'autres causes non-traumatiques.

La cause de décès la plus mentionnée était liée à une **maladie chronique** (cancer, maladie cardiaque, diabète, accident vasculaire cérébral, etc.) (47,6%). En effet, les risques de maladies non transmissibles semblent avoir augmenté ces dernières années en Haïti, notamment les prévalences de diabète et d'hypertension.⁸ De plus, les maladies cardiovasculaires ont été notées comme étant maintenant la principale cause de décès en Haïti, dépassant le VIH.⁹ Ensuite, plusieurs morts ont été rapportés comme étant causés par des **maladies aiguës**, parmi lesquels la **diarrhée (9,1%, n=14)** était la cause la plus rapportée. À noter qu'il y a eu 4309 cas suspects de choléra en 2025,¹⁰ une hausse comparée à 2024.¹¹ Les autres maladies aiguës citées étaient fièvre / paludisme (7,9%, n=13), ou infection respiratoire (6,8%, n=10). De plus, 2,4% des morts étaient liés à la mortalité maternelle ; ou bien pendant l'accouchement (0,8%, n=1) ou post-partum, 0 à 42 jours après l'accouchement (1,6%, n=2). Ceci peut être lié au fait que, d'après les données MSNA 2025, 34% des femmes ayant donné naissance pendant les deux années précédant la collecte l'ont fait chez elles et 2% dans un autre domicile ; le manque d'accès aux soins médicaux

pendant l'accouchement peut donc augmenter la mortalité maternelle. Dernièrement, plusieurs des morts « autres » (6,1%, n=9) ont été rapportées comme étant des « maladies mystiques » ou en lien avec le surnaturel. La figure 2 sur la page précédente détaille les raisons de décès rapportés principaux par département, avec l'exception de la réponse "ne sait pas", qui était rapporté à 7,9% (n=11) au niveau national.

Les décès liés aux **violences intentionnelles** cette année étaient à 12,4% (n=17), avec les départements d'Artibonite (20,7%, n=2) et de l'Ouest (19,3%, n=11) ayant ces taux les plus élevés. En effet, ces départements continuent de voir de la violence importante en vue de la continuation et de l'expansion des activités de groupes criminels organisés (GCO). L'Ouest (21%), le Centre (18%) et l'Artibonite (9%) ont les plus grands pourcentages de personnes dans le besoin sévère par rapport à la protection, d'après le MSNI.¹² À la ZMPAP spécifiquement, les communes les plus concernées par les décès liés à la violence intentionnelle cette année sont : Cité Soleil (50%, n=4), Delmas (33,3%, n=2), Port-au-Prince (28,6%, n=2), et Pétiion-Ville (20%, n=1).

	TMB 2025 (CI 95%)	Raisons principales de décès (excluant l'option "ne sait pas") ⁷	% de décès ayant cherché des soins 2 semaines avant le décès
Ouest	0.84 [0.55 - 1.12] (n=787)	Maladie chronique (42%, n=23), Violence intentionnelle (19%, n=11)	53%
Sud-Est	0.36 [0.09 - 0.62] (n=262)	Maladie chronique (41%, n=3), Infection respiratoire (18%, n=1), Fièvre/paludisme (18%, n=1)	82%
Nord	0.44 [0.15 - 0.74] (n=262)	Maladie chronique (85%, n=10)	93%
Nord-Est	0.39 [0.10 - 0.69] (n=272)	Maladie chronique (40%, n=3), Infection respiratoire (19%, n=1)	42%
Artibonite	0.52 [0.15 - 0.89] (n=235)	Fièvre / paludisme (23%, n=2), Maladie chronique (22%, n=2), Violence intentionnelle (21%, n=2)	23%
Centre	0.97 [0.33 - 1.61] (n=259)	Maladie chronique (52%, n=8), Diarrhée (34%, n=5)	81%
Sud	0.42 [0.16 - 0.68] (n=251)	Maladie chronique (61%, n=8)	39%
Grand'Anse	0.50 [0.19 - 0.81] (n=283)	Maladie chronique (64%, n=9), Violence intentionnelle (16%, n=2)	52%
Nord-Ouest	0.22 [0.02 - 0.41] (n=262)	Maladie chronique (66%, n=3), Fièvre / paludisme (34%, n=3)	100%
Nippes	0.62 [0.10 - 1.15] (n=266)	Maladie chronique (27%, n=5), Autre (20%, n=2)	70%
National	0.60 [0.48 - 0.73] (n=3139)	Maladie chronique (47%, n=75), Violence intentionnelle (12%, n=17)	58%

Figure 3. TMB et sommaire des résultats

Barrières d'accès

Pour la plupart des décès, les répondants ont déclaré que les personnes ont cherché à obtenir des soins de santé dans les deux semaines précédentes (57,8%).

L'endroit le plus cité parmi eux était l'hôpital public (52,7%), suivi par une clinique / hôpital privé (29,2%), et un centre de santé public / dispensaire (10,2%, n=9). À noter aussi que seulement 3,8% (n=3) ont cherché des soins d'un hôpital d'une ONG, et ceci seulement dans les départements du Nord (8,0%, n=1) et de l'Ouest (6,6%, n=2). De plus, les soins de santé étaient recherchés de la part d'un prêtre vaudou à 1,0% (n=2) au niveau national.

Parmi les personnes rapportées comme décédées, 42,2% auraient été signalées comme n'ayant pas recherché de soins de santé dans les deux semaines précédant la mort (n=57). Ce pourcentage était le plus haut dans les départements de l'Artibonite (76,6% au sein du

département (n=4) et le Sud (60,8%, n=5). Parmi ceux n'ayant pas recherché de soins, au niveau national, la raison principale donnée était la mort immédiate (47,7%, n=30), suivi par le manque d'argent / la consultation était trop chère (14,1%, n=6) ; en effet, 33% du pays a rapporté des barrières financières pour accéder aux soins de santé.

Le manque de sécurité a été mentionné par 9,6% de ce groupe (n=6) et principalement de ceux vivant dans le département de l'Ouest (18,6% au sein du département (n=5)). De plus, 9,5% (n=5) au niveau national ont donné la raison que la personne était trop malade pour rechercher des soins. Les dernières raisons données étaient qu'ils n'avaient pas le temps d'y aller / étaient trop occupés (3,2%, n=1), que l'établissement de santé était trop loin (2,9%, n=2), et le manque de confiance dans l'établissement de santé (2,5%, n=1).

Limitations des données mortalité

Il est important de noter les limites de l'évaluation de la mortalité. L'échantillonnage n'a pas permis d'avoir des estimations de TMM5 fiables au niveau départemental, bien que celui au niveau national soit jugé suffisamment fiable. Les estimations de TMB au niveau des communes de ZMPAP sont aussi considérées comme ayant des échantillonnages trop faibles.

De plus, la période de rappel d'environ six mois (du 1er janvier jusqu'à la collecte) peut avoir affecté la précision des réponses (biais de rappel) et n'inclut pas la période de septembre à décembre, excluant ainsi certaines dynamiques saisonnières clés, notamment la saison cyclonique.

Une autre limitation majeure concerne l'inaccessibilité de plusieurs zones en raison de l'insécurité (zones rouges sur la carte, p. 10), en particulier en Artibonite, dans le Centre et dans l'Ouest. Les taux de mortalité y sont donc susceptibles d'être sous-estimés, ces zones pouvant présenter des niveaux plus élevés de violence.

Enfin, une erreur dans le questionnaire limite l'estimation des décès accidentels, rendant difficile le calcul de la mortalité liée aux traumatismes, bien que les données sur les décès dus à la violence intentionnelle demeurent fiables.

Zoom sur les personnes déplacées internes (PDI)

En vue de la détérioration de la situation sécuritaire, le déplacement est un phénomène important en Haïti, affectant plus de 1 400 000 personnes, soit 12% de la population totale, d'après le Round 11 de la DTM en septembre 2025.¹³ Ceci représente en soi une augmentation de 10% comparativement au Round 10 de juin 2025,¹⁴ et les départements du Centre et de l'Artibonite sont ceux qui ont vu des augmentations les plus importantes de PDI.

Le taux de mortalité est relativement élevé pour les PDI à 0.82 [0.37-1.26], tandis que les personnes non-déplacés présentent un taux de 0.55 [0.42-0.67]. Cependant, les taux de mortalité pour les PDI sont à interpréter avec caution en vue de petite taille d'échantillon (déplacés : n=273). De plus, les PDI n'ont pas été systématiquement échantillonnés, ce qui constitue une limite majeure et réduit la précision des estimations.

Causes et lieux de décès:

Les ménages déplacés étaient nettement les plus susceptibles de rapporter la violence intentionnelle comme raison de décès, à 34,2% (n=6) contre 9,8% pour les non-déplacés (n=10). Cette différence s'explique par le fait que les ménages déplacés ont souvent dû quitter leur zone

d'origine en raison de leur exposition directe à la violence et à l'insécurité. D'après la MSNA 2025, 60% des PDI ont dû fuir à cause d'attaques ou violences dans le lieu de leur provenance, 15% ont fait un déplacement préventif, et 14% ont fui à cause des ordres des GCO. Parmi les décès rapportés par les ménages déplacés, 20,8% (n=4) sont survenus dans le dernier lieu de résidence, et 13,4% (n=2) pendant la migration ou le déplacement.

Barrières:

Les PDI avaient une grande tendance à ne pas chercher des soins de santé avant la mort à 54,2% (contre 40,1% pour les non-déplacés). La raison principale évoquée par eux restait aussi la mort immédiate à 38,3% (n=4), cependant, 37,0% (n=3) des ménages déplacés ont cité le manque de sécurité comme raison pour laquelle la personne décédée n'a pas cherché de soins, contre 5,4% (n=3) des personnes non-déplacées qui ont cité cette raison. De plus, parmi ceux d'entre eux qui ont cherché des soins avant leur mort, un plus grand pourcentage, 55,1% (n=7), s'est rendu à des cliniques ou hôpitaux privés, contre 25,1% (n=19) des non-déplacés.

Un cadre pour examiner les facteurs contribuant à la surmortalité: l'Analyse des Besoins Aigus

L'ANA 2025 vise à appuyer la priorisation humanitaire fondée sur les besoins en identifiant les populations confrontées aux besoins les plus aigus et mettant leur vie en danger. L'analyse s'appuie sur un cadre standardisé permettant de consolider un large éventail de données et de produire des résultats comparables au sein d'une même crise et entre différentes crises.

L'ANA se concentre sur les facteurs intersectoriels de mortalité afin d'évaluer le risque de surmortalité. Elle prend en compte l'impact de la violence et de l'insécurité sur l'accès aux services essentiels. Toutefois, en raison de la complexité liée à l'anticipation des dynamiques de conflit et de leurs effets, l'ANA n'inclut pas le risque de décès directs liés aux traumatismes, et ne vise pas à fournir une image exhaustive de l'ensemble des besoins humanitaires ni des priorités des communautés.

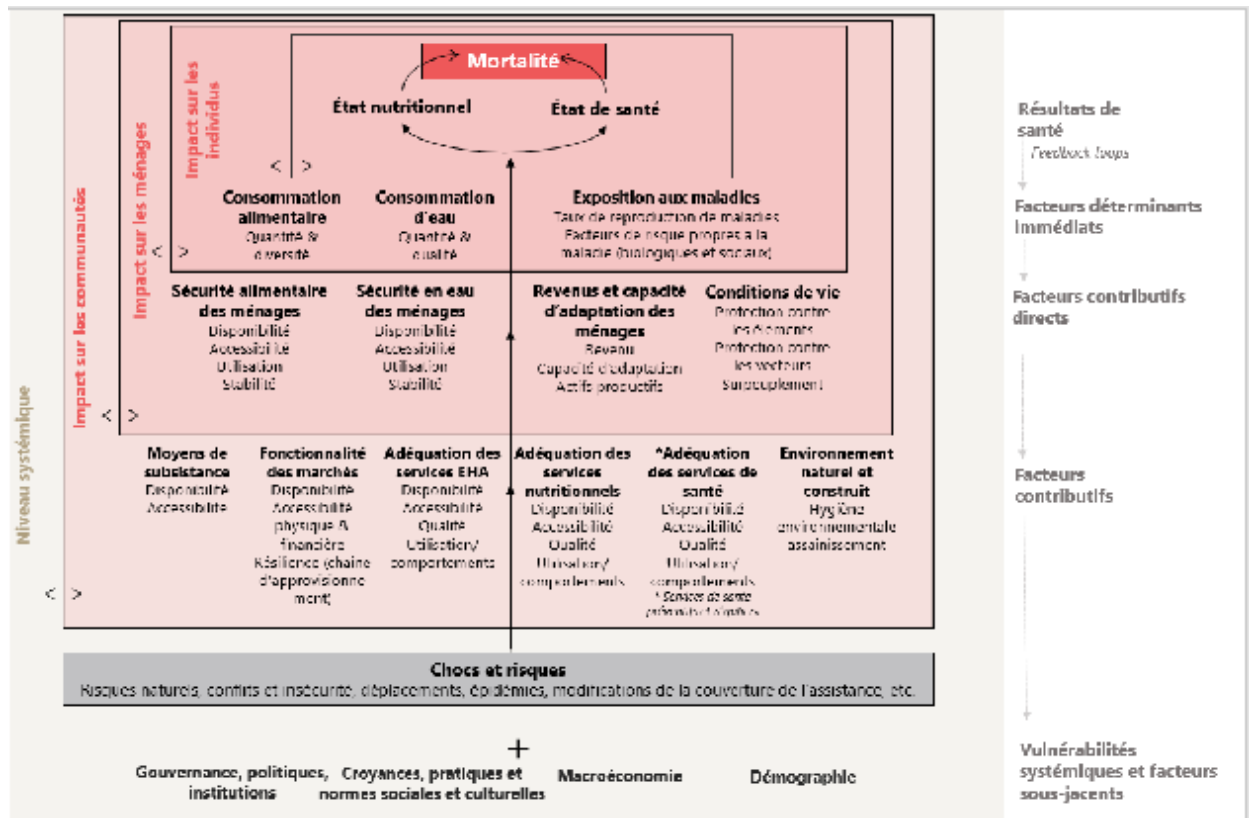


Figure 4. Cadre Analytique des Besoins Aigus

L'ANA s'appuie sur l'Acute Needs Framework (ANF), ou Cadre analytique des besoins aigus¹⁵, développé initialement par Daniel Maxwell et Peter Hailey pour REACH afin de soutenir l'analyse situationnelle et l'identification des principaux facteurs à l'origine des besoins aigus.

L'ANF consolide des éléments issus de cadres sectoriels et multisectoriels existants — notamment le Cadre conceptuel de l'UNICEF pour la nutrition et le cadre IPC pour l'insécurité alimentaire aiguë — mais adopte délibérément une portée intersectorielle afin d'englober l'ensemble des systèmes critiques les plus directement liés à la surmortalité. Ces systèmes clés sont les systèmes **d'eau, alimentaire, des conditions de vie**, ainsi que les **services de santé et de nutrition**, afin de voir leurs effets sur les **résultats en matière de santé, de nutrition et de mortalité**.

Dans la mesure où l'ANA s'inscrit dans une approche de santé publique, elle n'inclut pas les risques de mortalité liés aux traumatismes directs.

Les données utilisées pour examiner ces systèmes incluent les données MSNA 2025, collectées en juillet et août 2025, ainsi que des sources collectées à travers des partenaires pour la santé, la sécurité alimentaire et la nutrition, comme l'IPC, HeRAMS, les données SMART et de la DTM ainsi que des rapports sur le choléra.

Quatre zones pourraient dépasser le taux d'urgence de mortalité

Bien que **toutes** les zones en Haïti présentent des besoins aigus, seules quatre zones se distinguent par des risques particulièrement élevés pour la santé publique, pour des raisons différentes, d'après l'ANA. Les deux zones rurales identifiées sont principalement affectées par des déficits graves en EHA, tandis que les deux à la ZMPAP cumulent des conditions de vie particulièrement dégradées. Toutes ces quatre zones souffrent d'un système de santé qui mitige mal les risques sanitaires résultant de ces failles.

Zones où il est probable que le taux de mortalité dépasse le seuil d'urgence

Ces zones sont identifiées comme étant à risque de surmortalité (RoEM), c'est-à-dire qu'il y a une forte probabilité de surmortalité en cours ou imminente.

Centre, milieu rural

Une combinaison de mauvaises **conditions de vie**, notamment un assainissement inadéquat où 43% des ménages n'ont pas accès à des installations sanitaires, combinées avec un manque d'**accès à de l'eau** améliorée où 55% n'ont pas accès à des sources d'eau améliorées crée des risques de propagation de maladies, notamment les maladies d'origine hydrique, y compris le choléra. Plusieurs des morts enregistrés au Centre étaient liés à la diarrhée (34%, n=5), confirmant ce risque probable. Le **système de santé** se rapproche de l'effondrement; 40% de ceux avec des besoins en santé n'ont pas pu recevoir des soins. Les raisons pour ceci sont surtout dues au manque de personnel et d'approvisionnement au niveau des institutions de santé¹⁶, et ne semble pas être capable de limiter les décès en excès.

→ Type de crise: Crise EHA

Croix-des-Bouquets (À la ZMPAP)

Les mauvaises **conditions de vie** combinées avec un **système d'eau** fragile peut mener à des épidémies, y compris le choléra. Un quart des ménages ont rapporté un manque d'abris approprié (12% n'ont pas d'abris, 10% vivent dans des abris de fortune, et 5% dans des centres collectifs). De plus, 60% des ménages sont en insécurité hydrique (HWISE)¹⁷, notamment avec des difficultés d'accès d'eau de service pour l'hygiène. En effet, la moitié des morts enregistrés étaient liés à la diarrhée (n=6). Par ailleurs, l'**insécurité alimentaire** reste concernant, avec une classification IPC Phase 4, et 50% des ménages ayant un score élevé rCSI¹⁸ causant potentiellement une crise de nutrition. Un taux de 19.3% GAM a été mesuré en 2023,¹⁹ et 57% des enfants de moins de cinq ans étaient malades les deux semaines avant la collecte de la MSNA 2025.²⁰ Dernièrement, le **système de santé** atténue peu ces risques, dû à la faible disponibilité des services en lien avec l'insécurité, où 11 hôpitaux sur 16 n'étaient pas fonctionnels en 2024.²¹ Ceci oblige également les ménages à voyager plus loin pour obtenir des soins.

→ Type de crise: Effondrement multi-système

Zones de besoins aigus particulièrement préoccupantes

Ces zones présentent des besoins aigus particulièrement préoccupants par leur gravité et leur cumul, les défaillances de plusieurs systèmes se renforçant mutuellement. Toutefois, ces éléments ne permettent pas d'affirmer que la mortalité pourrait dépasser le seuil d'urgence dans ces zones, en raison du manque de données de mortalité suffisamment détaillées et de l'absence de données nutritionnelles récentes.

Artibonite, milieu rural

Une combinaison de mauvaises **conditions de vie**, notamment des conditions sanitaires où 37% n'ont pas accès à des installations sanitaires, et d'un **système d'eau** fortement compromis où 60% des ménages dépendent de sources d'eau non améliorées entraîne une augmentation du risque de circulation des maladies hydriques. Alors que ce risque ne se traduit pas par un état de santé au niveau d'urgence pour les adultes, il est alarmant chez les enfants de moins de 5 ans: 44% d'entre eux ont été rapportés malades les deux semaines précédant la collecte. Ce taux est aggravé par des potentiels hauts taux de nutrition (données de 2023). L'insécurité alimentaire est aussi marquée, la majorité du département étant en IPC Phase 4, et 25% rapportent de la faim sévère ou très sévère. Les **systèmes de santé et de nutrition**, bien que généralement fonctionnels, restent limités et ne semblent pas pouvoir absorber complètement ces pressions multi-systèmes.

→ Type de crise: Stress multi-système approchant l'effondrement

Port-au-Prince (À la ZMPAP)

De très mauvaises **conditions de vie** pour une partie de la population, notamment à cause du flux important de PDI dans la zone, vivant ou bien dans des sites de déplacés (19%) ou bien en famille d'accueil (19%). Ceci contribue à des conditions insalubres et de surpeuplement pour les ménages. En effet, 38% rapportent moins de 3.5 m² d'espace de vie par personne et 42% partagent des installations sanitaires avec des personnes qui ne font pas partie de leur ménage. L'**eau** pour l'hygiène demeure insuffisante avec 44% des ménages en insécurité hydrique (HWISE). Ces conditions créent des risques de propagation de maladies aiguës importantes, avec le taux de maladies aiguës le plus haut au pays; en effet, 24% des ménages ont rapporté avoir besoin de soins pour des maladies aiguës sur les trois mois précédant la collecte. L'accès aux **services de santé** reste aussi limité en raison de fermetures d'hôpitaux - 40% de la population rapportent aussi des barrières financières.

→ Type de crise: Crise d'origine épidémique

Comprendre les résultats de mortalité à travers le Cadre des Besoins Aigus

Système de Conditions de Vie

Ce système a été identifié comme le système le plus défaillant en Haïti et qui interagit le plus souvent de façon préoccupante avec les autres systèmes pour créer des risques sanitaires importants. Il comprend les conditions d'abris, c'est-à-dire l'environnement physique et sanitaire dans lequel les populations vivent ; la protection contre les vecteurs et les éléments, la suroccupation, et l'assainissement et l'hygiène. Les conditions de vie inadéquates augmentent les risques de maladies aiguës et chroniques, affaiblissant les populations vulnérables et pouvant accroître directement ou indirectement la mortalité.

Au niveau national, 1% des ménages est sans abri (12% à Croix-des-Bouquets à la ZMPAP). Parmi les 99% disposant d'un logement, **52% vivent dans des logements inadéquats** (bâtiments inachevés, abri de fortune, centre collectif ou tente), atteignant plus de 75% dans les zones rurales du Nord-Ouest et d'Artibonite. En effet, le manque de protection contre les vecteurs peut favoriser les maladies vectorielles tels que le paludisme ou la dengue, avec des taux élevés de décès liés à la fièvre/paludisme dans ces départements, à 34% (n=3) et 23% (n=2), respectivement. Par ailleurs, **77% des ménages rapportent des problèmes avec leur logement**, notamment des fuites en cas de pluies (42%), une mauvaise régulation de la température (27%), le manque d'intimité (24%) et la surpopulation (<3.5m²/personne ; 23%, atteignant 38% dans le Nord-Ouest). La surpopulation peut aussi contribuer à des risques accrus d'infections respiratoires. En outre, 57% rapportent avoir des problèmes pour dormir, ce qui peut avoir des effets négatifs sur la santé à long terme.

L'accès insuffisant à l'hygiène et à l'assainissement accroît les risques de maladies hydriques et fécales-orales (diarrhées, choléra, parasites). **Seuls 53% des ménages ont accès à des installations sanitaires améliorées et 55% ont un endroit pour laver leurs mains au sein du ménage.** Ces facteurs peuvent aussi dépendre largement de la disponibilité d'eau, ce qui sera discuté plus bas.

Les abris inadéquats augmentent également la vulnérabilité aux aléas climatiques ; 10% qui ont été affectés par des inondations au cours des 12 mois précédant la collecte (24% au Nord, 17% au Sud), parmi lesquels 20% ont rapporté un impact sur la santé. Le pays est aussi exposé aux cyclones, avec 9% rapportant avoir été affecté, dont 51% ont subi la destruction ou des dommages de leur abri, plongeant ces ménages dans un cycle aigu de vulnérabilité.

À la ZMPAP, la forte présence de PDI accroît ces risques: 14% de la population est hébergée par des amis ou de la famille, et 8% vivent en sites ou centres collectifs, généralement surpeuplés et insalubres. En septembre 2025, plus de 200 000 personnes vivaient dans des sites, 68% desquels étaient à la commune de Port-au-Prince.²³ Enfin, en termes d'interactions entre systèmes, un manque d'abri et de biens non alimentaires (ABNA) adéquats peut aussi mener à des difficultés à cuisiner ainsi que de stockage de nourriture et d'eau, contribuant à des difficultés envers la sécurité alimentaire et en eau. Ces contraintes ont été notées en zones rurales de l'Artibonite et du Centre, où 78% et 70% des ménages rapportent des problèmes lorsqu'ils cuisinent, et seulement 38% dans les deux peuvent stocker de la nourriture et de l'eau sans problèmes, contribuant donc à l'aggravation de l'insécurité alimentaire et hydrique.

→ Pour en savoir plus: [MSNA 2025 Présentation ABNA](#)

Interactions entre conditions de vie et système d'eau: Assainissement et Hygiène

L'assainissement et l'hygiène, qui sont catégorisés ici sous "conditions de vie", ont des interactions fortes avec le système d'eau. En effet, en Haïti, l'accès aux installations sanitaires, surtout en milieu rural, reste très limité. **34% des ménages en milieu rural n'ont pas du tout accès à des installations sanitaires** et 11% en milieu urbain. Les départements avec les zones rurales ayant les plus grandes proportions de ménages sans installations sanitaires sont Grand'Anse (44%), Centre (43%), le Sud (37%), et Artibonite (37%). De plus, même si la plupart des ménages à la ZMPAP ont accès à des installations sanitaires, 49% de la commune de Cité Soleil n'y ont pas accès. Ce manque d'accès favorise la défécation à l'air libre, ce qui compromet la qualité des sources d'eau et accroît les risques de maladies d'origine hydrique, notamment la diarrhée et le choléra, avec des impacts potentiellement majeurs sur la mortalité.²² Ainsi, la combinaison de défécation à l'air libre et de l'accès limité à des sources d'eau améliorées expose les populations à des risques sanitaires élevés, augmentant la contamination fécale de l'environnement et des sources d'eau et le risque de maladies hydriques et fécales-orales (diarrhées, choléra,

parasites). Ces risques sont particulièrement élevés dans des zones telles que le Centre rural et l'Artibonite rural, où la prévalence élevée de la défécation à l'air libre (37% et 43%), combinée à un accès limité à des sources d'eau améliorées (41% et 45%), accentue la contamination de l'environnement et des ressources en eau.

De plus, l'insuffisance d'eau pour l'hygiène est fréquente: déjà que seulement 55% des ménages avaient un endroit pour laver leurs mains au sein du ménage et 35% avait du savon disponible à cet endroit, seulement 28% des ménages avaient de l'eau disponible à l'endroit désigné. Le manque d'accès à des pratiques d'hygiène appropriées, surtout après des activités salissantes, peut notamment accroître les risques de propagation et de transmission interpersonnelle de maladies diarrhéiques et parasitaires. À Croix-des-Bouquets par exemple, où il y a un nombre élevé de morts liés à la diarrhée, 60% sont en insécurité hydrique et 71% n'avaient pas d'eau disponible à l'endroit prévu pour se laver les mains, contribuant donc aux risques de circulation de maladies.

Système d'eau

Les systèmes d'eau en Haïti restent structurellement fragiles, avec de nombreuses personnes avec un accès limité à des sources d'eau améliorées, tandis que d'autres dépendent de points d'eau lointains, peu fiables, intermittents ou en état de dégradation. Au niveau national, **29% des ménages n'ont pas accès à une source d'eau améliorée, une proportion qui atteint 42% en milieu rural**. De plus, 56% des ménages rapportent qu'il n'y a pas assez à boire pour tout le ménage au moins un ou deux jours par mois, représentant une insécurité hydrique importante.

Au niveau national, 58% des ménages ont rapporté avoir fait face à au moins une barrière à l'accès à l'eau, et 66% ont rapporté avoir besoin de recourir à au moins une stratégie d'adaptation en raison d'insuffisance d'eau. En effet, les ménages sont souvent obligés de dépenser des montants importants pour de l'eau potable, ou bien de se déplacer loin pour collecter l'eau. En zone urbaine, où il y a davantage de barrières financières à l'eau, 22% des ménages dépensent plus de 5% de leur revenu pour de

l'eau tandis qu'en zone rurale, où les barrières physiques sont plus importantes, 26% disent prendre plus d'une heure pour aller chercher de l'eau.

En effet, en 2022, seulement 51% des points d'eau améliorés étaient fonctionnels ; le sous-investissement chronique dans de nouveaux points d'eau et dans le maintien des points d'eau existants entraîne une dégradation progressive mais généralisée de l'accès à l'eau potable.³² Cette situation pousse de nombreux ménages à recourir à des sources souvent non protégées, plus distantes ou coûteuses.

L'Artibonite et le Centre ont le moins d'accès aux sources d'eau améliorées à 41% et 48%, respectivement, des pourcentages qui atteignent 60% et 56% en zones rurales. Il faut noter que l'eau de sources non améliorées peut exposer les populations à des risques de maladies d'origine hydrique : ceci peut en effet être observé au Centre, où 34% (n=5) des décès rapportés étaient liés à la diarrhée.

→ Pour en savoir plus: [MSNA 2025 Présentation EHA](#)

Système alimentaire

Au niveau systémique, le système alimentaire inclut les moyens de subsistance et la fonctionnalité des marchés et leurs effets sur la sécurité alimentaire des ménages. Celle-ci influence directement la consommation alimentaire des individus, avec des répercussions sur les états nutritionnels et de santé. **Selon l'IPC, 5,7 millions de personnes – soit plus de la moitié de la population - font face à des niveaux élevés d'insécurité alimentaire**, dont 1,9 million en urgence (Phase 4) et 3,8 millions en crise (Phase 3).²⁴

L'insécurité alimentaire limite l'accès des ménages à une alimentation suffisante, diversifiée et nutritive, augmentant les risques de malnutrition et de morbidité. Le HNRP 2025 a estimé une hausse de 9% des besoins nutritionnels par rapport à 2024, augmentant à plus de 1 million le nombre de personnes nécessitant un soutien nutritionnel.²⁵ En 2023, l'enquête SMART a trouvé une prévalence nationale de la malnutrition aiguë globale (MAG) de 7,2%, atteignant 8,7% dans la ZMPAP, 12,4% dans le reste de l'Ouest et jusqu'à 19,2% spécifiquement à Croix-des-Bouquets.^{26,27} Par ailleurs, seuls 1% des enfants de 6 à 23 mois atteignent la diversité alimentaire minimale (MDD). L'analyse reste toutefois limitée par manque de données nutritionnelles récentes.

Les moyens de subsistance influencent fortement la sécurité alimentaire. Les principales sources de nourriture sont l'achat avec du liquide (67%), l'achat à crédit (50%), et la production propre (31%). En milieu rural, 50% des ménages dépendent, au moins partiellement, de leur propre production, mais sont davantage affectés par la sécheresse (20% contre 6% en milieu urbain, sur la durée d'un an avant la collecte de données) entraînant la destruction ou les dommages aux actifs environnementaux possédés (43%) et la perte d'actifs liés aux moyens de subsistance (30%) pour ceux affectés. Le manque de revenus limite l'accès à la nourriture, dans un contexte de déclin économique prolongé. La majorité des ménages dépendent de sources instables : travail journalier ou occasionnel (27%),

production propre (20%), et soutien familial ou prêts (10%). L'insécurité aggrave cette précarité: 10% du pays rapportent que les menaces dans leur communauté affectent la capacité des ménages à travailler, une proportion atteignant 20% dans l'Ouest. Selon les calculs de la MSNA 2025, **58% des ménages sont en déficit budgétaire**, ce qui, combiné à des niveaux élevés d'achat de nourriture à crédit, révèle des niveaux d'endettement importants.

La fonctionnalité des marchés est également compromise. L'insécurité, le contrôle des axes routiers, les péages informels et les violences associées perturbent les chaînes d'approvisionnement, réduisent l'offre sur les marchés et augmentent les prix et l'inflation.^{28,29} En décembre 2024, aucun marché n'a atteint un score de fonctionnalité supérieur à 80/100 lors du suivi ICSM, en raison notamment de la faible accessibilité, de la mauvaise qualité des routes, de faible disponibilité des produits et d'infrastructures fragiles.³⁰

Face à ces contraintes, les ménages adoptent souvent des stratégies d'adaptation négatives, à court et à long terme. En effet, **33% des ménages ont un score Élevé d'Indice de Stratégie d'adaptation réduites (rCSI)**. De plus, 20% ont un score d'Urgence et 32% ont un score de Crise pour l'Indice de stratégies d'adaptation aux moyens de subsistance (LCSI)³¹, compromettant leur résilience future.

Bien que l'insécurité alimentaire en soi ne se traduit pas directement en hausse de mortalité immédiate en Haïti, elle constitue un facteur aggravant majeur, affaiblissant progressivement l'état nutritionnel et la santé des populations, en particulier les enfants et les personnes vulnérables et diminuant la capacité des individus à résister aux maladies.

→ Pour en savoir plus: [MSNA 2025 Présentation Sécurité alimentaire](#)

Système de santé

Le système de santé représente la première ligne contre la morbidité et la mortalité évitables. Lorsqu'il est fonctionnel, accessible et avec des ressources suffisantes, il permet de prévenir les décès à travers la promotion de la santé et la prévention (dépistage, vaccinations...) ainsi que par la prise en charge rapide des urgences, des maladies infectieuses et des maladies chroniques. La réduction de l'accès aux soins entraîne une augmentation des maladies non traitées, et l'insuffisance de surveillance épidémiologique favorise la propagation d'épidémies, augmentant donc la mortalité évitable.

Le système de santé en Haïti, qui a toujours été fragile, est maintenant gravement défaillant et au bord de l'effondrement. Entre violence, déplacements massifs, épidémies, manque de personnel et manque d'approvisionnement, les barrières d'accès se multiplient.³³ **Un tiers des individus ayant des besoins de santé n'ont pas pu obtenir tous les soins de santé dont ils avaient besoin.** Certains départements ont des taux particulièrement élevés d'individus n'ayant pas pu obtenir tous les soins de santé dont ils avaient besoin, notamment le Sud-Est (56%), le Nord-Ouest (47%), le Nord-Est (44%) et le Centre (37%).

D'après le rapport HeRAMS en décembre 2024, **seulement 25% des institutions de santé en Haïti étaient entièrement fonctionnelles**, 55% ne l'étaient que partiellement; les raisons principales rapportées sont le manque d'approvisionnement (61%), le manque de personnel (46%), et l'insécurité (44%). À l'Ouest spécifiquement, 29% étaient notées comme non fonctionnelles et 31% partiellement, et avec l'insécurité comme raison principale de non-fonctionnement, à 72%.³⁴

Du côté des ménages, les barrières rapportées sont plutôt financières à 33%, ou physiques (manque d'établissement à proximité, distance, ou manque de transport) à 20%. Des différences marquées apparaissent entre milieux urbain et rural : en zone urbaine, les obstacles sont principalement

financiers (36%), tandis que les barrières physiques sont moins fréquemment citées (10%). À l'inverse, en zone rurale, 38% des ménages prennent plus d'une heure pour accéder à l'infrastructure de santé fonctionnelle la plus proche par moyen de transport habituel. **Cependant, il est important de noter que ce sont principalement les barrières financières qui peuvent être considérées comme facteurs déterminants aux besoins de santé non satisfaits.** Parmi les ménages avec au moins un membre ayant un besoin de santé non satisfaits, les barrières financières ressortissaient beaucoup plus : tandis que l'impossibilité de payer le coût du traitement ainsi que le coût de la consultation ont été cités comme obstacles à 23% et 22% par la population générale, ces mêmes obstacles étaient cités à 43% et 45% par les ménages avec au moins un membre ayant un besoin de santé non satisfait, démontrant que ces barrières sont les plus significatives. De plus, il est possible que l'existence de ces barrières constituent en soi un frein à la recherche des soins de santé : 17% de ceux qui avaient des besoins en santé n'ont pas du tout cherché à obtenir des soins. Ces proportions étaient plus élevées au Nord (25%), Sud-Est (22%), Centre (22%) et Ouest (21%).

Les services de nutrition constituent une ligne première contre la mortalité évitable, surtout chez les groupes vulnérables (notamment les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de cinq ans). Au niveau national, 7% des enfants de moins de cinq ans ont reçu un traitement contre la malnutrition. Il est important de noter, cependant, qu'il y a un manque important de données sur la nutrition au niveau national. Malgré cela, les services nutritionnels continuent et peuvent atténuer le pire dans certaines zones, et ont mis un accent particulier dans l'Ouest en 2025 (où l'enquête SMART 2023 a trouvé des taux de malnutrition les plus importants) ainsi qu'en Artibonite.³⁵

→ Pour en savoir plus: [MSNA 2025 Présentation Santé](#) et [MSNA 2025 Présentation Nutrition](#)

Le cas de Cité Soleil:

Cité Soleil présente un cas d'analyse particulièrement pertinent : malgré des défaillances graves des systèmes, un risque de mortalité excessive n'est pas clairement établi à ce stade en raison d'effet d'atténuation provenant de la fréquentation élevée des centres de santé d'ONG. Les interactions structurelles et fortes entre les difficultés d'accès à l'eau et les conditions de vie dégradées - notamment le manque d'accès aux installations sanitaires (49%) et les abris inadéquats (96% rapportent des problèmes d'abris) - favorisent la propagation de maladies et contribuent à des besoins sanitaires aigus élevés. L'insécurité alimentaire, qui affecte la majorité de la population (d'après le score MSNI, 94% sont dans le besoin pour la sécurité alimentaire, et 35% sont dans le besoin sévère), contribue à l'aggravation de l'état de santé de la population. Cité Soleil avait été classé en IPC Phase 4 pour la malnutrition en 2023.³⁶

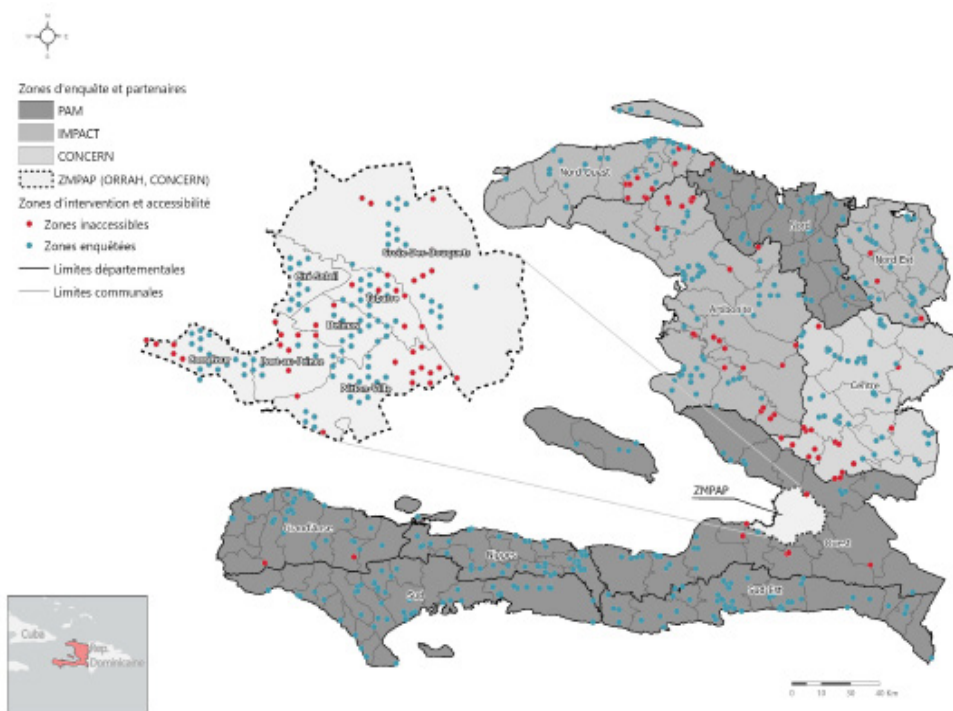
Malgré la dégradation du système de santé formel, l'intervention des hôpitaux opérés ou soutenus par les ONG paraît limiter les effets les plus sévères ; 37% des personnes avec des besoins de santé ayant recherché des soins ont eu recours à ces structures, le pourcentage le plus haut du pays. Les résultats en mortalité confirment cet effet de mitigation : bien que le taux de mortalité indicatif à Cité Soleil soit élevé sans dépasser le seuil d'urgence, la moitié des décès rapportés sont attribués à la violence intentionnelle (n=4), démontrant la gravité de la crise de protection, mais donc non directement liés aux failles de la santé publique. **Néanmoins, en cas de dégradation supplémentaire des conditions et d'interruption de l'assistance des ONG, un risque de mortalité excessive dû aux failles des systèmes et de la santé demeure probable à moyen terme.**

Méthodologie de collecte des données mortalité

L'enquête mortalité a été couplée avec l'enquête MSNA mené en Haïti par REACH ([Termes de Référence](#)). Elle a été menée entre le 27 juin et le 9 août 2025, ayant une période de rappel entre le 1 janvier et le jour de l'enquête (environ 180 jours), ce qui inclut la période de soudure. L'enquête MSNA a utilisé une approche d'échantillonnage probabiliste en grappes stratifiées en deux étapes, avec sélection

aléatoire (GIS) des ménages de la population générale. Les tailles d'échantillon par département ont été calculées avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 10%. Une approbation éthique a été obtenue à travers le Comité National Bioéthique du MSPP et un consentement verbal été obtenu auprès des répondants avant chaque enquête. Le TMB a été rapporté en décès par 10.000 personnes par jour, et le TMM5 a été rapporté en décès âgés de moins de cinq ans par 10.000 enfants de moins de cinq ans par jour.

Couverture géographique de la MSNA 2025 et des données mortalité:



Financé par:



Aide humanitaire et Protection civile



À PROPOS DE REACH

REACH facilite le développement d'outils et de produits d'information visant à renforcer la capacité des acteurs de l'aide à prendre des décisions fondées sur des données quantitatives et qualitatives dans des contextes d'urgence, de relèvement et de développement. REACH utilise des méthodologies basées sur la collecte et l'analyse approfondie de données, et l'ensemble de ses activités sont menées à travers les mécanismes inter-agences de coordination humanitaire. REACH est une initiative conjointe d'IMPACT Initiatives, d'ACTED et de l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche - Programme d'applications satellitaires opérationnelles (UNITAR-UNOSAT).

Endnotes

- 1 À noter que l'étude de mortalité REACH 2024 a utilisé un échantillonnage différent que les autres années, qui exclu les personnes déplacés internes et les retournés
- 2 OCHA. (2025). Humanitarian Needs and Response Plan Haiti
- 3 SPHERE. (2018). SPHERE Handbook
- 4 En vue du fait que la mortalité a considérablement baissé depuis la création des standards SPHERE en 1985.
- 5 UNHCR. (2025). Seuil de surveillance de la mortalité. Récupéré sur: <https://emergency.unhcr.org/fr/emergency-assistance/sant%C3%A9-et-nutrition/seuil-de-surveillance-de-la-mortalit%C3%A9>
- 6 SPHERE. Manuel interactif: La Santé. Récupéré en janvier 2026 sur: <https://handbook.spherestandards.org/fr/sphere/#ch009>
- 7 "Ne sait pas" a été donné comme réponse par rapport à la cause de décès de la personne décédée à 7.9% au niveau national (n=11). Cette proportion était la plus haute en Artibonite, à 22.1% (n=2).
- 8 PAHO. (2024) Public Health Situational Analysis. Récupéré sur <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-10/phsa-haiti-update-oct2024.pdf>
- 9 Lookens J et al. (2020). The Haiti cardiovascular disease cohort: study protocol for a population-based longitudinal cohort
- 10 OCHA. (2025) Haiti: 2026 Humanitarian Needs and Response Plan - Executive Summary
- 11 PAHO. (2025) Rapport de Situation Cluster Santé #26. Récupéré sur <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-09/sitrep-n26-haiti-humanitariansituation-healthcluster-epiweek37-2025.pdf>
- 12 L'Indice de Scores Multisectoriels (MSNI) est un cadre analytique indépendant de REACH utilisé pour analyser les données de la MSNA afin de mieux informer les décisions humanitaires en tirant des conclusions facilement compréhensible sur les crises et les résultats transversaux entre crises.
- 13 DTM (2025) Displacement Situation in Haiti - Round 11. Récupéré sur <dtm.iom.int/fr/haiti>
- 14 DTM (2025) Displacement Situation in Haiti - Round 10. Récupéré sur <dtm.iom.int/fr/haiti>
- 15 REACH. (2025) Acute Needs Technical Guidance.
- 16 OMS. (2024). HeRAMS Haïti Rapport de mise à jour abrégé: Cartographie détaillée des institutions sanitaires, de la disponibilité des services essentiels et des barrières à leur prestation
- 17 HWISE (Échelle d'expérience de l'insécurité hydrique des ménages): Échelle standardisée mesurant l'expérience de l'insécurité liée à l'eau au niveau des ménages, notamment en termes d'accès, de fiabilité, de suffisance et d'usage de l'eau pour la boisson, l'hygiène et les besoins domestiques.
- 18 rCSI (Indice réduit des stratégies d'adaptation): Indicateur mesurant la fréquence et la gravité des stratégies à court terme liées à la consommation alimentaire utilisées par les ménages en situation d'insuffisance alimentaire (réduction des portions, du nombre de repas, etc.).
- 19 IPC. (2023) Haiti: Acute Malnutrition Situation for December 2023
- 20 Score indicatif dû au nombre bas de répondant (n<30). Le nombre d'enfants malades peut être un indicateur indirecte pour la nutrition.
- 21 OMS. (2024). HeRAMS Haïti Rapport de mise à jour abrégé: Cartographie détaillée des institutions sanitaires, de la disponibilité des services essentiels et des barrières à leur prestation
- 22 HANWASH. Why Haiti. Récupéré en janvier 2026 sur <https://www.hanwash.org/why-haiti/>
- 23 DTM. (2025). Haïti - Suivi des mouvements des populations: Mise à jour mensuelle sur la situation de déplacement dans les sites spontanés (Août - septembre 2025). Récupéré sur <dtm.iom.int/fr/haiti>
- 24 IPC. (2025). Haiti: Acute Food Insecurity Situation for September 2025
- 25 OCHA. (2025). Humanitarian Needs and Response Plan Haiti
- 26 MSPP. (2023). Enquête nutritionnelle nationale et de mortalité restrospective d'Haïti réalisée par la méthodologie SMART.
- 27 IPC. (2023) Haiti: Acute Malnutrition Situation for December 2023
- 28 Mercy Corps. (2024) Haiti's Rising Gang Violence and Sharp Decline in Agricultural Productivity will Push Hunger and Poverty to Unprecedented Extremes in 2025
- 29 FEWS NET. (2025) Persistent insecurity and the effects of Hurricane Melissa maintain Crisis (IPC Phase 3) and Emergency (IPC Phase 4) food insecurity
- 30 REACH. (2024) MEB Non-Alimentaire et Soutien au Calcul de la Valeur de Transfert (Cycle 2). Récupéré sur https://repository.impact-initiatives.org/document/impact/56db8941/HTI2404_ICSM_FS_Decembre2024-1.pdf
- 31 LCSi (Indice des stratégies d'adaptation des moyens de subsistance): Indicateur évaluant le recours à des stratégies affectant les moyens de subsistance pour couvrir les besoins essentiels, classées en niveaux de stress, crise et urgence, et reflétant l'érosion des capacités futures des ménages.
- 32 The World bank. (2023) The World Bank approves US\$80 Million to improve rural Haiti's access to decentralized, sustainable and resilient water and sanitation
- 33 Le Devoir. (2024) Le système de santé haïtien au bord du gouffre. Récupéré sur <https://www.ledevoir.com/monde/ameriques/811481/problemes-systeme-sante-hopitaux-haiti>
- 34 OMS. (2024). HeRAMS Haïti Rapport de mise à jour abrégé: Cartographie détaillée des institutions sanitaires, de la disponibilité des services essentiels et des barrières à leur prestation
- 35 UNICEF. (2025) Tableau de bord du Cluster Nutrition 2025 - Aperçu de la réponse humanitaire
- 36 IPC. (2023) Haiti: Acute Malnutrition Situation for December 2023