

**Burkina Faso**

**Enquête  
Démographique et  
de Santé  
2003**

**Rapport Préliminaire**

**Ministère de l'Économie et du Développement**

**Direction Générale de  
l'Institut National de la Statistique  
et de la Démographie**

**MEASURE *DHS*+  
ORC Macro**

Ce rapport présente les résultats préliminaires de la troisième Enquête Démographique et de Santé réalisée au Burkina Faso (EDSBF-III), de juin à novembre 2003 par la Direction Générale de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) en collaboration avec le Ministère de la Santé. L'EDSBF-III a été réalisée avec l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), l'UNICEF, la Banque Mondiale à travers le Projet d'Appui au Programme Multisectoriel de lutte contre le Sida (PA-PMLS) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE *DHS+*) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant, en particulier, sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

D'autres organismes nationaux tels le SP/CNLS, le SP/CNLPE, le dispensaire de Samandin et l'Institut National d'Alphabétisation (INA) ont apporté leur soutien à la réalisation de cette opération.

Pour tous renseignements concernant l'EDSBF-III, contacter :

la Direction Générale de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD)  
01 BP 374, Ouagadougou, Burkina Faso  
Tel: (226) 32-42-69/32-49-76  
Fax: (226) 32-61-59

Concernant le programme MEASURE *DHS+*, des renseignements peuvent être obtenus auprès de :

ORC Macro  
11785 Beltsville Drive, Suite 300  
Calverton, MD 20705 USA  
Téléphone 301-572-0200  
Fax 301-572-0999  
E-mail : [reports@orcmacro.com](mailto:reports@orcmacro.com)  
Internet : <http://www.measuredhs.com/>

**BURKINA FASO**

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE  
ET DE SANTÉ  
2003**

**RAPPORT PRÉLIMINAIRE**

**Ministère de l'Économie et du Développement**

**Direction Générale  
de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie  
(INSD)**

**et**

**MEASURE *DHS*+  
ORC Macro  
Calverton, Maryland USA**

**Mai 2004**

## MEMORIAL

En souvenir de Mesdemoiselles **ILBORADO** Diane Joëlle et **TEWOGNO** Adèle, toutes deux enquêtrices, arrachées à notre affection durant les travaux de collecte des données de l'enquête.

# TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION .....	v
I- OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE .....	1
A. Objectifs de l'enquête .....	1
B. Questionnaires .....	2
C. Échantillonnage .....	3
D. Formation et collecte des données .....	3
E. Traitement des données .....	4
II- RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	5
A. Couverture de l'échantillon .....	5
B. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés.....	6
C. Fécondité .....	7
D. Connaissance et utilisation de la contraception .....	10
E. Désir d'enfants (supplémentaires) .....	16
F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement.....	17
G. Vaccinations des enfants.....	19
H. Épisodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale .....	21
I. Allaitement et alimentation de complément.....	23
J. Mortalité des enfants .....	24
K. Connaissance du VIH/sida .....	25
L. Utilisation du condom .....	27
M. Pratique de l'excision et de la circoncision.....	28
N. Test de dépistage du VIH .....	30

## INTRODUCTION

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) est la troisième du genre réalisée au Burkina Faso au cours de ces quinze dernières années. Commanditée par le Ministère de l'Économie et du Développement, elle a été conduite par la Direction Générale de l'Institut Nationale de la Statistique et de la Démographie (INSD), avec l'assistance technique de ORC Macro, institution de coopération américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS). Elle a été exécutée grâce à l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Banque Mondiale à travers le PA-PMLS et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Ce rapport présente les résultats préliminaires de l'étude. Il fournit des informations relatives :

- . aux taux de réponse des enquêtés
- . aux caractéristiques socio-démographiques des enquêtés
- . aux indicateurs se rapportant à la santé reproductive (fécondité, planification familiale, suivi prénatal, accouchement)
- . à la santé infantile (vaccination, diarrhée, allaitement)
- . à la mortalité infanto-juvénile, et au VIH/sida

Tous les autres indicateurs seront présentés dans le rapport final, prévu pour septembre 2004.

Ces résultats étant préliminaires, ils peuvent être sujets à de légères modifications.

## I - OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

### A. Objectifs de l'enquête

La troisième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-III), a pour objectif d'estimer de nombreux indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires au niveau de l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations des femmes de 15-49 ans, des enfants de moins de 5 ans et des hommes de 15-59 ans. En particulier, l'EDSBF-III vise à identifier et/ou à estimer :

#### **Pour l'ensemble de la population :**

- les niveaux de scolarisation ;
- les niveaux d'utilisation du sel iodé ;
- certains indicateurs de bien-être des ménages.

#### **Pour les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans :**

- divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité, de mortalité des enfants et de mortalité des adultes ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;
- les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques socio-démographiques ;
- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité ;
- différentes composantes de la santé de la reproduction et de la santé des enfants : visites prénatales et postnatales, conditions d'accouchement, allaitement, vaccinations, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans ;
- l'excision ;
- l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille) ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
  - le taux d'anémie chez les femmes et les enfants de moins de cinq ans ;
  - le taux de prévalence du VIH chez les femmes de 15-49 ans.

#### **Pour les hommes de 15-59 ans :**

- les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les comportements matrimoniaux, les comportements sexuels et l'utilisation de la contraception ;

- les catégories d'hommes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception ;
- la circoncision ;
- le niveau de connaissance, les opinions et attitudes des hommes vis-à-vis des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH/sida ;
- les taux d'anémie et de prévalence du VIH.

L'ensemble des données collectées constitue une base de données qui facilitera la mise en place et le suivi de politiques et de programmes dans le domaine de la population et de la santé et, plus globalement, de politiques visant à l'amélioration des conditions de vie de la population burkinabé. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables au niveau international.

## B. Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, trois types de questionnaires ont été utilisés :

- 1) **Questionnaire ménage.** Il permet de collecter des informations sur le ménage, telles que le nombre de personnes y résidant, par sexe, âge, niveau d'instruction, la survie des parents, etc. Par ailleurs, il permet de collecter des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.), et sur le sel utilisé par les ménages : ces informations sont recueillies afin d'apprécier les conditions environnementales et socio-économiques dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. De plus, les femmes âgées de 15-49 ans et les enfants âgés de moins de 5 ans sont pesés et mesurés pour déterminer leur état nutritionnel. En outre, le questionnaire ménage permet d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques. Par ailleurs, dans un tiers des ménages, on a testé le sang des femmes éligibles de 15-49 ans et celui des hommes de 15-59 ans pour déterminer les prévalences de l'anémie et du VIH. Chez les enfants de moins de cinq ans, on a seulement testé leur sang pour mesurer la prévalence de l'anémie.
- 2) **Questionnaire femme.** Il comprend les onze sections suivantes :
  - Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées ;
  - Reproduction ;
  - Planification familiale ;
  - Grossesse, soins postnatals et allaitement ;
  - Vaccination, santé et nutrition ;
  - Mariage et activité sexuelle ;
  - Préférences en matière de fécondité ;
  - Caractéristiques du conjoint et travail de la femme ;
  - Sida et autres maladies sexuellement transmissibles ;
  - Excision ;
  - Mortalité des adultes.

- 3) **Questionnaire homme.** Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les sept sections suivantes :
- Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêté ;
  - Reproduction ;
  - Contraception ;
  - Mariage et activité sexuelle ;
  - Préférences en matière de fécondité ;
  - Sida et Maladies sexuellement transmissibles ;
  - Excision et circoncision.

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme DHS+, préalablement adaptés au contexte du Burkina Faso en tenant compte des objectifs de l'enquête.

### **C. Échantillonnage**

La troisième enquête démographique et de santé du Burkina Faso (EDSBF-III) fait suite à celles réalisées en 1993 et 1998/99. Elle vise un échantillon national d'environ 13000 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 4000 hommes âgés de 15 à 59 ans.

L'échantillon de l'EDSBF-III est un échantillon aréolaire, stratifié et tiré à 2 degrés. L'unité primaire de sondage est la grappe ou, encore appelée zone de dénombrement (ZD) telle que définie au recensement en 1996. Chacune des 13 régions du pays a été séparée en parties urbaine et rurale pour former les strates. L'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré, 400 grappes ont été tirées avec une probabilité proportionnelle à la taille. La taille est le nombre de ménages estimé dans la grappe pendant l'opération de cartographie au recensement de 1996. Un dénombrement des ménages dans chaque grappe sélectionnée a permis d'obtenir une liste de ménages, à partir de laquelle les ménages de l'échantillon ont été tirés au deuxième degré.

Tous les membres des ménages tirés seront identifiés à l'aide d'un questionnaire ménage. Chaque femme âgée de 15 à 49 ans, que l'on identifiera, sera également enquêtée avec un questionnaire femme. Dans un sous-échantillon des ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, tous les hommes âgés de 15 à 59 seront aussi interrogés. Par ailleurs, c'est également dans ce sous-échantillon de ménages, qui représente le tiers de l'ensemble, que le prélèvement de sang a été effectué sur les femmes et les hommes pour le test d'anémie et de VIH, et chez les enfants de moins de cinq ans pour le test d'anémie.

### **D. Formation et collecte des données**

L'enquête pilote a été effectuée dans quatre grappes, deux urbaines et deux rurales. Aucune de ces grappes ne faisait partie de l'échantillon principal.

Au total, environ 150 ménages, 187 femmes et 70 hommes ont été interviewés par quatre équipes de trois enquêtrices chacune pendant six jours. L'objectif de cet exercice était de tester l'acceptabilité des questionnaires ménage, femme et homme ainsi que l'estimation du temps nécessaire au remplissage de chaque type de questionnaire. La formation du personnel de terrain a duré trois semaines. L'enquête pilote qui a eu lieu du 28 janvier au 4 février 2003, avait permis de réviser et de finaliser les questionnaires ainsi que les autres documents méthodologiques de l'enquête.

Pour ce qui est de l'enquête principale, le personnel de terrain, sélectionné par la direction de l'EDSBF-III a été formé sur une période de six semaines, y compris la formation pour le test d'anémie et de VIH. L'enquête a débuté quelques jours suivant la formation, avec 12 équipes. Chaque équipe était composée de trois enquêtrices, une contrôleuse, une infirmière (responsable également de la prise de sang pour les tests d'anémie et de VIH), un chef d'équipe et un chauffeur. Les chefs d'équipe étaient chargés de mener l'enquête homme.

La collecte des données s'est déroulée du 15 juin au 10 novembre 2003.

#### **E. Traitement des données**

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté deux semaines après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant les logiciels CSPRO et ISSA, développés par le programme DHS. Quatre agents de bureau étaient chargés de la vérification des questionnaires venus du terrain avant de les transmettre à la saisie. Cette saisie a été réalisée par dix opérateurs, de juillet 2003 à la fin de janvier 2004 sous la supervision de deux programmeurs. Plus de 95% des questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter pour chaque équipe et même, le cas échéant, pour chaque enquêtrice/enquêteur, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations étaient immédiatement répercutées aux équipes de terrain lors des missions de supervision, afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par le service informatique de l'INSD avec l'assistance de l'équipe technique de l'enquête, y compris l'informaticien de Macro.

## II. RÉSULTATS: ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

### A. Couverture de l'échantillon

Les 400 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EDSBF-III. Au total, 9 470 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 9 149 ménages ont été identifiés et étaient occupés au moment de l'enquête (voir tableau 1).

Tableau 1. Couverture de l'échantillon

Résultats de l'enquête ménage, de l'enquête femme et de l'enquête homme, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Résultats	Résidence				Ensemble	
	Urbain		Rural		Pourcentage	Effectif
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif		
<b>Résultat de l'enquête ménage</b>						
Ménages sélectionnés	100,0	2340	100,0	7130	100,0	9470
Ménages identifiés	95,3	2229	97,1	6920	96,6	9149
Rempli/Enquêtés	93,9	2197	96,8	6900	96,1	9097
Ménages pas enquêtés	6,1	143	3,2	230	3,9	373
MG présent, pas d'enq.	0,5	12	0,1	8	0,2	20
HG absent	1,9	44	1,5	108	1,6	152
Différé	0,0	0	0,0	2	0,0	2
Refusé	0,6	14	0,0	2	0,2	16
Logement vacant	2,4	56	1,3	93	1,6	149
Logement détruit	0,5	11	0,1	9	0,2	20
Logement non trouvé	0,3	6	0,1	8	0,1	14
Taux de réponse global des ménages	98,6	-	99,7	-	99,4	-
<b>Résultat de l'enquête individuelle</b>						
Femmes éligibles (FE)	100,0	3177	100,0	9775	100,0	12952
Rempli	94,9	3014	96,8	9463	96,3	12477
Pas à la maison	1,7	55	1,4	136	1,5	191
Différée	0,2	6	0,0	0	0,0	6
Refusée	1,6	51	0,3	34	0,7	85
Partiellement rempli	0,3	9	0,1	13	0,2	22
Incapacité	0,9	29	0,9	86	0,9	115
Autre	0,4	13	0,4	43	0,4	56
Taux de réponse global des femmes	94,9	-	96,8	-	96,3	-
<b>Résultat de l'enquête ménage homme</b>						
Ménages sélectionnés	100,0	816	100,0	2481	100,0	3297
Ménages identifiés	95,8	782	97,6	2421	97,1	3203
Rempli/Enquêtés	93,9	766	97,3	2413	96,4	3179
Ménages pas enquêtés	6,1	50	2,7	68	3,6	118
MG présent, pas d'enq.	0,6	5	0,2	4	0,3	9
HG absent	1,5	12	1,2	31	1,3	43
Différé	0,0	0	0,0	1	0,0	1
Refusé	0,9	7	0,0	1	0,2	8
Logement vacant	2,3	19	1,1	27	1,4	46
Logement détruit	0,4	3	0,1	2	0,2	5
Logement non trouvé	0,5	4	0,1	2	0,2	6
Taux de réponse global des mén. Enq. homme	98,0	-	99,7	-	99,3	-
<b>Résultat de l'enquête homme</b>						
Hommes éligibles (HE)	100,0	1098	100,0	2886	100,0	3984
Rempli	84,0	922	93,0	2683	90,5	3605
Pas à la maison	8,2	90	2,9	83	4,3	173
Différée	0,2	2	0,0	0	0,1	2
Refusée	3,8	42	1,1	31	1,8	73
Partiellement rempli	0,7	8	0,1	2	0,3	10
Incapacité	1,5	17	1,4	39	1,4	56
Autre	1,5	17	1,7	48	1,6	65
Taux de réponse global des hommes	84,0	-	93,0	-	90,5	-

Parmi ces 9 149 ménages, 9 097 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99,4 %.

Dans les 9 097 ménages enquêtés, 12 952 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et pour 12 477 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 96,3 % pour les interviews auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total 3 984 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages de l'échantillon. Parmi ces 3 984 hommes devant être interviewés individuellement, 3 605 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 90,5 %, légèrement inférieur à celui des femmes.

## **B. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés**

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer, et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cible de l'EDSBF-III. Le tableau 2 donne la distribution de ces femmes et de ces hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques, à savoir l'âge, le milieu et région de résidence et le niveau d'instruction.

On remarque que les proportions de femmes enquêtées diminuent régulièrement selon l'âge, passant de 22 % à 15-19 ans à 8 % à 45-49 ans. Chez les hommes, on remarque la même surreprésentation au niveau du groupe d'âges 15-19 ans (25 % des hommes enquêtés) par rapport aux groupes d'âges suivants. Les proportions commencent à décroître graduellement pour atteindre 5 % au groupe d'âges 55-59 ans. Par ailleurs, les femmes mariées ou en union de concubinage représentent 77 % de l'échantillon enquêté, contre 19 % qui sont célibataires et 4 % qui sont veuves ou divorcées. Chez les hommes de 15-59 ans, 56 % sont mariés ou sont en concubinage, 42 % sont célibataires et seulement 2 % sont veufs ou divorcés.

Parmi les femmes enquêtées, le même pourcentage (11%) résident dans la capitale Ouagadougou et dans les Autres Villes, pendant que 78 % d'entre elles résident en milieu rural. Les hommes sont légèrement plus représentés que les femmes dans le milieu urbain et, en particulier, dans la capitale (12 % des hommes).

Du point de vue régional, les Hauts Bassins (13 %), la ville de Ouagadougou (11 %) et le Centre-Ouest (10 %) sont les principaux lieux où résident les femmes. Viennent ensuite le Nord (9 %), le Centre-Est et le Centre-Nord avec 8 % chacun. La région des Cascades est celle ayant la proportion la plus faible (3 %). La population masculine est répartie généralement dans les régions de la même façon que celle des femmes avec les pourcentages les plus élevés dans les Hauts Bassins (15 %) et dans la ville de Ouagadougou (12 %).

Il ressort de la répartition selon le niveau d'instruction, que la grande majorité des femmes burkinabé (82 %) n'ont jamais fréquenté l'école ou ont seulement fréquenté un centre d'alphabétisation contre 68 % des hommes. À l'EDSBF-II de 1998/99, les niveaux étaient de 86 % chez les femmes et 74 % chez les hommes. Par contre, 10 % des femmes et 15 % des hommes ont un niveau d'instruction primaire, et 9 % des femmes contre 17 % des hommes ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques des femmes et des hommes

Répartition des femmes et des hommes selon caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Caractéristiques	Ensemble des Femmes Enquêtées			Femmes (échantillon de VIH/Sida/Anémie)			Hommes Enquêtés		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non-pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non-pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non-pondéré
<b>Age</b>									
15-19	22,3	2785	2777	23,5	1057	1014	24,6	885	878
20-24	18,1	2261	2243	17,8	798	805	15,7	567	583
25-29	16,5	2054	1988	15,4	691	675	12,1	435	436
30-34	12,7	1580	1600	12,2	546	549	11,0	398	387
35-39	12,4	1544	1535	13,0	585	546	10,5	378	370
40-44	9,6	1202	1257	9,6	430	446	7,9	286	289
45-49	8,4	1049	1077	8,5	380	387	7,3	263	246
50-54	-	-	-	-	-	-	6,2	223	234
55-59	-	-	-	-	-	-	4,7	169	182
<b>État matrimonial</b>									
Célibataire	19,0	2376	2435	19,9	894	877	42,4	1530	1560
En union	77,0	9609	9537	76,0	3412	3366	55,6	2003	1973
En rupture d'union	3,9	492	505	4,1	182	179	1,8	65	62
ND	0,0	0	0	0,0	0	0	0,2	7	10
<b>Milieu de Résidence</b>									
Ouagadougou	10,9	1361	689	11,6	523	258	12,4	446	214
Autres villes *	11,3	1407	2325	11,3	507	819	12,5	451	708
Total urbain	22,2	2768	3014	22,9	1029	1077	24,9	897	922
Rural	77,8	9709	9463	77,1	3458	3345	75,1	2708	2683
<b>Région</b>									
Ouagadougou	10,9	1361	689	11,6	523	258	12,4	446	214
Boucle de Mouhoun	7,1	890	921	7,0	314	328	7,5	272	274
Centre (sans Ouagadougou)	1,9	234	351	1,8	81	117	2,0	71	109
Centre-Sud	5,8	719	822	5,4	242	286	5,8	209	238
Plateau Central	4,9	606	1084	5,0	225	390	4,8	174	307
Centre-Est	8,3	1031	844	8,4	375	310	7,1	255	207
Centre-Nord	8,3	1030	966	8,0	359	337	6,8	245	249
Centre-Ouest	10,0	1245	1305	10,3	463	480	9,3	334	346
Est	7,1	885	767	6,7	301	262	7,0	252	231
Nord	8,7	1091	854	8,5	380	298	7,4	266	225
Cascades	3,2	401	905	3,0	136	305	3,3	121	273
Hauts Bassins	12,6	1570	1146	13,2	592	419	14,6	527	377
Sahel	6,6	830	767	6,6	297	271	7,5	269	238
Sud-Ouest	4,7	585	1056	4,5	200	361	4,5	164	317
<b>Niveau d'instruction</b>									
Aucun	71,4	8906	8886	69,9	3136	3102	50,8	1830	1874
Alphabétisation	10,4	1296	1276	11,3	506	482	17,0	613	590
Primaire	9,5	1186	1218	10,4	468	462	15,1	546	529
Secondaire ou +	8,7	1089	1097	8,4	377	376	17,1	616	612
Ensemble	100,0	12477	12477	100,0	4487	4422	100,0	3605	3605

\* Autre villes comprend toutes les villes excluant Ouagadougou.  
ND = Non Déterminé

## C. Fécondité

L'estimation du niveau de la fécondité est faite directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. De surcroît, les indicateurs sont calculés sur la période de cinq ans précédant l'enquête, soit, approximativement, 1998-2003. Cette période de cinq années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter au maximum les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est étudiée à travers les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice synthétique de fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

**Tableau 3. Fécondité actuelle**

Taux de fécondité par âge (en 0/00) et Indice Synthétique de Fécondité pour la période de cinq ans précédant l'enquête, par milieu de résidence, et taux de fécondité générale par âge (en 0/00) et Indices Synthétiques de Fécondité selon l'EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Groupe d'âge de la femme	Milieu de Résidence					EDSBF-II 1998/99
	Ouagadougou	Autres villes	Total urbain	Rural	Ensemble	
<b>Âge</b>						
15-19	43	88	66	155	130	144
20-24	172	196	184	301	274	305
25-29	166	214	191	291	272	293
30-34	136	186	162	260	242	264
35-39	86	136	114	196	182	214
40-44	21	53	37	122	106	112
45-49	0	24	12	47	41	28
<b>Taux de fécondité</b>						
Taux de fécondité (ISF 15-49 ans)	3,1	4,5	3,8	6,9	6,2	6,8
TCFG	104,0	146,0	125,0	229,0	206,0	229
TBN	29,8	34,7	32,5	44,4	42,5	45,1

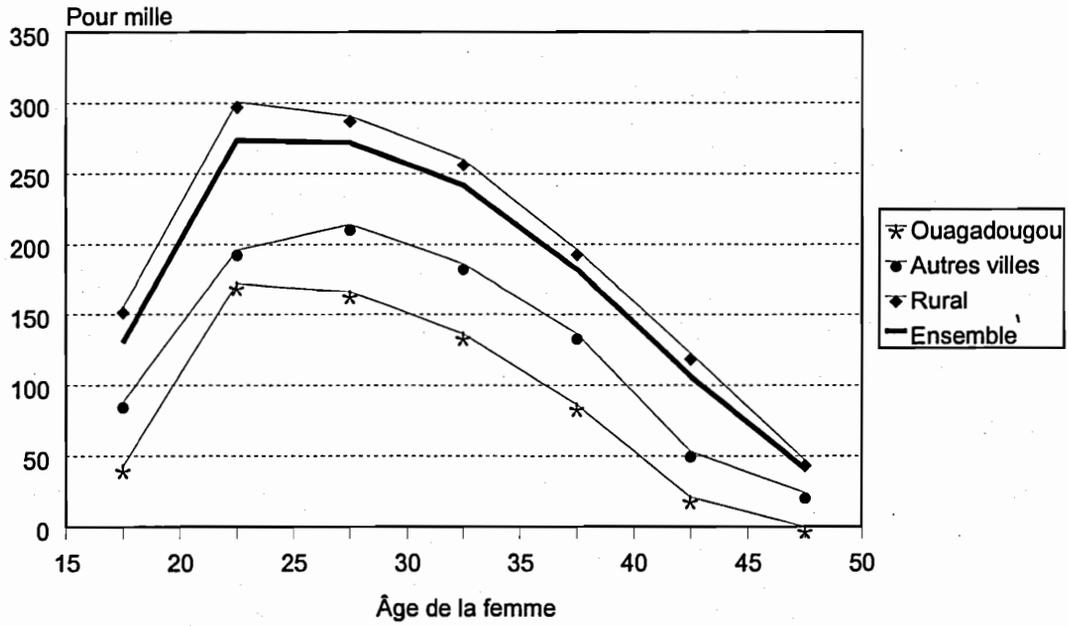
Note: Les taux sont calculés pour la période 1-59 mois avant l'enquête. Les taux à 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ces groupes d'âges.

ISF: Indice Synthétique de Fécondité pour le groupe d'âges 15-49 ans, exprimé par femme

TCFG: Taux Global de Fécondité (Naissances divisées par le nombre de femmes 15-44), exprimé en pour 1 000 femmes

TBN: Taux Brut de Natalité, exprimé en pour 1 000 de la population

Graphique 1  
Taux de fécondité par âge  
selon le milieu de résidence



EDSBF-III 2003

Il apparaît au tableau 3 et au graphique 1 que les femmes du Burkina Faso se caractérisent par une fécondité relativement élevée aux jeunes âges (130 ‰ à 15-19 ans) et qui augmente rapidement pour atteindre son maximum à 20-24 ans (274 ‰), avant de baisser de façon régulière avec l'âge. L'ISF s'élève ainsi à 6,2 enfants par femme, ce qui est parmi les niveaux les plus élevés dans le monde.

Les taux de fécondité par âge obtenus à l'EDSBF-III sont très proches de ceux trouvés lors de l'EDSBF-II sur la période quinquennale 1993-1998 (tableau 3). Dans les deux enquêtes EDSBF-II et EDSBF-III, la fécondité atteint son maximum dans la tranche d'âges 20-24 ans (respectivement, 305 ‰ et 274 ‰). L'ISF (6,8 enfants par femme) pour la période 1993-1998 par l'EDSBF-II, a baissé de 0,4 (soit 6,2 enfants par femme) pour la période 1998-2003.

Selon le milieu de résidence, on constate que généralement à tous les âges, les femmes du milieu urbain ont une fécondité plus faible que les femmes du milieu rural (tableau 3 et graphique 1). La fécondité maximale en milieu urbain (191 ‰) se situe au niveau du groupe d'âges 25-29, alors que celle en milieu rural (301 ‰) se situe au niveau du groupe d'âges 20-24 ans. L'ISF qui en résulte, passe, respectivement, de 6,9 enfants par femme en milieu rural à 4,5 dans les Autres Villes et à 3,1 dans la ville de Ouagadougou.

#### **D. Connaissance et utilisation de la contraception**

##### **a) Connaissance des méthodes contraceptives**

La connaissance des méthodes contraceptives est assez élevée tant au niveau de l'ensemble des femmes que de celles en union. En effet, sur l'ensemble des 12 477 femmes enquêtées, 90 % ont déclaré connaître, au moins, une méthode contraceptive moderne (tableau 4). Sur les 9 609 femmes en union, le pourcentage est le même que celui observé chez l'ensemble des femmes. Les méthodes les plus connues des femmes en union sont, par ordre d'importance : le condom (85 %), la pilule (82 %), les injectables (76 %), les implants/Norplant (58 %), le DIU (41 %), le condom féminin (29 %), la stérilisation féminine (28 %), la stérilisation masculine et les méthodes vaginales ont le même niveau (16 %). Comparée aux résultats de l'EDSBF-II, la connaissance de l'ensemble des méthodes modernes montre une amélioration de la connaissance, dont le niveau chez les femmes en union était de 77 % en 1998-99.

Les méthodes traditionnelles sont moins connues que les méthodes modernes par les deux groupes de femmes. Seulement 50 % de l'ensemble des femmes connaissent, au moins, une méthode traditionnelle. La méthode de la continence périodique vient en tête avec 43 % suivi de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) (20 %). Les femmes en union, quant à elles, connaissent les méthodes traditionnelles à 51 %, la continence périodique avec 44 % et la MAMA à 21 %.

##### **b) Utilisation des méthodes contraceptives**

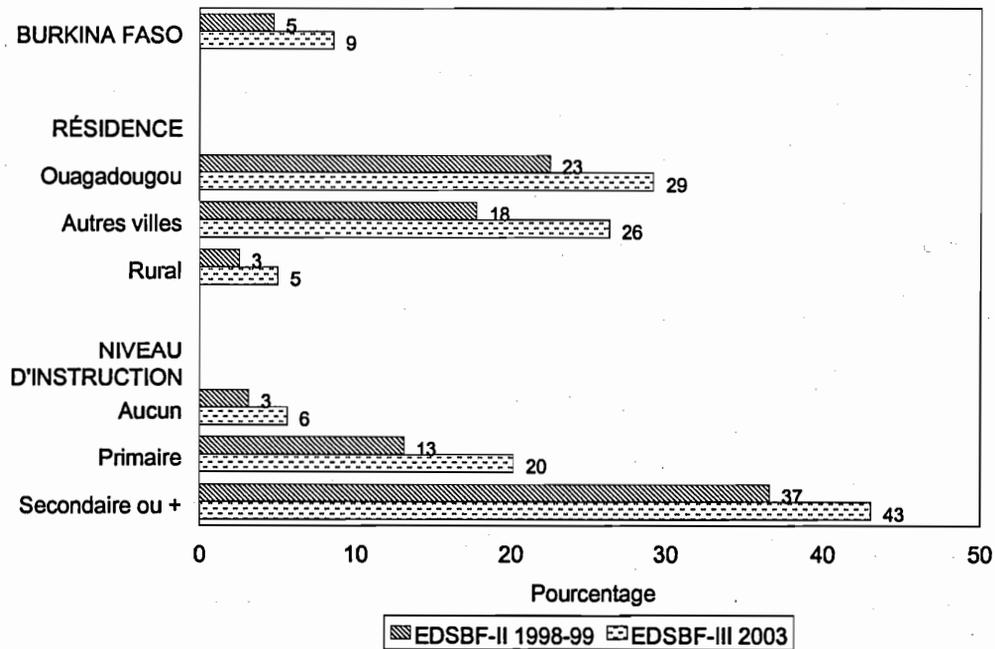
Une femme sur cinq (20 %) a déclaré avoir utilisé, au moins, une méthode contraceptive moderne. Ce niveau d'utilisation passée est le même que chez les femmes en union (tableau 4).

Les femmes en union ont le plus utilisé la pilule dans le passé (10 %) suivie du condom (8 %) et des injectables (6 %). Comme méthode traditionnelle la plus utilisée dans le passé par ces femmes en union, on retrouve principalement la continence périodique (11 %).

Un peu plus de trois hommes sur dix ont déclaré avoir utilisé une méthode contraceptive moderne aussi bien parmi l'ensemble des hommes que ceux en union (respectivement 35 % et 37 %) (tableau 4). Les méthodes les plus utilisées avec leurs partenaires, selon les déclarations des hommes en union sont le condom (30 %) et la pilule (11 %), suivies des injectables (5 %).

Parmi les hommes en union, 34 % ont déjà utilisé une méthode traditionnelle et, plus particulièrement, la continence périodique (26 %).

**Graphique 2**  
**Utilisation actuelle de la contraception moderne**  
**(Femmes de 15-49 ans en union)**



Pour ce qui est de l'utilisation actuelle, 14 % des femmes en union ont déclaré utiliser une méthode contraceptive : 9 % utilisent une méthode moderne et 5 % une méthode traditionnelle. Pour l'ensemble des femmes, ces taux sont respectivement de 10 % et 4 %. La prévalence contraceptive a légèrement augmenté ces dernières années au Burkina Faso, puisque 5 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 1998-99 selon l'EDSBF-II contre 9 % en 2003 (Graphique 2).

Tableau 4. Connaissance et utilisation de la contraception

Pourcentage de l'ensemble des femmes et des hommes actuellement en union connaissant une méthode contraceptive spécifique, ayant utilisé et utilisent actuellement une méthode contraceptive, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Méthode contraceptive	Femmes						Hommes					
	Connaît méth. Ensemble	Connaît méth. En union	Déjà utilisé Ensemble	Déjà utilisé En union	Utilise act. Ensemble	Utilise act. En union	Connaît méth. Ensemble	Connaît méth. En union	Déjà utilisé Ensemble	Déjà utilisé En union	Utilise act. Ensemble	Utilise act. En union
<b>Méthode contraceptive</b>												
Une méthode	90,8	91,8	28,6	29,7	13,9	13,7	92,4	95,6	45,6	55,3	32,8	37,1
Une méthode moderne	89,6	90,5	20,0	19,5	9,7	8,6	91,0	93,3	34,9	36,9	23,7	21,7
Pilule	78,8	81,9	9,2	10,2	2,0	2,2	63,5	72,2	7,1	10,6	3,0	4,7
DIU	40,0	41,3	1,0	1,2	0,3	0,4	29,8	32,5	0,6	1,0	0,2	0,4
Injection	72,7	76,3	5,3	6,3	2,1	2,5	62,7	72,5	3,0	5,0	1,2	2,2
Implant	55,6	57,8	1,7	2,0	1,0	1,2	38,6	46,4	1,9	3,2	0,8	1,4
Condom	84,6	84,9	10,1	7,7	4,1	2,1	89,1	90,7	31,1	30,4	18,3	12,8
Condom féminin	30,1	29,3	0,2	0,1	0,0	0,0	29,2	28,8	0,5	0,3	0,0	0,0
Diaphragm	10,2	9,3	0,1	0,1	0,0	0,0	11,7	11,6	0,1	0,2	0,0	0,0
Mousse ou gelee	16,1	16,0	0,4	0,5	0,0	0,0	15,6	16,8	0,4	0,6	0,0	0,0
Pilule de lendemain	9,5	8,8	0,4	0,4	0,0	0,0	14,8	15,2	0,7	0,7	0,0	0,0
Stéril. féminine	28,1	27,7	0,1	0,1	0,1	0,1	27,0	28,6	0,1	0,2	0,1	0,2
Stéril. masculine	16,2	16,3	0,0	0,0	0,0	0,0	14,6	16,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Une méth. tradition.	49,7	51,4	13,9	15,1	4,2	5,1	52,0	64,3	21,4	33,6	9,1	15,4
MAMA	19,9	21,1	1,1	1,2	0,1	0,1	17,7	20,0	2,5	4,3	0,3	0,5
Cont. périodique	42,8	44,2	10,0	10,6	2,6	3,1	45,5	56,7	16,6	26,2	6,1	10,6
Retrait	16,6	16,2	1,9	1,8	0,1	0,1	19,6	21,2	3,0	3,9	0,1	0,2
Abstinence	2,6	3,1	2,5	3,0	1,3	1,6	5,9	8,9	4,7	7,8	2,3	3,8
Autre méthodes	2,2	2,2	0,4	0,5	0,1	0,2	1,9	2,5	0,3	0,5	0,2	0,4
Effectif	12477	9609	12477	9609	12477	9609	3605	2003	3605	2003	3605	2003

MAMA: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

Les deux méthodes modernes les plus utilisées actuellement par les femmes en union sont les injectables (3 %) et 2 % pour la pilule et le condom, chacun. Parmi les 5 % de femmes en union qui utilisent une méthode traditionnelle, la continence périodique est la méthode la plus fréquemment utilisée (3 %).

Chez les hommes en union, le taux de prévalence contraceptive moderne est de 22 %. Il est très différent de celui des femmes en union. Les méthodes modernes utilisées, les plus citées par les hommes en union sont par ordre d'importance : le condom (13 %), la pilule (5 %) et les injectables (2 %). Pour les méthodes traditionnelles, la continence périodique (11 %) est la plus utilisée. L'utilisation actuelle d'une méthode moderne montre un niveau relativement plus faible chez les hommes en union que pour l'ensemble des hommes (22 % contre 24 %). Ces différences sont contraires à celles qui ont été observées au niveau de l'utilisation passée (37 % pour les hommes en union contre 35 % pour l'ensemble des hommes).

### **c) Contraception et caractéristiques des utilisatrices**

La prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges, passant d'un minimum de 4 % à 15-19 ans à un maximum de 11 % à 30-34 ans (tableau 5). Il est à noter que les injectables sont surtout utilisées par les femmes des groupes d'âges de 30 à 44 ans (variant entre 3 % et 5 %). Pour la pilule, le niveau maximum de l'utilisation de 3 % s'observe chez les 25-39 ans.

La prévalence des méthodes contraceptives modernes diffère largement selon le milieu de résidence : 29 % dans la capitale, 26 % dans les Autres Villes et 5 % en milieu rural. La prévalence de la contraception moderne varie fortement selon la région, de 2 % dans la région de l'Est à 14 % dans les Cascades et 29 % dans la ville de Ouagadougou.

La prévalence de la contraception moderne est beaucoup plus élevée pour les femmes les plus instruites (43 %) que pour celles qui ont un niveau primaire (20 %), ou alphabétisé (9 %), et enfin que pour celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (6 %).

Le nombre d'enfants semble être un déterminant de l'utilisation de la contraception moderne. Le taux d'utilisation augmente en fonction du nombre d'enfants : le taux passe de 3 % pour les femmes n'ayant aucun enfant à 10 % pour celles ayant un enfant, puis reste relativement constant à ce même niveau pour les femmes ayant deux enfants ou plus.

Tableau 5. Contraception et caractéristiques des utilisatrices

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la méthode contraceptive actuellement utilisée et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Caractéristiques socio-démographiques	Au moins une méthode quelconque	Méthodes modernes								Méthodes traditionnelles					N'utilise pas actuellement	Total	Effectif		
		Au moins une méthode moderne	Pilule	DIU	Injection	Implants/Norplants	Condom	Stérilisation féminine/masculine	Autres	Au moins une méthode traditionnelle	MAMA	Contenance périodique	Retrait	Abstinence				Autres	
<b>Age</b>																			
15-19	6,7	4,4	0,6	0,0	0,4	0,5	2,8	0,0	0,0	2,3	0,0	1,1	0,0	1,2	0,0	93,3	100,0	861	
20-24	14,6	9,1	2,4	0,0	1,6	0,8	4,4	0,0	0,0	5,5	0,2	3,1	0,2	1,7	0,2	85,4	100,0	1838	
25-29	15,6	9,1	2,7	0,5	2,2	1,4	2,3	0,1	0,0	6,5	0,0	3,9	0,1	2,0	0,5	84,4	100,0	1927	
30-34	16,4	11,0	2,6	0,2	4,6	1,4	2,0	0,1	0,0	5,4	0,4	2,8	0,2	1,9	0,1	83,6	100,0	1508	
35-39	14,0	8,4	2,8	0,5	3,0	1,4	0,6	0,1	0,0	5,6	0,2	3,8	0,2	1,3	0,1	86,0	100,0	1446	
40-44	14,3	9,7	2,1	1,0	3,1	2,3	0,6	0,3	0,3	4,6	0,0	2,9	0,2	1,3	0,2	85,7	100,0	1099	
45-49	9,3	5,6	0,9	1,0	2,1	1,0	0,5	0,2	0,0	3,6	0,0	2,7	0,0	0,9	0,0	90,7	100,0	930	
<b>Milieu de Résidence</b>																			
Ouagadougou	36,5	29,2	8,1	3,9	4,6	3,3	8,7	0,0	0,5	7,3	0,5	6,0	0,3	0,0	0,5	63,5	100,0	668	
Autres villes	31,4	26,4	9,5	0,6	5,0	5,8	5,1	0,3	0,1	5,0	0,2	4,5	0,0	0,1	0,1	68,6	100,0	835	
Total urbain	33,7	27,7	8,9	2,1	4,8	4,7	6,7	0,2	0,3	6,0	0,3	5,2	0,1	0,1	0,3	66,3	100,0	1503	
Rural	10,0	5,1	1,0	0,1	2,1	0,6	1,2	0,1	0,0	5,0	0,1	2,7	0,1	1,9	0,2	90,0	100,0	8106	
<b>Région</b>																			
Ouagadougou	36,5	29,2	8,1	3,9	4,6	3,3	8,7	0,0	0,5	7,3	0,5	6,0	0,3	0,0	0,5	63,5	100,0	668	
Boucle de Mouhoun	13,0	10,7	1,5	0,3	4,1	2,9	1,6	0,1	0,0	2,4	0,0	1,7	0,0	0,4	0,2	87,0	100,0	713	
Centre (sans Ouagadougou)	15,6	7,8	1,0	0,4	3,6	0,8	2,0	0,0	0,0	7,8	0,4	7,0	0,4	0,0	0,0	84,4	100,0	187	
Centre-Sud	6,4	4,9	1,1	0,1	2,4	0,5	0,7	0,0	0,1	1,5	0,3	1,2	0,0	0,0	0,0	93,6	100,0	560	
Plateau Central	6,0	5,1	1,5	0,1	2,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,9	0,0	0,8	0,2	0,0	0,0	94,0	100,0	471	
Centre-Est	6,2	5,1	1,0	0,4	1,8	1,1	0,6	0,2	0,0	1,1	0,0	0,9	0,2	0,0	0,0	93,8	100,0	801	
Centre-Nord	15,0	6,6	1,0	0,0	3,6	0,5	1,3	0,2	0,0	8,5	0,0	4,9	0,1	3,5	0,0	85,0	100,0	893	
Centre-Ouest	10,7	6,7	1,9	0,1	2,6	0,9	1,0	0,2	0,0	4,0	0,1	3,7	0,2	0,0	0,0	89,3	100,0	890	
Est	14,4	2,2	0,6	0,0	1,3	0,2	0,1	0,0	0,0	12,2	0,1	6,5	0,0	5,2	0,5	85,6	100,0	791	
Nord	12,4	8,4	1,7	0,2	1,4	1,1	3,9	0,0	0,0	4,0	0,2	3,8	0,0	0,0	0,0	87,6	100,0	940	
Cascades	16,1	13,8	4,6	0,4	4,2	1,3	2,8	0,5	0,0	2,3	0,1	2,1	0,0	0,0	0,2	83,9	100,0	307	
Hauts Bassins	14,1	11,6	3,9	0,3	2,3	2,0	3,1	0,0	0,0	2,4	0,1	1,4	0,5	0,0	0,5	85,9	100,0	1197	
Sahel	3,5	3,0	1,4	0,0	1,2	0,0	0,4	0,1	0,0	0,5	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	96,5	100,0	730	
Sud-Ouest	29,6	6,9	1,9	0,0	2,4	2,2	0,5	0,0	0,0	22,7	0,2	5,7	0,0	16,5	0,4	70,4	100,0	460	
<b>Niveau d'instruction</b>																			
Aucun	10,5	5,7	1,3	0,2	2,1	0,8	1,2	0,1	0,0	4,8	0,1	2,6	0,1	1,8	0,2	89,5	100,0	7507	
Alphabétisation	14,6	8,7	1,6	0,4	3,8	0,8	2,0	0,1	0,0	5,9	0,2	4,5	0,4	0,7	0,0	85,4	100,0	1052	
Primaire	25,7	20,2	5,2	1,5	3,5	4,0	5,4	0,1	0,6	5,5	0,0	4,2	0,0	1,2	0,0	74,3	100,0	638	
Secondaire ou +	51,8	43,1	16,2	3,5	4,7	6,3	12,3	0,0	0,1	8,7	0,0	7,5	0,4	0,0	0,8	48,2	100,0	413	
<b>Enfant vivant</b>																			
Aucun	3,7	2,6	0,3	0,0	0,0	0,2	2,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	96,3	100,0	901	
1	14,8	9,5	3,0	0,0	1,3	0,8	4,4	0,0	0,0	5,2	0,1	2,9	0,1	1,8	0,4	85,2	100,0	1642	
2	15,7	10,0	3,0	0,5	2,1	1,5	2,9	0,0	0,0	5,7	0,2	3,6	0,1	1,6	0,1	84,3	100,0	1633	
3	14,8	8,9	1,9	0,5	3,1	1,2	2,1	0,1	0,0	5,9	0,0	3,6	0,2	1,9	0,2	85,2	100,0	1519	
4+	14,4	8,9	2,1	0,7	3,6	1,6	0,7	0,2	0,1	5,5	0,2	3,3	0,1	1,7	0,2	85,6	100,0	3913	
<b>Ensemble</b>	13,7	8,6	2,2	0,4	2,5	1,2	2,1	0,1	0,0	5,1	0,1	3,1	0,1	1,6	0,2	86,3	100,0	9609	

#### d) Sources d'approvisionnement pour les utilisatrices de la contraception

Le tableau 6 présente la répartition des utilisatrices actuelles de méthodes modernes de contraception selon la source auprès de laquelle elles se sont procurées cette méthode. Pour les utilisatrices de la stérilisation féminine, on s'est limité aux femmes qui ont commencé à utiliser cette méthode à partir de 1998. Pour les autres méthodes (pilule, injectables et condom) il s'agit de la dernière source d'approvisionnement de la méthode actuelle de planification familiale.

Tableau 6. Sources de la contraception

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles des méthodes contraceptives modernes selon la méthode utilisée et sa source d'approvisionnement, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Sources des méthodes	Source quand la femme a commencé à utiliser (depuis 1998)		Méthode actuelle (dernière source de PF)			Toutes méthodes	Effectif
	Norplant	Stéril. féminine / masculine	Pilule	Injection	Condom		
<b>Source de la méthode</b>							
<b>SECTEUR PUBLIC</b>	<b>95,9</b>	<b>100,0</b>	<b>85,7</b>	<b>96,5</b>	<b>4,8</b>	<b>55,0</b>	<b>583</b>
Hôpital gouvernement	16,6	100,0	5,0	4,6	0,1	4,8	51
Centre santé gov.	72,6	*	71,7	83,7	4,2	45,3	480
Dispensaire	6,6	*	7,4	7,7	0,5	4,4	46
Post médical	0,0	*	1,6	0,5	0,0	0,5	5
<b>SECTEUR MEDICAL PRIVE</b>	<b>4,1</b>	<b>*</b>	<b>11,0</b>	<b>3,1</b>	<b>21,2</b>	<b>12,6</b>	<b>134</b>
Clinique, hôpital privé	1,4	*	0,7	0,8	0,3	0,6	7
Centre de santé privé	0,0	*	0,3	0,6	0,2	0,3	3
Pharmacie / dépôt de médicaments	0,0	*	8,0	0,4	20,0	10,3	109
Médecin privé	2,7	*	0,0	0,0	0,0	0,3	3
Centre de PF/FISA	0,0	*	1,9	1,3	0,8	1,1	11
<b>ENSEMBLE AUTRE</b>	<b>0,0</b>	<b>*</b>	<b>3,4</b>	<b>0,3</b>	<b>74,0</b>	<b>32,4</b>	<b>344</b>
Boutique	0,0	*	0,6	0,0	42,6	18,4	195
Kiosque	0,0	*	0,4	0,0	0,7	0,4	4
Parents / amis	0,0	*	1,5	0,0	10,3	4,7	50
Autre	0,0	*	0,4	0,3	19,7	8,6	91
ND	0,0	*	0,5	0,0	0,5	0,3	3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>1060</b>
<b>Effectif</b>	<b>125</b>	<b>7</b>	<b>222</b>	<b>252</b>	<b>453</b>	<b>1060</b>	<b>1060</b>

\* Base sur trop peu de cas

Pour l'ensemble des méthodes contraceptives modernes utilisées par les femmes, le secteur médical public constitue la principale source d'approvisionnement. Son rôle est resté le même par rapport à l'EDSBF-II de 1998-99. Un peu plus d'une utilisatrice sur deux (55 %) s'est approvisionnée aux services du secteur médical public, alors que 13 % se sont approvisionnées dans le secteur médical privé et 32 % dans la rue, les boutiques et kiosques.

La stérilisation féminine est très négligeable. La grande majorité des femmes qui s'approvisionnent en pilule et en injectables le font dans les centres de santé publics (72 % et 84 %). Le condom principalement est obtenu à travers le secteur privé, avec 43 % à travers les boutiques ou kiosques et 20 % à travers les pharmacies et les dépôts de médicaments.

## E. Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes actuellement en union, seulement 23 % (y compris 0,1 % de femmes stérilisées) ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 47 % veulent attendre plus de deux ans avant d'en avoir un (autre), c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances, et 21 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux ans à venir (tableau 7). Dans l'ensemble, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfant a connu une légère augmentation, passant de 20 % en 1998-1999 à 23 % en 2003. La proportion de femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance a également légèrement augmenté (44 % à 47 %).

Tableau 7. Désir d'enfants supplémentaires										
Répartition (en %) des femmes et des hommes actuellement en union selon le désir d'avoir des enfants (supplémentaires), selon l'âge, EDSBF-III, Burkina Faso 2003										
Désir d'avoir des d'autres enfants	Âge									Ensemble
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	
<b>FEMMES</b>										
<b>Désir d'enfant</b>										
Veut. ds. les 2 ans	37,6	20,4	21,4	21,9	20,2	17,4	8,3	-	-	20,8
Veut après 2 ans	57,7	73,2	67,2	51,7	28,0	11,6	2,3	-	-	46,5
Veut NSP quand	3,5	4,2	4,1	3,3	3,0	2,3	0,9	-	-	3,3
Indécise	0,3	0,6	2,1	4,4	7,3	5,9	3,8	-	-	3,4
Ne veut plus enfant	0,9	1,7	4,8	18,1	40,5	57,6	65,0	-	-	23,2
Stérilisé	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	-	-	0,1
Déclarée stérile	0,0	0,0	0,3	0,5	0,9	4,7	19,2	-	-	2,7
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	-	-	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100,0</b>						
<b>Effectif</b>	<b>861</b>	<b>1838</b>	<b>1927</b>	<b>1508</b>	<b>1446</b>	<b>1099</b>	<b>930</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>9609</b>
<b>HOMMES</b>										
<b>Désir d'enfant</b>										
Veut. ds. les 2 ans	*	40,9	26,4	26,7	21,7	29,6	26,9	25,2	21,2	26,8
Veut après 2 ans	*	55,2	68,5	62,8	55,2	48,9	38,7	26,3	29,5	50,0
Veut NSP quand	*	2,2	1,8	3,4	7,9	5,0	7,0	10,9	13,3	6,1
Indécise	*	0,0	0,0	2,3	3,6	1,4	1,8	2,8	1,4	1,9
Ne veut plus enfant	*	1,2	3,2	4,5	11,1	14,8	23,2	31,2	28,3	13,8
Stérilisé	*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Déclarée stérile	*	0,4	0,2	0,3	0,5	0,2	2,3	3,5	6,3	1,4
ND	*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>									
<b>Effectif</b>	<b>10</b>	<b>147</b>	<b>252</b>	<b>341</b>	<b>346</b>	<b>280</b>	<b>252</b>	<b>211</b>	<b>165</b>	<b>2003</b>

\* Base sur trop peu de cas

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec l'âge : de moins de 1 % à 15-19 ans, elle passe à 5 % à 25-29 ans, 18 % à 30-34 ans et 41 % à 35-39 ans. Parallèlement, la proportion de femmes qui veulent espacer leurs naissances (attendre deux ans ou plus avant le prochain enfant), très élevée aux jeunes âges (58 % à 15-19 ans et 73 % à 20-24 ans) diminue ensuite avec l'âge au profit des femmes qui veulent limiter leurs naissances. La proportion de femmes qui veulent un (autre) enfant rapidement reste relativement élevée à chaque âge, avec un niveau « maximum » de 38 % à 15-19 ans.

En ce qui concerne les hommes en union, ils sont généralement plus conservateurs que les femmes, puisque 14 % d'entre eux ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (contre 23 % des femmes). Pour ce qui est de l'espacement des naissances, les hommes sont légèrement plus favorables à cette pratique que les femmes (50 % contre 47 %), surtout au fur et à mesure que l'âge augmente : à 30-34 ans 63 % des hommes veulent attendre deux ans ou plus avant d'avoir un (autre) enfant contre 52 % des femmes, à 35-39 ces proportions sont, respectivement, de 55 % et de 28 %.

## **F. Soins prénatals et assistance à l'accouchement**

Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance est survenue au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles avaient reçu une injection antitétanique pendant la grossesse afin d'éviter au nouveau-né de contracter le tétanos. Pour ces mêmes naissances, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale et qui les avait assistées pendant l'accouchement.

Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir un minimum de deux injections antitétaniques pendant la grossesse, ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la grossesse précédente. Pour un peu moins de trois naissances de derniers nés sur cinq survenues au cours des cinq dernières années (65 %), la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique pendant la grossesse et, dans 41 % des cas, elle a reçu deux doses (tableau 8). Cette dernière proportion a légèrement augmenté entre l'EDSBF-II de 1998-1999 et l'EDSBF-III de 2003 de 34 % à 41 % pour les naissances survenues au cours des cinq années précédant chacune des deux enquêtes.

Les enfants de mère très jeune de moins de 20 ans ont les mêmes niveaux de protection (66 %) pour au moins une dose, que les enfants de mère de plus de 20-34 ans (66 %). Le tableau 8 fait également ressortir que les mères résidant en milieu urbain (84 %) ont plus fréquemment reçu une dose ou plus de vaccin antitétanique que celles du milieu rural (62 %). De même, les mères ayant un niveau d'instruction primaire (79 %) et secondaire ou plus (82 %), ont plus fréquemment reçu une dose ou plus de vaccin antitétanique que celles sans instruction (62 %) ou alphabétisées (75 %).

Concernant les consultations prénatales, pour 74 % des naissances, la mère a consulté, au moins une fois, un professionnel de santé, soit un médecin (3 %), soit une sage-femme, une infirmière ou une accoucheuse auxiliaire (71 %). Par contre, 26 % des naissances n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale.

Selon les caractéristiques socio-démographiques, les consultations différentielles sont importantes. Par exemple, selon le niveau d'instruction, 100 % des mères ayant atteint, au moins, le niveau secondaire vont en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, contre 90 % de celles ayant un niveau primaire et 70 % de celles sans niveau d'instruction.

Pour plus de la moitié des naissances (59 %), la mère a reçu au cours de l'accouchement l'assistance de personnel formé (tableau 8), soit d'un médecin (2 %), d'une infirmière ou d'une sage-femme (39 %), ou d'une accoucheuse auxiliaire (18 %). Par ailleurs, 14 % des femmes ont été assistées par des accoucheuses traditionnelles, 22 % par des parentes ou amies et 6 % ont accouché sans assistance.

**Tableau 8. Injection antitétanique, soins prénataux et assistance à l'accouchement**

Pourcentage des dernières naissances survenues au cours des 5 années précédant l'enquête pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique, a reçu des soins prénataux et a bénéficié d'assistance à l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-III 2003, Burkina Faso 2003

Caractéristiques socio-démographiques	Injection Antitétanique		Soins prénatal							Assistance à l'accouchement							Effectif d'enfants derniers-nés des cinq dernières années	
	1 dose seulement	2 doses ou plus	Médecin	Infirmière/Auxiliaire	Accoucheuse tradit. formée	Ensemble personnel formé	Accoucheuse tradit. non formée	Autres	Personne	Médecin	Infirmière/sage femme	Accoucheuse tradit. formée	Ensemble personnel formé	Accoucheuse tradit. non formée	Parents/amis	Autre		Personne
<b>Age à la naissance</b>																		
<20	22,8	42,8	2,3	71,8	0,5	74,6	0,1	0,0	24,8	1,9	42,7	15,2	59,8	13,3	24,2	0,0	2,7	1011
20-34	24,4	42,0	2,8	71,4	0,6	74,8	0,2	0,1	24,8	1,7	39,2	18,1	58,9	14,4	20,7	0,0	5,9	4848
35+	24,6	37,2	2,0	68,1	0,4	70,6	0,1	0,0	29,1	1,4	34,8	20,1	56,3	12,9	22,5	0,1	8,2	1556
<b>Milieu de Résidence</b>																		
Ouagadougou	30,1	55,1	4,9	83,0	1,0	98,9	0,0	0,0	1,1	9,3	85,4	2,2	96,9	1,8	1,2	0,0	0,2	452
Autres villes	29,2	54,2	4,6	90,3	0,2	95,2	0,0	0,0	4,8	6,0	77,2	4,0	87,2	3,1	6,6	0,0	3,1	649
Total urbain	29,5	54,6	8,8	87,3	0,5	96,7	0,0	0,0	3,3	7,3	80,6	3,3	91,2	2,5	4,4	0,0	1,9	1100
Rural	23,3	38,7	1,4	67,9	0,5	69,9	0,2	0,1	29,6	0,7	31,4	20,7	52,8	15,9	24,6	0,0	6,7	6315
<b>Région</b>																		
Ouagadougou	30,1	55,1	4,9	83,0	1,0	98,9	0,0	0,0	1,1	9,3	85,4	2,2	96,9	1,8	1,2	0,0	0,2	452
Boucle de Mouhoun	26,0	36,9	0,2	72,5	0,8	73,4	0,0	0,0	26,4	0,0	41,7	14,4	56,1	13,0	25,7	0,3	4,9	536
Centre (sans Ouagadougou)	31,1	42,2	2,8	86,2	0,4	89,5	0,0	0,0	10,5	2,5	56,8	22,5	81,8	7,4	7,9	0,0	2,9	139
Centre-Sud	20,6	58,4	0,8	91,2	1,2	93,3	0,0	0,0	6,4	0,4	44,4	38,0	82,8	11,8	3,6	0,0	1,8	420
Plateau Central	20,5	50,8	0,2	82,0	0,7	82,9	0,0	0,1	16,5	0,4	42,9	33,2	76,6	13,8	7,1	0,0	2,5	373
Centre-Est	22,0	46,7	1,3	81,8	0,3	83,4	0,3	0,0	16,1	0,6	38,1	24,6	63,3	25,4	6,9	0,0	4,3	601
Centre-Nord	27,2	39,3	0,4	70,0	1,3	71,8	0,0	0,0	28,2	0,6	34,9	23,6	59,0	16,9	18,4	0,0	5,7	685
Centre-Ouest	24,0	44,5	3,9	79,4	0,3	83,6	0,0	0,1	16,2	2,6	48,3	22,5	73,4	5,9	16,9	0,0	3,9	715
Est	15,9	41,7	0,6	58,4	0,8	59,9	1,3	0,3	38,6	0,2	23,8	19,2	43,2	32,7	21,9	0,0	2,2	615
Nord	21,5	27,9	2,0	52,2	0,2	54,4	0,2	0,0	45,2	1,7	20,7	28,9	51,2	28,1	13,2	0,0	7,5	754
Cascades	16,3	51,9	4,5	71,3	0,3	76,2	0,0	0,3	23,3	1,4	46,1	8,5	56,1	8,9	29,9	0,0	5,2	232
Hauts Bassins	32,5	38,0	1,5	79,5	0,0	81,0	0,0	0,0	18,8	2,1	46,7	6,6	55,4	7,8	31,9	0,0	4,8	954
Sahel	22,8	27,2	1,9	44,7	0,7	47,3	0,2	0,0	52,1	0,4	14,7	5,5	20,7	3,1	52,3	0,0	24,0	560
Sud-Ouest	23,6	36,0	4,9	55,7	0,0	60,6	0,0	0,2	38,5	1,9	22,5	5,9	30,3	2,6	56,5	0,0	10,5	379
<b>Niveau d'instruction</b>																		
Aucun	23,3	38,4	1,4	68,0	0,5	69,9	0,2	0,1	29,6	0,8	32,9	18,9	52,7	15,8	24,5	0,0	6,9	5729
Alphabétisation Primaire	26,6	48,1	2,4	77,7	1,0	81,0	0,0	0,1	18,7	1,5	45,0	22,6	69,1	12,2	14,9	0,0	3,8	830
Secondaire ou +	30,3	48,9	5,7	83,3	1,1	90,2	0,0	0,0	9,8	4,4	64,8	10,6	79,8	5,0	12,3	0,3	2,7	531
Ensemble	24,9	57,5	7,4	82,5	0,0	99,9	0,0	0,0	0,1	1,7	82,0	4,8	98,5	0,0	1,4	0,0	0,1	325
<b>Rang de naissance</b>																		
1	23,3	49,9	4,1	76,6	0,5	81,1	0,1	0,0	18,5	2,8	50,3	14,5	67,6	11,6	18,2	0,0	2,5	1323
2-3	25,6	42,3	3,0	73,2	0,8	77,0	0,0	0,0	22,8	2,1	40,2	16,5	58,8	14,3	22,1	0,0	4,8	2249
4-5	23,9	38,9	1,9	70,0	0,4	72,3	0,4	0,2	26,9	1,1	36,3	20,9	58,2	15,6	20,2	0,0	6,0	1704
6+	23,7	36,1	1,7	65,4	0,4	67,5	0,2	0,0	32,1	0,9	31,9	19,9	52,7	13,8	24,1	0,1	9,3	2139
<b>Ensemble</b>	24,2	41,1	2,5	70,8	0,5	73,9	0,2	0,1	25,7	1,6	38,7	18,1	58,5	14,0	21,6	0,0	6,0	7415

Les femmes résidant en milieu urbain sont plus fréquemment assistées par du personnel formé (91 %) que les femmes du milieu rural (53 %). De même, les femmes les plus instruites accouchent plus fréquemment avec l'aide de personnel formé (99 % pour le secondaire ou plus) que celles qui n'ont qu'une instruction primaire (80 %) et surtout que celles qui sont sans niveau d'instruction (53 %). Cependant, il faut noter que chez les femmes sans niveau d'instruction le recours à du personnel formé lors de l'accouchement a considérablement augmenté depuis l'EDSBF-II (53 % contre 24 %).

## **G. Vaccination des enfants**

Le Ministère de la Santé a mis en place, depuis des années, un Programme Élargi de Vaccinations (PEV). Selon ce PEV, tous les enfants doivent recevoir le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq, contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio, le vaccin contre la rougeole et la fièvre jaune. Les enfants doivent avoir reçu tous ces vaccins lorsqu'ils atteignent 1 an. En outre, depuis quelques années, une première dose de vaccin contre la polio (Polio 0) est donnée à la naissance.

Lors de l'EDSBF-III, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux façons différentes : soit elles étaient copiées à partir des cartes de vaccination des enfants (ce qui permet d'établir avec plus de justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque l'enfant n'avait pas ou n'avait plus de carte. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV.

Il apparaît tout d'abord au tableau 9 que pour 67 % des enfants de 12 à 23 mois, une carte de vaccination a été montrée à l'enquêtrice.

La couverture vaccinale est encore faible au Burkina Faso, d'après les cartes de vaccination ou les déclarations des mères, 44 % des enfants de 12 à 23 mois ont été complètement vaccinés et 9 % des enfants n'ont reçu aucun de ces vaccins (tableau 9 et graphique 3). Les autres enfants (47 %) ont été partiellement vaccinés. Si l'on considère chaque vaccin spécifique, 81 % des enfants ont reçu le BCG, 56 % ont été vaccinés contre la rougeole, 57 % et 59 % des enfants ont reçu respectivement les trois doses de DTCoq et de polio. Par rapport à l'EDSBF-II de 1998/99, la couverture vaccinale a relativement augmenté au niveau national, passant de 41 % à 57 % pour les doses de DTCoq, de 42 à 59 % pour les trois doses de polio et de 29 % à 44 % pour tous les vaccins.

La couverture vaccinale varie fortement selon le milieu de résidence : ce sont les enfants de Ouagadougou qui ont reçu le plus fréquemment tous les vaccins (67 %), suivis de ceux des Autres Villes (57 %) et de ceux du milieu rural (41 %). Il faut noter qu'entre 1998-1999 (EDSBF-II) et 2003, la couverture vaccinale s'est dégradée dans la capitale (67 % contre 77 % en 1998-1999). Par contre, elle s'est améliorée en milieu rural (41 % contre 26 % en 1998-1999) et dans les autres villes (57 % contre 42 % en 1998-1999).

Comme on pouvait s'y attendre, les enfants de mère ayant, au moins, un niveau d'instruction secondaire sont plus fréquemment vaccinés contre toutes les maladies cibles du PEV (73 %) que ceux dont la mère a seulement le niveau primaire (47 %), et surtout que ceux dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (40 %).

Tableau 9. Vaccination

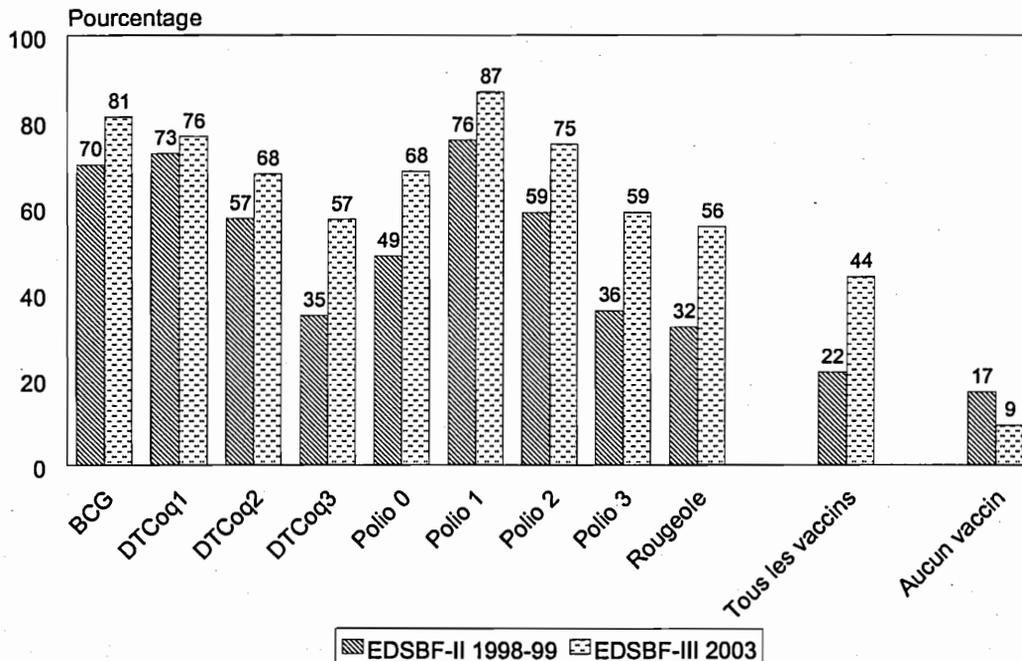
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant une carte de vaccination vue par l'enquêtrice, et pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu chaque vaccination (selon la carte de vaccination ou les déclarations de la mère) selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Caractéristiques socio-démographiques	Vaccinations reçues												
	Carnets de santé	BCG	DTCoq1	DTCoq2	DTCoq3	Polio 0 <sup>1</sup>	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins (excl. Polio 0) <sup>2</sup>	Aucune vaccination	Effectif d'enfants
<b>Sexe de l'enfant</b>													
Masculin	68,4	81,5	77,6	68,5	57,8	69,5	86,6	75,7	59,5	53,7	42,5	9,3	919
Féminin	65,5	80,5	75,2	66,9	56,6	67,1	86,8	73,4	58,3	57,4	45,1	9,3	905
<b>Milieu de Résidence</b>													
Ouagadougou	84,0	96,3	86,5	79,7	69,7	93,0	89,0	78,2	78,2	72,2	67,3	3,7	85
Autres villes	80,9	96,3	90,6	84,3	74,1	91,1	94,3	87,6	70,6	71,3	56,7	3,0	155
Total urbain	82,0	96,3	89,1	82,6	72,6	91,8	92,4	84,3	73,3	71,6	60,5	3,3	240
Rural	64,7	78,7	74,5	65,5	54,9	64,8	85,8	73,1	56,7	53,0	41,3	10,2	1584
<b>Région</b>													
Ouagadougou	84,0	96,3	86,5	79,7	69,7	93,0	89,0	78,2	78,2	72,2	67,3	3,7	85
Boucle de Mouhoun	83,0	91,9	88,7	75,3	63,6	81,4	95,4	80,8	66,4	60,2	50,1	2,9	157
Centre (sans Ouagadougou)	75,2	92,7	90,0	82,5	75,1	88,7	93,4	87,3	64,7	64,5	52,1	5,1	44
Centre-Sud	66,5	88,3	81,2	75,6	58,5	73,9	85,7	79,0	64,6	65,6	51,9	11,7	90
Plateau Central	63,3	76,1	72,1	64,1	57,1	69,5	77,5	67,5	56,8	50,1	44,8	20,5	100
Centre-Est	73,6	77,6	77,8	64,9	59,4	67,7	80,5	70,0	58,8	62,8	43,9	9,3	154
Centre-Nord	69,3	88,4	86,7	80,1	72,4	73,9	92,0	83,9	69,4	69,2	59,1	7,5	183
Centre-Ouest	75,6	86,2	81,1	72,5	57,6	73,5	91,5	79,0	59,8	50,1	36,6	5,8	156
Est	59,1	78,6	75,3	69,1	57,4	60,6	83,8	78,9	59,6	51,9	43,9	13,6	128
Nord	56,4	75,8	68,7	54,5	36,6	57,1	91,5	66,6	40,5	46,3	27,8	5,4	187
Cascades	69,5	80,9	81,4	78,2	66,1	73,1	84,2	78,4	64,7	64,8	51,7	14,0	65
Hauts Bassins	61,4	69,9	65,8	60,5	52,6	63,8	78,8	68,0	55,2	47,7	38,2	14,8	252
Sahel	51,7	65,7	56,1	45,0	39,3	45,9	83,0	61,4	40,9	33,7	23,2	8,4	138
Sud-Ouest	62,2	90,4	82,6	76,8	66,0	64,1	92,3	85,1	70,0	65,0	53,2	7,0	87
<b>Niveau d'instruction</b>													
Aucun	64,3	78,9	74,1	64,8	54,1	65,5	85,1	72,4	55,8	52,4	40,3	10,5	1411
Alphabétisation	78,6	87,1	84,0	76,7	69,3	76,2	91,1	81,1	69,0	65,8	56,3	5,5	207
Primaire	73,9	85,0	81,2	73,3	57,3	75,0	92,3	79,7	63,1	60,0	46,7	5,3	138
Secondaire ou +	73,5	96,7	93,0	90,8	85,0	90,8	94,5	89,8	83,8	79,4	72,7	3,3	68
<b>Ensemble</b>	67,0	81,0	76,4	67,7	57,2	68,3	86,7	74,6	58,9	55,5	43,8	9,3	1824

<sup>1</sup> Polio 0 Vaccin donné dès la naissance contre le polio.

<sup>2</sup> Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les trois doses de DTCoq et de Polio, non compris polio 0).

**Graphique 3**  
**Couverture vaccinale (%) par type de vaccin**  
**(enfants de 12-23 mois)**



#### H. Épisodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale

Les maladies diarrhéiques et leurs conséquences, notamment la déshydratation, constituent l'une des principales causes de décès des enfants dans la plupart des pays en développement.

Suivant les recommandations de l'OMS, pour lutter contre les effets de la déshydratation chez l'enfant, le Ministère de la Santé a mis en place un programme de Thérapie par Réhydratation Orale (TRO) en conseillant l'utilisation de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), ou une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sel et du sucre.

Le tableau 10 fait apparaître qu'au niveau national, 21 % des enfants de moins de cinq ans ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques dans les deux semaines précédant l'enquête. Parmi ces enfants, 19 % ont reçu un traitement au moyen d'un sachet SRO, 10 % ont été traités avec une solution préparée à la maison par les mères et 50 % ont juste reçu davantage plus de liquides. Au niveau national, près de 27 % des enfants diarrhéiques ont été traités au moyen de l'une et/ou l'autre TRO et 63 % à l'aide de l'une et/ou l'autre des trois traitements.

Concernant la prévalence de la diarrhée par âge, on peut constater que ce sont les enfants de 6-23 mois qui sont les plus touchés (31 %). Selon les différentes caractéristiques socio-démographiques, on ne note qu'assez peu de variations dans la prévalence de la diarrhée, mis à part les régions.

Tableau 10. Episodes diarrhéiques et réhydratation par voie orale

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui, d'après les déclarations de la mère, ont eu la diarrhée dans les deux dernières semaines, et pourcentage de ceux ayant eu la diarrhée dans les deux dernières semaines ayant reçu des sachets de Sérum Oral ou une solution de réhydratation faite à la maison, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage ayant diarrhée dans les 2 dernières semaines	Pourcentage avec diarrhée ayant reçu:					Effectif d'enfants de moins de 5 ans
		Sachets Sérum Oral (SRO)	Solution faite a la maison	L'une ou l'autre TRO	Plus de liquides	TRO ou plus de liquides	
<b>Age de l'enfant</b>							
< 6 mois	14,3	6,9	4,1	10,5	31,8	36,9	1131
6-11 mois	30,8	19,0	8,0	24,9	39,5	56,1	1008
12-23 mois	31,1	21,7	9,5	28,9	52,7	66,7	1824
24-35 mois	25,9	21,5	14,9	33,6	53,8	71,9	1732
36-47 mois	15,6	14,4	7,1	20,3	54,3	64,3	1979
48-59 mois	9,4	24,0	10,7	30,0	55,2	66,2	1773
<b>Sexe de l'enfant</b>							
Masculin	22,0	19,0	9,9	26,9	49,7	63,5	4826
Féminin	19,5	19,1	9,6	26,2	49,5	63,2	4622
<b>Milieu de Résidence</b>							
Ouagadougou	23,6	23,6	24,4	45,1	48,7	72,0	539
Autres villes	19,3	27,8	11,5	37,1	53,9	70,1	770
Total urbain	21,1	25,9	17,4	40,8	51,5	70,9	1309
Rural	20,7	17,9	8,5	24,3	49,3	62,1	8138
<b>Région</b>							
Ouagadougou	23,6	23,6	24,4	45,1	48,7	72,0	539
Boucle de Mouhoun	19,0	15,3	4,3	17,6	55,0	61,1	726
Centre (sans Ouagadougou)	27,0	18,2	7,1	24,2	60,5	69,7	184
Centre-Sud	15,2	19,8	20,6	39,2	51,4	80,3	509
Plateau Central	18,4	15,3	14,7	29,1	43,6	60,5	495
Centre-Est	24,2	24,9	17,5	39,9	45,3	63,4	775
Centre-Nord	17,5	15,1	4,0	19,1	54,0	66,2	860
Centre-Ouest	22,9	24,2	4,6	26,4	52,5	65,6	883
Est	13,8	17,0	25,2	39,0	35,5	61,4	776
Nord	25,5	17,9	3,6	19,5	53,0	65,3	977
Cascades	16,1	24,9	10,5	33,6	46,2	67,2	294
Hauts Bassins	17,1	25,9	12,5	31,7	74,9	81,6	1232
Sahel	34,0	8,3	0,4	8,3	25,4	31,7	713
Sud-Ouest	16,9	20,2	6,8	26,0	52,4	67,6	483
<b>Niveau d'instruction</b>							
Aucun	20,8	17,0	9,7	24,7	49,3	62,0	7353
Alphabétisation	20,9	23,2	6,5	25,9	51,8	65,9	1074
Primaire	22,4	28,0	12,0	37,5	50,0	68,4	637
Secondaire ou +	16,7	33,4	19,0	49,7	48,7	75,3	383
<b>Ensemble</b>							
Ensemble	20,8	19,0	9,8	26,6	49,6	63,4	9448

\* TRO: Thérapie de Réhydratation Orale

Dans les autres villes et parmi les enfants dont la mère est la plus instruite, le sachet SRO est utilisée par une proportion non négligeable d'enfants pour traiter les cas de diarrhée (respectivement, 28 % et 33 %) alors qu'une proportion limitée d'enfants du milieu rural et de ceux dont la mère est sans instruction ont bénéficié de ce type de thérapie (respectivement, 18 % et 17 %).

## I. Allaitement et alimentation de complément

Le tableau 11 présentent les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Groupe d'âges	Allait. et aliment de complé.							Pourcentage prenant le biberon	Effectif d'enfants
	Pas d'allaitement	Allaité seulement	Eau seulement	Autres liquides	Lait	Alim.solide /bouillie	Total		
<b>Age de l'enfant</b>									
< 2 mois	1,3	17,6	56,4	15,0	6,1	3,5	100,0	0,6	328
2-3 mois	0,6	21,1	52,5	16,0	7,1	2,8	100,0	0,9	394
4-5 mois	0,0	15,8	57,1	11,2	4,0	11,9	100,0	1,5	386
6-7 mois	0,0	16,5	40,6	10,6	2,6	29,8	100,0	0,4	364
8-9 mois	0,2	11,2	32,4	3,1	4,8	48,2	100,0	3,0	312
10-11 mois	1,2	9,1	19,5	3,7	1,4	65,1	100,0	1,4	320
12-15 mois	1,9	5,5	11,8	3,0	0,7	77,0	100,0	1,4	681
16-19 mois	5,1	4,4	8,9	0,4	1,6	79,6	100,0	1,0	649
20-23 mois	18,9	5,3	2,6	0,6	0,9	71,7	100,0	0,9	467
24-27 mois	45,4	1,9	3,5	0,1	0,3	48,8	100,0	0,6	580
28-31 mois	63,3	2,4	0,5	0,2	0,0	33,7	100,0	0,2	532
32-35 mois	82,0	0,6	0,3	0,0	0,0	17,0	100,0	1,9	359
< 6 mois	0,6	18,2	55,3	14,0	5,8	6,2	100,0	1,0	1109
6-9 mois	0,1	14,0	36,8	7,2	3,6	38,3	100,0	1,6	676

Ces données confirment que la pratique de l'allaitement est quasi générale au Burkina Faso puisque pratiquement tous les enfants de 0-5 mois sont allaités. Si l'allaitement est généralisé, par contre, les pratiques alimentaires des enfants ne sont pas toujours conformes aux recommandations de l'OMS et du Ministère de la Santé. En effet, alors que l'OMS recommande que, jusqu'à l'âge de 6 mois, les enfants reçoivent exclusivement le sein, 18 % seulement des enfants de 0-5 mois sont nourris de cette façon : les autres enfants de ce groupe d'âges reçoivent, en plus du sein, de l'eau (55 %), d'autres liquides (14 %) et même des aliments solides ou des bouillies dans 6 % des cas. À l'opposé, à partir de 6 mois, âge auquel l'allaitement seul ne suffit pas pour garantir la meilleure croissance des enfants, l'OMS recommande que des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation : on constate ici que 38 % des enfants ne sont pas nourris de cette façon dans le groupe 6-9 mois.

Pour ce qui est de l'utilisation du biberon, les mères au Burkina Faso se conforment aux recommandations de l'OMS et du Ministère de la Santé. Seulement 1 % des enfants de 0-5 mois reçoivent des liquides quelconques au biberon.

## J. Mortalité des enfants

Le calcul du niveau de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDSBF-III. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés, il s'agit du quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire, du quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire. On dispose aussi du quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire. Par ailleurs, on connaît les composantes de la mortalité infantile, à savoir la mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance, et la mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois. Chacun de ces quotients a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 12 et le graphique 4 présentent les différents quotients pour cinq périodes quinquennales allant de 1988 à 2003. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDSBF-III (période 1998-2003), le risque de mortalité infantile est évalué à 83 décès pour 1 000 naissances vivantes; le risque de mortalité juvénile s'établit, quant à lui, à 111 %.

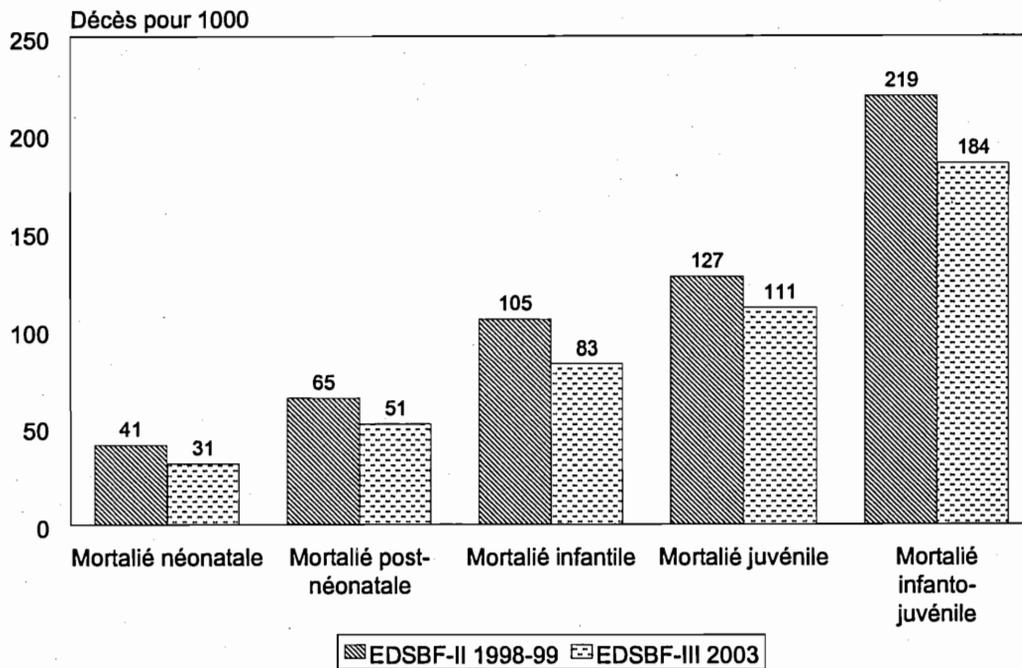
Tableau 12. Mortalité infantile et juvénile					
Mortalité infantile, mortalité juvénile et mortalité infanto-juvénile par périodes quinquennales précédant l'enquête, EDSBF-III, Burkina Faso 2003.					
Périodes avant l'enquête	Taux de mortalité				
	Mortalité néonatale	Mortalité Post-néonatale	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto-juvénile
0-4 ans	31	51	83	111	184
5-9 ans	46	58	104	112	205
10-14 ans	44	48	92	110	192
15-19 ans	46	51	97	120	205
EDSBF-II *	40,8	64,6	105,3	127,1	219,1

\* Estimation en 1998-99 pour la période 0-4 ans précédant l'enquête.

Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 31 % pour la mortalité néonatale et à 51 % pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 184 %. En d'autres termes, au Burkina Faso, environ un enfant sur cinq meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

Si l'on compare directement les niveaux de mortalité obtenus à l'EDSBF-II de 1998-1999, on observe que la mortalité des enfants de moins de cinq ans a connu, dans toutes ses composantes, une diminution. Par exemple, la mortalité infantile est passée de 105 % pour la période 1998-1999 à 83 % pour la période 1998-2003; quant à la mortalité juvénile (1-4 ans) elle est passée de 127 % à 111 % au cours de la même période (graphique 4). Toutefois, la mortalité des enfants au Burkina Faso reste l'une des plus élevées dans le monde.

**Graphique 4**  
**Mortalité avant l'âge de 5 ans**



#### K. Connaissance du VIH/sida

La majorité des femmes (96 %) et presque la totalité des hommes (97 %) ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. La majorité des femmes et des hommes qui connaissent le VIH/sida ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de contracter le VIH/sida et ont cité au moins un moyen de protection (respectivement, 72 % et 86 %). À ce niveau, les différences selon le milieu de résidence montrent que les femmes et les hommes de Ouagadougou et des autres villes sont plus informés que ceux du milieu rural (tableau 13).

Pour ce qui est des moyens de prévention, « limiter les rapports sexuels à un partenaire » est le moyen le plus fréquemment cité par les femmes (45 %) suivi de « l'utilisation du condom » (40 %) et de « s'abstenir de rapports sexuels » (24 %) pour éviter de contracter le VIH/sida. Chez les hommes, le moyen le plus fréquemment cité est « l'utilisation du condom » (62 %) suivie de « limiter les rapports sexuels à un partenaire » (49 %) et de « s'abstenir de rapports sexuels » (42 %). L'autre moyen cité par un peu moins de 10 % des enquêtés des deux sexes est « limiter le nombre de partenaires » (6 % des femmes et 8 % des hommes).

Tableau 13. Connaissance du VIH/Sida et de moyen d'éviter le VIH/Sida

Pourcentage de femmes d'hommes qui ont déclaré connaître le VIH/Sida et pourcentage de ceux connaissant le VIH connaissant au moins un moyen pour éviter le VIH/Sida par sexe et milieu de résidence, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Connaissance	Femmes					Hommes				
	Ouagadougou	Autres villes	Total urbain	Rural	Ensemble	Ouagadougou	Autres villes	Total urbain	Rural	Ensemble
Connaissant le VIH/Sida	99,2	99,5	99,4	94,9	95,9	100,0	99,5	99,8	95,6	96,6
Effectif	1360,9	1407,0	2767,9	9709,1	12477,0	446,1	450,7	896,8	2708,2	3605,0
Au moins un moyen pour éviter le VIH/Sida	89,2	84,6	86,9	67,6	72,0	95,0	93,3	94,1	82,6	85,5
<b>Moyen pour éviter le VIH/Sida</b>										
S'abstenir des rapports sexuels	39,2	30,3	34,7	21,4	24,4	52,3	40,3	46,3	40,9	42,3
Utiliser le condom	65,6	60,6	63,1	33,6	40,3	75,5	74,1	74,8	57,0	61,6
Limiter les rapports a un partenaire	42,1	48,0	45,1	45,3	45,3	38,2	55,0	46,7	49,5	48,8
Limiter le nombre de partenaires	9,4	7,2	8,3	5,5	6,2	15,3	5,9	10,6	7,0	7,9
Eviter les rapports avec les prostituées	5,3	3,1	4,2	1,8	2,4	6,1	4,9	5,5	6,0	5,9
Eviter les rap. avec pers. ayant plusieurs partenaires	2,4	0,9	1,6	0,5	0,8	7,1	0,9	4,0	0,7	1,6
Eviter les rapports homosexuels	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	2,3	0,3	1,3	0,2	0,5
Eviter les rapports avec ceux qui se droguent	1,1	0,4	0,7	0,1	0,2	4,3	1,1	2,7	0,4	1,0
Eviter les transfusions sanguines	6,1	3,3	4,7	0,7	1,7	10,2	3,9	7,0	2,0	3,3
Eviter les injections	2,7	1,2	2,0	0,4	0,8	3,4	2,8	3,1	0,4	1,1
Eviter d'embrasser	21,7	14,6	18,1	5,3	8,2	0,4	0,5	0,5	0,1	0,2
Eviter les piqûres de moustiques	0,3	0,1	0,2	0,0	0,1	1,0	0,3	0,6	0,4	0,4
Eviter de partager lames/rasoirs	0,0	0,2	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Chercher protection des guérisseurs	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	23,9	24,7	24,3	11,3	14,6
Autres	3,2	1,1	2,2	0,6	1,0	3,8	3,1	3,4	1,2	1,8
Ne connaît aucun moyen	1,0	0,8	0,9	0,9	0,9	0,0	0,8	0,4	0,5	0,5
Dit qu'on peut pas ou ne sait pas si on peut éviter le Sida	9,7	14,5	12,2	31,5	27,0	5,0	5,9	5,5	17,0	14,0
Effectif des personnes connaissant le VIH/Sida	1350	1401	2751	9214	11964	446	449	895	2588	3483

## L. Utilisation du condom

Bien qu'une forte proportion de femmes et d'hommes déclarent que le condom est un moyen pour éviter le VIH/sida, son utilisation reste relativement limitée. En effet, parmi les femmes connaissant le VIH/sida et ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, seulement 7 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels, quel que soit le type de partenaire; cette proportion atteint 23 % chez les hommes (tableau 14).

Tableau 14. Utilisation de condom

Parmi les femmes et les hommes qui connaissent le VIH/Sida et qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage de ceux qui ont utilisé le condom au cours des derniers rapports sexuels, et pourcentage de ceux qui utilisent actuellement le condom comme méthode de PF, mais qui ne l'ont pas utilisé au cours des derniers rapports sexuels, selon les caractéristiques socio- démographiques, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Caractéristiques socio-démographiques	Femmes					Hommes				
	Pourcentage utilisant le condom au cours des derniers rapports sexuels			% Utilisant le condom comme PF, mais pas aux derniers rapp. sex.	Effectif	Pourcentage utilisant le condom au cours des derniers rapports sexuels			% Utilisant le condom comme PF, mais pas aux derniers rapp. sex.	Effectif *
	Rapports sexuels au cours du dernier mois	Rapports sexuels plus tôt	Ensemble			Rapports sexuels au cours du dernier mois	Rapports sexuels plus tôt	Ensemble		
<b>Age</b>										
15-19	7,9	9,8	17,7	1,2	1258	18,6	35,2	53,8	2,4	225
20-24	6,4	6,0	12,4	0,9	2055	18,8	23,7	42,5	12,7	426
25-29	3,2	2,0	5,2	0,6	1980	16,5	16,2	32,7	9,0	387
30-39	1,6	1,2	2,8	0,3	3036	11,7	8,4	20,2	7,5	756
40-49	0,6	0,8	1,3	0,1	2188	3,7	4,0	7,8	4,8	547
50-59	-	-	-	-	-	1,7	1,4	3,1	1,5	378
<b>Etat matrimonial</b>										
Célibataire	18,9	29,1	48,0	2,6	772	21,5	35,2	56,7	9,6	673
En union	2,1	0,9	3,0	0,3	9266	7,0	4,5	11,5	5,7	1976
En rupture d'union	2,7	7,4	10,1	0,9	481	23,0	13,9	36,9	6,7	64
<b>Milieu de Résidence</b>										
Ouagadougou	12,2	13,2	25,3	2,1	1049	21,9	28,1	50,0	7,4	376
Autres villes	8,3	8,8	17,1	1,3	1143	17,7	22,0	39,7	10,5	348
Total urbain	10,1	10,9	21,0	1,7	2192	19,9	25,2	45,0	8,9	724
Rural	1,6	1,2	2,8	0,2	8326	7,9	7,6	15,5	5,9	1995
<b>Région</b>										
Ouagadougou	12,2	13,2	25,3	2,1	1049	21,9	28,1	50,0	7,4	376
Boucle de Mouhoun	2,3	2,4	4,7	0,3	760	12,9	5,1	18,0	16,4	186
Centre (sans Ouagadougou)	1,6	1,4	3,0	1,1	203	8,2	9,5	17,7	9,8	54
Centre-Sud	1,0	1,1	2,1	0,0	545	18,2	10,3	28,5	2,0	173
Plateau Central	1,5	1,5	3,0	0,0	482	11,1	13,1	24,2	5,2	133
Centre-Est	1,9	2,0	4,0	0,3	840	2,8	9,5	12,3	3,1	173
Centre-Nord	2,2	1,1	3,3	0,2	902	12,9	10,4	23,4	7,6	190
Centre-Ouest	3,1	3,5	6,6	0,5	1026	7,3	15,4	22,7	4,0	221
Est	0,3	0,6	0,9	0,1	778	2,9	1,0	3,9	0,5	187
Nord	3,5	3,1	6,5	0,8	986	13,8	10,5	24,4	12,7	208
Cascades	3,7	2,4	6,1	0,9	350	11,0	9,6	20,6	14,1	92
Hauts Bassins	4,7	3,9	8,7	0,5	1381	10,9	16,4	27,4	6,6	398
Sahel	0,7	0,6	1,4	0,0	718	2,8	1,8	4,5	2,3	208
Sud-Ouest	1,5	0,9	2,4	0,0	497	4,1	5,7	9,9	7,0	120
<b>Niveau d'instruction</b>										
Aucun	1,8	1,1	2,9	0,2	7749	7,0	6,5	13,5	4,5	1418
Alphabétisation	2,8	2,0	4,8	0,7	1127	9,4	8,9	18,3	6,8	495
Primaire	9,4	7,8	17,2	1,1	864	19,2	17,6	36,8	8,7	359
Secondaire ou +	13,6	21,5	35,1	3,0	777	19,3	30,1	49,5	12,2	446
<b>Ensemble</b>	3,4	3,2	6,6	0,5	10518	11,1	12,3	23,4	6,7	2719

\* Y compris 6 cas de Non Déterminé de l'Etat Matrimonial chez les hommes.

Du point de vue du statut matrimonial, ce sont les célibataires qui ont déclaré le plus fréquemment avoir utilisé le condom (48 % des femmes et 57 % des hommes). De même l'utilisation du condom est beaucoup plus fréquente aux jeunes âges (18 % chez les femmes et 54 % chez les hommes, de 15-19 ans) qu'aux âges élevés (3 % ou moins chez les femmes à partir de 30 ans et 8 % ou moins chez les hommes à partir de 40 ans). C'est en milieu urbain que le condom est utilisé le plus fréquemment par les femmes (25 % dans la ville de Ouagadougou, 17 % dans les Autres villes et 3 % en milieu rural) et par les hommes (50 % dans la ville de Ouagadougou, 40 % dans les Autres villes et 16 % en milieu rural). Enfin, les personnes de niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent le condom beaucoup plus fréquemment (35 % chez les femmes et 50 % chez les hommes) que celles sans instruction surtout (3 % chez les femmes et 14 % chez les hommes).

#### **M. Pratique de l'Excision et de la Circoncision**

Au Burkina Faso, la pratique de l'excision est largement répandue. La majorité des femmes enquêtées (75 %) ont déclaré avoir été excisées (tableau 15).

On ne note aucune variation importante dans les proportions des femmes excisées selon l'âge, le milieu de résidence, la région ou le niveau d'instruction. Selon la religion, la proportion la plus élevée de femmes excisées est observée chez les musulmanes (81 %) et la plus faible (62 %) chez les protestantes. En fonction de l'ethnie, les femmes Touareg/Bella sont les moins excisées (35 %), alors que les Dioula, les Sénoufo, les Bissa et les Bobo sont les plus excisées avec des proportions variant entre 83 % et 88 %.

Le pourcentage d'hommes circoncis au Burkina Faso est 89 %. La proportion d'hommes circoncis, la plus faible (66 %) est observée chez les pratiquants de religion traditionnelle et animiste, et la proportion la plus élevée (98 %) est chez les musulmans. La pratique de la circoncision est beaucoup faible chez les Lobi (29 %), suivi par les Gourounsi (49 %). La pratique de la circoncision représente 79 % chez les Bobo, et 91 % ou plus dans toutes les autres ethnies.

Tableau 15. Pratique de l'Excision et de la Circoncision

Répartition des femmes excisées et des hommes circoncis selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Caractéristiques	Femmes		Hommes	
	Pourcentage	Effectif *	Pourcentage	Effectif
<b>Age</b>				
15-19	63,3	2785	83,4	885
20-24	74,6	2261	91,1	567
25-29	77,9	2054	91,7	435
30-39	78,6	3124	92,3	777
40-49	82,3	2251	90,2	549
50-59	-	-	83,9	392
<b>Milieu de Résidence</b>				
Ouagadougou	72,6	1361	97,1	446
Autres villes	72,3	1407	87,3	451
Total urbain	72,5	2768	92,2	897
Rural	75,8	9709	87,4	2708
<b>Région</b>				
Ouagadougou	72,6	1361	97,1	446
Boucle de Mouhoun	89,6	890	92,1	272
Centre (sans Ouagadougou)	81,3	234	98,0	71
Centre-Sud	62,5	719	92,6	209
Plateau Central	81,5	606	89,4	174
Centre-Est	87,1	1031	97,3	255
Centre-Nord	86,9	1030	99,1	245
Centre-Ouest	38,6	1245	56,9	334
Est	69,5	885	99,2	252
Nord	76,3	1091	93,4	266
Cascades	80,0	401	86,8	121
Hauts Bassins	88,2	1570	94,9	527
Sahel	72,0	830	98,0	269
Sud-Ouest	71,5	585	26,5	164
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	76,8	8906	86,5	1830
Alphabétisation	76,9	1296	94,9	613
Primaire	71,1	1186	86,6	546
Secondaire ou +	62,9	1089	90,3	616
<b>Religion</b>				
Catholique	64,8	3046	80,2	949
Protestante	62,2	660	84,9	153
Musulmane	81,1	7342	97,8	2034
Traditionnelle / animiste	73,3	1211	65,9	438
Sans religion / aucun	63,0	215	82,4	30
<b>Ethnie</b>				
Bobo	82,8	309	78,8	116
Dioula	87,6	693	98,0	216
Fulfulde / Peul	74,9	773	98,7	223
Gourmantche	68,5	838	99,2	256
Gourounsi	41,6	511	48,7	164
Lobi	68,0	632	28,5	191
Mossi	77,1	7059	93,7	1965
Senoufo	85,8	466	91,9	151
Touareg / Bella	35,0	133	91,2	46
Bissa	82,6	580	95,8	134
Autre	69,1	482	92,8	144
<b>Ensemble</b>	75,0	12477	88,6	3605

\* Y compris 3 cas de Non Déterminé pour la religion chez les femmes.

## N. Test de dépistage du VIH

Le Gouvernement du Burkina a entrepris des efforts louables en matière de lutte et de contrôle de l'infection du VIH/Sida par l'implantation de sites sentinelles<sup>1</sup> avec l'assistance de l'ONUSIDA. L'implantation de ces sites dans les zones spécifiquement urbaines, avait permis de disposer de données sur la prévalence et de mesurer le rythme de propagation de l'infection dans le pays. Du fait de leur localisation essentiellement en zone urbaine et d'une population cible composée des femmes enceintes venues en consultations prénatales, les données obtenues ne sont que des approximations du niveau réel.

L'EDSBF-III pallie ces insuffisances par une enquête épidémiologique sur un échantillon représentatif de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans

### **Méthodologie**

L'EDSBF-III est la première enquête du Burkina Faso dans le cadre du projet Demographic and Health Survey à mener le test de VIH dans la population générale. Le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Économie et du Développement à travers la Direction Générale de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) ont été les premiers à solliciter la faisabilité du test de VIH dans le cadre de la troisième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-III). L'objectif du test est d'estimer le taux de séroprévalence du VIH (VIH-1 et VIH-2) au niveau national et au niveau de chacune des 13 régions du Burkina Faso. L'assistance technique au projet de dépistage du VIH a été assurée par ORC Macro à travers son programme mondial *MEASURE DHS+* financé par l'USAID.

**Enquête Pilote.** Une enquête pilote avait été menée du 28 janvier au 4 février 2003, pour tester les équipements de test ainsi que l'acceptabilité des tests par la population. L'enquête pilote a été conduite dans 150 ménages de la ville de Ouagadougou et ses villages environnant. Dans ces ménages, 187 femmes et 70 hommes avaient pu être enquêtés et auprès de qui, le sang a été prélevé. Le taux d'acceptabilité de 95% au cours de cette enquête pilote avait montré que le test de VIH dans la population générale était faisable au Burkina Faso.

**Enquête Principale.** Comme nous l'avons précisé plus haut, le test de dépistage du VIH a été conduit dans la totalité de l'échantillon national EDSBF-III représentatif de l'ensemble du pays, dans lequel, en plus du milieu de résidence urbain et rural, nous avons retenu les 13 régions et la capitale, comme les 14 domaines d'études : la ville de Ouagadougou, la Boucle de Mouhoun, le Centre (sans Ouagadougou), le Centre-Sud, le Plateau Central, le Centre-Est, le Centre-Nord, le Centre-Ouest, l'Est, le Nord, les Cascades, les Hauts-Bassins, le Sahel et le Sud-Ouest.

Au total, 400 grappes sélectionnées pour l'EDSBF-III ont pu être enquêtées avec succès. En rappel, 9 097 ménages ont été enquêtés avec succès parmi les ménages sélectionnés. Dans les ménages interviewés, l'enquête individuelle a été effectuée avec succès au près de 12 477 femmes âgées de 15-49 ans. Par ailleurs, l'enquête individuelle homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total 3 605 hommes âgés de 15-59 ans ont été interviewés avec succès.

C'est dans ces ménages sélectionnés pour l'enquête individuelle homme que le test de dépistage du VIH et le test de l'anémie ont été menés. Alors que pour le test de l'anémie on a mesuré le niveau d'hémoglobine dans le sang chez les enfants de moins de 6 ans, ainsi que chez les femmes et les hommes éligibles, le test de dépistage du VIH a été effectué sur toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans vivant dans les ménages où l'enquête homme a été menée. Contrairement au test d'anémie, dont le résultat était communiqué immédiatement aux participants au test, le résultat du test de VIH n'était pas annoncé sur le terrain. Le test de dépistage du VIH était anonyme-lié et aucun nom ou toute autre caractéristique individuelle ou géographique n'était lié à l'échantillon du sang. Seulement, un "code à barres",

<sup>1</sup> sites de surveillance épidémiologique

généralisé aléatoirement, était collé sur l'échantillon de sang afin de pouvoir constituer un fichier anonyme de laboratoire contenant les résultats de test. Le même code à barres utilisé sur l'échantillon de sang de l'individu était également collé dans son questionnaire ménage dont l'objectif est de pouvoir mener plus tard les analyses selon les caractéristiques socio-démographiques, une fois les deux fichiers fusionnés et après que le code à barres des individus, l'identifiant physique comprenant le numéro de grappe et le numéro de ménage est détruit du fichier final.

Comme le test était anonyme, dans le cas où l'enquêté désirait connaître son statut sérologique VIH, on lui remettait une carte verte qu'il devait présenter à l'un des Centres de Dépistage Volontaire Anonyme (CDVA) ou au laboratoire central de l'hôpital Yalgado à Ouagadougou, afin de bénéficier, après conseil, d'un test sérologique du VIH gratuit.

### **Formation**

La formation des infirmières à l'enquête pilote avait duré trois jours du 13 au 15 février, et avait été assurée par un spécialiste en Santé du Burkina, assisté de l'expert de ORC Macro en la matière. La formation portait sur les techniques de prélèvements des gouttes de sang pour le test d'anémie et des gouttes de sang sur papier filtre utilisé pour le test du VIH. La formation comportait également les techniques de séchage, la manipulation et la conservation des prélèvements jusqu'à leur transport au laboratoire central de l'hôpital Yalgado. Six infirmières diplômées d'État du Burkina avaient pris part à cette formation de l'enquête pilote.

La formation des infirmières de l'enquête principale a duré une semaine, du 5 au 11 juin 2003. Quinze infirmières certifiées de l'État du Burkina, avaient été référées par le Ministère de la Santé, pour participer à la formation et à l'enquête. Comme à l'enquête pilote, la formation a porté sur les techniques de prélèvements des gouttes de sang pour le test d'anémie et des gouttes de sang sur papier filtre pour le test du VIH, les techniques de séchage des prélèvements pour le test de VIH, la manipulation des prélèvements et leur conservation jusqu'à leur transport au laboratoire central. La formation avait été assurée par ORC Macro.

### **Travail de terrain**

Pour le travail de terrain, chaque équipe de l'EDSBF-III comprenait une infirmière diplômée d'État du Burkina Faso, dont le rôle était de prélever les gouttes de sang pour le test d'anémie et le test de dépistage du VIH. Toutes les infirmières qui ont participé à ces travaux, avaient été référées par le Ministère de la Santé du Burkina. Avant que le sang ne soit prélevé, l'infirmière lisait le texte de consentement<sup>2</sup> volontaire pour le test d'anémie, puis elle demandait à l'enquêté s'il acceptait volontairement de participer à ce test. Ensuite, et quel que soit le consentement donné pour le test d'anémie par l'enquêté, l'infirmière lui lisait un deuxième consentement volontaire pour l'inviter à participer au test de dépistage du VIH. Après avoir rempli ces deux déclarations de consentement volontaire, l'infirmière signalait pour préciser que les sujets interviewés ont accepté de participer aux tests.

Lorsqu'un enquêté acceptait de participer aux tests, le prélèvement de sang était réalisé de la manière suivante :

- a) Une étiquette à code à barres était collée sur le papier filtre sur lequel le sang de l'enquêté devait être prélevé pour le test de VIH ;
- b) du sang capillaire était prélevé au moyen d'une piqûre faite au doigt à l'aide d'une petite lame rétractable (*Tenderlette*) ;
- c) la première goutte de sang était essuyée à l'aide d'un tampon stérile ;
- d) la deuxième et la troisième gouttes de sang étaient déposées sur du papier filtre spécial à

<sup>2</sup> Le texte du consentement volontaire a été préparé par ORC Macro sur la base du texte standard élaboré par ORC Macro et CDC, puis, en même temps que le protocole de test de VIH, il a été soumis au Comité d'Éthique National du Ministère de la Santé.

l'intérieur de deux cercles de 10 mm de diamètre (la quatrième goutte étant réservée au test d'anémie) ;

- e) les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec des dessiccants absorbant l'humidité. Ensuite, le papier filtre avec du papier glacé recouvrant les gouttes de sang séché pour les protéger, était placé dans un sac en plastique individuel à fermeture hermétique. Les sacs en plastique individuels, contenant eux aussi des dessiccants pour la protection contre l'humidité, étaient ensuite collectés puis acheminer au laboratoire central de l'hôpital Yalgado pour la recherche de l'anti-corps anti-VIH-1 et anti-VIH-2. Un indicateur d'humidité était constamment placé dans chaque boîte de séchage et dans chaque sac en plastique individuel, pour contrôler l'humidité lors du séchage des prélèvements de sang sur papier filtre et pendant leur conservation et leur transport jusqu'au laboratoire central.

### ***Choix du laboratoire et contrôle de qualité***

Le laboratoire national de l'hôpital Yalgado a été recommandé par les autorités du Burkina pour assurer l'analyse des prélèvements de sang. Une équipe internationale de ORC Macro, qui avait précédemment travaillé avec CDC au Mali en 2001, a assuré la formation du personnel de laboratoire de l'hôpital Yalgado et du Centre Muraz. La supervision des travaux d'analyse des prélèvements de sang a été assurée par cette même équipe de ORC Macro et le Centre Muraz recommandé par CDC. Le centre Muraz a été également chargé de mener les analyses de prélèvements pour le contrôle de qualité externe.

### ***Tests de Validation DBS vs Plasma par le laboratoire***

L'équipe internationale de Macro et l'équipe du Centre Muraz recommandée par CDC, ont effectué une visite d'évaluation des compétences du laboratoire de référence de l'hôpital Yalgado et des travaux de validation des tests sur «Dried Blood Spots (DBS)» versus plasma. La visite d'évaluation des capacités a duré dix jours pendant le mois de février 2003 et celle ayant pour objectif d'évaluer les travaux de validation des tests par le laboratoire s'est déroulée pendant deux semaines au mois de juin 2003.

Les résultats ont été concluants. Sur les 138 personnes qui ont été testées pour cette étude de validation (65 positifs et 73 négatifs), 138 échantillons de sang capillaire pour DBS et 138 échantillons de sang des veines pour plasma, ont été prélevés. Certains prélèvements provenaient de clients donateurs de sang de la Banque de sang et d'autres provenaient de sites de dépistage volontaire. Les prélèvements ont été analysés selon l'algorithme du protocole de test VIH dans l'EDS. Les résultats ont été concordants à 100% pour les prélèvements positifs entre le DBS et le plasma et 98,6% pour les prélèvements négatifs. Le seul cas de discordance, noté dans les négatifs, était un négatif DBS et positif plasma, qui a été ensuite confirmé négatif avec le Western Blot.

### ***Contrôle de qualité***

***Contrôle de qualité interne.*** Le contrôle de qualité interne a été effectué sur chaque plaque de tests selon les critères du fabricant des kits. Pour cela, chaque plaque de test était confrontée à la souche de contrôle positive et à la souche de contrôle négative fournies par le fabricant.

Un autre contrôle de qualité interne consistait à re-tester tous les tests positifs VIH-2 par le Western Blot, qu'ils soient VIH-2 uniquement ou en combinaison avec le VIH-1. Il y a eu 20 VIH-2 et 4 VIH-2+1, soit au total 24 VIH-2 positifs au Murex VIH-2 qui ont été re-confirmés au Western Blot.

En outre, les 19 discordants, c'est-à-dire les 19 positifs au Vironostika VIH Uniform II plus O et négatifs au *Murex VIH-2* ou au *Wellcozyme VIH-1recombinant*, ont tous été confirmés négatifs

par le Western Blot. Par ailleurs, tous les faibles positifs, c'est-à-dire de densité optique (DO) en dessous du seuil de référence de la plaque pour le *Wellcozyme VIH-1*, ont été confirmés avec le Western Blot. Le protocole des tests avait prévu un nombre de discordants attendus d'environ 15, ce qui est très proche des 19 discordants obtenus.

**Contrôle de qualité externe.** Le contrôle de qualité externe a été assuré par le Centre Muraz sur recommandation de CDC. Le contrôle de qualité externe consiste à re-tester par un laboratoire externe, environ 10% des aliquots négatifs, c'est-à-dire 10% de l'ensemble des prélèvements de l'EDS dont le résultat a été négatif. Environ 691 aliquots négatifs ont été sélectionnés aléatoirement par l'ordinateur sur les 7379 tests négatifs obtenus par le laboratoire de référence de l'hôpital Yalgado. Les 691 aliquots négatifs sélectionnés, ont été ensuite envoyés au Centre Muraz pour être re-testés. Tous les aliquots sélectionnés ont été confirmés négatifs par le Centre Muraz (100%). Les tests de contrôle de qualité externe ont été réalisés en 4 lots de tests étalés sur une semaine. Le premier lot a été de 177 tests, suivi de 91 tests, puis 182 et enfin 241 tests, tous confirmés négatifs.

### **Procédures de laboratoire**

Pour ce qui concerne les procédures de test au laboratoire, les gouttes de sang séchées sur papier filtre étaient perforées à l'aide d'une poinçonneuse, après l'enregistrement de chaque échantillon reçu. Le poinçon coupé mesurait approximativement 6 mm de diamètre, et était ensuite plongé dans 150 microlitres de PBS pour extraction et reconstitution du sang entier, encore appelé "illution" du sang.

Dans le cadre de l'EDSBF-III, la détermination du statut sérologique a eu recours à trois tests Elisa : le *Vironostika VIH Uniform II plus O* pour le test de dépistage et, le *Murex VIH-2* et le *Wellcozyme VIH-1 Recombinant* pour la discrimination et la confirmation VIH-1 et VIH-2. Le *Western Blot* était utilisé pour une deuxième confirmation sur les résultats discordants entre le test de dépistage et la discrimination. Les tests ont été utilisés selon l'algorithme de diagnostic suivant :

1. Tous les échantillons prélevés ont été testés au *Vironostika VIH Uniform II plus O* ;
2. Chaque échantillon avec résultat négatif au premier test au *Vironostika*, a eu un résultat final **Négatif** ;
3. Chaque échantillon avec résultat positif au premier test au *Vironostika*, est repris au *Murex VIH-2* et au *Wellcozyme VIH-1* ;
4. Chaque échantillon avec résultat positif au premier test au *Vironostika* et positif au deuxième test (*Murex VIH-2* et/ou *Wellcozyme VIH-1*), a pour résultat final **Positif** ;
5. Chaque échantillon avec résultat positif au premier test au *Vironostika* et négatif au deuxième test (au *Murex VIH-2* et au *Wellcozyme VIH-1*), a pour résultat intermédiaire **Indéterminé** ;
6. Chaque échantillon avec résultat **Indéterminé**, a été repris selon les étapes 1 à 4, l'objectif étant d'éliminer les «bruits de fonds» liés à l'appareillage, les erreurs techniques et de manipulation des prélèvements;
7. Chaque échantillon avec un nouveau résultat **Indéterminé** à cette reprise de la série des tests, est passé au *Western Blot* pour confirmation. Si le résultat au *Western Blot* est positif, alors le résultat final est **Positif**. Par contre si le *Western Blot* est négatif, le résultat final est **Négatif**.
8. Un contrôle de qualité externe sera effectué sur 10% des échantillons négatifs à l'étape 1. Ce contrôle de qualité sera fait par le Centre Muraz.

### **Résultats des tests de VIH**

Le tableau 16 présente l'échantillon du test de VIH et les taux de couverture.

**Tableau 16 Couverture du test de VIH**

Pourcentage de femmes 15-49 ans et d'hommes 15-59 ans éligibles pour le test de VIH et pourcentage de ces femmes et hommes qui ont été testés pour le VIH, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Sexe/résultat	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
<b>Femmes 15-49 ans</b>			
A été testée	84,2	95,0	92,3
N'a pas été testée	15,8	5,0	7,7
..Refusé	11,7	2,0	4,4
..Absente/autre	2,9	2,7	2,8
....Enquête quest. Ind.	2,0	1,1	1,3
....Pas enquête quest. ind.	0,9	1,6	1,4
..Résultat manquant	1,2	0,4	0,6
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 125	3 450	4 575
<b>Hommes 15-59 ans</b>			
A été testé	72,8	90,6	85,7
N'a pas été testé	27,2	9,4	14,3
..Refusé	15,4	3,4	6,7
..Absent/autre	9,8	5,6	6,8
....Enquête quest. Ind.	3,4	1,4	2,0
....Pas enquête quest. ind.	6,4	4,2	4,8
..Résultat manquant	2,0	0,4	0,8
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	1 093	2 853	3 946
<b>Ensemble femmes 15-49 ans et hommes 15-59 ans</b>			
A été testé(e)	78,6	93,0	89,2
N'a pas été testé(e)	21,4	7,0	10,8
..Refusé	13,5	2,6	5,4
..Absent(e)/autre	6,3	4,0	4,6
....Enquête quest. Ind.	2,7	1,2	1,6
....Pas enquête quest. ind.	3,6	2,8	3,0
..Résultat manquant	1,6	0,4	0,7
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif non pondéré	2 218	6 303	8 521

**Taux de couverture.** Le tableau 16 fournit les taux de couverture du test du VIH chez les femmes et les hommes, selon le milieu de résidence. La population éligible pour le test du VIH consiste en la population de fait des ménages, dans la tranche d'âges 15-49 ans pour les femmes et 15-59 ans pour les hommes, c'est-à-dire la population composée de toutes les personnes qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview. Cette population comprend les résidents habituels présents dans les ménages et les visiteurs qui ont dormi dans le ménage la nuit précédant l'interview. Dans l'ensemble, 89 % de la population a accepté de donner un échantillon de sang pour le test du VIH. Le taux de couverture est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement, 92 % et 86 %) et plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (respectivement, 93 % et 79 %).

Dans un peu moins de 11 % des cas, les enquêtés ont refusé de participer au test (4 % chez les femmes et 7 % chez les hommes) ; la majorité des autres enquêtés qui n'ont pas été testés n'étaient pas à la maison au moment du test. Par ailleurs, le taux de participation au test dans la ville de Ouagadougou, a été le plus faible (tableau 17).

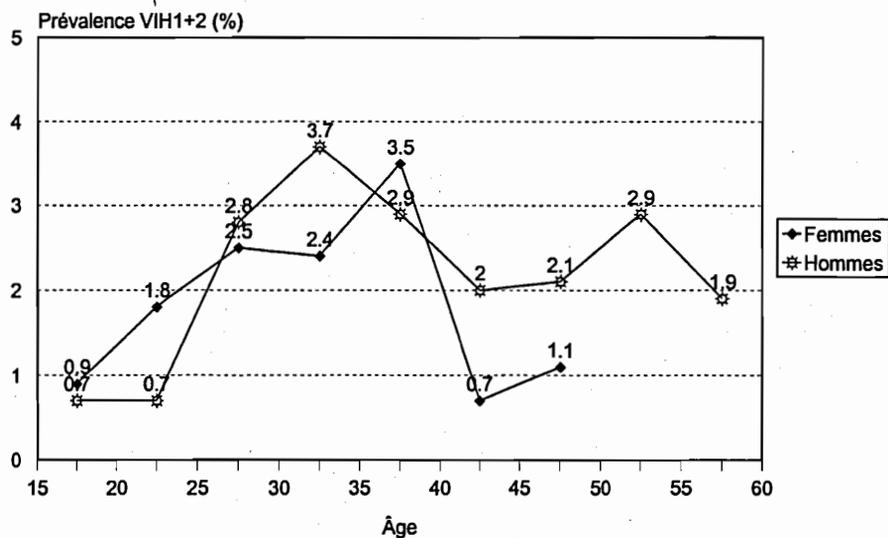
**Taux de séroprévalence VIH.** Il ressort du tableau 17 que le taux de séroprévalence VIH1+2 chez les femmes âgées de 15-49 ans est de 1,8 %, avec 1,6 % pour l'infection au VIH1. Il est inférieur au taux obtenu chez les hommes âgés de 15-59 ans, estimés à 1,9 % pour VIH1+2, et 1,5 % de VIH1.

Le graphique 5 illustre les écarts des niveaux de séroprévalence VIH 1+2 présentés au tableau 17. On remarque ainsi que le taux de séroprévalence atteint son maximum à 30-34 ans chez les hommes et 35-39 ans chez les femmes.

Il faut noter que, du fait de la précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels chez les femmes burkinabé, le taux de séroprévalence VIH1+2 est relativement élevé à 15-24 ans (0,9 % à 15-19 ans et 1,8 % à 20-24 ans), comparé aux hommes. Le taux de séroprévalence VIH1+2 chez les hommes reste faible aux jeunes âges : 0,7 % à 15-19 ans et 20-24 ans. Par contre, les hommes sont plus exposés aux infections du VIH que les femmes aux âges plus avancés (2,1 % à 45-49 ans chez les hommes contre 1,1 % chez les femmes du même âge).

Selon les écarts régionaux, la ville de Ouagadougou (4,4 %), suivie de la région du Sud-Ouest (3,8 %), les Cascades (2,5 %), la Boucle de Mouhoun (2,4 %) et le Centre-Ouest (2,2 %), possèdent les niveaux de prévalence les plus élevés. La région du Sahel possède le niveau de prévalence le plus faible (0,1 %).

Graphique 5  
Taux de séroprévalence VIH1+2 par sexe et âge



EDSBF-III 2003

Selon le milieu de résidence, la prévalence est beaucoup plus élevée en milieu urbain (3,7 %) qu'en milieu rural (1,3 %). Pour comparaison, les sites sentinelles de surveillance à partir des données recueillies sur les femmes enceintes en visites prénatales, fournissaient une estimation de la prévalence VIH en 2002, à 4,7 % pour la ville de Ouagadougou et 4,4 % pour le milieu urbain.

Tableau 17 Prévalence du VIH

Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDSBF-III, Burkina Faso 2003

Caractéristiques socio-démographiques	Femmes 15-49 ans						Hommes 15-59 ans						Ensemble					
	Pourcentage testé	Effectif d'éligibles non pondéré	Pourcentage VIH 1 ou 2	Pourcentage VIH 1	Pourcentage VIH 2	Effectif de testés pondéré	Pourcentage testé	Effectif d'éligibles non pondéré	Pourcentage VIH 1 ou 2	Pourcentage VIH 1	Pourcentage VIH 2	Effectif de testés pondéré	Pourcentage testé	Effectif d'éligibles non pondéré	Pourcentage VIH 1 ou 2	Pourcentage VIH 1	Pourcentage VIH 2	Effectif de testés pondéré
<b>Groupes d'Âges</b>																		
15-19	90,3	1 059	0,9	0,7	0,2	967	85,7	995	0,7	0,7	0,0	900	88,1	2 054	0,8	0,7	0,1	1 867
20-24	91,4	829	1,8	1,8	0,3	733	84,4	642	0,7	0,2	0,5	534	88,4	1 471	1,3	1,1	0,4	1 266
25-29	92,4	697	2,5	2,3	0,1	638	83,3	485	2,8	2,4	0,4	418	88,7	1 182	2,6	2,3	0,2	1 056
30-34	92,8	566	2,4	1,9	0,5	492	88,1	420	3,7	2,6	1,2	401	90,8	986	3,0	2,2	0,8	894
35-39	93,4	564	3,5	2,8	0,8	541	85,7	398	2,9	2,4	0,8	359	90,2	962	3,3	2,6	0,8	900
40-44	94,5	458	0,7	0,7	0,0	393	87,1	317	2,0	2,0	0,0	282	91,5	775	1,3	1,3	0,0	676
45-49	94,5	402	1,1	1,0	0,2	354	89,7	262	2,1	1,5	0,6	254	92,6	664	1,5	1,2	0,4	608
50-54	-	-	-	-	-	-	83,6	268	2,9	1,9	1,0	216	83,6	268	2,9	1,9	1,0	216
55-59	-	-	-	-	-	-	85,5	159	1,9	0,4	1,5	132	85,5	159	1,9	0,4	1,5	132
<b>Milieu de Résidence</b>																		
Urbain	84,2	1 125	4,0	3,4	0,8	941	72,8	1 093	3,4	2,7	0,7	878	78,6	2 218	3,7	3,1	0,8	1 819
Rural	95,0	3 450	1,2	1,0	0,2	3 177	90,6	2 853	1,4	1,0	0,4	2 620	93,0	6 303	1,3	1,0	0,3	5 797
<b>Région</b>																		
Ouagadougou	77,4	270	4,3	3,4	1,3	466	68,0	256	4,5	3,4	1,0	428	72,8	526	4,4	3,4	1,2	893
Boucle de Mouhoun	95,2	334	2,2	2,0	0,2	286	89,9	296	2,7	2,0	0,7	259	92,7	630	2,4	2,0	0,4	545
Centre (sans Ouagadougou)	89,9	119	1,5	1,5	0,0	75	77,9	113	0,0	0,0	0,0	70	84,1	232	0,8	0,8	0,0	144
Centre-Sud	96,9	288	0,8	0,6	0,1	217	87,9	265	0,4	0,4	0,0	202	92,6	553	0,6	0,5	0,1	418
Plateau Central	93,3	402	1,4	1,4	0,2	209	88,3	326	0,8	0,4	0,5	166	91,1	728	1,1	0,9	0,3	375
Centre-Est	92,3	324	1,6	1,6	0,0	330	84,4	237	0,8	0,8	0,0	244	88,9	561	1,2	1,2	0,0	574
Centre-Nord	95,9	340	0,6	0,6	0,0	331	90,3	257	1,0	1,0	0,0	243	93,5	597	0,8	0,8	0,0	574
Centre-Ouest	94,1	493	1,9	1,4	0,5	423	86,3	393	2,5	2,1	0,5	325	90,6	886	2,2	1,7	0,5	748
Est	94,5	272	0,5	0,5	0,0	281	89,6	241	3,5	1,5	2,3	248	92,2	513	1,9	1,0	1,1	529
Nord	93,0	315	1,0	0,3	0,6	355	90,5	243	1,4	1,4	0,5	257	91,9	558	1,2	0,8	0,6	611
Cascades	90,9	319	2,8	2,8	0,0	128	80,4	301	2,1	1,1	1,0	116	85,8	620	2,5	2,0	0,5	245
Hauts Bassins	87,4	444	2,2	2,2	0,0	561	79,0	434	1,0	0,8	0,2	526	83,3	878	1,6	1,5	0,1	1 087
Sahel	93,5	276	0,2	0,2	0,0	272	89,5	258	0,0	0,0	0,0	260	91,6	534	0,1	0,1	0,0	532
Sud-Ouest	95,0	379	3,7	3,2	0,5	184	94,8	326	3,9	3,9	0,0	154	94,9	705	3,8	3,5	0,3	338
<b>Niveau d'instruction</b>																		
Aucun	93,7	3 619	1,5	1,3	0,2	3 284	87,3	2 543	1,8	1,4	0,5	2 235	91,1	6 162	1,7	1,4	0,3	5 519
Primaire	89,2	573	3,4	2,8	0,9	499	86,2	745	1,5	1,2	0,2	698	87,5	1 318	2,3	1,9	0,5	1 198
Secondaire ou +	83,6	383	2,3	2,1	0,3	335	79,0	656	2,8	2,0	0,8	564	80,7	1 039	2,6	2,0	0,6	899
<b>Ensemble</b>	<b>92,3</b>	<b>4 575</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>	<b>0,3</b>	<b>4 118</b>	<b>85,7</b>	<b>3 946</b>	<b>1,9</b>	<b>1,5</b>	<b>0,5</b>	<b>3 497</b>	<b>89,2</b>	<b>8 521</b>	<b>1,9</b>	<b>1,5</b>	<b>0,4</b>	<b>7 615</b>
<b>Ensemble femmes et hommes 15-49 ans</b>	<b>92,3</b>	<b>4 575</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>	<b>0,3</b>	<b>4 118</b>	<b>85,8</b>	<b>3 519</b>	<b>1,8</b>	<b>1,5</b>	<b>0,4</b>	<b>3 149</b>	<b>89,5</b>	<b>8 094</b>	<b>1,8</b>	<b>1,5</b>	<b>0,4</b>	<b>7 267</b>

## MEASURE DHS+ Rapports Préliminaires

Turquie	Décembre	1998	(anglais)
Ghana	Mai	1999	(anglais)
Guatemala	Juin	1999	(espagnol)
Guinée	Octobre	1999	(français)
Kazakhstan	Décembre	1999	(anglais/russe)
Tanzanie	Février	2000	(anglais)
Zimbabwe	Mars	2000	(anglais)
Bangladesh	Juin	2000	(anglais)
Egypte	Juin	2000	(anglais)
Ethiopie	Août	2000	(anglais)
Haïti	Septembre	2000	(français)
Cambodge	Novembre	2000	(anglais)
Turkmenistan	Janvier	2001	(anglais)
Malawi	Février	2001	(anglais)
Rwanda	Février	2001	(français)
Arménie	Mars	2001	(anglais)
Gabon	Mars	2001	(français)
Ouganda	Mai	2001	(anglais)
Népal	Août	2001	(anglais)
Mauritanie	Juillet	2001	(français)
Mali	Décembre	2001	(français)
Bénin	Février	2002	(français)
Érythrée	Septembre	2002	(anglais)
Zambie	Octobre	2002	(anglais)
Jordan	Novembre	2002	(anglais)
République Dominicaine	Janvier	2003	(espagnol)
Ouzbékistan	Mai	2003	(anglais)
Indonésie	Août	2003	(anglais)
Nigeria	Octobre	2003	(anglais)
Kenya	Décembre	2003	(anglais)
Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Jayapura –Ville, Indonésie (jeunes adultes)	Décembre	2003	(anglais)
Philippines	Janvier	2004	(anglais)
Ghana	Février	2004	(anglais)
Burkina Faso	Mai	2004	(français)

Les rapports préliminaires des enquêtes MEASURE DHS+ sont distribués à un nombre limité de destinataires ayant besoin des premiers résultats de l'enquête et ils ne sont pas disponibles pour une large diffusion. L'organisme national exécutif de l'enquête est responsable de la diffusion dans le pays; MEASURE DHS+ est responsable de la diffusion au niveau international. La publication du rapport final des enquêtes MEASURE DHS+, destiné à une diffusion à grande échelle, est prévue 6 à 12 mois après la sortie du rapport préliminaire.